

SEXUALIDAD Y SENECTUD

*Julián David Bohórquez Carvajal**

Recibido en julio 14 de 2008, aceptado en septiembre 2 de 2008

Resumen

A pesar del marcado crecimiento de la población geriátrica en todo el mundo, estas personas se ven sometidas con frecuencia a la negación de sus derechos, fenómeno especialmente notorio en lo que respecta a su sexualidad; gran parte de la sociedad ve las manifestaciones afectivas y eróticas en los más viejos como desagradables, indebidas y hasta patológicas, mitos que permean al personal de salud que en muchas ocasiones no hace los esfuerzos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los problemas sexuales en los ancianos, especialmente importantes dada su injerencia en el bienestar físico y psíquico de este grupo poblacional.

La tradición histórica de Occidente ha heredado el rechazo a la vejez y al erotismo, finalmente materializados en un modelo clerical represivo que prohíbe toda expresión de esa naturaleza no relacionada con la reproducción. El nuevo paradigma instaurado por la revolución sexual es igualmente excluyente en lo que respecta a los hombres y mujeres mayores, privilegiando una sexualidad de metas, juvenil y vigorosa. La experiencia erótica en la senectud tiene características particulares que obedecen a los cambios anatómicos y fisiológicos del envejecimiento, además se presentan condiciones como la polifarmacia y la multipatología, que afectan de diversas maneras la función sexual, determinando la necesidad de que los médicos y otros profesionales intervengan desde la desmitificación de este tópico y oportuna asesoría, hasta la terapia farmacológica. Debe privilegiarse el desarrollo de un “segundo lenguaje de la sexualidad” basado en la intimidad y la comunicación.

Palabras clave

Sexualidad, envejecimiento, ancianos.

SEXUALITY AND SENESCENCE

Abstract

Despite the marked growth of geriatric population around the world, these people oftentimes see how their rights are denied, which is especially evident in regards to their sexuality. Most people see elders' erotic and affective manifestations as unpleasant, inappropriate, and even pathological, myths that have influenced the health staff that in many occasions does not make the necessary efforts for the diagnosis and treatment of the seniors' sexual issues, which are very important matters, given their relevance in the physical and psychological welfare of this population group. Western's historical tradition has rejected old age and eroticism, finally

*Estudiante de Pregrado del Programa de Medicina. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: julian.bohorquez@ucaldas.edu.co

materialized in a repressive clerical model which prohibits any erotic expression that isn't related to reproduction. The new paradigm established by the sexual revolution is equally excluding concerning senior men and women, privileging a youthful, strong, and goal-oriented sexuality. Erotic experience in old age has particular characteristics due to anatomic and physiological changes that come with aging, as well as the onset of conditions such as polypharmacy and multipathology, that affect sexuality in many ways, defining the need of the intervention of doctors and other kinds of professionals from in ending the myth, opportune consultations, to pharmacological therapy. A development of a "second sexuality language" based on intimacy and communication should be privileged.

Key words

Sexuality, aging, elderly people.

SEXUALIDADE E SENILIDADE

Resumo

A pesar do mercado de crescimento da população geriátrica em tudo o mundo, estas pessoas se vem cometidas com frequência à negação de seus direitos, fenômeno especialmente notório em o que respeita a sua sexualidade, grão parte da sociedade vê as manifestações afetivas e eróticas nos velhos como desagradáveis, não corretas e até patológicas, mitos que são permeáveis ao pessoal de saúde que em muitas ocasiões não faz esforços necessários para diagnóstico de tratamento dos problemas sexuais nos velhos, especialmente importantes por sua ingerência no bienestar físico e psíquico deste grupo povoacional.

A tradição histórica de ocidente tem herdado o rejeita aos velhos e ao erotismo, finalmente materializados num modelo clerical repressivo que proíbe toda expressão de essa natureza não relacionada com a reprodução. O novo paradigma instaurado pela revolução sexual é igualmente excludente no que respeita aos homens e mulheres maiores, privilegiando uma sexualidade de metas, juvenil e vigorosa. A experiência erótica na senilidade tem características particulares que obedecem aos câmbios anatômicos e fisiológicos do envelhecimento, além se apresentam condições como a poli-farmácia e a multi-patologia, que afetam de diversas maneiras a função sexual, determinando a necessidade de que os médicos e outros profissionais intervenham desde a desmistificação deste tópico e oportuna assessoria, até a terapia farmacológica. Deve privilegiar o desenvolvimento dum "segundo linguagem da sexualidade" baseada na intimidade e comunicação.

Palavras Chave

Sexualidade, envelhecimento, velhos.

