

Análisis de los factores socio-demográficos y personales asociados a las actitudes y comportamientos sexuales del adulto mayor en la población de Santa Rosa

Marcia Galina Ullauri Carrión

Tesis doctoral UDC / 2020

Directoras: Isabel Piñeiro Aguín

Susana Rodríguez Martínez

Tutora: Susana Rodríguez Martínez

Programa de doctorado en Desarrollo Psicológico, Aprendizaje y Salud



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

*A mi padre que siempre ha sido mi luz de superación, el que siempre me inculcó el
crecimiento y desarrollo personal.*

A mi familia por su motivación y apoyo constante en todas las etapas de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento va dirigido a las personas que brindan y aportan al crecimiento del ser humano. Sin considerar el tiempo y dedicación que esto conlleva.

Por ello mi agradecimiento a las directoras de este proyecto las cuales han sido las facilitadoras de este trabajo.

A la institución a la que dedicó gran parte de mi tiempo y a sus directores, que ofrecen las facilidades para el desarrollo profesional.

RESUMEN

Aunque la sexualidad es una parte importante del bienestar del individuo, la investigación del tópico en personas mayores es aún escasa. Explorando la actividad sexual de mayores de 65 años de Santa Rosa (Ecuador) constatamos que a pesar de que la frecuencia de actividad sexual es más elevada entre los varones y son estos quienes practican más coito y masturbación, hombres y mujeres mayores informan de tasas similares de satisfacción y preocupación por su vida sexual. El *nivel educativo* y la existencia de *parejas anteriores* serían factores explicativos de la inactividad sexual masculina y *no tener pareja* actualmente constituiría el factor sociodemográfico determinante de la inactividad sexual femenina. El deseo sexual se establece como una variable que permite diferenciar mayores sexualmente activos y no activos, y puede entenderse como un buen predictor de la inactividad sexual de las mujeres mayores. Constatando también diferencias de género en la *actitud hacia la sexualidad*, las creencias negativas en torno a las relaciones sexuales sin amor clasifican correctamente a la práctica totalidad de la muestra femenina inactiva. Entendemos que una comprensión más profunda de los factores asociados a la actividad sexual de hombres y mujeres mayores puede contribuir al diseño de intervenciones en los ámbitos de la salud y socio-comunitario.

RESUMO

Aínda que a sexualidade é unha parte importante do benestar do individuo, a investigación do tópico en persoas maiores é aínda escasa. Explorando a actividade sexual de maiores de 65 anos de Santa Rosa (Ecuador) constatamos que a pesar de que a frecuencia de actividade sexual é máis elevada entre os homes e son estes quen practica máis coito e masturbación, homes e mulleres maiores informan de taxas similares de satisfacción e preocupación pola súa vida sexual. O *nivel educativo* e a *existencia de parellas anteriores* serían factores explicativos da inactividade sexual masculina e *non ter parella actualmente* constituiría o factor sociodemográfico determinante da inactividade sexual feminina. O desexo sexual establécese como unha variable que permite diferenciar maiores sexualmente activos e non activos, e pode entenderse como un bo predictor da inactividade sexual das mulleres maiores. Constatando tamén diferenzas de xénero na actitude cara á sexualidade, as crenzas negativas ao redor das relacións sexuais sen amor clasifican correctamente á práctica totalidade da mostra feminina inactiva. Entedemos que unha comprensión máis profunda dos factores asociados á actividade sexual de homes e mulleres maiores pode contribuír ao deseño de intervencións nos ámbitos da saúde e socio-comunitario.

ABSTRACT

Although sexuality is an important part of the well-being of the individual, research on the topic in older people is still scarce. Exploring the sexual activity of people over 65 in Santa Rosa (Ecuador), we found that, despite the fact that sexual activity frequency is higher among men and they practice more intercourse and masturbation, older men and women report similar satisfaction rates and concern for their sex life. Educational level and the existence of previous partners would be explanatory factors for male sexual inactivity. In addition, not having a partner currently would constitute the sociodemographic factor determining female sexual inactivity. Results established the sexual desire as a variable that allows differentiating sexually active and non-active older people. Besides, we can understand this factor as a good predictor of sexual inactivity in older women. Also confirming gender differences in attitude towards sexuality, negative beliefs around loveless sex correctly classify practically the entire inactive female sample. We understand that a deeper understanding of the factors associated with sexual activity of older men and women can contribute to the design of interventions in health and socio-community fields.

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN GENERAL..... 19

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO 29

1. La vejez y el proceso de envejecimiento..... 31

2. El envejecimiento: modelos de declive, competencia y adaptación..... 34

CAPÍTULO II. EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO 41

2.1. Envejecimiento poblacional en América Latina..... 45

CAPÍTULO III. CAMBIOS BIOLÓGICOS, COGNITIVOS Y SOCIO-AFECTIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO..... 51

3.1. Cambios biológicos 54

3.2. Cambios cognitivos 57

3.3. Cambios socio-afectivos..... 60

CAPÍTULO IV. SEXUALIDAD EN LA VEJEZ..... 63

4.1. Características de la actividad sexual en la vejez 68

4.2.- Disfunciones sexuales en la vejez..... 72

CAPÍTULO V. CONDICIONANTES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL..... 77

5.1.- Características socio-demográficas y actividad sexual en la vejez 79

5.2. Factores socio-culturales y actividad sexual en la vejez 82

5.2.1. Actitud hacia la sexualidad 83

5.2.2. Estereotipos en torno a la sexualidad en la vejez..... 86

CAPÍTULO VI. SEXUALIDAD, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA 93

6.1. Bienestar y calidad de vida..... 96

6.2. Sexualidad y calidad de vida 98

6.2.1. Sexualidad y salud en la vejez 100

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	105
1.1 Objetivos de la Investigación	107
1.2. Método	107
1.2.1.- Hipótesis	107
1.2.2.- Participantes.....	109
1.2.3.- Variables e Instrumentos de medida.....	113
1.2.4.- Procedimiento.....	118
1.2.5.- Análisis de datos.....	119
CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	123
2.1.- Características de la sexualidad de los hombres y mujeres de la muestra	125
2.1.1.- Actividad y práctica sexual.....	125
2.1.2.- Satisfacción sexual	129
2.1.3.- Deseo e impulso sexual	132
2.1.4.- Salud percibida	134
2.1.5.- Actitud hacia la sexualidad.....	136
2.1.6.- Formación en sexualidad	139
2.1.7.- Síntesis de resultados.....	142
2.2. Factores asociados a la actividad sexual de hombres y mujeres	143
2.2.1.- Variables sociodemográficas y actividad sexual	144
2.2.2.- Deseo y actividad sexual	146
2.2.3.- Salud y actividad sexual	148
2.2.4.- Actitud y actividad sexual	150
2.2.5.- Síntesis de resultados.....	153
2.3. Predicción de la inactividad sexual de hombres y mujeres mayores.....	156
2.3.1.- Incidencia de las variables socio-demográficas en la inactividad sexual	156

2.3.2.- Incidencia del deseo en la inactividad sexual	162
2.3.3-Incidencia de la salud en la inactividad sexual	165
2.3.4- Incidencia de la actitud hacia la sexualidad sobre la inactividad sexual	169
3.3.5.- Síntesis de resultados.....	173
CAPITULO III. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	177
3.1.- Limitaciones y futuras líneas de investigación	194
REFERENCIAS	200
ANEXOS.....	226

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 *Características del envejecimiento femenino normal asociadas a la actividad sexual* ----- 68

Tabla 2 *Características del envejecimiento masculino normal asociadas a la actividad sexual*----- 70

Tabla 3 *Frecuencias y proporciones correspondientes a las variables socio-demográficas*----- 109

Tabla 4 *Frecuencias y proporciones interacción variables socio-demográficas y género* ----- 111

Tabla 5 *Descriptivos de los ítems empleados para medir actitud hacia la sexualidad*----- 116

Tabla 6 *Frecuencias y proporciones interacción género y actividad sexual* ----- 125

Tabla 7 *Normalidad de las variables empleadas para medir la frecuencia de la actividad sexual* -- 126

Tabla 8 *Normalidad de las variables empleadas para medir el tipo práctica sexual* ----- 128

Tabla 9 *Normalidad de las variables empleadas para medir la satisfacción sexual* ----- 130

Tabla 10 *Frecuencias y proporciones interacción entre género e iniciativa de la actividad sexual* - 131

Tabla 11 *Normalidad de las variables empleadas para medir el deseo e impulso sexual*----- 132

Tabla 12 *Normalidad de las variables empleadas para medir la precepción de salud* ----- 134

Tabla 13 *Frecuencias y proporciones interacción género y búsqueda de ayuda en la vida sexual* -- 136

Tabla 14 *Normalidad de las variables empleadas para medir la actitud hacia la sexualidad* ----- 137

Tabla 15 *Frecuencias y proporciones: interacción género y número de parejas sexuales*----- 140

Tabla 16 *Normalidad de las variables empleadas para medir la formación sobre sexualidad*----- 141

Tabla 17 *Porcentaje y frecuencia en variables sociodemográficas entre mujeres mayores* ----- 144

Tabla 18 *Porcentaje y frecuencia en variables sociodemográficas entre hombres* ----- 145

Tabla 19 *Porcentaje y frecuencia en deseo sexual entre hombres mayores c*----- 146

Tabla 20 *Porcentaje y frecuencia en deseo sexual entre mujeres mayores*----- 147

Tabla 21 *Porcentaje y frecuencia en salud percibida entre hombres mayores* ----- 148

Tabla 22 *Porcentaje y frecuencia en salud percibida entre mujeres mayores* ----- 149

Tabla 23 *Porcentaje y frecuencia en actitud hacia la sexualidad entre hombres mayores*----- 150

Tabla 24 *Porcentaje y frecuencia en actitud hacia la sexualidad entre mujeres mayores*----- 152

Tabla 25 *Frecuencias y codificación de parámetro (1) para las variables socio-demográficas* ----- 156

Tabla 26 *Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo sociodemográfico* ----- 157

Tabla 27 *Resultados regresión logística por pasos _probabilidad de inactividad sexual*----- 158

Tabla 28 *Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo sociodemográfico* ----- 159

Tabla 29 *Resultados regresión logística por pasos _probabilidad de inactividad sexual _hombres-* 160

Tabla 30 *Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo sociodemográfico* ----- 161

Tabla 31 *Resultados regresión logística por pasos _probabilidad de inactividad sexual _mujeres-* 161

Tabla 32 *Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de deseo sexual*----- 162

Tabla 33 *Resultados regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual*----- 163

Tabla 34	<i>Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de deseo sexual</i> -----	164
Tabla 35	<i>Resultadosregresión logística por pasos_probabilidad de inactividad sexual_mujeres</i> ----	164
Tabla 36	<i>Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de salud percibida</i> -----	165
Tabla 37	<i>Resultados regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual</i> -----	166
Tabla 38	<i>Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de deseo sexual</i> -----	167
Tabla 39	<i>Resultadosregresión logística por pasos_probabilidad de inactividad sexual_hombres</i> ---	167
Tabla 40	<i>Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de salud percibida</i> -----	168
Tabla 41	<i>Resultados regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual</i> -----	168
Tabla 42	<i>Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de actitud hacia la sexualidad</i> -----	169
Tabla 43	<i>Resultados regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual</i> -----	170
Tabla 44	<i>Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de actitud hacia la sexualidad</i> -----	170
Tabla 45	<i>Resultados regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual</i> -----	171
Tabla 46	<i>Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de actitud hacia la sexualidad</i> -----	172
Tabla 47	<i>Resultados regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual</i> -----	172

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i>	<i>Rango promedio en frecuencia de la práctica sexual d activos</i> -----	127
<i>Figura 2:</i>	<i>Rango promedio en tipo de prácticas sexuales</i> -----	129
<i>Figura 3:</i>	<i>Rango promedio en satisfacción sexual de hombres y mujeres sexualmente activos</i> -----	131
<i>Figura 4.</i>	<i>Rango promedio en deseo sexual de hombres y mujeres</i> -----	133
<i>Figura 5.</i>	<i>Rango promedio en salud percibida de hombres y mujeres</i> -----	135
<i>Figura 6.</i>	<i>Rango promedio en actitud hacia la sexualidad de hombres y mujeres I</i> -----	138
<i>Figura 7.</i>	<i>Rango promedio en actitud hacia la sexualidad de hombres y mujeres II</i> -----	139
<i>Figura 8.</i>	<i>Rango promedio en formación en sexualidad de hombres y mujeres</i> -----	141

INTRODUCCIÓN GENERAL

La sexualidad es una parte integral de la vida humana que está relacionada con la reproducción, pero también con el placer y la intimidad.

El aumento de esperanza de vida, la liberación de las costumbres sexuales y la mayor aceptación social respecto al placer sexual, entre otros aspectos, han cambiado el panorama sexual de las personas mayores haciendo posible que puedan disfrutar durante más tiempo y con mayor calidad de su sexualidad (Molero et al., 2014).

A medida que nos hacemos mayores, adquieren también mayor relevancia sobre la sexualidad diferentes cambios biológicos, aspectos socioculturales y psicoemocionales que pueden favorecerla o llegar interrumpirla. Las personas mayores son además más vulnerables a padecer diversos problemas de salud que pueden acabar condicionando su actividad sexual.

Es importante tener en cuenta también que la vida sexual en la edad madura podría estar condicionada por la vida sexual antes de esa edad. Ni el interés ni la actividad sexual terminan con la vejez, pero tampoco comienzan con la misma.

En la primera parte del presente trabajo de investigación abordamos los aspectos teóricos más relevantes en torno a la sexualidad en las personas mayores.

Abordar cualquier aspecto relacionado con la vejez supone en primer lugar definir qué entendemos por *vejez*. Bajo esta premisa se presenta un **primer capítulo** con el título *Vejez y envejecimiento*. En este capítulo se define el concepto de vejez cuya naturaleza tiene como se verá un importante componente social. Así, entendemos que “ser viejo” no deja de ser una construcción social que difiere en función del momento histórico en el que nos encontremos o la cultura desde la que lo observemos.

Tradicionalmente, se ha considerado la vejez como un periodo de pérdidas y de aumento de las enfermedades. Sin embargo, en las últimas décadas, empezamos a considerar la vejez como una etapa vital en la que, además de pérdidas y/o disminuciones, pueden darse mejoras en algunas capacidades, así como un mantenimiento en otras. De esta manera, se han venido modificando los términos desarrollo y envejecimiento, adoptándose una perspectiva más potenciadora de la competencia.

Por otra parte, no debemos olvidarnos de que las personas que tiene la condición de “ser viejo” no constituyen hoy un grupo poblacional residual; estamos hablando del segmento etario que ha experimentado el mayor aumento de las últimas décadas. En este contexto, el **segundo capítulo** de esta tesis doctoral titulado *El envejecimiento demográfico*, analiza el cambio demográfico que vive nuestra sociedad; el importante aumento del número de personas mayores y las consecuencias y retos de carácter psicológico y social que nos plantea el fenómeno del envejecimiento. América Latina no es ajena a este cambio, y, si bien, su población no es la más envejecida del mundo, su ritmo de envejecimiento es mucho más rápido que el registrado en otras regiones del planeta.

En el análisis de este cambio demográfico coexisten dos enfoques divergentes: en muchos sentidos el aumento de la población mayor se considera un problema para la sociedad; al tiempo que se resalta la mejora social que ha supuesto reconociéndose las ventajas que esto puede suponer para las generaciones futuras (Pérez, Abellán y Ramiro, 2012). Desde esta segunda perspectiva nos aproximamos al envejecimiento demográfico en este trabajo de investigación. El envejecimiento poblacional es uno de los mayores logros que la humanidad ha alcanzado nunca; aun cuando supone nuevos retos a las instituciones en términos de soluciones a demandas sociales, económicas, sanitarias, culturales y políticas con el fin de garantizar la calidad de vida activa, satisfactoria y saludable, de las personas mayores.

No podemos negar que a medida que envejecemos se producen cambios en las capacidades físicas y psicológicas; sin embargo, tampoco debemos perder de vista que estos cambios no son siempre en la misma dirección, ni son iguales para todas las personas, ni son todos irreversibles. Desde esta perspectiva, en el **tercer capítulo** de este trabajo titulado *Cambios biológicos, cognitivos y socio-afectivos en el envejecimiento*, analizamos los cambios más significativos que se dan en la persona mayor. Se trata efectivamente de cambios biológicos, cognitivos y socio-afectivos que no implican necesariamente que la persona no pueda seguir siendo activa, productiva, competente y/o saludable.

Si bien los cambios que primero se manifiestan a medida que vamos envejeciendo son los físicos o biológicos; los cambios que suelen “entorpecer” más la vida diaria suelen ser los relativos a procesos cognitivos como la memoria (p.e., Martín, 2017; Reyes, Cabrera y Alvarado, 2017; Tubío, 2011). Además, de cambios biológicos y cognitivos, el envejecimiento conlleva cambios socio-afectivos. En términos generales, las personas mayores son más selectivas en sus relaciones sociales, más allá de la cantidad, adquiere en la vejez gran relevancia la intensidad de las relaciones (Cartensen, 1993). Al tiempo, una serie de acontecimientos tales como la jubilación o las pérdidas de seres queridos, que se dan cada vez más a medida que nos hacemos mayores juegan un papel importante en el estado socio-afectivo de la vejez.

Tal vez, uno de los ámbitos más importantes e inherentes al ser humano que lo conecta con sus propias emociones y vincula con otras personas es la sexualidad. Indiscutiblemente, la sexualidad constituye una dimensión fundamental del bienestar y la calidad de vida de las personas (García et al., 2014; Pérez, 2005). Como en otros ámbitos, la persona mayor experimenta cambios, también, en cuanto a su comportamiento y actividad sexual. A la *Sexualidad en la vejez* dedicamos el **cuarto capítulo** de este trabajo. En él abordamos las características más importantes de la actividad sexual a medida que vamos envejeciendo,

características que, aunque no limitan la calidad de la experiencia sexual, pueden determinar la vida sexual de hombres y mujeres mayores. Analizamos también las disfunciones sexuales más habituales en la vejez, tanto las relacionadas con ciertas afecciones médicas, y psicológicas como aquellas secundariamente derivadas de la medicación administrada (Alonso, Martínez, Díaz y Calvo, 2004).

La OMS (2001) describe la sexualidad como algo personal y específico de cada uno de nosotros que se manifiesta en nuestra forma de ser, de comportarnos y de sentir; y que es fruto de la interacción de una serie de variables biológicas, psicológicas, socioeconómicas, culturales, ambientales, educativas, éticas y religiosas. A lo largo de nuestro ciclo vital la importancia relativa de cada una de estas variables va variando. Así, asumimos que, en el caso de las personas mayores, los factores culturales adquieren un peso importante debido a los prejuicios y mitos que la sociedad sostiene en torno a la vejez como un período sin deseos ni actividad sexual. Junto a los factores socio-culturales, en el **quinto capítulo**, titulado *Condicionantes de la actividad sexual*, analizamos, las características socio-demográficas de la población, en la medida que conjuntamente ambos factores se han considerado condicionantes de la actividad sexual de las personas mayores.

A pesar de que la sexualidad es un aspecto significativo en la vida de todas las personas, la sexualidad de las personas mayores sigue siendo un ámbito escasamente explorado científicamente y dominado, seguramente por ello, por *opiniones* de carácter social, generalmente, poco fundamentadas. Se reconoce que la sexualidad es importante para la calidad de vida de las personas mayores, pero, paralelamente, concurren percepciones basadas en estereotipos que niegan a las personas mayores su condición de disfrute y expresión sexual (McAuliffe, Bauer y Nay, 2007). En línea con estos estereotipos, las encuestas nacionales de salud de muchos países sobre la sexualidad de sus poblaciones colocan a las personas mayores fuera del ámbito de las mismas, reforzando la idea de que éstas no son relevantes en

este cometido (Hafford-Letchfield, 2008). Sin embargo, diferentes investigaciones realizadas en varios países han encontrado que precisamente las personas mayores destacan la importancia de permanecer sexualmente activos y el componente fundamental de la sexualidad en su calidad de vida y bienestar (Kontula y Haavio-Mannila, 2009).

En este sentido, precisamente con el papel que la sexualidad y el bienestar psicológico juegan en la calidad de vida de las personas mayores cerramos la parte teórica de este trabajo de investigación. En el **sexto capítulo**, titulado *Sexualidad, bienestar y calidad de vida*, analizamos la importancia que ha cobrado la calidad de vida para las personas mayores en las últimas décadas (Yanguas, 2006). Tanto el funcionamiento sexual y las relaciones sexuales positivas como el bienestar psicológico se reconocen como importantes indicadores de salud y calidad de vida (Lee, Vanhoutte, Nazroo y Pendleton, 2016).

La segunda parte de este trabajo de investigación corresponde al marco empírico configurado en tres capítulos. El *planteamiento general de la investigación* se desarrolla en el **primer capítulo** presentando los objetivos y el método de investigación. Describimos la metodología empleada incluyendo las hipótesis en base a los objetivos planteados, describimos a los participantes y operativizamos las variables estudiadas y los instrumentos aplicados, así como, el procedimiento utilizado en el estudio. Se especifican finalmente los análisis estadísticos implementados para abordar los objetivos que dirigen el estudio.