INTRODUCCIÓN

Corre el año 1948, Alfred Kinsey publica “El comportamiento sexual en el hombre” (1), gran aporte al desarrollo de la sexología; ese mismo año comienza en el Reino Unido el National-Health Service y con él los geriatras como médicos especialistas en ese país, siguiendo el ejemplo de Ignatius Nascher que en 1912 crea oficialmente la Sociedad de Geriatria de Nueva York, fundando con ella la disciplina como especialidad médica (2). Estos autores, casi contemporáneos entre sí, habrían de colaborar a la fundación de dos disciplinas con un elemento común: conceptos jóvenes que se ocupan de antiguos problemas.

El panorama moderno exhibe una notoria contradicción: a pesar de la creciente tendencia de la pirámide poblacional a invertirse dada por el aumento en el número de ancianos en todo el mundo (3), la negación de los derechos de esta población es más que frecuente; la expectativa de vida al nacer va en aumento incluso, como es nuestro caso, en países en vía de desarrollo (4), la llamada tercera edad está camino a constituir el 20% de la población (5) y para 2025 se espera existan, en todo el globo, cerca de 1200 millones de personas mayores de 60 años (6), el 80% de ellas en el denominado tercer mundo (7). Sin embargo, la dignidad de los más viejos sucumbe ante un ideal de perfección basado en la belleza y fuerza física, mientras el senilismo, entendido no sólo como la aversión por todo lo que es viejo, sino también la creencia de que todo envejecimiento es necesariamente patológico, se ha abierto paso en el mundo occidental (8, 9), esto aunado al paternalismo por parte de familiares y médicos tratantes que conduce a una pérdida de autonomía desde la despersonalización (10). Esta tendencia se manifiesta particularmente en el tema de la sexualidad, situación agravada por la desinformación del personal de salud que muchas veces no indaga sobre este tópico en sus pacientes mayores, lo que impide el diagnóstico y tratamiento oportunos de disfunciones sexuales potencialmente corregibles (11). El anciano que

desea ejercer el libre desarrollo de su erotismo, se ve con frecuencia inhibido no sólo por sus prejuicios personales, también están los de una sociedad que ve tales manifestaciones en esta población como indebidas o desagradables y termina por proscribir las (5); incluso ha llegado a considerarse como francamente patológico cualquier interés de este tipo en un adulto mayor, lo que aumenta los sentimientos de vergüenza y aislamiento (12). Este documento pretende hacer una aproximación a este tópico a manera de revisión, desde las perspectivas histórica, fisiológica, epidemiológica y terapéutica, enfatizando en la importancia de este tema para las personas mayores y el personal de salud que tenga contacto con ellas.

UNA MIRADA HISTÓRICA DEL SEXO Y LA VEJEZ. EL ANCIANO FRENTE A LOS CAMBIOS DE PARADIGMA

Los distintos modelos en la evolución del pensamiento respecto a la sexualidad han perjudicado igualmente a los más viejos. Podemos decir que la mirada que las civilizaciones han dado al envejecimiento y a la experiencia erótica, parecen ligarse en la mayoría de los casos: mientras la considerada cuna de la civilización, entre el Tigris y el Eufrates, parece dar continuidad a la concepción chamánica de enfermedad, influencia de los malos espíritus y castigo divino (13), así mismo considera impuro todo acto sexual (14). Grecia a su vez nos muestra a través del arte clásico un profundo temor y rechazo al paso del tiempo, mientras en la época helenística lo hace su principal modelo de la realidad que precede a la muerte (15). El repudio que sembraría la semilla póstuma del viejismo se manifiesta en el mito de Títono, amante de la Aurora (Eos) quien ruega para él el don de la inmortalidad, pero olvida al mismo tiempo pedir la eterna juventud; así, cada vez más viejo y, lejos para siempre de la liberación de la muerte, es convertido por Zeus en cigarra (16). La tradición cristiana utilizaría la ancianidad como alegoría de enfermedad, sufrimiento y pecado

(15); del mismo modo suscribiría el celibato y la castidad como conductas salvadoras, contrarias al mal, instaurando el matrimonio y dentro suyo un sinfín de regulaciones respecto al sexo, entendido como diabólico y, desde una concepción naturalista e instintiva, destinado únicamente a la reproducción (17, 18). Vale la pena preguntarse el origen de estas negaciones, por qué nuestra civilización se ha esmerado en proscribir de igual manera la vejez y el placer sexual, y a la vez a apartar estos conceptos como incompatibles; tal vez porque ambos (sexo y ancianidad), nos han hecho sentir extrañamente cerca de la muerte; la sociedad moderna ha despersonalizado y “tecnificado” de tal modo el morir que lo ha desprovisto de sentido, así es como siguen creciendo el miedo y la negación ante lo inevitable (19, 20). Enmarcado en las represiones, la sexualidad termina abruptamente para los hombres y las mujeres en el momento en que ya no son aptos para la procreación (21).

A este respecto cabe, en contraposición, mencionar cómo Oriente ha dado importancia capital al proceso de envejecer saludablemente; los chinos establecen las primeras diferencias entre envejecimiento normal y patológico, asociado este último a entidades nosológicas que no son requisito *sin equa non* del ser viejo ni definen la senectud (8); actualmente los hogares asiáticos continúan privilegiando las familias numerosas donde los adultos mayores revisten gran importancia (7). Los egipcios a su vez prestaron gran atención a sus ancianos, dentro de esa rica mezcla entre tratamientos de estricta naturaleza científica y aquellas recetas de origen puramente mágico (22). Es así como el papiro de Ebers contiene ya la descripción y el tratamiento de múltiples dolencias asociadas con la edad, y en el de Edwin Smith reposa la fórmula para “transformar un hombre viejo en joven” (8, 14). Por su parte la sexualidad se ejerce con una aparente libertad exenta de tabúes y es así como han llegado hasta nuestros días representaciones artísticas y cantos eróticos de belleza extraordinaria (14). Justamente estas diferencias con los pueblos de Occidente se

materializan en una concepción de la muerte alejada del temor que otras culturas nos han heredado (14). Y si dirigimos la mirada al componente indígena de nuestro mestizaje, a esas culturas que vivieron con una conciencia de progreso y naturaleza que a veces añoran los pueblos de la modernidad (23), llama especialmente la atención las representaciones de ancianos viriles como las que reposan en las ruinas de San Agustín (8). Valdría la pena dirigir nuestra mirada a esas culturas “arcaicas extinguidas” (22) y regresar con algo de sus concepciones frente a la vida.

La revolución sexual traería consigo un cambio de paradigma; si bien logra derribar el modelo anterior y muchos de los imaginarios punitivos (aunque estos, muchas veces, parecen arraigarse a nuestra cultura con bastante obstinación), y posicionar al sexo como determinante de éxito y felicidad, instaura una “sexualidad de productos” o de “metas” (24) donde la experiencia orgásmica llega a entronarse de tal manera que genera, sobre todo en el hombre, problemas tan delicados como la ansiedad frente al desempeño (25). Esta forma de ver el sexo es igualmente implacable al rechazar la sexualidad en el adulto mayor, pues la única opción posible es el disfrute de un erotismo juvenil, vigoroso (21) y cuyo éxito parece medirse por una especie de resultados cuantificables (24), donde el cuerpo anciano no puede ser objeto del deseo ni artífice de placer.

Es así como los grandes modelos que han definido nuestras aproximaciones al sexo pretenden llevar al anciano a dos extremos viciosos, el de la “sexualidad negada”, dada su incapacidad para la reproducción, y el de la “sexualidad impuesta”, nacida del culto al cuerpo joven (26). Esto ha dado lugar al surgimiento de diversos mitos que rodean la vivencia erótica en los más viejos, entre ellos: los ancianos con vida sexual son “enfermos” y “pervertidos”, con la menopausia termina la experiencia erótica en la mujer, los viejos cursan con incapacidades fisiológicas inherentes a la edad que impiden su desarrollo sexual, el sexo puede

ser perjudicial para la salud de los mayores, los ancianos carecen de intereses sexuales, el coito vaginal es la única relación “permitida” y no hay otro modo de disfrutar realmente la intimidad (5, 27).

SEXUALIDAD Y SALUD EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

El envejecimiento exitoso dependerá de la interacción positiva de las esferas social, biológica, psíquica y funcional, planos interdependientes que se afectan mutuamente (27, 28). La injerencia del desarrollo sexual sobre entidades orgánicas queda en evidencia cuando decimos que dicha disfunción en adultos mayores está frecuentemente asociada a un mal estado de salud (29). Se ha comprobado una disminución hasta del 50% en la mortalidad de ancianos con “alta frecuencia de orgasmos” con relación a aquellos con cifras menores o nulas (30), determinándose también una relación inversamente proporcional entre la actividad sexual y la mortalidad en los viejos (31); en general los síntomas sexuales en esta población se relacionan con pobre satisfacción con la vida y aumento en la demanda de recursos de salud (32). Por otra parte un 10% o más de los mayores de 65 años evaluados en primer nivel de atención padecen un trastorno depresivo (33), fenómeno incrementado por las ideas de soledad, disminución de la autoeficacia y tantas otras que debemos a esa mentalidad “ageísta”, además del grave impacto de condiciones como pérdida del cónyuge, dolor crónico y enfermedades discapacitantes (33, 34); este fenómeno asociado frecuentemente a la ideación suicida (35, 36). Esto hace aun más énfasis en la necesidad de cuidar de la salud emocional de estos pacientes además de permitirles la recuperación de sus derechos, entre ellos el de disfrutar satisfactoriamente su intimidad.

FISIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO Y PROBLEMAS SEXUALES

Actualmente sabemos que, a pesar de lo expuesto, cerca de un 62% de adultos mayores se mantienen sexualmente activos y practican el coito (17); sin embargo los problemas son frecuentes: entre el 52 y el 57% de los hombres mayores de 60 años padecen algún grado de disfunción eréctil, que se hace más común con el paso del tiempo; en general se considera que entre el 50 y el 75% de las parejas ancianas manifiesta algún tipo de queja, siendo también frecuentes el vaginismo (contracción de la musculatura paravaginal y perineal con el cierre del introito, que puede producirse como respuesta defensiva ante la penetración), la anorgasmia (ausencia de orgasmo) y la pérdida del deseo sexual (27, 28), esta última ya frecuente en las mujeres de cualquier edad con una prevalencia entre el 10 y el 51% (37). La viudez en la población femenina es mayor (21, 27), debido a su esperanza de vida al nacer en comparación con su contraparte masculina, en promedio 7,4 años más (9). Cerca del 60% de las mujeres ancianas son viudas (11) y se estima que el 90% de ellas cesan toda actividad sexual al momento de morir sus esposos (26).

La relación frente al sexo en pacientes mayores dependerá sobre todo de tres factores: su nivel durante la vida previa (en una relación directamente proporcional), la salud física y la salud psicológica (38), por tal motivo no podemos negar que en las cifras de párrafos anteriores influyen además de los conflictos de orden psicosocial que hemos mencionado, determinantes asociados estrechamente con el envejecimiento, no sólo en lo que respecta a los cambios fisiológicos que lo acompañan sino también a problemas frecuentes como la polifarmacia y la multipatología (39). A continuación se enfocarán de manera general estos problemas y su relación con el desempeño sexual del adulto mayor.

En la mujer, con la menopausia, disminuye la producción ovárica de estrógenos generando,

como veremos, cierto grado de atrofia genital, junto a la elevación de la hormona luteinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH), asociada también a disminución en los niveles de progesterona (40). En lo que respecta a la libido algunos autores han señalado que las modificaciones en la cantidad de estrógenos circulantes no afectan el deseo sexual en la mujer, efecto que si tiene en el hombre un bajo conteo de andrógenos (17); por otra parte la disminución androgénica no es un asunto exclusivamente masculino, los niveles de testosterona femeninos empiezan a declinar alrededor de los 30 años de edad y esta caída se ha implicado igualmente en la pérdida del deseo sexual en la mujer (41). El climaterio también trae consigo problemas emocionales como irritabilidad, algunas veces secundaria a la privación del sueño, disminución en la respuesta sexual y propensión al desarrollo de una pobre autoimagen (42), enfatizando también que todo cambio en la mujer menopáusica tiende a ser más abrupto, dada la caída relativamente vertiginosa en los niveles hormonales, distinto a la declinación gradual experimentada por el varón (11). Anatómicamente vemos importantes modificaciones que pueden ser determinantes a la hora de mantener una sana vida sexual; las mamas se vuelven péndulas, sobrevienen numerosos cambios estéticos que pueden resultar incómodos y se altera la morfología vaginal con disminución en su longitud, elasticidad y capacidad de lubricación (17), esto secundario a la disminución de estrógenos circulantes que altera la vascularización genital normal (42). La principal consecuencia suele ser el desarrollo de una vaginitis atrófica con disminución de la humedad de la mucosa asociada a dispareunia (dolor durante el coito) (43, 44), manifestación que se presenta en cerca del 30% de mujeres mayores. El tejido graso púbico tiende a reabsorberse y la pérdida del pH ácido vaginal aumenta el riesgo de contraer infecciones. Aunque disminuye la sensibilidad vibratoria y vulvovaginal (28), parece no haber disminución de la sensibilidad clitorídea (17).

Los niveles de testosterona en el hombre disminuyen con la edad si bien no suelen estar

por debajo de los valores normales (40). Estos cambios endocrinos tienen también influencia en la pérdida de masa magra y densidad mineral ósea; las alteraciones tanto en estrógenos, testosterona y dehidroepiandrosterona (DHEA) tienen parte importante en la fisiopatología de la sarcopenia (45), uno de los ejes centrales en el desarrollo de la fragilidad en los viejos y en la futura aparición de discapacidad (46, 47); cabe anotar que la capacidad funcional es importante a la hora de evaluar la calidad de la vida afectiva y sexual en hombres y mujeres mayores, en cuanto alteraciones en el ABC físico alteran la expresión óptima del deseo (28). En términos anatómicos, el pene del hombre logra la erección, pero no con la firmeza de antes y su duración es menor, además ésta tarda más en aparecer luego de iniciada la estimulación (48); el ángulo peneanoabdominal aumenta en promedio a los 90 grados (21, 26), además de existir cierto grado de atrofia testicular (17), con disminución en la cantidad de células de Leydig (27).