En el **segundo capítulo**, titulado “*Descripción y análisis de resultados*”, se describen y analizan los resultados obtenidos. Atendiendo a los objetivos de investigación, se describen en primer lugar, las características de la sexualidad de los hombres y mujeres de la muestra, a continuación, analizamos los factores asociados a la actividad sexual de hombres y mujeres; y, finalmente, las variables predictoras de la inactividad sexual.

Por último, tras la descripción y análisis de los resultados de investigación, en un **tercer capítulo**, titulado “*Discusión de resultados y conclusiones*” realizamos la discusión de

nuestros resultados atendiendo a la investigación pertinente en el tópico. Finalmente, presentamos las conclusiones buscando la consolidación de los resultados y destacando las aportaciones al conocimiento de la sexualidad en la vejez. Dejamos constancia también de las limitaciones del propio diseño y relativas a la implementación de la investigación y sugerimos futuras líneas de investigación en el tópico.

Como es preceptivo incluimos el cuerpo de las referencias bibliográficas empleadas en el desarrollo de esta Tesis Doctoral e incorporamos como Anexo el cuestionario empleado en esta investigación.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I.

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

1.1. La vejez y el proceso de envejecimiento

Normalmente, los 65 años han sido considerados como la puerta de entrada a la etapa de la vida denominada como “vejez”, sobre todo, en los países más desarrollados. De esta manera, este criterio se convierte en una construcción social que difiere de unos momentos históricos a otros e, incluso, de unos países a otros. La vejez es una definición social y “un viejo es lo que la sociedad dice que es un viejo” (López, 1998, p. 13).

El hecho de que se utilice la edad como una forma de organización de la sociedad lleva a que ésta asigne a los diferentes grupos de edad roles distintos, con normas y expectativas diferentes que no siguen, necesariamente, las reglas de los procesos de envejecimiento fisiológico general.

En nuestra sociedad occidental y desarrollada, este criterio ha servido durante décadas como marcador para identificar a los "ancianos" en los estudios que requieren una clasificación estadística de la población (Denton y Spencer, 1997), así como, también, para establecer la edad convencional para la jubilación. Por otro lado, la duración del ciclo vital ha aumentado notablemente durante las últimas décadas en las sociedades occidentales. Tanto el concepto de jubilación como el aumento de la población mayor de 65 años provocan cambios importantes en el concepto social de la vejez.

El concepto de vejez se define de varias formas. De manera simplificada, generalmente se asume como un proceso multifactorial que se caracteriza por la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad (Reyes y Castillo, 2011). Por su parte, Rodríguez, Hernández y Gutiérrez (2015) definen la vejez como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Es un proceso continuo, progresivo y complejo que se produce una vez culminada la etapa de crecimiento, desarrollo y reproducción y que se caracteriza por el

deterioro progresivo de las funciones orgánicas y la disminución de la capacidad de adaptación a los cambios.

La OMS define el envejecimiento del individuo como: “un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (OMS, 2009, p.12).

Para Alvarado y Salazar (2014), el envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Se construye durante todo el ciclo vital y en él influyen múltiples factores, no solo genéticos, sino también sociales e históricos del desarrollo humano. Consideran que la interpretación actual del proceso de envejecimiento está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social. Por su parte, Lolas (2017) considera que es un proceso biológico y biográfico, cuya mayor característica es el cambio y depende de factores fisiológicos, puesto que no todos los sistemas y órganos envejecen de igual manera; y psicológicos, pues la forma de afrontar las limitaciones y dificultades puede variar. Para González y de la Fuente (2017), el envejecimiento se inicia una vez que ha culminado el proceso de óptima funcionalidad, y es secundado por el deterioro de la misma.

Si bien se suele utilizar los 65 años para marcar el inicio de la vejez, a efectos biológicos, la vejez viene marcada por la declinación de las actividades somáticas y mentales que caracteriza el envejecimiento como: universal (propio de todos los seres vivos), progresivo (es un proceso acumulativo), dinámico (está en constante cambio, evolución), irreversible (no se puede detener, ni revertirse y es definitivo, hasta el momento), declinante (las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte),

intrínseco (ocurre en el individuo aunque está influido por factores ambientales), heterogéneo e individual (no sigue un patrón establecido, cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía de un sujeto a otro y para los diferentes órganos de la misma persona).

Además de ser un proceso biológico, por su naturaleza vital, y psicológico, por su naturaleza subjetiva, el envejecimiento es un proceso histórico cultural, por su naturaleza social. La vejez está asociada no solo a cambios en el funcionamiento de los sistemas del organismo y a como los sujetos asumen la vida, sino también porque la sociedad los cataloga como tales y le atribuye determinados roles y conductas a partir de valores históricamente construidos (Arrubia, 2016).

Que la vejez sea una construcción social comporta, también, la imagen social predominante que se tiene sobre las personas mayores. Esta imagen social ha sufrido cambios a lo largo de la historia y, también, en las distintas culturas. Así, por ejemplo, hay culturas, como la oriental, donde las personas mayores son la máxima autoridad; y otras, como la cultura occidental actual, en las que las personas con mayor poder son las de mediana de edad con valores dominantes del modelo joven. Las personas mayores no sólo han perdido poder de influencia al jubilarse, sino que el resto de la sociedad considera a la vejez como un período marcado por el deterioro y la involución provocando que los otros grupos de edad (jóvenes y adultos de mediana edad) tengan como uno de sus miedos fundamentales el hecho de envejecer.

Actualmente se acepta que esta concepción de la vejez como etapa de declive es errónea. A medida que envejecemos se producen cambios en las diferentes capacidades (físicas y psicológicas); pero estos cambios no son unidireccionales, ni universales, ni irreversibles. Mientras unas capacidades pueden declinar, otras se mantienen o, incluso, pueden mejorar (López, 1998).

1.2. El envejecimiento: modelos de declive, competencia y adaptación

Tradicionalmente, la literatura científica refiere tres formas de envejecer (González y de la Fuente, 2017; Hoyos, 2016; Petretto, Pili, Gaviano, López y Zuddas, 2016): exitosa, normal y patológica. Las personas que envejecen con éxito constituyen el grupo más pequeño, puesto que son aquellos que llegan en buenas condiciones a una edad muy avanzada. El grupo de personas con un envejecimiento normal estaría formado aquellas personas que padecen una o más enfermedades crónicas, o tienen riesgo de enfermar, para las cuales la estrecha relación entre envejecimiento y enfermedad es la que va produciendo la discapacidad. Por último, estaría el grupo con un envejecimiento patológico, que incluye a las personas que envejecen con una gran discapacidad debida a la gravedad de las enfermedades crónicas que padecen (demencia, accidente cerebrovascular, artrosis, insuficiencia cardiorrespiratoria, etc.), las cuales producen un deterioro rápido y progresivo de su capacidad funcional.

El envejecimiento exitoso implica mantener un adecuado funcionamiento físico, mental y social, compromiso con la vida para lograr una baja probabilidad de enfermedad y discapacidad; un alto grado de funcionamiento físico y mental y de participación social por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (Alvarado y Salazar, 2014; Morell, Ceccato, García, Chaves y Llario, 2018). Para alcanzar una longevidad satisfactoria debe lograrse un envejecimiento saludable, estilos de vida satisfactorios, mantenimiento de las reservas funcionales, prevención de enfermedades y discapacidades y una sociedad más amigable con las personas de edad (Sosa, García, Oliva, Durand y Fernández, 2017).

Históricamente, han prevalecido dos visiones contrarias de la vejez. Un enfoque negativo que con orígenes Aristotélicos identifica la senectud con el deterioro y la ruina, o bajo el prisma de Séneca, la entiende como una enfermedad incurable; y otra visión más optimista que, atendiendo a los postulados de Platón y Cicerón observa la vejez como un

período de dominio de las pasiones, donde el viejo es respetado en tanto mantiene su autoridad y el respeto de los suyos (Cardona y Peláez, 2012).

El enfoque de la vejez que ha dominado tradicionalmente ha sido el del *declive*: un modelo que caracteriza la vejez como una etapa que conlleva inevitablemente la aparición de un notable número de pérdidas, un aumento de los problemas de salud y un progresivo declive en las capacidades. Estas pérdidas y declives disminuirían los recursos adaptativos tanto físicos como mentales, dañarían la autoestima de la persona mayor, su imagen de continuidad personal, aumentarían los problemas de salud mental y de pérdida de control y se reduciría su perspectiva personal y vital. Este enfoque del desarrollo del mayor ha posibilitado que, durante muchos años, haya predominado el estereotipo de que los cambios que se producen en la vejez son exclusivamente negativos. Desde esta perspectiva se han desarrollado y enraizado socialmente numerosos prejuicios negativos sobre las personas mayores, así como falsas creencias acerca de sus competencias reales (Kart, 1990).

Frente a este modelo, se ha defendido en los últimos años un modelo de *competencia* que apoya la idea de que, si bien el envejecimiento implica o puede implicar pérdidas y disminuciones, también posibilita aumentos, ganancias y perfecciones. Un ejemplo de ello es que las personas mayores son eficaces en el mantenimiento de la sensación de control y de una visión positiva tanto de sí mismos como del desarrollo personal (Brändtstädter, Wentura y Greve, 1993). En este contexto, actualmente tiende a aceptarse que la vejez es una etapa en la que pueden, efectivamente, observarse también innovaciones y progresos en diferentes dimensiones del comportamiento. Así, se ha encontrado que, efectivamente, el cerebro sigue manteniendo su plasticidad en la vejez, y, parece evidenciarse que, incluso en caso de proceso de deterioro, un ambiente estimulante puede ralentizar dicho proceso (Aguilar, 2003, 2005; Hernández - Muela, Mulas y Mattos, 2004).

Desde esta perspectiva comienza a modificarse el significado actual de los términos desarrollo y envejecimiento, conduciéndose hacia una perspectiva más potenciadora de la competencia en este período de la vida. Cada vez hay mayor optimismo sobre las posibilidades de intervención en el ambiente y en el propio individuo para sacar el máximo partido de las competencias con las que se llega a la vejez. La inconsistencia del modelo de declive se evidencia también en el hecho de que los cambios biológicos, psicológicos y sociales, considerados evidencia de un declive creciente y universal asociado a la vejez, no se dan en todos los individuos, no están vinculados a la edad cronológica *per se* y no afectan a todas las habilidades; sino que están ligados fundamentalmente a enfermedades y condiciones psicosociales desfavorables (Moñivas, 1998; Sánchez y Arroyo, 2003).

Lo cierto es que a medida que avanza la edad, los mayores tienden a ser más heterogéneos en su funcionamiento fisiológico, psicológico y social. En este sentido, al igual que ocurre en otros períodos del ciclo vital, en la vejez puede hablarse de una acusada variabilidad no sólo interindividual sin también intraindividual. Las diferencias entre individuos pueden llegar a ser tan notables que hacen extremadamente difícil una caracterización general de este período vital. En cuanto a la variabilidad intraindividual, debemos tener en cuenta que los cambios asociados a la edad en una determinada capacidad o habilidad psicológica o fisiológica no tienen por qué asociarse necesariamente a cambios en otras características psicológicas o sistemas fisiológicos. Así, una persona mayor puede mostrar una pérdida importante de autonomía física y mantener intactas, en cambio, sus habilidades cognitivas. Incluso dentro de una misma dimensión la tasa de cambio puede ser notablemente diferencial, pudiendo evidenciarse deterioro del razonamiento manteniéndose en parámetros aceptables la orientación espacial, por ejemplo.

Desde el punto de vista psicológico, el modelo de declive ha asociado la vejez con la disminución de la inteligencia y la memoria. Sin embargo, Pérez (2015) señala que el

envejecimiento psicológico no se ajusta estrictamente al patrón de envejecimiento biológico. Aun cuando biológicamente podemos diferenciar períodos de desarrollo, madurez y declive, en el funcionamiento psicológico existen aspectos que se optimizan a lo largo del ciclo vital, otros que permanecen constantes y otros se ajustan, más o menos, al patrón biológico. Efectivamente, el desarrollo a lo largo del ciclo vital debe caracterizarse por su multidimensionalidad y su multidireccionalidad. De tal modo que, sin negar la importancia de los factores biológicos en cuanto a determinantes explicativos del desarrollo, desde las ciencias sociales se considera que durante la vejez cada dimensión del individuo puede seguir derroteros diferentes (Vega y Bueno, 1996).

La naturaleza del envejecimiento no es sólo biológica, sino que debe observarse también cultural e históricamente, y, en este sentido, cada día adquiere mayor interés el estudio de los efectos generacionales en el proceso de envejecimiento. Bajo el paraguas del modelo de competencia, cabe entender que la generación y la historia relativizan la importancia del factor edad. Las diferencias derivadas de la pertenencia a distintas generaciones -diferencias intergeneracionales o intercohortes- determinan en buena medida las experiencias adquiridas, el nivel educativo, la cultura dominante, etc., aspectos todos que tendrán un notable impacto diferencial en la caracterización del individuo mayor.

Esta consideración multidimensional del desarrollo a lo largo de la vida, ha ilustrado el desarrollo de propuestas como la de Baltes y Baltes (1990) en torno a la *optimización selectiva con compensación*; perspectiva desde la cual el desarrollo satisfactorio sería resultado de maximizar conjuntamente las ganancias -los objetivos deseados- y minimizar las pérdidas -los objetivos indeseados-. Este modelo de optimización selectiva con compensación establece que, para conseguir una vida efectiva, el mayor ha de hacer modificaciones en el modo de abordar las tareas: *seleccionar* determinadas actividades; *optimizarlas*, empleando,

por ejemplo, más tiempo o ensayándolas más; e implementar determinadas estrategias de *compensación*.

Los individuos estamos inmersos en una continua adaptación a lo largo de toda la vida que se operativiza en tres procesos: selección, optimización y compensación. La *selección* refiere al proceso de especialización de competencias conductuales que permiten al individuo continuar desarrollándose a lo largo de la vida. En este sentido, la selección implica reducción, ya que restringiría la vida de las personas limitando el número de competencias o áreas de funcionamiento, pero esta limitación supone también adaptación: reduciendo las demandas a las que atender facilitamos el manejo de las competencias seleccionadas (Montorio e Izal, 1997).

La *optimización* reflejaría la idea de que los individuos se regulan para funcionar a niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución. Así, es esperable que las personas aprovechen las oportunidades ambientales o biológicas a lo largo de su ciclo vital para actuar enriqueciendo -y aumentando su capacidad de reserva, de forma que todo ello les permita maximizar -en cantidad y calidad- el curso de sus vidas. El individuo se mueve en la dirección de procurar el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida. La optimización es también un objetivo a plantearse en la edad avanzada puesto que, incluso habiendo comenzado el declive de las habilidades cognitivas más biológicamente determinadas, existe un sustancial remanente de plasticidad para mejorar las diversas capacidades del ser humano, incluidas las cognitivas (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1988; Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1992).

Finalmente, la *compensación* refiere el proceso que se activa ante el deterioro de habilidades como consecuencia de la edad o bien cuando las demandas del contexto aumentan sustancialmente y no es posible alcanzar el estándar determinado de ejecución. La reiteración de las estrategias habituales, en estos casos, podría comportar resultados negativos y, por ello,

cabe esperar que las personas cambien o revisen estrategias conocidas a fin de compensar los déficits. La compensación se traduce, generalmente, en el empleo de recursos conductuales (por ejemplo, ayudas externas de memoria), de la cognición (por ejemplo, estrategias mnemotécnicas) o derivados de la tecnología (por ejemplo, ayudas protésicas). La compensación es un proceso natural que empleamos todas las personas en el transcurso de nuestras vidas y que, en la vejez, se encuentra especialmente desarrollado debido a la ventaja que supone la acumulación de experiencia y conocimientos de este grupo de edad (Dixon, 1995).

En síntesis, la selección implica direccionalidad, metas y resultados; la optimización alude a los medios para conseguir las metas deseadas, y la compensación supone una respuesta a las pérdidas experimentadas a través del empleo de medios o recursos que son utilizados para mantener niveles adecuados de funcionamiento y, con ello, las metas personales propuestas (Martos, 2005; Freire y Ferradás, 2016). El modelo de optimización selectiva con compensación presupone que la persona, a cualquier edad, se especializa en distintas áreas de funcionamiento, capacidades o habilidades dependiendo de su trayectoria vital, de los intereses, valores, hábitos, salud y de su capacidad de reserva. Siendo necesario en todas las épocas de la vida, en la vejez, su empleo es aún más activo y frecuente a causa de las pérdidas (Marsiske, Lang, Baltes y Baltes, 1995). La experiencia adquirida a lo largo de la vida facilita que las personas mayores conozcan cómo actuar optimizando, seleccionando y utilizando estrategias que compensen posible déficits o elevadas demandas ambientales. La aplicación de estos mecanismos de optimización selectiva con compensación posibilitará una mayor longevidad y salud biológica, salud mental, y redundará positivamente sobre aspectos como la eficacia cognitiva, competencia social, productividad, control personal y la satisfacción (Cabanach, Seoane y García, 2003).

CAPÍTULO II.

EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

La estructura demográfica de la población mundial ha experimentado variaciones en las últimas décadas. De pirámides progresivas, con predominio de niños y jóvenes (debido a la alta tasa de natalidad) y muy baja proporción de ancianos (por la baja esperanza de vida), se ha pasado a pirámides regresivas en los países desarrollados (por la baja tasa de natalidad y la elevada esperanza de vida) y pirámides estancadas en los países en vía de desarrollo (debido a que se mantienen altas tasas de natalidad y se ha incrementado la esperanza de vida). El resultado neto de esta tendencia, es el incremento de la proporción de ancianos (mayores de 65 años) con relación a los grupos etarios de niños, jóvenes y adultos.

El envejecimiento demográfico es un fenómeno social que se refiere al incremento proporcional de cohortes de personas mayores en términos absolutos y respecto a la población total, así como, también, de personas mayores con edades muy avanzadas. Según la Organización de Naciones Unidas (en adelante, ONU) este fenómeno está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad: el mercado laboral y financiero, la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales (ONU, 2018).

De acuerdo a los datos estimados por la ONU (2018), en el año 2017 existían 962 millones de personas con 60 años o más, lo que supone un 13% de la población mundial, y con una tasa de crecimiento anual del 3%. Según las predicciones de Cardona y Peláez (2012), para el año 2050 el número de personas con más de 65 años representará el 16,3 % de la población total del planeta, más de tres veces respecto al 5,2 % del año 1950. Predicciones más recientes realizadas por Alvarado y Salazar (2014) prevén que alcanzará un 21 %. Son similares los pronósticos de Calero-Saa y Cháves-García (2016), quienes señalan que para esa fecha (2050) el 22 % de la población mundial y el 33% de la población, en el caso de los países desarrollados, será mayor de 60 años.

Según la Organización Mundial de Salud (en adelante, OMS) la esperanza de vida a escala mundial se ha incrementado en cinco años desde el año 2000, aunque persisten las desigualdades sanitarias. A escala mundial, la esperanza de vida de los niños nacidos en 2015 era de 71,4 años (73,8 años para las niñas y 69,1 para los niños).

El envejecimiento demográfico está condicionado por el aumento de la esperanza de vida y por la disminución de la natalidad, evidente, sobre todo, en los países desarrollados, aunque, también, se está produciendo en los países en vías de desarrollo (Nieto y Alonso, 2007; Cardona y Peláez; 2012; Valencia, 2012). Los avances científicos y tecnológicos aplicados a la medicina y los aportes de la industrialización y la modernización social constituyen uno de los factores que ha ayudado a la disminución de la tasa de mortalidad y el incremento de la expectativa de vida, así como a mejorar la esperanza y calidad de vida de las personas mayores.

En el análisis del envejecimiento de la población confluyen diferentes perspectivas y enfoques, unos considerándolo como un problema para las sociedades futuras y otros, desde posiciones contrarias, resaltando el envejecimiento no como un problema sino como un reto, una mejora social sin precedentes que no debemos obviar y de la que podemos aprender y obtener ventajas (Pérez et al., 2012). En cualquier caso, lo que es indiscutible es que este fenómeno tiene una especial repercusión en la estructura demográfica, el mercado de trabajo, la jubilación, la salud, las condiciones de vida y la participación social (Rodríguez, Rodríguez, Castejón y Morán, 2013).

El envejecimiento de la población es fruto del desarrollo de la humanidad, de sus avances educativos, sanitarios, científicos, tecnológicos, económicos, culturales y socio-políticos, pero este mismo hecho exige también atender a las necesidades que emergen de un mundo envejecido (Birren, 1996). La prolongación de la vida constituye un valor ético, humano y afectivo, que conlleva una cultura de respeto y cuidado de los antecesores, para que

logren un envejecimiento exitoso, una buena relación funcional, mental y social, bienestar físico y psíquico (Louro, Bayarre y Álvarez, 2015).

El envejecimiento no solo representa un reto para los gobiernos sino también una oportunidad, por las potencialidades y experiencias de las personas mayores, que pueden utilizarse en la implementación de programas de desarrollo. En este sentido, para Cardona y Peláez (2012) el envejecimiento constituye una oportunidad que la sociedad puede aprovechar utilizando el capital intelectual y cultural de las personas mayores. En la misma línea se sitúa Pérez (2016), al afirmar que los cambios en la pirámide de población no deben provocar sensación de peligro; sino que a las sociedades contemporáneas les urge apoyar y aprovechar estas novedades, en vez intentar revertirlas. Pérez et al. (2012) señalan que se ha consolidado una concepción positiva, que fomenta el envejecimiento activo y promueve la participación de los mayores en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos.