Las fases de la respuesta sexual, descritas inicialmente por Masters y Johnson en 1966 (49) y estudiadas en la época siguiente, entre otros, por Helen Kaplan (50), se modifican también con la edad, estos cambios se resumen en la Tabla 1.

Modificado de: Bárcena A, Alarcón T, González J. Trastornos psicosexuales. En: Agüera L, Carrasco M, Cervilla J. *Psiquiatría geriátrica*. 1 ed. Barcelona: Grafiques 92; 2002. *A este respecto algunos autores manifiestan que la mujer no experimenta cambio alguno en el periodo refractario pudiendo repetir la experiencia sexual incluso minutos después de la fase de resolución (27). ^a No está dentro de las 4 fases descritas por Masters y Johnson.

Ya hemos mencionado la multipatología como una de las características cardinales de este grupo etéreo tenida en cuenta desde las primeras aproximaciones a la enfermedad en el anciano (51). Estas enfermedades tienen también injerencia, ya sea directa o indirecta, en el desempeño sexual, sobre

Tabla 1. Cambios en las fases de la respuesta sexual asociados al envejecimiento.

Fase	Cambios en el Hombre	Cambios en la Mujer
Excitación	Disminución de la libido (27), respuesta más lenta (17), se requiere más estimulación física y la erección responde menos a pensamientos, fantasías o estímulos visuales.	Disminución de la velocidad de excitación; necesidad de mayor estímulo (27). Disminución en la lubricación vaginal, de la turgencia mamaria y la congestión venosa.
Meseta	Fase más prolongada, disminución de la secreción preeyaculatoria.	Fase más prolongada, incluso más que en el hombre (17), disminución de la elevación uterina y de labios mayores.
Orgasmo	Menos frecuente y de menor duración. Disminución de la urgencia eyaculatoria, de las contracciones prostáticas y uretrales y del volumen y viscosidad del semen. Es común la eyaculación con pene flácido.	De corta duración (17, 27), menor respuesta al orgasmo. Menor contracción vaginal y uterina y pueden ser dolorosas. Respuesta del clítoris está intacta. La mujer por lo general se mantiene orgásmica y multiorgásmica, aunque la experiencia sea menos intensa.
Resolución	Rápido descenso testicular y detumescencia peneana.	Resolución rápida.
Periodo Refractario^a	Prolongado.	Prolongado.*

todo las dolencias crónicas, entre ellas: entidades cardiovasculares como hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica o insuficiencia cardiaca, endocrinológicas como síndrome de Cushing, síndrome metabólico o hiperprolactinemia, neurológicas como los eventos cerebro vasculares (ECV), o enfermedad de Parkinson, nefrourológicas como el prostatismo o la insuficiencia renal, osteomusculares como la osteoartritis y respiratorias, sobre todo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (11, 27, 28, 52). Las patologías sistémicas como la

diabetes mellitus y el hipotiroidismo y otras de origen muscular o neurológico, también pueden generar disminución del placer sexual (44). La revisión exhaustiva de las manifestaciones de estas entidades, su tratamiento y las diversas maneras de afectar el desempeño sexual, excede los objetivos de este texto, pero sí podemos decir que estas patologías interfieren con el erotismo de quienes las padecen, de múltiples formas. Así es como, por ejemplo, un ECV no sólo puede disminuir la capacidad de tener una erección o llegar al orgasmo, sino que representa, dependiendo del

compromiso motor, dificultades prácticas a la hora de la relación sexual y, además, se asocia con disminución de la sensación placentera, problemas de comunicación y temor a la recidiva (28).

Los procedimientos quirúrgicos afectan el desempeño sexual, en cuanto llevan a incapacidades a veces prolongadas, en muchas ocasiones modifican drásticamente la autoimagen del sujeto (como es el caso de la colostomía, mastectomía, entre otras) y la forma en que su pareja lo percibe (11). Esto sin contar el impacto psicológico que generan cirugías en localizaciones característicamente consideradas como “zonas erógenas” y que en muchos casos pueden interferir directamente con la relación coital, como es la histerectomía, vulvectomía, excentración pélvica, procedimientos por neoplasias vesicales, orquiectomías y prostatectomía radical (28, 44, 53). Los medicamentos también afectan la función sexual en grados variables, en los pacientes viejos esta situación está determinada por la polifarmacia y los cambios inherentes al envejecimiento tanto farmacocinéticos como farmacodinámicos (54), con mayor probabilidad de sufrir reacciones adversas medicamentosas (43). La lista de medicamentos que pueden interferir con el deseo o la respuesta sexual en ocasiones parece casi interminable, entre estos grupos farmacológicos se cuentan: psicotrópicos como antidepresivos tricíclicos, inhibidores de monoaminooxidasa, inhibidores de recaptación de serotonina, antiepilépticos, antipsicóticos neurolépticos de diversas clases; ansiolíticos y tranquilizantes; diuréticos tanto tipo tiazida como de asa y ahorradores de potasio; antihipertensivos (siendo de elección los alfa 1 bloqueantes y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina por su menor impacto frente a la función sexual), antineoplásicos, medicamentos antiulcerosos, estimulantes/anoréxicos, hormonas y sustancias tóxicas habituales como el alcohol, el tabaco o drogas ilegales como la marihuana (11, 26, 27, 28, 43, 52, 55).

PAPEL DEL PERSONAL DE SALUD. INTERVENCIONES EN BUSCA DE UNA SEXUALIDAD SANA Y SATISFACTORIA

Los elementos teóricos que poseemos en torno al problema de la sexualidad y el envejecimiento nos dan la capacidad, desde un enfoque multidimensional, de solucionar una gran cantidad de problemas y resolver numerosas inquietudes al respecto en nuestros pacientes ancianos. El papel del equipo asistencial, desde el primer nivel de atención, debe ser, antes que nada, el de derribar mitos. Una buena historia clínica de cribado que permita puntualizar en los conceptos del entrevistado frente a su erotismo con tópicos explícitos que interroguen respecto a autoimagen, percepción de la sexualidad como evento placentero y un interrogatorio claro frente a los problemas sexuales, si los hay (28) ha de ser el paso inicial para el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones, considerando que hasta un 80% de las quejas sexuales pueden ser atendidas exitosamente en el primer nivel por médicos no especialistas (27). La terapia de pareja y la asesoría oportuna continúan siendo fundamentales. En la consulta debe generarse un ambiente adecuado que permita al consultante sentir confianza para tocar estos temas o hacer preguntas explícitas desde un abordaje en forma directa durante la revisión por sistemas (55), dado que muchos ancianos, sobre todo mujeres, no consultan por este tipo de problemas y otros asociados a la menopausia y envejecimiento por considerarlos “naturales” (56).

Por otra parte, se debe intentar redireccionar, en cuanto sea posible, la terapia farmacológica en estos pacientes con el objetivo de mejorar su desempeño sexual sin perjudicar otros aspectos de su salud. Problemas específicos como la disfunción eréctil son hoy en día entidades estudiadas y, con el advenimiento, por ejemplo, del citrato de sildenafilo (conocido popularmente, entre otros,

con el nombre comercial de *viagra*®), se ha avanzado grandemente en su tratamiento (11, 17, 26, 48, 52), siendo además relativamente seguro utilizado en sujetos, por ejemplo, con patología coronaria concomitante (57); se puede recurrir también a otras terapias tales como el alprostadil intrauretral, los dispositivos de vacío, la cirugía vascular o los distintos tipos de implantes para el pene (48, 52, 55).

Incluso para aquellos sujetos que habitan en residencias y que pueden ver disminuida la posibilidad de llevar a cabo encuentros sexuales (28), hay que hacer lo posible por garantizar la intimidad de los residentes y privacidad en sus habitaciones, respetando el derecho a establecer parejas y compartir sus cuartos sin separar a la población femenina de la masculina indiscriminadamente, facilitando el establecimiento de relaciones afectivas, además de contar con profesionales capacitados para brindar asesoría a quien lo necesite (12, 21). Por supuesto que, dentro de la variabilidad natural y entendiendo el modelo represivo en que la mayoría de nuestros ancianos fueron educados (25), habrá que comprender a aquellos que no manifiesten ningún interés en continuar con una vida sexual activa, así como también se hallarán adultos mayores que desean llevar esta etapa de su vida viviendo cabalmente su experiencia erótica; en ambos casos debemos brindar apoyo desde el respeto a la autonomía y ofrecer siempre la mejor información (11). El primer paso consistirá en una educación sexual positiva que deje claro que el modelo de sexualidad “joven” no es el único posible ni necesariamente el mejor, informando sobre los cambios normales que hemos descrito y motivando estilos de vida saludables que disminuyan el impacto de las enfermedades coexistentes en el desempeño sexual. Los adultos mayores deben ser concientes de las llamadas “ventajas de la vejez” en lo que respecta al sexo, entre ellas la disminución de la urgencia eyaculatoria por parte del hombre lo que le permite un mayor disfrute y relaciones sexuales más prolongadas, la “descentralización”

de la sexualidad que ya no se basa sólo en el coito dándole paso también a la exploración y el juego, la ausencia del miedo al embarazo y de hijos en casa, incrementando esto último la sensación de privacidad (5, 21). Este cambio de paradigma, congruente, además, con el nuevo modelo de la sexualidad donde la confianza, el juego, el placer y el afecto juegan roles fundamentales (24), va de la mano con el desarrollo de un “segundo lenguaje de la sexualidad” (11), entendido como aquel basado en la comunicación desde la intimidad, mucho más amplio que el “primer lenguaje” que obedecería sólo a la genitalidad (11).