2.1. Envejecimiento poblacional en América Latina.

El proceso de envejecimiento poblacional, es un fenómeno que también se aprecia en América Latina. Se espera que la región tenga un índice de envejecimiento de 40 % o más en el 2050, lo que significa que habrá, al menos, 40 personas de 65 años y más por cada 100 personas menores de 15 años (Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, 2007). Existen grandes diferencias en los ritmos de envejecimiento de los diferentes países de esta área geográfica. En el año 2015, la población de América Latina era de 620 millones de habitantes. La esperanza de vida al nacer fue de 73,3 años y la proporción de personas mayores de 60 años alcanzó el 10,9 % del total de la población. Para el año 2025 se estima que América Latina tendrá cerca de 685,8 millones de habitantes, que la esperanza de vida alcance los 75 años y que las personas mayores de 60 años representen el 14,2 % de la población total (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2010).

Aranco, Stampini, Ibararán y Medellín (2018) consideran que América Latina y el

Caribe todavía no puede considerarse una región envejecida; puesto que, si bien, como acabamos de afirmar, las personas mayores de 60 años representan cerca del 11% de la población total - valor cercano a lo que se observa para la población mundial (12%) – la proporción es, sustancialmente, menor a la observada en Europa (24%), América del Norte (21 %) y Oceanía (16%). Sin embargo, la población de la región está envejeciendo a un ritmo sin precedentes y para el año 2030, la población mayor de 60 años se estima que represente el 17% del total y hacia el año 2050, en 35 años, uno de cada cuatro habitantes en será mayor de 60 años. En este sentido, Paz (2015) señala que la población de América Latina no es la más envejecida del mundo, pero su ritmo de envejecimiento es mucho más rápido que el registrado en otras regiones. En menos de 30 años la región habrá llegado a los niveles de envejecimiento que a los países del Norte de América y de Europa les llevó un siglo o más alcanzar.

Ecuador cuenta con una población de 16.624.858 habitantes, se encuentra en la posición 69 de la tabla compuesta por 196 países, presenta una densidad de población de 65 habitantes por Km² y ocupa el puesto 87 en el índice de desarrollo humano. Como ocurre en toda América Latina, la población de Ecuador envejece y se estima que en el quinquenio 2035-2040 tendrá un índice de envejecimiento de 60 % (Brenes-Camacho, 2015). En el año 2015 la población mayor de 60 años representaba el 9,9% del total y se estima que alcanzará el 14,5 % en el 2030 y el 21,8 % en el 2050 (Aranco et al. 2018).

Desde la segunda mitad del siglo XX, se evidencia una disminución de la tasa de fecundidad en Ecuador. De, aproximadamente, 6,65 hijos por mujer en 1960, a 2,7 en el año 2010 y 2,49 en el año 2016. A partir del año 2020, estará dentro de los países considerados con una tasa de fertilidad muy baja, alcanzando 1,72 hijos por mujer en el año 2065. Desde el año 2040, aproximadamente, no podrá cumplir con la tasa de reemplazo, debido a que la tasa de fecundidad será inferior a 2 hijos por mujer.

En el período comprendido entre 1960 y 1965, la esperanza de vida fue de, aproximadamente, 54,76 años (53,44 años para los varones y 56,07 para las mujeres); mientras que para el período comprendido entre 2005 y 2010, esta cifra aumentó a 74,63 años (71,73 años para los varones y 77,54 años para las mujeres), lo que representa un incremento de aproximadamente 20 años en medio siglo. En el año 2016 la esperanza de vida alcanzó los 76,33.

En la última década, el ritmo de crecimiento en Ecuador es menor al de décadas pasadas, pero con diferencias regionales, provinciales y cantonales importantes. Analizando la información de forma provincial y cantonal, se identifican distintas tendencias de crecimiento poblacional. El crecimiento en el área urbana es superior al de áreas rurales y el mayor peso poblacional lo tiene la costa (Villacís y Carrillo, 2012).

A partir del año 2010 la mayoría de la población ecuatoriana se encuentra en edad de trabajar. De esta manera, el 62,2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad. Frente a lo que ocurre en Europa, en Ecuador el segmento poblacional de los jóvenes (menores de 25 años) representa el 50% de la población y las personas mayores de 65 años el 6,5%.

Sin embargo, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Villacís y Carrillo, 2012), para el año 2030 Ecuador estará bajo el umbral de remplazo. Esto quiere decir que a partir de ese momento ya no nacerá suficiente gente para remplazar la población actual y poco a poco el proceso de envejecimiento hará que la población empiece a reducirse en tamaño. La transición demográfica significará que el Ecuador ha llegado a un umbral de crecimiento donde convergen varios fenómenos: estabilización de las tasas de fertilidad, estabilización de tasas de mortalidad y el inicio del decrecimiento poblacional (Villacís y Carrillo, 2012).

El territorio ecuatoriano se divide en cuatro regiones naturales bien definidas geográficamente: Costa, Sierra, Oriente y Galápagos (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2019). Esto ha generado a lo largo de la historia conflictos regionales que se evidencian a través de diferencias sociales, políticas y económicas (Solórzano, 2015) constituyéndose sistemas de valores que históricamente han contrapuesto el tradicionalismo o conservadurismo de la Sierra frente al gusto por la novedad o progresismo de la Costa (Valdano, 2006).

Al amparo de esta división geográfica, en Ecuador se establecen tres niveles de organización político-administrativa. Con objeto de optimizar los servicios dirigidos a la ciudadanía, en un primer nivel se encuentran las regiones autónomas que agrupan las provincias por zonas, -se crearon nueve zonas-, distritos y circuitos. En algunos casos se integra en una misma zona a provincias de la Costa, Sierra y Oriente, como es el caso de la zona 7, que agrupa a El Oro, Loja y Zamora. En el segundo nivel, se encuentran los gobiernos provinciales, que adquieren mayores atribuciones y relevancias en el desarrollo regional y en el tercer nivel se ubicarían los municipios -cantones y parroquias-, que tienen sus competencias articuladas con otros niveles superiores de gobierno.

En este contexto, situada al sur del país en la zona geográfica de la Costa, una de las 24 provincias que integran Ecuador es El Oro. El Oro ocupa un territorio de unos 6.188 km², siendo la duodécima provincia del país por extensión. Su población es de 643.316 habitantes y su capital administrativa es la ciudad de Machala, la cual, además, es su urbe más grande y poblada. La provincia de El Oro está dividida en 14 cantones, uno de los cuales es el Cantón de Santa Rosa. La población de este cantón es de 69.036 habitantes y tiene una superficie de 889km². En los últimos años, a pesar de que ha habido un decrecimiento poblacional, la tasa es positiva marcando una diferencia respecto a poblaciones de la región sur del país que registran tasas de crecimiento negativas. El Cantón de Santa Rosa se divide en parroquias que

pueden ser urbanas o rurales. Una de las parroquias urbanas es la ciudad de Santa Rosa que ocupa la cabecera cantonal. En esta ciudad se agrupa gran parte de la población cantonal total con 42.593 habitantes (Villacís y Carrillo, 2012).

Contrariamente a lo que sucede en otras zonas del país, en la provincia de El Oro (4,1% de la población nacional), la pirámide poblacional se expande más en el centro (edades entre 15 y 65 años), con el 63% de la población, el 30% en el de jóvenes menores de 15 años y el de la población mayor de 65 años se corresponde con el 6,3% de la población total.

Todo ello tiene implicaciones económicas de gran peso, ya que la relación de dependencia potencial – número de personas en edad de trabajar por la población de 65 y más años - se verá reducida del 15,2% al 3,7%, de 1950 a 2050 (Paz, 2015). De esta manera, el soporte a las personas mayores, potencialmente inactivas, se debilitará sensiblemente, lo que influirá en su calidad de vida. También es necesario tener en cuenta que el desarrollo de enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales que aparecen como parte del propio proceso de envejecimiento, tiene como consecuencia un incremento en el porcentaje de personas en situación de dependencia que requieren ayuda para el desarrollo de sus actividades diarias. De hecho, el 11% de la población mayor de 60 años es dependiente y tanto la magnitud como la intensidad de la dependencia aumentan con la edad de la población, siendo las mujeres las más afectadas (Aranco et al., 2018).

El envejecimiento poblacional es uno de los mayores logros que la humanidad ha alcanzado en la contemporaneidad, en el que mucho ha aportado el desarrollo científico (Collazo, Calero y Rodríguez, 2010; Creagh, García y Valdés, 2015). Este proceso impone, a su vez, retos a los gobiernos e instituciones que se refieren a la búsqueda de soluciones sostenibles para afrontar las necesidades sociales, económicas, culturales y políticas, y los servicios sanitarios de las personas mayores, con el objetivo de garantizarles una calidad de vida duradera, activa, satisfactoria y saludable.

CAPÍTULO III.

CAMBIOS BIOLÓGICOS, COGNITIVOS Y SOCIO-AFECTIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO

A lo largo del ciclo vital, todas las personas experimentan cambios físicos, cognitivos y psicológicos, y el ritmo de estos cambios, que difiere entre los individuos, estará condicionado por el estilo de vida y las características del entorno (Moreno, 2005). Como en otras etapas del ciclo vital, durante la vejez, se suceden cambios significativos en el funcionamiento de la persona; cambios biológicos, psicológicos y socio-afectivos asociados a la edad, que son propios de un *envejecimiento normal*. Sin embargo, para algunos individuos mayores una parte de estos cambios tienen carácter patológico, con un relevante impacto negativo sobre el funcionamiento individual, que configuran lo que se ha convenido en llamar un *envejecimiento patológico*. La falta de diferenciación entre envejecimiento normal y patológico tiene importantes implicaciones tanto sociales como clínicas. Así, la consideración de procesos de cambio normal como patológicos propicia una visión deficitaria y negativa de esta etapa y del funcionamiento de las personas mayores; pero, también, la valoración de cambios patológicos como asociados a la edad retrasa y dificulta la puesta en práctica de programas de intervención que son eficaces, cuando menos, para paliar los efectos de las enfermedades y para un mejor mantenimiento de la salud y el bienestar de este colectivo.

Ahora bien, aunque “envejecer” implique cambios biológicos, cognitivos y socioafectivos, la persona mayor puede seguir siendo activa, productiva, competente y saludable. No hay una relación causal entre edad cronológica y enfermedad: la edad es una variable importante, pero no es determinante su vinculación a la problemática de salud. Además, conviene recordar las importantes diferencias individuales en el impacto de estos cambios en estas edades. Por ejemplo, el impacto causado por las pérdidas psicosociales no es uniforme para todas las personas mayores, ya que existen diversas variables que actúan minimizando o anulando sus posibles consecuencias (las estrategias de afrontamiento, los recursos procedentes del apoyo social, el estado de salud, etc.).

3.1. Cambios biológicos

Sin duda, los cambios que antes se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos o biológicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento normal se explica por el desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, lo cual ocurre en todos los seres vivos (Alvarado y Salazar, 2014). El ser humano envejece modificando su morfología y fisiología. Disminuye la capacidad de adaptación de los órganos, aparatos y sistemas, como resultado de la influencia de los agentes lesivos que inciden en el individuo y de la acción del tiempo (Segura, Peral y Bermúdez, 2015).

Las manifestaciones más evidentes del envejecimiento biológico *normal* del individuo se encuentran en su apariencia física (encanecimiento o arrugas) y en su capacidad de movilidad. Los cambios fisiológicos favorecen el padecimiento de un mayor número de enfermedades, pérdidas sensoriales, disminución en la velocidad de respuesta, etc. Sus efectos en el funcionamiento de la persona pueden ser directos, como suele ocurrir en el caso de las demencias, y, pueden ser más indirectos, como en el caso de las molestias ocasionadas por el dolor crónico o las restricciones en la movilidad.

El deterioro celular producido por los efectos nocivos del desequilibrio del estrés oxidativo influye en el proceso de envejecimiento y es causante de diferentes enfermedades degenerativas que aparecen en esta etapa de la vida (Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple, degeneración de la retina, diabetes mellitus, aterosclerosis, cáncer, artritis reumatoide, insuficiencia renal, pancreatitis, enfermedad de Werner, entre otras) (Sánchez, Ariza y Martín, 2015).

Con el envejecimiento se produce un deterioro de los diferentes sistemas que constituyen el organismo humano, que se manifiestan mediante diferentes síntomas y signos

(Calero y Chávez, 2016; González y de la Fuente, 2017): nerviosos (lentitud de movimiento y pérdida de actos reflejos); respiratorios (atrofia de mucosa que afecta a la nariz, faringe y laringe, disminuye la elasticidad pulmonar); digestivos (disminución del sentido del gusto, del reflejo de tragar y de los movimientos automáticos que pasan a ser más lentos); músculo-esqueléticos (disminuye el tamaño y densidad de los huesos, pérdida de la integridad neuromuscular y del rendimiento, reducción de la fuerza y la potencia muscular, de la masa de los músculos esqueléticos y cambios en la arquitectura muscular); inmunológicos (se debilita); sensoriales (se ven afectados la vista y el oído); y urinarios (se reduce la eficacia para eliminar los desechos y los medicamentos y aumenta la posibilidad de incontinencia urinaria). Esta sucesión de cambios reduce la capacidad de esfuerzo y la resistencia al estrés físico de los mayores; su autonomía, su calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz (Moreno, 2005).

Con respecto a las alteraciones de índole neurológico, con frecuencia, afectan a sus funciones intelectuales pudiendo derivarse en un deterioro cognitivo (Borson, 2010). El cerebro humano, a medida que va envejeciendo, disminuye progresivamente su masa a una tasa de aproximadamente un 5% de su peso por década desde los 40 años de vida (Shankar, 2010).

En cuanto al Sistema Nervioso Central (SNC), se ha documentado que el número y tamaño de las neuronas disminuye con la edad y que el peso del cerebro es de un 7 u 8% menor que en su momento de máximo peso (Creasy y Rapoport, 1985). Las áreas del cerebro más afectadas por esta pérdida neuronal son el hipocampo, el cerebelo, las áreas que regulan los actos motores finos, la corteza motora y, especialmente, aquellas áreas corticales responsables del procesamiento de la información sensorial (Whitbourne, 1996). Con el paso del tiempo disminuye, también, el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno y glucosa. Por el contrario, se ha observado una relativa estabilidad en las áreas prefrontales

responsables del juicio, el pensamiento abstracto y la capacidad de planificación. Estas modificaciones pueden tener efectos sobre el comportamiento motor, sensorial y cognitivo, especialmente en la percepción, la memoria operativa, la coordinación motriz fina y el control de la gran musculatura del organismo. Sin embargo, aparecen, también, procesos de redundancia y plasticidad, que es probable que ocurran en áreas de asociación de la corteza cerebral donde median los procesos de pensamiento abstracto, capacidad que no sólo no disminuye con la edad, sino que puede mejorar en la medida en que se adquiere más experiencia.

Dentro de los cambios sensoriales, la disminución de la agudeza visual y la reducción de la claridad de la imagen visual en la retina se deben a cambios asociados a la edad en retina, cristalino y humor vítreo. La córnea y el humor vítreo se hacen más opacos y la pupila tiene una respuesta más lenta por un debilitamiento de los músculos del ojo, así como un espesamiento de las fibras de colágeno del iris. La pérdida de capacidad de acomodación del cristalino (presbicia) determina que no se enfoquen correctamente los objetos cercanos y la reducción de la transparencia del cristalino dispersa la luz en el interior del ojo provocando un deslumbramiento que, junto a una disminución de sensibilidad a la luz y una peor visión periférica, puede llevar a que ciertas actividades sean más difíciles. Estas pérdidas visuales acabarán afectando a la vida cotidiana de los mayores en la medida en que implican una incorrecta recepción de la información que facilita la comisión de errores y dificulta la orientación.

Por otra parte, la disminución de la agudeza auditiva debida a la atrofia gradual del nervio auditivo y de los órganos del oído interno (presbiacusia) afectará potencialmente a la probabilidad de mantener una aceptable interacción social, aumentando la vulnerabilidad al aislamiento, la inseguridad y la confusión. Con respecto a esto, Ucrós (2016) destaca que el déficit visual y auditivo limita funcionalmente al anciano, tanto para tareas básicas como

instrumentales, lo que tiene implicaciones en el aumento de la dependencia, la reducción de la movilidad y acrecenta el riesgo de accidentes domésticos y caídas. Además, inciden en el desempeño cognitivo y social el adulto mayor, ya que dificultan la comunicación y las relaciones sociales, hacen que disminuyan las actividades fuera del domicilio, se tienda al aislamiento y originen situaciones de ansiedad. Sin embargo, actualmente existen alternativas para resolver muchas de las limitaciones auditivas (dispositivos auditivos e implantes cloqueares) y visuales (lentes y cirugía de cataratas) (OMS, 2015).

Landinez, Contreras y Castro (2012) refieren que en el nivel fisiológico, las personas mayores presentan declives en su salud iniciados por la pérdida de la función neuromuscular y del rendimiento, en parte relacionadas con la reducción de la fuerza y la potencia muscular causada por una pérdida de la masa de los músculos esqueléticos y los cambios en la arquitectura muscular (Salech, Jara y Michea, 2012).

Esta disminución en la fuerza y la potencia muscular, junto con otros factores como el envejecimiento del sistema nervioso somatosensorial y motor, tiene implicaciones funcionales, tales como disminución en la velocidad al caminar, aumento del riesgo de caídas, y una reducción de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Además, este conjunto de cambios fisiológicos contribuye, en mayor o menor medida, tanto a que la persona mayor se perciba más o menos *vieja*, como, también, a que sea considerada por la sociedad, en general, como vulnerable o delicada.

3.2. Cambios cognitivos

Las alteraciones en las estructuras y funciones cerebrales que se producen como resultado del proceso de envejecimiento inciden en las funciones cognitivas de la persona mayor. Sin embargo, la repercusión en las funciones cognitivas se ve atenuada debido a que la pérdida de neuronas es mínima y centralizada a en algunas regiones de la corteza cerebral, al aumento de la arborización dendrítica y a la plasticidad del cerebro que permite que las

regiones menos afectadas del cerebro asuman las de otras, por lo que el sistema nervioso central puede actuar como regulador del envejecimiento (Borson, 2010; Ordóñez, 2011).

Por otro lado, el declive cognitivo comienza a observarse, en la mayoría de la población, entre los 50 y los 60 años. Sin embargo, este declive no sucede en todos los individuos ni en todas las áreas. Hay incluso áreas, como por ejemplo el área verbal, en las que puede haber mejor rendimiento en las personas de más edad (Berg, Nilsson y Svanborg, 1988). En este punto las diferencias interindividuales son, de nuevo, muy marcadas e intervienen otros factores de tipo educativo, laboral, social, afectivo, etc.

Entre los principales procesos cognitivos que se ven afectados por el envejecimiento se encuentran la memoria, la atención, la capacidad de abstracción, la percepción, la orientación, el procesamiento del lenguaje, la velocidad de procesamiento de información, las tareas visoespaciales, la resolución de problemas y la toma de decisiones (González y de la Fuente, 2017; Landínez, Contreras y Castro, 2012; Martín, 2017; Salech et al., 2012; Sánchez, 2015; Reyes et al., 2017; Tirapu-Ustárroz, Muñoz-Céspedes y Pelegrín-Valero, 2002; Tubío, 2011). Pero los últimos datos de investigación nos hablan, también, de “mantenimiento” y “ganancias” de capacidades. Parece que con la edad se mantiene la comprensión, la capacidad de juicio, el vocabulario, los conocimientos generales y la capacidad verbal; y aumenta la inteligencia cristalizada, basada en los conocimientos adquiridos.

La memoria es uno de los procesos cognitivos que ha recibido mayor atención en los estudios relacionados con el proceso de envejecimiento y en el que aparecen más dificultades para distinguir su relación con el envejecimiento normal o el envejecimiento patológico (Tubío, 2011). En la práctica clínica se ha constatado que, con el envejecimiento, la memoria puede sufrir diversos cambios negativos: problemas de atención dividida, olvido de hechos recientes, uso deficiente de estrategias de codificación, disminución de la capacidad de la memoria de trabajo, deficiente uso de pistas verbales o visuales para recuperar la información,

percepción negativa de sus propios rendimientos y de su posibilidad de mejora, etc. (Montenegro, Montejo, Reinoso, Andrés y Claver, 1998; Saá, 2006; Salech et al., 2012; Tubío, 2011). Todo ello justificaría que la pérdida de memoria sea una queja muy frecuente en las personas mayores, puesto que incide en su bienestar psicológico y empeora su calidad de vida.

Con el envejecimiento no se produce un deterioro significativo de las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario. En cuanto a la memoria semántica parece que se mantiene estable durante toda la vida. Por otro lado, las personas mayores poseen un vocabulario más rico y extenso que los jóvenes, aunque puedan aparecer más dificultades para encontrar la palabra que se quiere decir (OMS, 2015; Tubío, 2011). Sin embargo, según Saá (2006) los mayores presentan dificultades en la comprensión y producción de oraciones complejas y comprensión y producción del discurso debido al deterioro de la memoria operativa y no a un deterioro propio del lenguaje. Tampoco parece producirse un deterioro significativo de la memoria procedimental, y el enlentecimiento en el desempeño de las destrezas suele estar más relacionado con los cambios físicos que con los de la propia memoria (Tubío, 2011).

En cuanto a la toma de decisiones, Tubío (2011) destaca que las diferencias se manifiestan en que a medida que nos vamos haciendo mayores recurrimos a nuestra información previa en mayor medida que a la información reciente como ocurre cuando somos más jóvenes.

Respecto a la capacidad de atención, se aprecia un mayor deterioro de la atención selectiva que influye en la menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender varias cuestiones al mismo tiempo o cambiar de centro de atención cuando realiza tareas complejas. Sin embargo, no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción (OMS, 2015; Tubío, 2011). A este respecto, Ballesteros

(2014) señala que la existencia de un déficit temprano de la atención selectiva es un posible marcador del envejecimiento patológico. La capacidad de orientación espacio-temporal, que está afectada con frecuencia en las demencias, está asociada normalmente a las alteraciones de la memoria (Tubío, 2011).

3.3. Cambios socio-afectivos

La teoría de la selectividad emocional (Cartensen, 1993) sostiene que, a medida que envejecemos, las personas somos más selectivas en nuestras interacciones sociales y esto nos lleva a modificar nuestras metas y las necesidades a las que nos enfrentamos a lo largo de nuestro ciclo vital. De esta manera, para las personas mayores lo importante no es tener muchos y diferentes contactos sociales, sino la intensidad de los mismos.

Una de las necesidades más importantes del ser humano es la necesidad de pertenencia, afiliación y vinculación. Los individuos de cualquier edad funcionan mejor cuando experimentan que otros les apoyan y les muestran afecto y amor. De hecho, el contacto y el apoyo social constituyen buenos predictores de longevidad y de bienestar en los mayores. La calidad de las relaciones sociales que mantiene una persona explica en buena medida la ausencia o presencia de enfermedad (Fernández-Ballesteros, 1997).

Envejecer, además de un cambio biológico y cognitivo, provoca en la persona un cambio socio-afectivo. A medida que nos hacemos mayores existen acontecimientos sociales con una importante influencia en la vida de la persona mayor y que ejercen una fuerte presión en la asunción por parte de ésta de su nuevo rol. Acontecimientos como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la consideración social que se otorga a la vejez, las posibilidades para el ocio, el tratamiento médico o la estructura familiar dominante condicionan notablemente el desarrollo vital del mayor. Así, por ejemplo, la inutilidad a la que muchas veces parece abocar la jubilación en una sociedad altamente competitiva como la actual puede ejercer un impacto importante sobre la persona mayor. La jubilación es un factor provocador

de crisis de identidad (Buendía y Riquelme, 1997), ya que el trabajo, como mecanismo de integración económica y social en nuestra cultura, configura en gran medida nuestras vidas.

El acaecimiento de estas pérdidas en uno o varios ámbitos (laboral, familiar, social) repercuten sobre la persona mayor: sobre su vida afectiva, su equilibrio personal, su satisfacción vital, su bienestar psicológico, su grado de competencia diaria, sus relaciones sociales, y redes de apoyo, etc. (Aragó, 1998). La pérdida y la desvinculación es un tema central que afecta a la vida emocional de estas personas. La importancia del estudio de la experiencia y regulación emocional se encuentra avalada por diversos estudios que muestran cómo las emociones influyen en los procesos cognitivos (Eich, Kihlstrom, Bower, Forgas y Niedenthal, 2000); en el funcionamiento del sistema cardiovascular (Ostir, Markides, Peek y Goodwin, 2001); y/o en el funcionamiento del sistema inmune (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). Asimismo, existe evidencia de que los mecanismos de regulación emocional (intentos de modificación de su estado emocional, bien alterando alguno de los factores que anteceden a las emociones, bien modificando algún componente de la emoción en sí misma) tienen una influencia fundamental en el bienestar subjetivo y la salud física (Gross y John, 2003). Esta influencia es mayor a medida que las personas envejecen.

Los resultados de diversos estudios avalan la hipótesis de la madurez emocional asociada al envejecimiento (Márquez-González, Izal, Montorio y Losada, 2008), según la cual la mayor experiencia acumulada por las personas mayores a lo largo de su vida les proporcionaría una mayor capacidad para ejercer control sobre sus emociones y optimizar su experiencia emocional, evitando las sobrecargas emocionales. A medida que nos hacemos mayores, parece que nuestra regulación emocional es, mayoritariamente, de tipo preventivo, seleccionando las relaciones interpersonales y las situaciones a las que nos enfrentamos. En este sentido, desde la perspectiva social, como sostiene la teoría de la desvinculación, se argumenta que la persona mayor desea la reducción de los contactos sociales y que, al mismo

tiempo que el individuo se va separando de la sociedad, ésta tiende a separarse del individuo (Moñivas, 1998).

Tal vez, uno de los ámbitos más importantes e inherentes al ser humano que lo hace contactar con sus propias emociones y vincula con otras personas es la sexualidad. El sexo y la sexualidad constituyen una dimensión fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas (García, Ventura, Sue, Sáez, Quiñonero y Navarro, 2014; Pérez, 2005) convirtiéndose en una necesidad humana básica y de gran relevancia social. Como en los demás ámbitos que hemos analizado, la persona mayor experimenta, también, cambios en cuanto a su comportamiento y actividad sexual.

CAPÍTULO IV.

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

En la consideración de la sexualidad en la vejez, existe una corriente con una *perspectiva de deterioro* que considera que las capacidades sexuales se deterioran con la edad, que en la vejez no es muy propio que las personas manifiesten intereses sexuales y tengan conductas sexuales, siendo lo más adecuado que las personas mayores se resignen y acepten estos cambios irreversibles que afectan a todos. Por otro lado, hay otra corriente con una perspectiva de la sexualidad de los mayores como *multidireccional* y *diversa* que afirma que los diferentes aspectos de la sexualidad evolucionan de manera diferente: unos declinan, otros se mantienen y algunos pueden seguir desarrollándose. Por último, existe, también, una *perspectiva joven*, según la cual, las personas tienen que hacer lo posible por evitar u ocultar los procesos de envejecimiento, en su apariencia y en su vida sexual. Así, desde esta perspectiva, se nos dice que deben intentar seguir siendo jóvenes el mayor tiempo posible y recurrir a las ayudas que sean precisas (cosméticos, fármacos, etc.) (López, 2012). Comprender la sexualidad en la vejez requiere examinar las relaciones entre las variables sociales, psicológicas y biológicas de la salud y la función sexual.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que, si bien el interés y la actividad sexual van disminuyendo con el paso de los años, resulta totalmente infundado el mito de la persona mayor asexuada, constatándose que un elevado tanto por ciento de los individuos de entre 65 y 70 años continúan desarrollando una actividad sexual regularmente (Fernández-Ballesteros, 1997; Gott y Hinchliff, 2003). Debemos tener en cuenta, además, que el grupo de individuos que superan los 65 años se caracteriza por su gran heterogeneidad a la hora de entender la sexualidad como un aspecto que contribuye a su crecimiento personal y a mantener un envejecimiento satisfactorio. A medida que nos vamos haciendo mayores, aparecen más diferencias entre las personas en cuanto a su desarrollo, observándose una gran variabilidad en la vida sexual de las personas mayores lo que hace que no se pueda hablar de

un modelo único en la vivencia de su sexualidad (López, 1998). La variabilidad entre individuos es el dato más característico de la sexualidad de las personas mayores.

Pese a los cambios fisiológicos sexuales que se desarrollan en la vejez, clásicamente referidos a la capacidad eréctil en los hombres y a los cambios vaginales en la mujer (López, 1998), la actividad sexual se mantiene hasta edades avanzadas (Masters y Johnson, 1966). Entendiendo que la expresión de la sexualidad engloba a la totalidad de la persona, que su expresividad y las conductas sexuales (besos, caricias, abrazos, ternura, comunicación, etc.) no pueden limitarse a la actividad coital o reproductiva, la actividad sexual se mantiene a lo largo de la vida, experimentando transformaciones y desapareciendo, únicamente, con la muerte (Brecher, 1984; Sáez, 2010).

Un amplio estudio longitudinal llevado a cabo mediante encuesta con una cohorte inglesa de entre 50 y 90 años ha permitido recopilar datos minuciosos en torno a los cambios en salud, economía y circunstancias sociales durante la preparación de la jubilación y vejez desde 2002 (Steptoe, Breeze, Banks y Nazroo, 2013). Los resultados de este trabajo de referencia internacional permiten evidenciar que la prevalencia de actividad sexual autoinformada durante el último año disminuye con la edad y que las mujeres presentan menor actividad sexual que los hombres en cualquier edad. Aun cuando los niveles de actividad sexual disminuirían al aumentar la edad, un cierto porcentaje de hombres y mujeres continúan con actividad sexual hasta los ochenta y noventa años.

Diversos trabajos de investigación indican que tanto la actividad como el deseo sexual están presentes entre los hombres y mujeres de mediana edad y que persisten en la vejez (Nicolosi et al., 2004), si bien las experiencias de las personas mayores sobre el sexo y el deseo sexual son diversas, sobre todo en el caso de las mujeres (Fileborn et al., 2015).

Con respecto a la variable género, en diferentes estudios se afirma que la actividad sexual de las mujeres es menor que la del hombre a lo largo del ciclo vital y decrece más

durante la vejez. Sin embargo, otros autores (p.e., López, 1998) cuestionan que ello sea debido a cuestiones fisiológicas puesto que éstas se ven menos afectadas que en el caso masculino. En este sentido, parece que la actividad sexual de las mujeres – sobre todo, en las cohortes generacionales anteriores – suele depender de los deseos y capacidades del hombre, más que de ella misma (Canetto, Kaminski y Felicio, 1995; Gibson, 1992).

Con la edad se producen gradualmente una serie de cambios fisiológicos en los hombres y en las mujeres que pueden condicionar su respuesta sexual afectando a la capacidad para disfrutar de su sexualidad (Prieto, 2006). En cualquier caso, los cambios biológicos que se producen durante el envejecimiento no son abruptos, sino que tienen lugar de forma gradual (Butler, 1988), existiendo diferencias entre hombres y mujeres, de manera que, mientras en los varones dichos cambios pueden aparecer de forma más lenta, muchos de estos cambios coinciden con la menopausia en el caso de las mujeres. En este punto, las dificultades más frecuentemente informadas por parte de las mujeres para la actividad sexual se relacionaban con la capacidad de excitarse (32%) y con la capacidad de tener un orgasmo (27%); mientras que para los hombres era la función eréctil (39%) (Steptoe et al. 2013). Existen, además, determinadas enfermedades físicas que condicionan la respuesta y expresión sexual (Jiménez, 1995; Bohórquez, 1995) y que provocan cambios en el sistema nervioso que pueden alterar funciones importantes del organismo relacionadas con la actividad sexual.

Con objeto de profundizar en el conocimiento de la respuesta sexual en la vejez se diferencian seguidamente entre los cambios biológicos y fisiológicos normales en la respuesta sexual de hombres y mujeres, propios de un envejecimiento normal, que se producen por la edad y que son esperables en la población; y las disfunciones sexuales que dificultan o impiden a la persona disfrutar de una vida sexual satisfactoria. Conjuntamente con estas últimas, se consideran ciertas condiciones médicas, algunas de ellas con mayor incidencia

durante la vejez, que pueden, también, determinar la actividad sexual de las personas mayores.

4.1. Características de la actividad sexual en la vejez

Existen una serie de características del proceso de envejecimiento normal que, sin limitar *per se* la calidad de la experiencia sexual, pueden caracterizar la actividad sexual de hombres y mujeres mayores. Así, al margen de potenciales incidencias de enfermedad, discapacidad o dificultades sexuales específicas, un buen número de cambios de tipo hormonal contribuyen a caracterizar la actividad y las prácticas sexuales de las mujeres a medida que envejecen. Si bien las mujeres sufren cambios fisiológicos de relevancia a lo largo de toda su vida, diferenciamos en la Tabla 1 aquellos cambios anatómicos y fisiológicos, relativos a la figura corporal y cambios propiamente vinculados a la respuesta sexual, que caracterizarían el proceso de envejecimiento femenino normal atendiendo a las aportaciones de Brown y Laskin (1993), Carrasco (2012) y López (2012).

Tabla 1

Características del envejecimiento femenino normal asociadas a la actividad sexual

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS	CAMBIOS EN LA FIGURA CORPORAL	CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL
Diminución de las hormonas sexuales femeninas	Cambios en la figura corporal	Respuesta sexual más lenta
Menopausia y pérdida de la capacidad de reproducción	Diminución del tamaño de los labios, los ovarios, las trompas, el útero y la vagina.	Cambios corporales menos vigorosos en mamas, labios, vagina y clítoris
Cambios en la vagina: más pequeña, menos flexible, menor elasticidad y lubricación y paredes más delgadas	Menor vello sobre los genitales	Menos contracciones orgásmicas y menos intensas
La abertura vaginal puede contraerse hasta el punto de imposibilitar la penetración.		Disminución general en la congestión genital durante la respuesta sexual
Atrofia de la vulva		

Fuentes: Brown y Laskin, (1993); Carrasco, (2012) y López, (2012).

Sin duda el cambio fisiológico más relevante en relación al envejecimiento femenino es la aparición de la menopausia caracterizada por el cese de la producción cíclica de óvulos y que se evidencia con el cese de las menstruaciones periódicas. Con el envejecimiento de los ovarios se produce una disminución de hormonas sexuales (estrógenos). Anatómicamente cabe destacar que la vagina se hace pequeña, menos flexible y menos lubricada lo que puede dar lugar a sequedad y dolor en la penetración y ocurre, también, una disminución de tamaño de los labios vaginales, los ovarios, las trompas y el útero, una menor acidez vaginal y una mayor probabilidad de infecciones vaginales. Por lo que respecta a la figura corporal cabe señalar que la piel envejece, los pechos están más caídos y se reduce la cantidad de vello sobre los genitales. Finalmente, la respuesta sexual se hace más lenta y los cambios corporales en pechos, labios, vagina y clítoris asociados a esta respuesta son menos vigorosos. Las contracciones orgásmicas son también menos frecuentes e intensas y hay una disminución general en la congestión genital de la respuesta sexual (Carrasco, 2012; López, 2012). En las mujeres de esta edad con pocas relaciones coitales, la abertura vaginal puede contraerse hasta el punto de imposibilitar la penetración (véase Tabla 1).

Según Masters y Johnson (1978), bajo unas condiciones razonables de salud, el envejecimiento no tiene una repercusión importante sobre las funciones sexuales femeninas, pudiéndose mantener la ejecución sexual hasta los 80 años o más. Aun así, con el inicio de la menopausia, el 50% de las mujeres refieren un deterioro sexual que afecta a todas las fases de la respuesta sexual, reduciéndose su deseo sexual, la frecuencia coital y la consecución del orgasmo (López, 1998). Las causas de este deterioro sexual percibido pueden ser múltiples (dolor coital, déficit hormonal, diversos factores psicosociales, etc.). Lo que se debe tener en cuenta son los factores predictivos de lo que ocurre a nivel de respuesta sexual en este período. Así, tanto el grado de satisfacción sexual anterior a esta etapa, como la periodicidad de la actividad sexual, son variables que pueden predecir el comportamiento sexual de las

mujeres mayores. En cualquier caso, un tanto por ciento considerable de mujeres afirma disfrutar de una mejoría en su actividad sexual (López, 1998).

Los cambios en la respuesta sexual masculina son generalmente más paulatinos. La diferencia más importante con respecto a la respuesta sexual femenina, es que, aunque existan numerosos cambios en la capacidad sexual de los varones al avanzar los años, no existe una situación que pueda definirse claramente como climaterio o andropausia, dada la continuidad fisiológica en la producción de espermatozoides hasta el final de la vida (Carrasco, 2012). Aun así, al igual que en el caso de las mujeres, los cambios se producen tanto a nivel anatómico y fisiológico, como en relación a la figura corporal y la respuesta sexual (Carrasco, 2012; López, 2012) (véase Tabla 2).

Tabla 2

Características del envejecimiento masculino normal asociadas a la actividad sexual

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS	CAMBIOS EN LA FIGURA CORPORAL	CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL
Disminución de las hormonas masculinas	Envejecimiento de la piel	Mayor intervalo de tiempo para alcanzar la erección y el orgasmo
Menor tamaño de los testículos y menor producción de esperma	Envejecimiento general	Necesidad de contacto directo para provocar la erección
Menor vigor en la erección y menor estabilidad		Menos contracciones y menos intensas
Menos erecciones nocturnas e involuntarias		Los testículos se elevan menos durante la excitación y el orgasmo
		Menos necesidad de eyacular y menor volumen de la eyaculación
		Pérdida de la sensación de que la eyaculación es inevitable

Fuentes: Carrasco (2012) y López, (2012).

Tal y como se recoge en la Tabla 2, a modo de cambios anatómicos y fisiológicos el envejecimiento masculino se caracterizaría por una disminución de hormonas, un menor tamaño de los testículos, menor producción de esperma y menor vigor en la erección. Se

producirían, también, menos erecciones nocturnas e involuntarias y, disminuiría, en general, su intensidad y frecuencia. Al igual que el caso femenino, se hace evidente el envejecimiento de la piel, y se produce un envejecimiento corporal generalizado. En relación a la respuesta sexual cabe destacar que se necesita un mayor intervalo de tiempo para conseguir la erección y el orgasmo y que la estimulación psicológica puede tener menos probabilidades de provocar la erección haciéndose más necesario el contacto directo. El hecho de que los testículos se eleven menos y de forma más lenta durante la excitación y el orgasmo acarrea la necesidad de estímulos directos y continuados, sobre todo, en la raíz del pene. La respuesta sexual masculina se caracterizaría también en el envejecimiento normal por una menor necesidad de eyacular y un menor volumen de eyaculación. A partir de los 55 años aproximadamente si no se mantienen actividades sexuales durante un período prolongado (dos o más años) aparecen dificultades posteriores de más difícil resolución.

Según López y Olázabal (1998) todos estos cambios fisiológicos que se producen en la vejez no justificarían en sí mismos una pérdida brusca y significativa de actividad sexual, sino que una óptima adaptación a estos cambios puede producir un enriquecimiento de la sexualidad que, por ejemplo, en el caso de las parejas heterosexuales vendría determinada tanto por la desaparición del miedo al embarazo como por la menor urgencia eyaculatoria.

Cabe alertar de la tendencia amenazante a equiparar la actividad sexual a la actividad coital. Por una parte, las necesidades afectivas de las personas mayores podrían cubrirse mediante una actividad sexual que no siempre lleva al coito, menos expuestas a los procesos de envejecimiento (Kolodny, Masters y Johnson, 1985) y, por otra, la satisfacción sexual general puede estar más vinculada a la calidad de actividad sexual que a la cantidad de su práctica (López, 1998).

4.2.- Disfunciones sexuales en la vejez

Las disfunciones sexuales constituyen el conjunto de trastornos en los que causas psicológicas o fisiológicas dificultan al sujeto disfrutar satisfactoriamente de la relación sexual; a medida que vamos envejeciendo, su prevalencia es mayor, sobre todo, las relacionadas con ciertas afecciones médicas, psicológicas y/o como efecto secundario de la medicación administrada (Alonso et al., 2004).

En los hombres mayores, la disfunción eréctil es una de las disfunciones sexuales más comunes. Cualquier signo de impotencia provoca una gran preocupación en la persona mayor que relaciona esta alteración con el envejecimiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los trastornos en la erección del varón mayor pueden ser debidos tanto a causas orgánicas como psicológicas.

Las causas orgánicas más habituales de la disfunción eréctil son los trastornos vasculares, determinadas enfermedades metabólicas como la diabetes o las enfermedades sistémicas frecuentes en la vejez como la insuficiencia cardiaca, el cáncer, la artritis reumatoide o la artrosis. Además, el proceso de envejecimiento influye en la distribución de los fármacos en el organismo, en su metabolismo y en su excreción; este hecho unido a la polimedicación que se da en muchos hombres mayores, hace que los medicamentos sean responsables del 25% de las disfunciones eréctiles a esta edad (Kaiser, 1996; Alonso et al., 2004).

En el caso de las mujeres mayores, la dispareunia o aparición de dolor durante el coito es una de las disfunciones sexuales más habituales (Carrasco, 2012). Aunque dentro de las causas orgánicas, la disminución de estrógenos es la responsable del 30% de los casos de coito doloroso, hay otros trastornos sistémicos que también pueden ser causantes de esta alteración como la atrofia vaginal postmenopáusica, con la disminución de la lubricación de la mucosa. Por otro lado, el 46% de las mujeres mayores que presentan incontinencia urinaria,

muy frecuente en este grupo etario, reconoce que este problema altera su actividad sexual (Kaiser, 1996).

Las causas psicológicas más frecuentes de disfunción sexual tanto en hombres como en mujeres mayores son los trastornos depresivos y la ansiedad (Cruz y Mercé, 1992). En el varón, es frecuente la aparición de la ansiedad anticipatoria por conseguir una erección adecuada (Carrasco, 2012); en el caso de las mujeres mayores, los cuadros depresivos, así como los trastornos de ansiedad, pueden jugar, también, un papel importante en la aparición de disfunciones como el vaginismo (Káiser, 1996).

Como decíamos anteriormente, la existencia de diferentes condiciones comórbidas junto con la utilización de ciertos medicamentos está relacionada con mayores discapacidades en el funcionamiento sexual femenino y masculino (Palacios et al., 2012). Parece que las enfermedades crónicas y su tratamiento tienen un impacto negativo en la actividad y la respuesta sexual, interrumpiendo el deseo y las fases de excitación en la misma (Lindau et al., 2007). Además, los individuos con enfermedades crónicas pueden llegar a estar desinteresados en el sexo o a ser sexualmente inactivos debido a conceptos erróneos sobre su capacidad para mantener relaciones sexuales o a su preocupación acerca de su imagen corporal (Laumann, Das y Waite, 2008).