Vale la pena, para nosotros y nuestros pacientes, redescubrir el desafío del envejecimiento y a la par proporcionar los elementos para la recuperación de la dignidad de las personas mayores, propuesta por Nordenfelt como íntimamente asociada a la sabiduría que nace de la experiencia (10). Tal vez este cambio en nuestro modo de ver la vejez y el erotismo nos permita apartarnos del temor y la negación de la muerte, y responder con éxito a la pregunta, según Bataille: “El erotismo abre a la muerte. La muerte abre a la negación de la duración individual. ¿Podríamos, sin violencia interior, asumir una negación que nos conduce al límite de todo lo posible?” (58). Una educación clara desde el principio de la vida, un cambio de paradigma, que hace necesario la modificación de estilos y condiciones de vida, garantizará el fácil acceso a esa experiencia holística de la intimidad cuando algunas funciones fisiológicas declinan. Finalmente, si redimensionamos el derecho de los más viejos a experimentar placer y afecto, si les abrimos las puertas a una sexualidad integral, plena y constructiva, estaremos labrando también nuestra propia felicidad, en el espejo del futuro.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Adriana Arcila Rivera, Médica, Terapeuta Sexual y Docente de la Universidad de Caldas por su asesoría conceptual y bibliográfica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kinsey AC, Pomeroy WP, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Saunders; 1948.
2. Brocklehursts J, Dunn R, Duursma S. Geriatria en Europa: trayectoria histórica y situación actual. En: Tallis R, Fillit H. Brocklehurst's Geriatria. Madrid: Marbán; 2007. p. 1423-1438.
3. Grundy EM. Epidemiología del envejecimiento. En: Tallis R, Fillit H. Brocklehurst's Geriatria. Madrid: Marbán; 2007. p. 3-20.
4. OPS/OMS. Agenda sobre envejecimiento Colombia Siglo XXI. Bogotá; 2002. p. 10-17.
5. Puerto C. El sexo no tiene edad. Madrid: Lavel; 1995.
6. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. En: López J, Cano C, Gómez J. Geriatria. Medellín. 1 ed: CIB; 2006. p 3-8.
7. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol; 2002; 37(S2): 74-101.
8. Gómez JF, Curcio CL. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales: Tizán; 2002.
9. Curcio CL. Impacto social del envejecimiento. En: López J, Cano C, Gómez J. Geriatria. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. p. 9-12.
10. Mejía O. Dilemas bioéticos. En: López J, Cano C, Gómez J. Geriatria. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. p. 41-47.
11. Butler R, Lewis M. Sexualidad en la tercera edad. En: Tallis R, Fillit H. Brocklehurst's Geriatria. Madrid: Marbán; 2007. p. 1407-1412.
12. García JL. La sexualidad y la afectividad en la vejez. Portal Mayores. Informes Portal Mayores. No 41. [Artículo de Internet] 2005 [citado julio 1 de 2008]. Disponible en URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>
13. Haggard HW. El médico en la historia. Buenos Aires: Sudamericana; 1946.
14. Mejía O. De la prehistoria a la medicina egipcia. Introducción crítica a la historia de la medicina. Manizales: Universidad de Caldas; 1999.
15. González F. El arte como instrumento de la contrarreforma. Rev. Asoc. Gerontol. Geriatr; 2004; Vol. 18 No. 4. p. 734-736.
16. González F. Vejez y enfermedad en el arte. Manizales: Universidad de Caldas; 2004.
17. Osorno D. Sexualidad y vejez. En: López J, Cano C, Gómez J. Geriatria. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. p. 23-28.
18. Zuleta E. El pensamiento psicoanalítico. Medellín: Lealon; 2004.
19. Silva S. Actitudes históricas ante la muerte y su impacto en el presente. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr; 2004; Vol.18, N° 1-2. p. 624-627.
20. Mejía RO. La muerte y sus símbolos: Muerte, Tecnocracia y Posmodernidad. 1 ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
21. López F, Olazábal JC. Sexualidad en la vejez. Madrid: Pirámide; 1998.
22. Laín EP. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat; 1982.
23. Ospina W. Los nuevos centros de la esfera. Bogotá: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara; 2003.
24. Masters WH, Johnson VE. El vínculo del placer. El compromiso sexual de la pareja: cómo reactivarlo y mantenerlo. 1 ed. Barcelona: Hurope; 1995.
25. Fernández de QJ. Guía práctica de la sexualidad masculina. Claves para conocerte mejor. 1 ed. Madrid: Temas de Hoy; 1996.
26. Herrera A. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Rev. chil. obstet. ginecol. 2003; Vol. 68, N° 2: 150-162.