Por otro lado, debemos tener en cuenta que dos de cada tres pacientes mayores toman algún tipo de medicamento, entre los que destacan los antihipertensivos y los antidepresivos que pueden ocasionar algún tipo de deterioro en la sexualidad. Por ejemplo, en el caso de los hombres, los fármacos cardiovasculares se han relacionado con cierta reducción del deseo y de la potencia; y en el caso de los antidepresivos, se han descrito reducciones del deseo y de la potencia en un 5% de los casos. En el caso de las mujeres, pueden aparecer trastornos menstruales y cierta reducción en el deseo con los fármacos cardiovasculares; y en el caso de los antidepresivos, puede afectarse negativamente el deseo (López, 1998).

El Estudio Global de Actitudes y Conductas Sexuales (en adelante, GSSAB), uno de los estudios más completos sobre la sexualidad de adultos en todo el mundo (Wang, Lu, Chen y Yu, 2008) , encuestó a 26.000 adultos de mediana edad y mayores en 29 países y concluyó que las dificultades sexuales son relativamente comunes entre adultos de todo el mundo y están relacionadas con la salud física y el envejecimiento en hombres y mujeres, lo que confirma que las enfermedades crónicas y los medicamentos influyen en los niveles de actividad sexual (Laumann et al., 2006). Las afecciones vasculares y la enfermedad de la próstata, por ejemplo, mostraron en el estudio GSSAB estar relacionadas con disfunción eréctil en hombres mayores y con relaciones sexuales poco frecuentes; y la depresión estaba relacionada, igualmente, con relaciones sexuales poco frecuentes tanto en hombres como en mujeres.

En la misma línea, Karraker, DeLamater y Schwartz (2011) encontraron que la salud deteriorada de las mujeres no explicaba una parte significativa de la disminución de frecuencia sexual. Sin embargo, si bien, las enfermedades crónicas y la salud general parecían estar más relacionadas con las actividades sexuales y el funcionamiento sexual en hombres que en mujeres, sí observaron que en el caso de la diabetes y la mala autopercepción de salud se relacionaban con una reducción de la actividad sexual en ambos géneros.

La historia personal de salud se constituye como otra de las variables que puede condicionar la sexualidad en la vejez. De esta manera, tener un mal estado físico general y/o tener un problema concreto de salud puede hacer que la persona mayor tenga limitados tanto el interés como la actividad sexual. En cualquier caso, los problemas de salud no tienen por qué limitar la actividad sexual de la manera en que muchas veces suelen hacerlo (Olazábal, Marcos, López y Fuertes, 1990). A este respecto, López (1998) señalaba la existencia del mito de la sexualidad “excesiva” como perjudicial para la salud del anciano, incluso entre los profesionales del ámbito sanitario. En cuanto a la cantidad de la actividad sexual en la vejez,

como en las demás etapas vitales, no hay referencias para definir objetivamente lo que es excesivo (López, 1998). Muy al contrario, parecen sobradamente demostrados los beneficios que tanto para la salud física como para la psicológica tiene el mantenimiento de una actividad sexual regular.

Con respecto a los factores relacionados con la salud, la mayoría de los estudios han encontrado una fuerte relación entre los problemas de salud y la actividad sexual (Beckman, Waern, Ostling, Sundh y Skoog, 2014; Field et al., 2013; Lee, Nazroo, O'Connor, Blake y Pendleton, 2016; Lindau y Gavrilova, 2010; Schick et al., 2010; Syme, Klonoff, Macera y Brodine, 2013). En el estudio de Palacios et al. (2012), se encontró que la actividad sexual estaba relacionada con tener pareja sexual, con un mayor nivel educativo y con una buena salud física y sexual autopercibidas. Por otra parte, en el mismo estudio, la mala salud autopercibida afectaba a las actividades sexuales de las personas mayores. Al igual que ocurría en estudios previos, los hombres y las mujeres que calificaron su salud como mala tenían menos probabilidades de ser sexualmente activos.

CAPÍTULO V.

CONDICIONANTES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

El informe de la OMS (OMS, 2001) sobre sexualidad destaca la interacción en la misma de variables biológicas, psicológicas, socioeconómicas, culturales, ambientales, educativas, éticas y religiosas que pueden condicionar, de alguna manera, la actividad sexual de cada persona. Esta diversidad de condicionantes confiere a la sexualidad un marcado carácter personal y específico que se manifiesta en lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos y en el hecho de que no se dan de la misma manera ni en la misma medida en todas las personas mayores. Las personas mayores siguen teniendo deseo sexual y manteniendo actividad sexual a pesar de toda una serie de barreras relativas a la salud y otros aspectos sociales que podrían limitar o alterar la capacidad de desarrollar diferentes prácticas sexuales (Bitzer, Platano, Tschudin y Alder, 2008; Hinchliff y Gott, 2008; Kontula y Haavio- Mannila, 2009; Trudel, Turgeon y Piché, 2010).

Al margen de los problemas de salud y los factores biológicos y fisiológicos, que caracterizarían la actividad sexual en un proceso de envejecimiento normal, y las disfunciones sexuales del envejecimiento patológico, factores socioculturales o demográficos, tales como las actitudes y creencias propias en torno a la sexualidad, tener o no pareja sexual o el tiempo que se lleva con ella; y aspectos más coyunturales, como las características de las propias residencias (familiares o institucionales), se constituyen como variables o condicionantes de la actividad sexual de la persona mayor. Dedicaremos este capítulo a abordar un conjunto de condicionantes que la investigación previa ha establecido como relevantes a la hora de explicar la actividad sexual de las personas mayores.

5.1.- Características socio-demográficas y actividad sexual en la vejez

La investigación ha constatado reiteradamente que variables como la actividad sexual previa y el hecho de tener pareja sexual podrían predecir la actividad sexual en la vejez (Jentoft y Cortés, 1992). Concretamente, se asume que tener pareja predispone a las personas mayores a desarrollar actividad sexual (Palacios et al. 2012; Wang et al., 2008). Este hecho es

especialmente explicativo de la inactividad sexual de las mujeres mayores quienes dada la distribución de edad en las relaciones matrimoniales clásica –las mujeres están normalmente casadas con hombres mayores que ellas- junto a las tasas de mortalidad de los varones, tienen menos probabilidad que los hombres mayores de contar con pareja sexual.

Aun contando con pareja sexual, la calidad percibida de la relación de pareja se convierte también en un factor condicionante de la actividad sexual (DeLamater, 2012; Galinsky y Waite, 2014; Kenny, 2013; Lindau et al., 2007; Zeiss y Kasl-Godley, 2001), de tal forma que la interacción negativa del cónyuge estaría relacionado con una menor actividad sexual en pareja (Stroope, McFarland y Uecker, 2015) mientras que la percepción de una relación de pareja feliz o muy feliz mejoraría la actividad sexual (Beckman et al., 2014). La calidad de las interacciones de las parejas se asocia a la actividad sexual (DeLamater, 2012) hasta el punto de que la felicidad percibida en la relación se convierte en uno de los mejores predictores de la actividad sexual en pareja (Fischer, Træen y Hald, 2018) e incluso se ha encontrado que ser feliz en la relación de pareja afecta positivamente a la actividad sexual de la misma (Avis et al., 2005; Stroope et al., 2015). En esta línea, la investigación también ha sugerido que los problemas sexuales de uno de los miembros pueden influir de manera adversa en la actividad sexual (Mitchell et al., 2013), afectando, en este punto, los factores relativos a la relación en mayor medida a la sexualidad femenina, ya que las mujeres mayores tienden a ser más vulnerables al funcionamiento sexual de sus parejas masculinas que al revés (DeLamater y Moorman, 2007; Kontula y Haavio-Mannila, 2009).

El nivel educativo se ha mostrado, también, como una variable condicionante de la actividad y las prácticas sexuales de las personas mayores. En términos generales, podemos asumir que la prevalencia de actividad sexual será más alta entre los individuos con mayor nivel educativo (Palacios et al., 2012) y más baja entre los mayores con más bajo nivel educativo (Wang et al., 2008).

Existen otros elementos de carácter práctico y coyuntural que podrían también condicionar la actividad y disfrute sexual de las personas mayores puedan mantenerse sexualmente activas. Así, por ejemplo, algunas situaciones concretas, como las derivadas de las formas de vida, contribuyen a dificultar las prácticas sexuales en la vejez. Con gran frecuencia las personas mayores, tanto si viven en residencias como si lo hacen con alguno de sus hijos o hijas, carecen de privacidad y puede resultarles imposible disponer de un espacio íntimo.

Muchas veces, las personas mayores que desean tener alguna relación sexual, especialmente cuando no están casadas y/o no viven con su pareja sexual, tienen que enfrentarse a las actitudes negativas de la familia, por lo que con frecuencia prefieren no plantearlo. La convivencia con los hijos y los nietos hace que las libertades sexuales se vean reducidas; los hijos tienden a negar o rechazar todo tipo de conductas o manifestaciones sexuales por parte de los progenitores (López, 2012) y si la actividad sexual se produce fuera del matrimonio, o con personas que no son de su edad, la conducta todavía resulta más rechazada (López y Olazábal, 1998). La incompreensión familiar en torno al disfrute sexual de los mayores puede limitar la actividad sexual y asociarse al deterioro de la calidad de vida en la vejez (Murgieri, 2011).

Del mismo modo, la institucionalización, la estancia de una persona mayor de forma permanente en un centro especializado con personas próximas a su rango de edad, para su cuidado físico y psicológico, se convierte en una variable condicionante de la actividad sexual en la vejez (Villar, Triadó, Celdrán y Fabá, 2011). En general, las residencias no se suelen facilitar las relaciones afectivo-sexuales entre sus usuarios.

Si bien la ausencia de intimidad constituye la mayor limitación para la actividad sexual dentro de la institución (Villar et al., 2011), las características de los residentes y sus familias, el ideario de la propia institución, la distribución de los espacios o las normas de

funcionamiento pueden condicionar en mayor o menor medida la sexualidad de las personas mayores (López, 2012). Es posible que las barreras sociales que impiden una sexualidad libre y plena están más acentuadas en las personas que se encuentran institucionalizadas, presentado éstas menor actividad sexual que las personas que no lo están institucionalizadas (Spector y Femeth, 1996). Tal y como sugieren García et al. (2014), si bien los trabajadores de residencias de personas mayores y estudiantes de enfermería podrían tener una buena actitud hacia no separar por sexos a los residentes, los encuestados mantenían una actitud bastante negativa hacia las relaciones sexuales de los mayores y sostenían que la masturbación era perjudicial y debía ser evitada en las personas mayores, mostrándose, en general, mejor actitud hacia la masturbación de los hombres que de las mujeres.

5.2. Factores socio-culturales y actividad sexual en la vejez

El conjunto de variables que condicionan la conducta sexual están sujetas a cambios dependientes de la época, al desarrollo socioeconómico y a la cultura e ideología de cada sociedad, además de a los propios cambios personales. En este sentido se ha asumido que, por ejemplo, los roles de género y las visiones culturales tradicionales de la sexualidad en la vejez podrían alterar la actividad sexual y el deseo en la edad avanzada (DeLamater, 2012; Drummond et al., 2013; Kontula y Haavio-Mannila, 2009; Lodge y Umberson, 2012; Montemurro y Gillen, 2013).

Efectivamente, según la OMS (1996), el concepto de sexualidad hace referencia a un aspecto del ser humano que es esencial a lo largo de su vida, abarcando los roles de género, el sexo, el vínculo afectivo, el placer, las identidades, la orientación sexual y la reproducción. Todo ello se da a conocer en nuestra forma de pensar, en los deseos, fantasías, valores, prácticas, creencias, actitudes, roles y relación (Foucault, 2005). Se acepta, que la sexualidad está íntimamente ligada con la moral y las creencias de la cultura, con su sistema legal y con

sus prácticas de educación, al igual que con las actitudes que la gente tiene hacia sí mismo y hacia los demás.

5.2.1. Actitud hacia la sexualidad

Indiscutiblemente, la cultura constituye un marco importante para entender la sexualidad (Agocha, Asencio y Decena, 2014; Bajos y Marquet, 2000; Fischer et al., 2018) en la medida que todo comportamiento sexual se aprende y construye en interacción en un entorno sociocultural (Gagnon, 1990). Las diferencias culturales en la construcción de género y las costumbres sexuales pueden moldear el comportamiento y la expresión sexual de los adultos jóvenes y los adultos mayores (Sandfort, Hubert, Bajos y Bos, 1998). De la misma manera, las actitudes, los estereotipos culturales sobre la sexualidad en la edad avanzada y la estigmatización resultante pueden interferir con las actividades sexuales en pareja en una persona mayor (DeLamater, 2012; Kenny, 2013; Lindau et al., 2007; Zeiss y Kasl-Godley, 2001; Fischer et al., 2018).

Efectivamente, la actitud hacia la sexualidad influye en la actividad sexual en la vejez directa o indirectamente a través de la edad, el sexo, el conocimiento sexual o los factores socioculturales (DeLamater, 2012; Fisher, 2010; Minichiello, Plummer y Loxton, 2004; Zeiss y Kasl-Godley, 2001). Aunque hay pocos estudios que vinculen la actividad sexual en mayores y sus actitudes hacia la sexualidad, algunas investigaciones demuestran su relevancia (Beckman et al. 2014; DeLamater, 2012; DeLamater y Moorman, 2007; Graf y Patrick, 2014; Kontula y Haavio-Mannila, 2009; Nicolosi et al., 2004).

En una muestra representativa de personas de entre 60 y 80 años en Finlandia, Kontula y Haavio-Mannila (2009) encontraron una relación estadísticamente significativa entre las actitudes positivas hacia las relaciones sexuales dentro de la pareja y la actividad sexual (Véase también: DeLamater y Moorman, 2007). En el trabajo de investigación de Fischer et

al. (2018) con una muestra de personas mayores de varios países, tener actitudes positivas hacia el sexo considerándolo valioso para el bienestar personal fue uno de los factores predictivos más importantes de la actividad sexual en pareja. El hallazgo de que las actitudes hacia el sexo pueden predecir la actividad sexual en pareja en personas mayores es similar al encontrado por Guan (2004), quien examinó las actitudes sexuales entre personas mayores en China y halló que aquellas que consideraban el tener una vida sexual activa en la vejez como algo normal y saludable eran más proclives a informar de haber tenido relaciones sexuales que los que no tenía una actitud permisiva hacia la sexualidad.

En este contexto, afortunadamente, la investigación sugiere que hombres y mujeres mayores de cohortes más recientes sostienen actitudes más positivas hacia la sexualidad que cohortes anteriores (Beckman, Waern, Gustafson y Skoog, 2008). Por ejemplo, en el trabajo reciente de Fischer et al. (2018) con una muestra internacional de personas mayores, se mostraban actitudes generalmente positivas hacia la relación entre el sexo y el bienestar, entre los participantes de todos los países. Estas actitudes se basaban en la consideración positiva del sexo en las relaciones a largo plazo y en los beneficios relacionados con la salud de la actividad sexual en la vida adulta.

La compleja relación entre cultura, sociedad y envejecimiento afecta a la manera en que las personas mayores se perciben y actúan como seres sexuales. En el caso de las personas mayores, los factores culturales adquieren un peso especialmente importante dados lo extendido de los prejuicios y mitos que sostienen la creencia de que la vejez es un período vital sin deseo ni actividad sexual. En este contexto, debemos destacar el efecto de desigualdad de género en relación a la actividad sexual en la vejez. Todavía hoy podemos observar, por ejemplo, mayores prejuicios en cuanto a la actividad sexual al margen de la pareja entre las mujeres que para los hombres. Diferencias estereotípicas de género podría

constituirse en factores explicativos diferenciales de la actividad sexual de hombres y mujeres mayores.

Dado que la mayoría de las personas mayores tiene una orientación sexual heterosexual y las mujeres son mucho más en número que los hombres, desde un punto de vista cuantitativo tienen menos posibilidades de tener pareja que los hombres a medida que se van haciendo mayores (Weg, 1983). Al tiempo, por longevidad, la probabilidad de perder a la pareja en las últimas décadas de vida es claramente más alta entre las mujeres que para los varones. Las mujeres mayores tienen casi cuatro veces más probabilidad de ser viudas que los varones (Abellán, 2002). Esto es especialmente relevante para las mujeres en la medida que la limitación de la actividad sexual al matrimonio tradicional hace que se reduzca la posibilidad de búsqueda de pareja sexual una vez que la persona quede viuda. La educación sexual recibida por las mujeres de las generaciones pasadas negaba la posibilidad de establecer nuevos lazos afectivos tras la pérdida de pareja (Abellán, 2002).

Según la OMS (2009), el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres, de tal modo que los roles sociales atribuidos en función del sexo pueden ser diferentes en las distintas culturas, etnias, razas, religiones, edades y pueden cambiar con el paso del tiempo (Sáez, 2010). En este sentido, debemos atender a las diferencias en funciones y comportamientos que pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. En este sentido, cabe explorar en qué medida el peso de las creencias en torno a la sexualidad femenina afecta a la actividad sexual de las mujeres, en general, y a la iniciativa sexual en particular (López, 1998). Las creencias estereotipadas respecto a que los hombres mayores sí tienen intereses sexuales, pero las mujeres no podrían condicionar especialmente la sexualidad femenina en las últimas etapas vitales.

En cualquier caso, hombres y mujeres han de enfrentarse a los estereotipos sobre su funcionamiento sexual o sobre si es apropiado para ellos participar o estar interesados en la actividad sexual. Además, la familia, las instituciones tradicionales, el personal sanitario, etc., pueden estar sosteniendo prejuicios cuando abordan el tema de la actividad sexual en la población mayor, principalmente en mujeres (García et al., 2014). Tal y como afirma Carrasco (2012), numerosas personas mayores experimentan un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza, o incluso llegan a creerse anormales, debido a que poseen un intenso deseo sexual. Como bien defiende la autora, es posible que el rechazo a la sexualidad geriátrica forme parte de nuestro contexto socio-cultural.

5.2.2. Estereotipos en torno a la sexualidad en la vejez

De entre los numerosos y diversos estereotipos vinculados a la vejez quizás el más generalizado sea el de la persona mayor asexual; la creencia de que el sexo ha dejado de tener interés para los mayores (Freire y Ferradás, 2016). A pesar de que se está produciendo un cambio generalizado en las actitudes hacia la sexualidad, esta creencia social de que las personas mayores son asexuales, que no tienen relaciones ni deseos de carácter sexual, sigue fuertemente arraigada en nuestra cultura (Walz, 2002). Las propias personas mayores tienden a ver la vejez como un periodo de involución y deterioro, asumiendo que su sexualidad y actividad erótica está mermada.

La relación establecida históricamente entre sexualidad y reproducción podría explicar la existencia de estereotipos de este tipo que consideran el sexo como *normal* únicamente durante la etapa reproductiva (Alpízar, López y Rodríguez, 2017). De esta manera, la creencia popular no sólo afirma que el deseo sexual desaparece con la edad, sino que considera que *debería* desaparecer, y que mantenerse activo sexualmente durante la vejez puede resultar inapropiado y reprobable. En este sentido, Freixas y Luque (2009) consideran que se “está

negando el derecho a la pasión y al sexo en la vejez, imperativo que se convierte en una profecía de autocumplimiento” (p.192). En este sentido y asumiendo que, en general, somos poco conscientes de la relevancia de la actividad sexual para la calidad de vida (Hernández, Aguilera y Ortiz, 2014), no es sorprendente la escasez de estudios que aborden esta faceta de la vida entre las personas mayores (García et al., 2014).

Lo cierto es que la sexualidad, que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica básica ya que el placer no solo depende del aparato genital, sino de toda una serie de excitaciones y actividades efectuadas desde la infancia, no desaparece con la edad (Can, Sarabia y Guerrero, 2015). Sin embargo, la sociedad tiende a asociar la sexualidad con la juventud, alimentando estereotipos negativos en base a la creencia de que en la vejez se pierde el interés por el sexo o que la sexualidad se va agotando con el paso de los años (Carrasco, 2012; Gibson, 1992; Hernández et al., 2014; López, 2012). La actividad sexual podría mantenerse estable y satisfactoria entre quienes la venían manteniendo antes, aunque pueda disminuir algo la frecuencia del coito (Montes, 2011), al tiempo que el potencial sexual es más vivo y vital cuanto más se ejercita. La regularidad de las relaciones sexuales constituiría el mejor medio de conservar la potencia sexual hasta una edad avanzada, recomendándose a hombres y mujeres que prosigan regularmente la actividad sexual del tipo que sea porque podría ser una de las mejores maneras de mantener viva esa dimensión en el ser humano. Aunque los estereotipos de una vejez asexual tienden a ser predominantes (Kenny, 2013), y en la percepción social de la sexualidad de las personas mayores persisten diferentes estereotipos negativos que se manifiestan en rechazo, ataque a la vida sexual y afectiva, burla o ignorancia, el rechazo social a la idea de la actividad sexual hasta el final de la vida va superándose paulatinamente.