27. Ocampo J, Arcila A. Sexualidad y envejecimiento. *Rev. Asoc. Gerontol. Geriatr.*; 2006; Vol. 20 N° 2: 906-916.
28. Bárcena A, Alarcón T, González J. Trastornos psicosexuales. En: Agüera L, Carrasco M, Cervilla J. *Psiquiatría geriátrica*. 1 ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 573-598.
29. Tessler S, Schumm P, Laumann E, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N. Engl. J. of Med.*; 2007; 357: 762-774.
30. Smith G, Frankel S, Yarnell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study. *BMJ*; 1997; 315: 1641-1644.
31. Chen HK, Tseng CD, Wu SC, Lee TK, Chen T. A prospective cohort study on the effect of sexual activity, libido and widowhood on mortality among the elderly people: 14 – year follow-up of 2453 elderly taiwanese. *International Journal of Epidemiology*; 2007; 36(5): 1136-1142.
32. Mahinen JL, Perheentura A, R Ahakari OT, Koskenvuo M, Pöllängen P, Mäikinen J, et al. Sexual Symptoms in ageing men indicate poor life satisfaction and increase health service consumption. *Minerva Ginecol*; 2007; 59(1): 35-41.
33. Unützer J. Late life depresión. *N. Engl. J. of Med.*; 2007; 357: 2269-2276.
34. Katona C, Watkin V, Livingston G. Enfermedades psiquiátricas funcionales en la vejez. En: Tallis R, Fillit H. *Brocklehurst's Geriátria*. Madrid: Marbán; 2007.
35. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*; 2004; Vol. 329: 895-899.
36. Osorio D, Alarcón R, García LH. Suicidio y vejez. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.*; 2005; Vol. 19 No 3: 840-843.
37. Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *N. Engl. J. of Med.*; 2006; 354: 1497-1506.
38. Read J. ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ*; 1999; Vol. 318: 587-589.
39. López JH. Historia clínica. En: López J, Cano C, Gómez J. *Geriátria*. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. p. 111-114.
40. López J. Fisiología del envejecimiento: Impreandes Presencia; 1998. p. 122-142.
41. Bancroft J. Sex and aging. *N. Engl. J. of Med.*; 2007; 357: 820-822.
42. Bachmann G, Leiblum S. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause*; 2004; Vol. 11 N° 1: 120-130.
43. Resnick NM, Dosa S. *Medicina Geriátrica*. En: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser S, Jameson LJ. *Harrison Principios de medicina interna*. 16 ed. Mc Graw Hill; 2006. p. 49-61.
44. Jinich H, Lifshitz A, Suárez JF. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. 4 ed. *Manual Moderno*; 2006. p. 507-518.
45. Gutiérrez LM, Acosta SL. Sarcopenia. En: López J, Cano C, Gómez J. *Geriátria*. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. p. 89-93.
46. Gómez JF. Fisiopatología de la fragilidad. En: López J, Cano C, Gómez J. *Geriátria*. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. p. 94-99.
47. Zúñiga C. Fragilidad: un término en evolución. En: López J, Cano C, Gómez J. *Geriátria*. 1 ed. Medellín: CIB; 2006. p. 83-88.
48. Lue TF. Erectile Dysfunction. *N Engl J of Med*; 2000; 324: 1802-13.
49. Masters W, Jonson V. *La respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica; 1966.
50. Kaplan H. *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza; 1974. p. 21-85.

51. Exton-Smith N. Medical problems of old age. Londres: John Wright & Sons; 1955.
52. McVary KT. Erectile Dysfunction. *N Engl J of Med*; 2007; 357: 2472-81.
53. Steineck G, Hegelsen F, Adolfson J, Dickman PW, Johansson J, Norlen BJ, et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J of Med*; 2002; 347: 790-796.
54. Marulanda F. Medicamentos en el anciano. En: Isaza C, Isaza G, Fuentes J, Marulanda T. *Fundamentos de farmacología en terapéutica*. 4 ed. Postergraph; 2002.
55. McVary K. Disfunción sexual. En: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser S, Jameson LJ. *Harrison. Principios de medicina interna*. 16 ed. Mc Graw Hill; 2006. p. 306-311.
56. Ellas C, Sherris J. Reproductive and sexual health of older women in developing countries. *BMJ*: 2003; Vol. 327: 64-65.
57. Hermann HC, Chang G, Klugherz BD, Mahoney PD. Hemodynamic effects of sildenafil in men with severe coronary artery disease. *N Engl J of Med*; 2000; 342: 1622-26.
58. Mejía O. Extraños escenarios de la noche. *Revista Cinismos*. Manizales: Universidad de Caldas; 2002.