Siguiendo los trabajos de Carrasco (2012), Gibson (1992), Hernández et al. (2014) y López (2012), algunos otros mitos y estereotipos en nuestro contexto cultural tenderían que

ver con las creencias en torno a que disfrutar de la sexualidad ya no se corresponde con su edad y se trata de un comportamiento inmoral, antinatural, aberrante o sucio lo que desencadena sentimientos de culpa y vergüenza (Montoya, 2004). También pueden sostenerse creencias en torno al hecho de que interesarse sexualmente por otra persona deriva del deseo de no estar solos. Lo cierto es que la sexualidad tiene muchas ventajas para las personas mayores, ya que les permite expresar pasión, afecto, admiración, lealtad y otras emociones positivas, muy necesarias para esta etapa de la vida, pero esto no significa que la sexualidad se limite a cubrir la necesidad de no estar solos, ya que implica otros muchos aspectos de la personalidad humana, necesidades, sentimientos, deseos, expectativas, etc. Creencias de este tipo pueden llevar a que la persona mayor oculte esta dimensión de su vida por miedo al ridículo y para no sentirse culpables de sus deseos. Por otra parte, los mitos en torno a la masturbación en la vejez hacen que esta se viva también con mayor angustia y culpabilidad que en otras etapas de la vida, ya que los mayores se sienten tremendamente ridículos y avergonzados por realizar una actividad sexual que consideran “infantil” y que llega a interpretarse como una desviación.

Algunos de los mitos sexuales de nuestra cultura están motivados por el miedo a la muerte y a la enfermedad. Estereotipadamente se plantea que la vida sexual es un exceso, por lo tanto, es perjudicial para la salud a ciertas edades. Efectivamente, muchos hombres y mujeres mayores creen que la actividad sexual puede perjudicar su salud, que no disponen de capacidad fisiológica para desarrollar conductas coitales (López, 2012). Es frecuente la creencia de que la actividad sexual puede perjudicar la propia salud, y que ésta se mantiene mejor con la abstinencia sexual (López, 2012). Podemos pensar que la presencia de alguna enfermedad puede dificultar algún tipo de práctica sexual, limitando la postura y/o el comportamiento de la relación sexual, esto no tiene que implicar el cese de la actividad sexual.

La escasez de estudios acerca de la sexualidad de las personas mayores es una realidad, y cuando ponemos el foco en la investigación sobre la sexualidad de las mujeres mayores, nos encontramos ante uno de los “secretos mejor guardados con unas características específicas” (Freixas y Luque, 2009, p.192). Los estereotipos culturales a este respecto niegan, censuran y ridiculizan específicamente, la sexualidad en la vejez de las mujeres, disuadiendo la práctica sexual con descalificaciones (Freixas y Luque, 2009). En torno a la vida sexual de la mujer mayor hay un importante mutismo a pesar de la evidencia científica que confirma que la edad no supone una dificultad para el deseo y posibilidad de disfrute. Ya los estudios pioneros de la sexualidad femenina llevados a cabo por Masters y Johnson sostenían que la capacidad de goce sexual de las mujeres no decrece con la edad (Masters y Johnson, 1966).

En cualquier caso, son diversos los estereotipos y mitos que se siguen asociando, específicamente, a la sexualidad femenina en la vejez. Así, por ejemplo, a pesar de que existe consenso de que la menopausia no puede asociarse a una merma del deseo sexual ni a una disminución en la satisfacción sexual, puesto que las consecuencias de la disminución en la producción de estrógeno pueden ser compensadas mediante un tratamiento apropiado, todavía existen creencias estereotipadas que asocian la menopausia con el fin de la sexualidad y la satisfacción sexual femenina (Carraso, 2012).

Por otra parte, hoy en día, se sigue considerando una mujer mayor como “decente” si deja la sexualidad y no se interesa por el sexo cuando vive sola o ha enviudado (Carraso, 2012). Efectivamente, si bien tendemos a normalizar que el hombre viudo vuelva a tener relaciones con otra mujer, sigue sin observarse la simetría en el caso de la mujer viuda (Montes, 2011). En este sentido también cabe mencionar que socialmente sigue pareciendo más aceptable que los hombres mayores busquen a mujeres más jóvenes como parejas sexuales, mientras que se encuentran mayores reticencias a que las mujeres mayores

mantengan relaciones con hombres más jóvenes. Tradicionalmente y, desde un punto de vista social, ha sido compartido el estereotipo de que las mujeres mayores no son ni sexualmente activas ni atractivas físicamente para los demás.

En síntesis, la definición misma de sexualidad contiene elementos fundamentales que difieren de los estereotipos sociales históricamente constituidos. Se trata de una cualidad esencial del ser presente a lo largo de su vida sin circunscribirse, por ende, a ninguna de las etapas vitales. Más allá de su vertiente reproductiva, la sexualidad se expresa tanto como una necesidad biológica como psicológica, en la medida que es asumida, sentida e interpretada por cada sujeto a partir de sus experiencias y cultura. Con vertientes relacional, hedonística y ego-integrativa, la sexualidad humana se encuentra, como hemos referido, frecuentemente condicionada por estereotipos, creencias y valores sociales históricamente constituidos que influyen así en las conductas, las prácticas, los roles y el tipo de relaciones sexuales (Cayo, Flores, Perea, Pizarro y Aracena, 2003). Desde el enfoque psicosocial que sustenta esta tesis doctoral, la sexualidad se entiende como un ámbito de crecimiento y realización personal que puede contribuir al bienestar subjetivo y a la calidad de vida de los mayores, ayudando a retrasar el declive asociado a la edad.

En la actualidad, todavía, es difícil hablar socialmente de sexo en las personas mayores dados los prejuicios y mitos que están alrededor de este tema (Hernández et al., 2014). Se percibe erróneamente la sexualidad como algo que se pierde con el paso de los años, algo innecesario e, incluso, obsceno, de lo que no se debe hablar y de lo que los mayores no pueden disfrutar. Estos prejuicios sobre la sexualidad de los mayores son, incluso, compartidos por muchos de los profesionales que tratan con personas mayores, tal y como analizamos anteriormente. Muchos de ellos no han recibido formación específica sobre este tema y se sienten incómodos manejando situaciones que pueden tener una carga sexual (Gilmer, Meyer, Davidson y Koziol-McLain, 2010; Roach, 2004); y, aun cuando se

reconocen las necesidades sexuales de los residentes, no consideran oportuno que se promueva la sexualidad en las instituciones (Archibald, 1998; Ward, Vass, Garwal y Cybyk, 2005). Como afirma Carrasco (2012), persisten muchos miedos y equivocaciones y se sigue confundiendo la capacidad sexual en términos cuantitativos y de rendimiento, con la calidad y desarrollo de la expresión del individuo sexuado.

CAPÍTULO VI.

SEXUALIDAD, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

La longevidad humana en el siglo XX ha estado marcada por importantes cambios demográficos que han otorgado un espacio, nunca antes imaginado, a la sexualidad en las personas mayores. Actualmente, una parte importante de la población vive más años que la de las generaciones precedentes y puede, además, mantenerse sexualmente activa hasta más tarde que aquellas. Por otra parte, si bien el interés por la calidad de vida de las personas ha existido siempre, el interés porque el mismo abarque, también, el período de la vejez es, relativamente, reciente.

Tradicionalmente, ha prevalecido la noción de que la vejez es el resultado inevitable del deterioro orgánico y mental, lo que ha llevado a que se considerase una etapa del ciclo vital subsidiaria y de escaso interés psicosocial (Freire y Ferradás, 2016). Pero en las últimas décadas, los avances socio-sanitarios están posibilitando que las personas vivan durante más tiempo y con una mejor calidad de vida, dando como resultado un notable envejecimiento demográfico, sobre todo, en las sociedades occidentales. Todo ello ha llevado a que uno de los objetivos más relevantes de las políticas sociales y sanitarias de la mayoría de los países sea lograr que las personas puedan vivir “más y mejor”, retrasando, en la medida de lo posible, la aparición de problemas de salud, ya sean de índole físico, mental o conductual. Es por ello que la vejez constituye un período del ciclo vital en el que la calidad de vida cobra especial relevancia (Yanguas, 2006), de tal modo que, desde los citados servicios socio-sanitarios, los esfuerzos se centran en la promoción del envejecimiento satisfactorio.

De acuerdo con el actual modelo de competencia que concibe la vejez como un período con pérdidas y declives, pero también, con ganancias y perfecciones, existe un notable interés por determinar los factores que contribuyen a la consecución de un envejecimiento satisfactorio. Uno de estos factores es el bienestar psicológico de las personas mayores que constituye un campo de acción que ha adquirido una enorme relevancia en las últimas décadas. Así, un considerable volumen de trabajos ha tratado de determinar qué

factores y procesos contribuyen a que las personas de avanzada edad continúen gozando de elevados niveles de bienestar psicológico, mejoren su calidad de vida y, por ende, envejecan de forma exitosa.

6.1. Bienestar y calidad de vida

La calidad de vida (en adelante, CV) se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo otorgándole a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. La CV se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS (1996), la CV es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. De este modo, la CV sería el producto de la compleja interacción que se establece entre factores externos al individuo (condiciones económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc.), los cuales van a facilitar o – por el contrario – a obstaculizar el desarrollo del individuo, y factores subjetivos, que en último término vienen determinados por la evaluación que el individuo realice con respecto a su propia vida tomando como referente el grado de satisfacción logrado en los dominios o ámbitos de mayor relevancia para él (García-Viniegras y González, 2000).

Un considerable número de investigaciones gerontológicas se están centrando en estudiar los factores que afectan a la CV; compartiendo, tal y como afirman Castellón y Romero (2004), como denominador común que la CV no depende exclusivamente de poseer un buen estado de salud física, sino que es tanto o más importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social. En este sentido, se asume que variables como la

satisfacción, la felicidad, la autoestima o disponer de unas adecuadas relaciones sociales cobran tanta trascendencia a la hora de determinar el nivel de CV del individuo como el disfrutar de un óptimo estado de salud física (Real, 2008).

Así, el bienestar constituye una dimensión esencial y determinante de la CV. La psicología ha abordado el estudio del bienestar desde la década de los sesenta dando lugar a dos grandes tradiciones (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002): la “hedónica”, representada por una línea de investigación que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo, y la tradición “eudaemónica”, centrada en el bienestar psicológico. La línea de trabajo definida al abrigo del bienestar subjetivo está próxima a la larga tradición en Psicología del estudio de la satisfacción con la vida o la felicidad. La segunda corriente de investigación construida alrededor del bienestar psicológico centra su atención en el desarrollo de las capacidades y en el crecimiento personal, ambos factores considerados como los principales indicadores del funcionamiento positivo del individuo, así como también, en el estilo de afrontamiento de los desafíos vitales, en el esfuerzo y la persistencia en el logro de las metas deseadas (Molina y Meléndez, 2006; Díaz et al., 2006; Tomás, Meléndez y Navarro, 2008).

Los estudios sobre bienestar subjetivo se preocupan de saber cómo y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva, abordando tanto constructos cognitivos como afectivos (Diener, 1994). El bienestar subjetivo se inscribe, pues, dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: felicidad (Argyle, 1992), satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994), y afectos positivos o negativos (Bradburn, 1969) que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia. Sin embargo, el bienestar psicológico no dependería tanto de experiencias placenteras o displacenteras, sino de la consecución de los valores que al individuo le hacen sentir vivo y auténtico y que, en definitiva, le permiten crecer y desarrollarse como persona (Ryan y Deci, 2001). De esta manera, el bienestar psicológico vendría determinado por el equilibrio entre las

expectativas, los sueños, las esperanzas y los logros alcanzados o perseguidos por el individuo, todo ello expresado en términos de satisfacción y competencia personal y capacidad de respuesta para afrontar los acontecimientos vitales con el fin de lograr su adaptación o ajuste (García-Viniegras y González, 2000; Molina y Meléndez, 2006).

6.2. Sexualidad y calidad de vida

En este marco, desde distintos ámbitos (médico, psicológico, cultural, político...) se considera a la sexualidad como una dimensión fundamental del bienestar y la calidad de vida de las personas que abarca todo el proceso vital, desde la infancia hasta la ancianidad (Pérez, 2005). Constituye un elemento inherente al ser humano que lo lleva a contactar con sus propias emociones y vincula con otras personas; y supone un componente básico de la personalidad con consecuencias biológicas, psicológicas y morales Shen (1982).

El funcionamiento sexual y las relaciones sexuales positivas se reconocen como importantes indicadores de una buena salud y calidad de vida (Lee et al., 2016). Laumann et al. (2006) examinaron los predictores del bienestar sexual (placer físico /emocional, satisfacción sexual, importancia del sexo) y su relación con la felicidad general entre 27.500 hombres y mujeres de 40 a 80 años en el Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales (GSSAB). Descubrieron que los cuatro aspectos del bienestar sexual estaban relacionados significativamente con la felicidad general entre las personas sexualmente activas.

Una encuesta a gran escala realizada por la Asociación Estadounidense de Personas Jubiladas encontró que entre el 55% y el 60% de los estadounidenses mayores de 45 años creían que la actividad sexual era un elemento esencial para una relación satisfactoria y para la calidad de vida de las personas mayores (AARP, 2005). Se encontraron resultados similares en la primera ola del Estudio Nacional de Vida Social, Salud y Envejecimiento de los EEUU (Lindau et al., 2007), donde más de la mitad de los hombres y mujeres de 57 a 74 años

informaron ser sexualmente activos y calificaron la actividad sexual como un aspecto importante en sus vidas. En la misma línea, los resultados del estudio de Lee et al. (2016) con una muestra de hombres y mujeres ingleses mayores de 50 años perteneciente a la 6ª oleada del Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento (en adelante, ELSA) (Stephoe et al. 2013) mostraron que las personas con un mayor deseo sexual, actividades sexuales en pareja más frecuentes y menos problemas funcionales tuvieron puntuaciones más favorables en su bienestar; sin embargo, las personas que verbalizaban un deseo sexual incumplido tenían un bienestar más pobre.

El bienestar de las personas es importante y relevante para su calidad de vida a medida que envejecen. De la misma forma, la salud sexual de las personas mayores no debe pasarse por alto en el objetivo más amplio de mantener el bienestar durante todo el proceso de envejecimiento (Lee et al., 2016).

Diferentes trabajos de investigación han examinado específicamente la importancia de la sexualidad con respecto a la salud y al bienestar, con estudios en Estados Unidos (Liundau et al., 2007) y en el Reino Unido (Mercer et al., 2013; Mitchell et al., 2013) indicando que muchas personas mayores se comprometen en relaciones íntimas y consideran la sexualidad como una parte importante de la vida.

Además, y pese a que la sexualidad es una parte importante en la vida de todas las personas, los estereotipos sobre la gente mayor, generalmente, ignoran el significado de la actividad y logro sexual en relación a su calidad de vida y bienestar emocional (Lee et al., 2016). En el estudio de George y Weiler (1981), el 15% de los participantes en el mismo, afirmaban haber mejorado su grado de satisfacción sexual.

Si bien parece poco discutible que la sexualidad es una parte importante de la vida y del bienestar en general de las personas, la investigación en torno a la práctica sexual en personas mayores es todavía escasa. La falta de interés por parte de la investigación acerca de

este tema, unida a la resistencia de las propias personas mayores a hablar acerca de su vida sexual, han contribuido a la ausencia de una información verdadera y clarificadora. Esta falta de conocimiento científico sobre el tema, sumado al rápido envejecimiento de la población (OMS, 2011), es lo que llevó a investigadores británicos a realizar un estudio longitudinal en su país (ELSA) como respuesta a la necesidad de representar los datos a escala nacional describiendo cómo la sexualidad se interrelaciona con la salud y el bienestar de los adultos mayores.

6.2.1. Sexualidad y salud en la vejez

El ELSA es una encuesta representativa de una cohorte de edad entre 50 y 90 años que ha recopilado datos longitudinales minuciosos desde 2002 sobre cambios en la salud, economía y circunstancias sociales durante la preparación de la jubilación y vejez de las personas que componen la muestra de dicho estudio (Stephoe et al., 2013) sugiere que los desacuerdos con la pareja sobre cuándo practicar sexo y/o sentirse obligados a practicarlo se relacionaban con mayores preocupaciones sobre su vida sexual e insatisfacción con la misma en general.

Las sucesivas aplicaciones del ELSA que han permitido recoger información sobre las actividades y el comportamiento sexual, actitudes sexuales, funcionamiento sexual, preocupación sobre la salud sexual y satisfacción con la pareja, permiten sugerir que la salud percibida está relacionada con la prevalencia de actividad sexual en general y vinculada a problemas de funcionamiento sexual, sobre todo, entre los hombres. Los hombres activos sexualmente informaron de mayores niveles de preocupación acerca de su salud sexual e insatisfacción sexual que las mujeres en todas las edades. Las preocupaciones relativas a la salud sexual más informadas por las mujeres tienen que ver con el nivel de deseo sexual (11%) y con la frecuencia de las actividades sexuales (8%). Entre los hombres también el

nivel de deseo sexual (15%) junto a las dificultades de erección (14%), condicionarían su percepción de salud. Por otra parte, mientras la posibilidad de informar sobre preocupación sobre la salud sexual tiende a disminuir con la edad entre las mujeres, entre los hombres podría ocurrir lo contrario.

Schick et al. (2010) encontraron que los hombres con una mala salud percibida informaban de una mayor frecuencia de masturbación que aquellos con una buena salud autopercebida quienes mantenían relaciones sexuales con otras personas en mayor medida que aquellos; mientras que, en el caso de las mujeres, la mala salud estaba relacionada con una menor frecuencia de sexo oral y de relación coital. Este patrón de comportamiento sugiere que la relación entre la salud percibida y la actividad sexual en pareja podría ser específica de género (Karraker et al., 2011). En particular, varios estudios sugieren una relación significativa entre la actividad sexual y la salud percibida entre los hombres mayores, pero no entre mujeres mayores (Lee et al., 2016; Lindau y Gavriloiva, 2010; Palacios et al., 2012).

Así, en el trabajo de investigación de Lee et al. (2016) un número importante de hombres y mujeres activos sexualmente informaron de problemas con su salud sexual y la prevalencia de estos problemas generalmente se incrementaba con la edad. Mientras padecer un número de enfermedades crónicas habituales y tener una mala percepción de salud general se relacionaba con una disminución en el funcionamiento y la actividad sexual, estas relaciones fueron más evidentes entre los hombres que entre las mujeres. En general, los hombres sexualmente activos estaban más preocupados por su actividad y funcionamiento sexual que las mujeres y, a mayor edad, estas preocupaciones tienden a predominar más entre los hombres que en las mujeres.

Por otra parte, hay también otras variables relacionadas con la salud que pueden afectar a la vida sexual de la persona mayor como puede ser el cansancio físico o mental. Además, recientemente, Fischer et al. (2018) consideraban que, además de la propia

sexualidad, la procedencia de un país determinado podría, también, determinar la relación entre la salud autopercebida y la actividad sexual en pareja. Las diferencias entre los países en la salud general de las personas mayores y el acceso a los servicios de salud pueden, directa o indirectamente, estar relacionadas con la actividad sexual en pareja (Moreira, Glasser y Gingell, 2005). En este sentido, una encuesta multinacional entre personas de 40 a 80 años europeos mostró que, en comparación con las personas del sur, las personas del norte de Europa informaban en mayor medida de una buena o excelente salud (Nicolosi et al., 2004).

Todo ello pone de relieve la variedad de prácticas, problemas y preocupaciones sexuales entre los hombres y mujeres mayores y la importancia de la salud en general y de las dimensiones personales con respecto al funcionamiento y a la satisfacción sexual. Es evidente que se necesita más investigación sobre la medida en que las variables o determinantes psicosociales, culturales y biológicos y de salud se relacionan con los niveles de actividad sexual en las personas mayores. Asumiendo un conjunto diverso y variado de determinantes de la actividad sexual en las personas mayores, parece relevante que los profesionales de la salud adopten un enfoque holístico al abordar la actividad sexual de las personas mayores. Un conocimiento más profundo de la sexualidad de los mayores, podría contribuir a fomentar actitudes y relaciones más saludables con el objetivo de mejorar la salud general y la calidad de vida de las personas mayores (Beckman et al., 2014).

En este contexto, entendiendo que la sexualidad contribuye al bienestar general del individuo, este trabajo surge del interés por conocer los comportamientos sexuales y la actitud hacia la sexualidad de la población mayor de 65 años de Santa Rosa (Ecuador), ahondando en el estudio de las variables que estarían relacionadas con la actividad y la inactividad sexual de estas personas.

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Objetivos de la Investigación

Entendiendo que la sexualidad contribuye al bienestar general y a la calidad de vida del individuo, este trabajo surge del interés por conocer los comportamientos sexuales y la actitud hacia la sexualidad de la población mayor de 65 años de Santa Rosa (Ecuador). La intención de partida de este estudio era explorar la actividad sexual –prácticas sexuales y frecuencia –, deseo y satisfacción sexual de la persona mayor, diferenciando entre hombres y mujeres **y observar su relación la actividad sexual** con diversas características demográficas – edad, estado civil, nivel educativo...-, la salud, el interés y la actitud hacia la sexualidad. Bajo esta perspectiva, se concretaron como objetivos de investigación:

- 1.- Analizar las características de la actividad sexual de los hombres y mujeres de la muestra
- 2.- Conocer los factores asociados a la actividad sexual del último año de los hombres y mujeres mayores
- 3.- Analizar las potenciales variables que predecirían la inactividad sexual en el último año de las personas mayores

1.2. Método

1.2.1.- Hipótesis

Hipótesis relativas al primer objetivo. Atendiendo a la investigación previa se espera que (a) la frecuencia de la actividad sexual, y el deseo sexual, al igual que la preocupación por esa frecuencia y por el deseo sexual, sea más elevada entre hombres que entre mujeres (Domínguez y Barbagallo, 2016; Quesada y Traba, 1996; Lee et al., 2016; Rodríguez-Llorente et al., 2018) y que (b) los hombres desarrollen más prácticas sexuales coitales y masturbación que las mujeres (Palacios et al., 2012; Waite, Laumann, Das y Schumm, 2009), e informen de mejor actitud hacia la sexualidad y mayor formación percibida

en torno a la sexualidad que las mujeres (DeLamater, Koepselb y Johnson, 2019; García, 2000; Leyva-Moral, 2008). Se exploran también las diferencias en salud percibida y en satisfacción entre hombres y mujeres.

Hipótesis relativas al segundo objetivo. Atendiendo a la investigación previa se espera que (a) factores sociodemográficos tales como la edad, nivel educativo, la existencia de pareja actual y de parejas anteriores (Lee et al., 2016; Lindau et al., 2007; Lindau y Gavrilova, 2010), (b) el deseo sexual (Palacios et al., 2012; Papaharitou et al., 2008) (c) la salud percibida (Abellán et al., 2017; Lee et al., 2016; Lindau et al., 2007; Lindau and Gavrilova, 2010; Palacios et al., 2012) y (d) la actitud hacia la sexualidad (Beckman et al., 2014; DeLamater, 2012; DeLamater y Moorman, 2007; Graf y Patrick, 2014; Kontula y Haavio-Mannila, 2009; Nicolosi et al., 2006) se asocien con la actividad sexual del último año. Se explora en relación a este segundo objetivo las vinculaciones diferenciales de hombres y mujeres respecto a la relación con la actividad sexual de variables sociodemográficas, deseo, salud percibida y actitud hacia la sexualidad (Bancroft, Loftus y Long, 2003; Domínguez y Barbagallo, 2016; Gómez-Redondo, Fernández-Carro, Cámara-Izquierdo y Faus-Bertomeu, 2017; Lee et al., 2016; Leyva-Moral, 2008; Lindau y Gavrilova, 2010; Palacios et al., 2012; Quesada y Traba, 1996)

Hipótesis relativas al tercer objetivo. Atendiendo a la investigación previa se espera que: (a) factores sociodemográficos como la existencia de pareja, la zona de procedencia o el nivel educativo (Ekström et al., 2018; Ginsberg, Pomerantz y Kramer-Feeley, 2005; Huang et al., 2009; Liu et al., 2010), (b) el deseo sexual (Smith, Mulhall, Deveci, Monaghan y Reid, 2007), (c) la salud percibida (Domínguez y Barbagallo, 2016; Lee et al., 2016; Lindau et al., 2007; Lindau y Gavrilova, 2010; Palacios et al., 2012;) y (d) la actitud hacia la sexualidad (DeLamater, 2012; Fisher, 2010; García, 2005; Minichiello et al., 2004; Zeiss y Kasl-Godley,

2001) expliquen la inactividad sexual del último año. Se exploran también las características explicativas diferenciales para hombres y mujeres mayores.

1.2.2.- Participantes

La muestra estaba formada por 200 personas mayores, 100 hombres y 100 mujeres, con edades comprendidas entre los 64 y los 91 años (M=71.30; SD=5.48) residentes en la Ciudad de Santa Rosa, provincia de El Oro (Ecuador) pertenecientes a la “Asociación de jubilados y pensionistas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del Cantón de Santa Rosa”, una asociación sin fines de lucro y que accedieron a participar en la investigación firmando el consentimiento informado de forma general con el presidente de la asociación. Se estableció como criterio de inclusión tener más de 64 años y capacidad evidente para responder coherentemente a las preguntas.

Tal y como se recoge en la Tabla 3, se trata de una muestra constituida, fundamentalmente, por participantes de zona urbana del norte con un nivel económico medio. La mayoría de la muestra (79.5%) procedían de la zona de Costa y el resto (20.5%) eran de la Sierra. Los estudios sociológicos perfilan a la gente de la Costa como personas más abiertas y desinhibidas que las de la Sierra, las cuales son más reservadas y conservadoras en muchos hábitos como pueden ser la sexualidad (Ayala, 2002; Valdano 2006).

Tabla 3

Frecuencias y proporciones correspondientes a las variables socio-demográficas

	Total N(%)	Sig. Estadística y magnitud de las diferencias		
		X^2	<i>p</i>	<i>d</i>
Edad				
≥70	119(59.5)	7.220	.007	.39
<70	81(40.5)			
Nivel Económico				
Medio	125(62.5)	12.500	.000	.52
Bajo	75(37.5)			
Sector				

	Norte	159(79.5)			
	Centro	19(9.5)	191.89	.000	9.73
	Sur	22(11)			
Procedencia					
	Costa	159(79.5)	69.620	.000	1.54
	Sierra	41(20.5)			
Zona					
	Rural	39(19.5)	74.420	.000	1.54
	Urbana	161(80.5)			
Estado Civil					
	Casado/a	92(47.2)			
	Soltero/a	11(5.6)			
	Unión Libre	15(7.7)	111.538	.000	2.31
	Divorciado/a/separado/a	29(14.9)			
	Viudo/a	48(24.6)			
Estado Pareja					
	Con pareja	96(48)	.246	.620	---
	Sin pareja	103(51.8)			
Vive					
	Solo	25(12.8)			
	Sin pareja con familia	71(36.4)	67.910	.000	1.44
	Con pareja	45(23.1)			
	Con pareja y familia	54(27.7)			
Nivel Educativo					
	Sin estudios/Primaria no final	50(25.1)			
	Primaria	51(25.6)	12.332	.015	.51
	Secundaria no final	30(15.1)			
	Secundaria	41(20.6)			
	Universitario	27(13.6)			
Parejas anteriores					
	Si	111(58.1)	5.031	.025	.33
	No	80(41.9)			

La mitad de los participantes tendrían estudios primarios o inferiores (50.7%), mientras que la otra mitad habría cursado estudios secundarios o superiores (49.3%). Tal y como puede observarse prácticamente la mitad de los participantes están actualmente casados y la otra mitad viudos, separados y/o solteros, lo que a priori está en consonancia con el hecho de no haber encontrado diferencias significativas entre la proporción de participantes con y sin pareja (Véase Tabla 3). En este sentido la mitad de los participantes viviría bien con algún familiar, pero sin pareja (36.4%) o bien sólo (12.8%, mientras que la otra mitad viviría con su

pareja (23.1%) o con su pareja y otros familiares (27.7%). Finalmente, la mayoría de la muestra informa de haber tenidos alguna pareja anteriormente.

La muestra femenina tenía una media de edad de 71.8 (SD=5.52), con edades entre los 65 hasta los 91 años. La media de edad de la muestra masculina era de 70.7 (SD=5.42), con edades entre 64 y 90 años. Tal y como puede observarse en la Tabla 4, no se han hallado diferencias significativas en las proporciones de hombres y mujeres en los tramos de edad categorizados, respecto al nivel económico, procedencia, zona o sector. Se constatan, por otra parte, diferencias significativas entre la muestra de hombres y la de mujeres por lo que respecta al estado civil y en cuanto a la situación de pareja actual ($\chi^2=43.495$, $p=000$; $\chi^2=29.804$, $p=000$, respectivamente). Son también significativas las diferencias en proporciones de hombres y mujeres en los niveles educativos encuestados, en la forma de vida actual y respecto a la existencia de parejas en algún momento anterior de la vida ($\chi^2=16,157$, $p=003$; $\chi^2=34,961$, $p=000$ y $\chi^2=11.636$, $p=001$, respectivamente).

Tabla 4

Frecuencias y proporciones correspondientes a la interacción entre variables socio-demográficas y género

	Total	Hombre	Mujer	Sig. Estadística y magnitud de las diferencias		
	N(%)	n(%)	n(%)	χ^2	p	d
Edad						
≥70	119(59.5)	65(65)	54(59.5)	2.511	.113	--
<70	81(40.5)	35(35)	46(46)			
Nivel Económico						
Medio	125(62.5)	65(65)	60(60)	.533	.467	--
Bajo	75(37.5)	35(35)	40(40)			
Sector						
Norte	159(79.5)	83(52.2)	76(76)	1.806	.405	--
Centro	19(9.5)	7(7)	12(12)			
Sur	22(11)	10(10)	12(12)			
Procedencia						
Costa	159(79.5)	85(85)	74(74)	3.712	.054	--
Sierra	41(20.5)	15(15)	26(26)			
Zona						
Rural	39(19.5)	16(16)	23(23)	1.561	.212	--
Urbana	161(80.5)	84(84)	77(77)			

Estado Civil							
	Casado/a	92(47.2)	63(66.3)	29(29)			
	Soltero/a	11(5.6)	9(9.5)	2(2)			
	Unión Libre	15(7.7)	7(7.4)	8(8)	43.495	.000	1.02
	Divorciado/a/separado/a	29(14.9)	7(7.4)	22(14.9)			
	Viudo/a	48(24.6)	9(9.5)	39(39)			
Estado Pareja							
	Con pareja	96(48)	67(67.7)	29(29)	29.804	.000	.78
	Sin pareja	103(51.8)	32(32.3)	71(71)			
Vive							
	Solo	25(12.8)	14(14.1)	11(11.5)			
	Sin pareja con familia	71(36.4)	18(18.2)	53(55.2)	34,961	.000	
	Con pareja	45(23.1)	36(36.4)	9(9.4)			
	Con pareja y familia	54(27.7)	31(31.3)	23(24)			
Nivel Educativo							
	Sin estudios/Primaria no final	50(25.1)	16(16)	34(34.3)			
	Primaria	51(25.6)	25(25)	26(26.3)	16.157	.003	.56
	Secundaria no final	30(15.1)	14(14)	16(16.2)			
	Secundaria	41(20.6)	24(24)	17(17.2)			
	Universitario	27(13.6)	21(21)	6(6.1)			
Parejas anteriores							
	Si	111(58.1)	68(70.1)	43(45.7)	11.636	.001	.51
	No	80(41.9)	29(40)	51(54.3)			

Tal y como podemos observar en la tabla 4, mientras que el 63% de los hombres están casados sólo el 29% de las mujeres lo están; y, de hecho, son viudas el 39% de las mujeres frente a sólo un 9% de los hombres. Estas diferencias son congruentes con que el 67.7% de los hombres de la muestra informen de tener pareja sexual al tiempo que el 71% de las mujeres informen de lo contrario.

Las diferencias son también significativas entre hombres y mujeres por lo que se refiere a la existencia de parejas anteriores, de tal forma que mientras que más del 70% de los hombres han tenido parejas en el pasado no llegan al 50% las mujeres que afirman haber tenido otras parejas anteriormente (Véase Tabla 4).

Atendiendo a nuestros resultados podemos asumir que prácticamente el 67% de las mujeres de la muestra viven solas o con algún familiar, pero sin pareja; mientras que un porcentaje similar de hombres viven con su pareja o con su pareja y otros familiares.

Constatamos también diferencias significativas en el nivel educativo entre la muestra de mujeres y la de hombres ($\chi^2=16.157$, $p=003$), de tal forma que mientras que el 45% de los varones han finalizado sus estudios secundarios y/o universitarios sólo el 23.2% de las mujeres se encuentran en esta situación (Véase Tabla 4).

1.2.3.- Variables e Instrumentos de medida

Atendiendo a la investigación, se incluyeron una serie de preguntas con objeto de conocer diferentes aspectos sociodemográficos de la muestra: la *procedencia, zona o sector, estado civil o situación de pareja actual, con quien vive, existencia de parejas anteriores, nivel educativo y nivel económico* (Véase Anexo A).

Respondiendo asimismo a los objetivos planteados en este trabajo, se empleó en esta investigación una traducción del SRA-Q (Lee et al., 2016), llevada a cabo por el Grupo de Investigación en Psicología Educativa (GIPED) de la Universidad de A Coruña (España) (Véase Anexo A). En esta traducción se han adaptado los ítems originales, dirigidos a la población británica a población de habla hispana. El SRA-Q es instrumento construido a partir de otros instrumentos validados (Mitchell, Ploubidis, Datta y Wellings, 2012; O'Connor et al., 2008; Waite et al., 2009) que trata de asegurar la especificidad de género presentando un cuestionario dirigido a hombres y otro dirigido a mujeres.

En total, la escala para hombres está compuesta por 50 ítems y la escala para mujeres por un total de 44 ítems. En la escala masculina se pregunta por la capacidad de erección y en la escala elaborada para las mujeres sobre su capacidad de excitación sexual. En ambas versiones se incluyen ítems relativos al orgasmo y a la vida sexual general en los últimos meses, así como a las experiencias sexuales a lo largo de la vida.

Se concretan a continuación las variables relativas a: la actividad sexual y práctica sexual, frecuencia de la actividad sexual, satisfacción sexual, impulso o deseo sexual, satisfacción con la práctica sexual, y actitud hacia la sexualidad evaluadas en este trabajo mediante el SRA-Q.

Actividad y práctica sexual. Para conocer la actividad sexual de la muestra en el último año se ha utilizado el ítem:

- *En el último año, ¿Ha tenido usted alguna práctica sexual (sexo coital, masturbación, roces o caricias)?* Se emplea en este caso una escala de respuesta dicotómica sí/no que hemos codificado como “Actividad sexual Sí” – en caso de actividad – o “Actividad sexual No”, en el caso inactividad sexual.

Para concretar el tipo de prácticas sexuales desarrolladas por las muestras sexualmente activas se consideraron los siguientes tres ítems con referencia temporal al último mes:

- *Durante el mes pasado, ¿Cuántas veces ha tenido usted o intentado mantener relaciones sexuales (vaginal, anal o sexo oral)?*
- *Aparte de las veces que usted intentó el coito, durante el mes pasado ¿Con qué frecuencia se implicó en otras en otras prácticas sexuales (besos, caricias y roces)?*
- *¿Con qué frecuencia se masturbó usted en el mes pasado?*

Para las tres cuestiones se empleó una escala de respuesta tipo likert con cinco alternativas que van desde “1= ninguna” a “5 = más de una vez al día”.

Frecuencia de la actividad sexual. Se explora también el cambio percibido en la frecuencia de estas prácticas sexuales en comparación con el último año, la preocupación por la actividad sexual referida al último mes y la satisfacción actual con la frecuencia de la actividad sexual empleando las siguientes tres cuestiones:

- *Comparado con hace un año, ¿ha cambiado la frecuencia general de sus prácticas sexuales?* La escala de respuesta es tipo Likert con cinco alternativas desde “1= ha aumentado mucho” a “5 = ha disminuido mucho”.

- *Pensando en el mes pasado, ¿ha estado usted preocupado/a por la frecuencia de sus prácticas sexuales (Sexo coital, besos, caricias y roces y masturbación)?* Se emplea también una escala Likert de cinco puntos desde “1= Nada preocupado” a “5=extremadamente preocupado”.

- *¿Cómo se siente con la frecuencia de sus prácticas sexuales?* Con escala de respuesta de tres opciones de “1=no suficientemente frecuentes” a “3=Demasiado frecuentes”.

Satisfacción sexual. Para conocer la satisfacción con la práctica sexual durante los últimos tres meses se utilizan como medidas los siguientes ítems:

- *Durante los últimos tres meses, ¿Con que frecuencia tuvo Usted sexo principalmente porque se sintió obligado o porque era su deber?* La escala de respuesta es tipo Likert con cinco alternativas desde “1= Casi nunca/nuca” a “5 = Casi siempre/siempre”.

- *Durante los últimos tres meses, ¿con que frecuencia Usted y su pareja compartieron las mismas preferencias sexuales?* Se emplea también una escala Likert de cinco puntos desde “1= Casi nunca/nuca” a “5 = Casi siempre/siempre”.

- *Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia Usted se sintió emocionalmente cercano a su pareja cuando tenían sexo juntos?* Con la escala de respuesta de tres opciones de “1= Casi nunca/nuca” a “5 = Casi siempre/siempre”. Por último, para medir la iniciativa en la actividad sexual se ha utilizado el siguiente ítem:

- *¿Quién inicio normalmente la actividad sexual durante los pasados tres meses?* Con las opciones de respuesta “Fui yo”, “Mi pareja(s) y yo indistintamente” o “Fue mi pareja”.

Deseo o impulso sexual. Para explorar el deseo o impulso sexual en el último mes y comparado con hace un año de hombres y mujeres mayores, se emplearon las siguientes tres cuestiones:

- *¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes? (Esto incluye las veces en que simplemente ha estado interesado en el sexo, fantasear o soñar despierto con el sexo, así como las veces en las que usted quería tener sexo).* La escala de respuesta es tipo Likert con siete alternativas que van desde “1 = Nada” a “7 = Más de una vez al día”;
- *Piense en el último mes, ¿Ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual?* con una escala tipo Likert con cinco alternativas que van desde “1 = Nada preocupado” a “5= Extremadamente preocupado”.
- *Comparado con hace un año, ¿Ha cambiado su deseo o impulso sexual?* empleando escala de respuesta tipo Likert con cinco alternativas que van desde “1= ha aumentado mucho” a “5 = ha disminuido mucho”.

Tabla 5

Descriptivos de los ítems empleados para medir actitud hacia la sexualidad

	M	SD	Asimetría	Curtosis
1. Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo	3.23	1.49	-.263	-1.371
2. Que una personal casada tenga relaciones sexuales con otra que no su esposa/o es malo	3.67	1.47	-.742	-.953
3. Que dos adultos del mismo sexo mantengan relaciones sexuales es malo	3.70	1.56	-.765	-1.057
4. Tener sexo de una sola noche es malo	3.44	1.48	-.445	-1.270
5. Las relaciones sexuales satisfactorias son esenciales para el mantenimiento de una relación a largo plazo	3.88	1.23	-1.052	.184
6. Las relaciones sexuales sin amor son correctas	2.15	1.27	.897	-.384
7. Hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo	3.43	1.29	-.410	-.996

8. Hay demasiado sexo en los medios de comunicación hoy en día	4.08	1.11	-1.279	1.071
9. Hoy la gente joven empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto	4.18	1.18	-1.561	1.491
10. Los hombres tienen de forma natural un deseo sexual más alto que las mujeres	3.81	1.23	-.938	-.115
11. La capacidad de tener relaciones sexuales disminuye a medida que una persona envejece	3.88	1.19	-1.225	.720
12. Los cambios sexuales que ocurren con la edad no son importantes en la gente mayor	3.03	1.42	-.034	-1.348
13. Ser activo sexualmente es física y psicológicamente beneficioso para la gente mayor	3.28	1.32	-.348	-.972

Actitud hacia la sexualidad. Para el estudio de la actitud hacia la sexualidad se han empleado también los 13 ítems ($\alpha=.62$) del instrumento SRA-Q (Lee et al., 2016) que se recogen en la Tabla 5 con una escala tipo likert de cinco puntos que van desde 1= en total desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo.

Además del SRA-Q, se han incluido una serie de ítems con objeto de conocer la percepción de la muestra tanto de salud general y sexual como de la formación en torno a la sexualidad.

Salud percibida. En la evaluación de la percepción de su salud que resultaba, también, de interés para la presente investigación, se consideraron dos cuestiones: (a) *Mi Salud General es actualmente...* y (b) *Mi Salud Sexual es actualmente...*; empleando en ambos casos una escala likert con cinco alternativas que van desde 1= excelente a 5= muy mala ($\alpha=.60$). La preocupación por la salud sexual se evaluó empleando el ítem del SRA-Q: *Aunque no haya tenido ninguna práctica sexual, durante los últimos tres meses ¿Cómo de preocupado ha estado usted acerca de su vida sexual general?*” con una escala Likert de cinco puntos que desde 1= nada preocupado a 5= extremadamente preocupado. Se evalúa también, en este punto, la búsqueda de apoyo o ayuda en relación a la vida sexual en la medida que puede contribuir a interpretar la percepción de salud de la muestra. Así, para la

cuestión: *¿Ha buscado Usted ayuda o consejo referente a su vida sexual de alguna de las siguientes fuentes durante los últimos tres meses?* se emplea una medida de 5 categorías: 1=Familiares/amigos, 2=Libros de autoayuda/folletos informativos/Internet, 3=Medicina general/Médico de familia, 4=Otros y 5=No he buscado ninguna ayuda.

Formación en sexualidad. Para conocer la experiencia y la información sexual a lo largo de su vida se emplearon los siguientes ítems:

- *¿Cuántas parejas sexuales (alguien con quien usted haya tenido sexo vaginal, anal u oral) ha tenido usted a lo largo de su vida?* La escala de respuesta tiene seis alternativas que van desde 1=0 a 6=20 o más.

- *Creo que la información sobre sexualidad que he recibido durante mi infancia y adolescencia fue la adecuada,* con una escala de respuesta tipo Likert con cinco alternativas que van desde “1=En total desacuerdo” a “5=Totalmente de acuerdo”.

- *Creo que la información sobre sexualidad que he ido adquiriendo a lo largo de mi vida adulta es la adecuada,* empleando una escala de respuesta tipo Likert con cinco alternativas que van desde “1=En total desacuerdo” a “5=Totalmente de acuerdo”.

1.2.4.- Procedimiento

Inicialmente se firmó un consentimiento informado con la dirección de la Asociación de Jubilados de Santa Rosa (El Oro, Ecuador) y, a continuación, se procedió a informar a los participantes de los objetivos de la investigación, la confiabilidad y el manejo ético de los datos, informándoles que podían retirarse en cualquier momento de la investigación, si así lo deseaban.

Una vez se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión, se procedió a presentar el instrumento de autoinforme (Anexo A) y se leyeron en voz alta las instrucciones generales para su cumplimentación. Los sujetos con dificultades fueron asistidos por los

encuestadores. Se informó expresamente en ese momento de que podían dejar de participar libremente en cualquier momento de la investigación.

El cuestionario fue contestado de forma individual, anónima y voluntaria. Los investigadores estuvieron presentes durante la administración de las pruebas para aclarar posibles dudas y verificar la cumplimentación independiente por parte de los sujetos. Los sujetos con dificultades fueron asistidos por los encuestadores.

1.2.5.- Análisis de datos

A continuación, se especifican los análisis estadísticos utilizados para abordar los objetivos que dirigen este estudio.

Diferencias entre las muestras de hombres y de mujeres. Con el objetivo de analizar las características sociodemográficas de la muestra y las diferencias entre los hombres y mujeres participantes se llevaron a cabo pruebas χ^2 de diferencias entre proporciones y análisis de diferencias en sub-muestras con el mismo tamaño. Este tipo de análisis nos permitirán constatar diferencias y similitudes en una serie de variables socio-demográficas y también las relativas a la actividad sexual entre las muestras de hombres y mujeres. Para la interpretación de la razón χ^2 se incluye el índice *d* (diferencia media tipificada para la prueba *F* y *t* y tamaño del efecto de diferencias de prevalencias) propuesto por Cohen (1988), que permite valorar la magnitud o el tamaño del efecto de las diferencias halladas. La interpretación del tamaño del efecto es la siguiente: valores menores o iguales a .20 indican un tamaño del efecto muy pequeño, entre .20 y .49 pequeño, entre .50 y .79 moderado y mayores de .80 un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988).

Dado que exploramos también las diferencias entre las muestras de hombres y mujeres en variables ordinales relativas a la frecuencia de las prácticas y actividad sexual, deseo y satisfacción sexual, salud percibida, y respecto a la actitud hacia la sexualidad y formación en

sexualidad, que no tienen, en la mayoría de los casos, una distribución normal, se empleará la prueba U de Mann-Whitney que podemos considerar la alternativa no paramétrica de la *t* de Student para la comparación de dos promedios independientes. El nivel de significancia considerado para el estudio fue de un valor de $p < .05$.

Estudio de prevalencias y factores asociados a la actividad sexual. Con el objetivo estudiar las diferencias entre los hombres y mujeres sexualmente activos e inactivos se emplearán también pruebas χ^2 de diferencias entre proporciones (Chi-square de Pearson o prueba exacta de Fisher ¹). Este tipo de análisis nos permitirá constatar diferencias y similitudes en una serie de variables socio-demográficas y también relativas a la práctica y frecuencia de la actividad sexual, deseo, satisfacción y salud sexual, actitud y formación en sexualidad para las muestras de hombres sexualmente activos e inactivos y entre las mujeres sexualmente activas e inactivas.

Para estimar la probabilidad de actividad sexual, frente a la no actividad, en presencia de predictores, se emplea el modelado logístico. Para la categorización de las variables continuas relativas a la frecuencia, deseo y satisfacción sexual, percepción de salud, actitud y formación en sexualidad, se emplea, en todos los casos, la mediana en cada muestra. La probabilidad es estimada mediante el estadístico denominado *odd ratio* (*OR*). Si la *OR* es mayor que uno entendemos que por cada vez que se dé actividad sexual en ausencia de la variable que funciona como independiente se dará dos veces si esta variable está presente. Por el contrario, si la *OR* es menor que uno, la probabilidad de que se dé actividad sexual en ausencia de la variable que funciona como independiente será mayor que en su presencia. La interpretación de la *odd ratio* como probabilidad puede resultar confusa, ya que aun cuando, en sentido estricto, decir que una *OR*= 1.25 quiere decir que hay un 25% más de probabilidades de que se dé actividad sexual en presencia de la variable tomada como

¹ Cuando más del 20% de las celdas tienen frecuencias esperadas < 5 se empleará la prueba exacta de Fisher en lugar de un método de aproximación.

independiente en comparación con que se dé en su ausencia, al no existir un valor máximo la interpretación puede resultar compleja. A efectos de interpretación, se incorpora el índice Q de Yule como medida de asociación o co-ocurrencia binaria mediante transformación de los *odds ratios* en una escala que va de -1 a 1, donde 0 indica independencia.

Predicción de la inactividad sexual. El establecimiento de ecuaciones predictoras de la inactividad sexual de los mayores en los últimos doce meses se realizó mediante la técnica estadística de regresión logística, siguiendo el procedimiento de regresión por pasos hacia delante basado en el estadístico de Wald. Tal y como sostiene Alderete (2006), este procedimiento estadístico presenta numerosas ventajas respecto a la regresión lineal: no requiere el cumplimiento de supuestos como el de normalidad multivariada y el de homocedasticidad; (b) permite el uso de variables independientes continuas y categóricas, (c) cuenta con contrastes estadísticos directos y (d) tiene capacidad de incorporar efectos no lineales. Este procedimiento se ha evidenciado útil para realizar diagnósticos y tiene una amplia aplicación en estudios observacionales y epidemiológicos de encuesta.

En el análisis de regresión logística se presentan los coeficientes de cada variable en la ecuación de regresión y los estadísticos alcanzados por los modelos a la hora de clasificar a los sujetos según el grupo al que pertenecen. Para analizar el ajuste de los modelos propuestos se tienen en cuenta dos indicadores: la R^2 de Nagelkerke, que indica el porcentaje de varianza explicada por el modelo (Nagelkerke, 1991) y el porcentaje de casos correctamente clasificados, que permite determinar hasta qué punto la variable predictora resulta de utilidad para estimar la variable criterio en cada modelo propuesto.

En la regresión logística las variables predictoras pueden ser tomadas como categóricas y continuas. En este sentido, se entienden dicotómicas las variables sociodemográficas y se consideraron continuas (puntuación directa) todas las variables relativas al deseo e impulso sexual, la percepción de salud y la actitud y formación sexual,

que actuaban como predictoras de la actividad sexual de cada modelo para la totalidad de la muestra, para la muestra de mujeres y para la muestra de hombres, en los últimos doce meses. El requisito básico para la formulación de los modelos logísticos –sociodemográfico, deseo sexual, salud percibida y actitud hacia la sexualidad -, es que la variable criterio o dependiente sea, como en este caso, dicotómica, entendiéndose, en todos los casos, 0 para la respuesta *si* y 1 para la respuesta *no* a la pregunta *En el último año, ¿Ha tenido usted alguna práctica sexual (sexo coital, masturbación, roces o caricias)?*

CAPÍTULO II.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

2.1.- Características de la sexualidad de los hombres y mujeres de la muestra

Atendiendo al primero de los objetivos de este trabajo, se analiza la actividad sexual estudiando las diferencias de hombres y mujeres en relación a la frecuencia y tipo de prácticas sexuales, la satisfacción sexual, el deseo o impulso sexual, la percepción de salud, la actitud hacia la sexualidad y con respecto a la formación en sexualidad.

2.1.1.- Actividad y práctica sexual.

El análisis de resultados nos ha permitido constatar diferencias significativas entre hombres y mujeres por lo que se refiere a su *actividad sexual durante el último año* ($\chi^2=27.925$, $p<000$; $d= .82$). Únicamente 21 de las 100 mujeres, frente a 57 de los 100 hombres encuestados, informan de haber mantenido alguna práctica sexual (sexo coital, masturbación, roces o caricias) a lo largo del último año (véase Tabla 6).

Tabla 6

Frecuencias y proporciones correspondientes a la interacción entre género y actividad sexual del último año y de los últimos 3 meses

	N(%)	Hombre n(%)	Mujer n(%)
En el último año, ¿Ha tenido Usted alguna práctica sexual (Sexo coital, masturbación, Rocés o Caricias)?			
No	121(60.8)	42(42.4)	79(79)
Si	78(39.2)	57(57.6)	21(21)
¿Ha tenido Usted alguna práctica sexual con una pareja durante los tres últimos meses?			
No	60 (50.8)	55(56.7)	5(23.8) ⁽¹⁾
Si, una o mas	58(49.2)	42(35.6)	16(76.2)

(1) Por la estructura del SRA-Q responden a esta cuestión únicamente las mujeres que han respondido si a la cuestión: *En el último año, ¿Ha tenido Usted alguna práctica sexual (Sexo coital, masturbación, Rocés o Caricias)?*

Del mismo modo, constatamos diferencias en la *práctica sexual en pareja en los últimos tres meses* entre los hombres y mujeres de la muestra ($\chi^2=7,472$, $p<01$, $d=.52$). Mientras que prácticamente la mitad de los varones de la muestra informan de haber tenido alguna práctica sexual con una pareja en los tres últimos meses, más del 75% de las mujeres que informaban de actividad sexual en el último año, reconocen esta práctica en los últimos meses.

Frecuencia de la actividad sexual. La exploración de normalidad de las variables empleadas para evaluar la frecuencia de la práctica sexual de las muestras de hombres y mujeres sexualmente activas sugiere nuevamente distribuciones no ajustadas a la normalidad. (Véase Tabla 7).

Tabla 7

Normalidad de las variables empleadas para medir la frecuencia de la actividad sexual en las muestras de hombres y mujeres sexualmente activas

			Shapiro-Wilk		
			Estadístico	gl	Sig.
Pensando en el mes pasado, ¿Ha estado usted preocupado/a por la frecuencia de sus prácticas sexuales (<i>Sexo coital, besos, caricias y roces y masturbación</i>)? ⁽¹⁾	Hombre sexualmente activo		,730	54	.000
	Mujer sexualmente activa		,508	20	,000
¿Cómo se siente con la frecuencia de sus prácticas sexuales? ⁽²⁾	Hombre sexualmente activo		,722	54	.000
	Mujer sexualmente activa		,738	20	.000
Comparado con hace un año, ¿Ha cambiado la frecuencia general de sus prácticas sexuales? ⁽³⁾	Hombre sexualmente activo		,869	54	.000
	Mujer sexualmente activa		,779	20	.000

(1) 1=Nada preocupado, 2=un poco preocupado, 3=moderadamente preocupado, 4=muy preocupado, 5=extremadamente preocupado

(2) 1=no suficientemente frecuentes, 2=Frecuencia adecuada, 3=Demasiado frecuentes

(3) 1= Ha aumentado mucho, 2=Ha aumentado moderadamente, 3=Ni ha aumentado ni ha disminuido, 4=Ha disminuido moderadamente, 5=Ha disminuido mucho

La prueba no paramétrica U de Mann-Whitney comparando los rangos de la muestra de hombres y de mujeres sexualmente activas sugiere grandes diferencias significativas en la *frecuencia de las prácticas sexuales* en el último año ($z = -3,739, p < .000, d = .85$) y pequeñas diferencias en la *preocupación por esa frecuencia* ($z = -2,085, p = .037, d = .41$). Constatamos también que no existen diferencias en la estimación de la *adecuación de la frecuencia de la actividad sexual* ($z = -1,009, p = .313$).

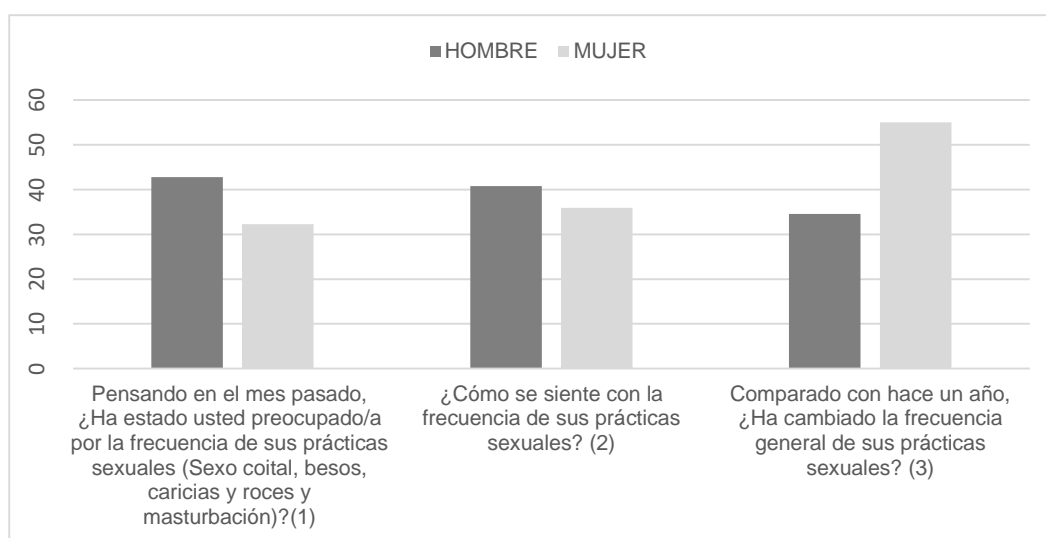


Figura 1: Rango promedio en frecuencia de la práctica sexual de hombres y mujeres sexualmente activos

- (1) 1=Nada preocupado, 2=un poco preocupado, 3=moderadamente preocupado, 4=muy preocupado, 5=extremadamente preocupado
 (2) 1=no suficientemente frecuentes, 2=Frecuencia adecuada, 3=Demasiado frecuentes
 (3) 1= Ha aumentado mucho, 2=Ha aumentado moderadamente, 3=Ni ha aumentado ni ha disminuido, 4=Ha disminuido moderadamente, 5=Ha disminuido mucho

Aun cuando son las mujeres las que refieren una disminución más acusada en la frecuencia de sus prácticas sexuales en el último año, los hombres se muestran más preocupados por la frecuencia de sus prácticas sexuales que las mujeres de la muestra (véase Figura 1).

Tipo de práctica sexual. El estudio de la normalidad de las variables empleadas para observar las características de las prácticas sexuales de las muestras sexualmente activas nos

permite sostener la no-normalidad de la distribución en las poblaciones. Dado el tamaño de la muestra de mujeres sexualmente activas se emplea en este caso la prueba de Shapiro-Wilk (véase Tabla 8).

Tabla 8

Normalidad de las variables empleadas para medir el tipo práctica sexual en las muestras de hombres y mujeres sexualmente activos

		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Durante el mes pasado, ¿Cuántas veces ha tenido usted o ha intentado mantener relaciones sexuales (<i>Vaginal, anal o sexo oral</i>)? ⁽¹⁾	Hombre sexualmente activos	,916	56	.001
	Mujer sexualmente activa	,853	20	,006
Aparte de las veces que usted intento el coito, durante el mes pasado, ¿Con que frecuencia se implicó en otras prácticas sexuales (<i>Besos, caricias y roces</i>) ⁽²⁾	Hombre sexualmente activo	,934	56	.004
	Mujer sexualmente activa	,924	20	.119
¿Con qué frecuencia se masturbo usted el mes pasado? ⁽³⁾	Hombre sexualmente activo	,628	56	.000
	Mujer sexualmente activa*	---	---	---

(1) 1=ninguna, 2=una vez durante el mes pasado, 3= dos o tres veces durante el mes pasado, 4= una vez a la semana, 5= dos o tres veces a la semana, 6= una vez al día 7= más de una vez al día

(2) 1=ninguna, 2=una vez durante el mes pasado, 3= dos o tres veces durante el mes pasado, 4= una vez a la semana, 5= dos o tres veces a la semana, 6= una vez al día 7= más de una vez al día

(3) 1=Ninguna, 2=Una vez en el último mes, 3= Dos o tres veces en el último mes, 4= Una vez a la semana, 5= Dos o tres veces a la semana,

* Se omite por ser constante en la muestra de mujeres sexualmente activas

Tal y como puede observarse en la figura 2, existen diferencias entre los hombres y las mujeres sexualmente activas por lo que respecta al tipo de prácticas sexuales. Concretamente, la prueba Mann-Whitney nos ha permitido constatar que si bien no alcanzan significatividad las diferencias en los rangos de respuesta relativas a las prácticas sexuales consistente en *besos, caricias y roces* ($z = -1,230, p = .219$), los hombres reconocen una mayor *actividad coital, anal u oral* durante el último mes que las mujeres, con tamaño de efecto moderado ($z = -2,942, p < .01, d = .67$).

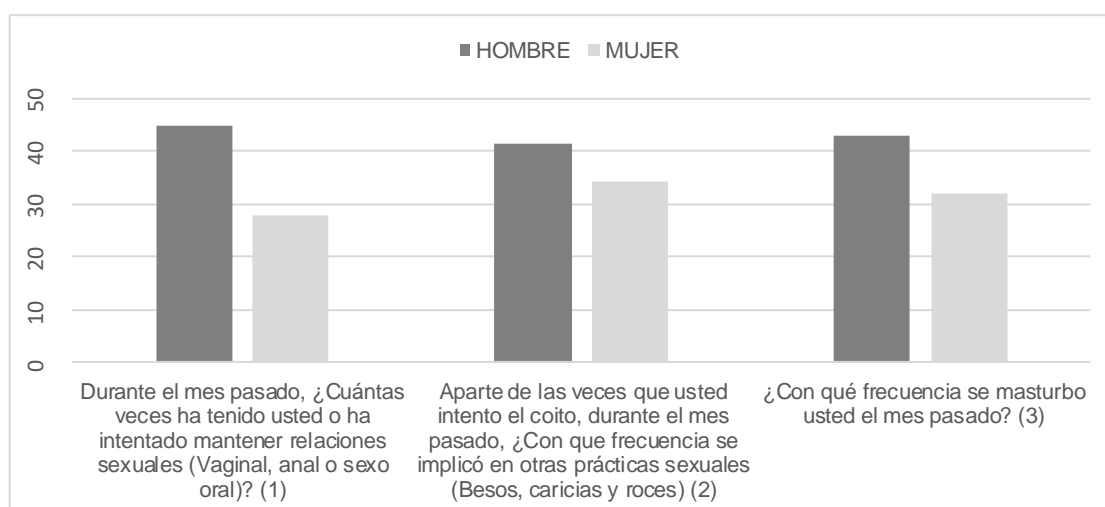


Figura 2: Rango promedio en tipo de prácticas sexuales de hombres y mujeres sexualmente activos.

- (1) 1=ninguna, 2=una vez durante el mes pasado, 3= dos o tres veces durante el mes pasado, 4= una vez a la semana, 5= dos o tres veces a la semana, 6= una vez al día 7= más de una vez al día
 (2) 1=ninguna, 2=una vez durante el mes pasado, 3= dos o tres veces durante el mes pasado, 4= una vez a la semana, 5= dos o tres veces a la semana, 6= una vez al día 7= más de una vez al día
 (3) 1=Ninguna, 2=Una vez en el último mes, 3= Dos o tres veces en el último mes, 4= Una vez a la semana, 5= Dos o tres veces a la semana,

Por otra parte, mientras que sola una de las mujeres sexualmente activas de nuestra muestra refiere haberse masturbado una vez durante el último mes, más del 30% de los hombres reconocen prácticas de *masturbación* varias veces durante el último mes ($z = -2,441$, $p < .05$, $d = .42$).

2.1.2.- Satisfacción sexual

Se exploran como medidas de satisfacción con la práctica sexual el sexo por obligación, las preferencias sexuales compartidas y la cercanía emocional durante la relación sexual. Estas variables cuantitativas no cumplen los requisitos de normalidad para la aplicación de pruebas paramétricas (Véase Tabla 9).

Tabla 9

Normalidad de las variables empleadas para medir la satisfacción sexual en las muestras de hombres y mujeres sexualmente activos

		Shapiro-Wilk ²		
		Estadístico	gl	Sig.
Durante los últimos tres meses, ¿Con que frecuencia tuvo <i>Usted</i> sexo principalmente porque se sintió obligado o porque era su deber? ⁽¹⁾	Hombre sexualmente activo	,792	42	<.001
	Mujer sexualmente activa	,827	16	<.01
Durante los últimos tres meses, ¿con que frecuencia <i>Usted</i> y su pareja compartieron las mismas preferencias sexuales? ⁽¹⁾	Hombre sexualmente activo	,898	42	<.001
	Mujer sexualmente activa	,906	16	<.001
Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia <i>Usted</i> se sintió emocionalmente cercano a su pareja cuando tenían sexo juntos? ⁽¹⁾	Hombre sexualmente activo	,882	42	<.001
	Mujer sexualmente activa	,780	16	<.001

(1) 1=Nunca/Casi nunca, 2=Unas pocas veces, 3= Algunas Veces, 4= La mayor parte del tiempo, 5= Casi siempre/Siempre

Comparando los rangos de las muestras sexualmente activas de hombres y de mujeres, constatamos que no existen diferencias significativas en la frecuencia con la que *mantienen sexo porque se sienten obligados/as* ($z = -.058, p = .953$); ni con la que *comparten preferencias sexuales con la pareja* ($z = -1, 513, p = .130$) o *se sienten emocionalmente cercanos durante la relación sexual* ($z = -1,869, p = .062$) (véase Figura 3).

² Se emplea en este caso la prueba de Shapiro-Wilk dado el tamaño de la muestra de mujeres sexualmente activas.

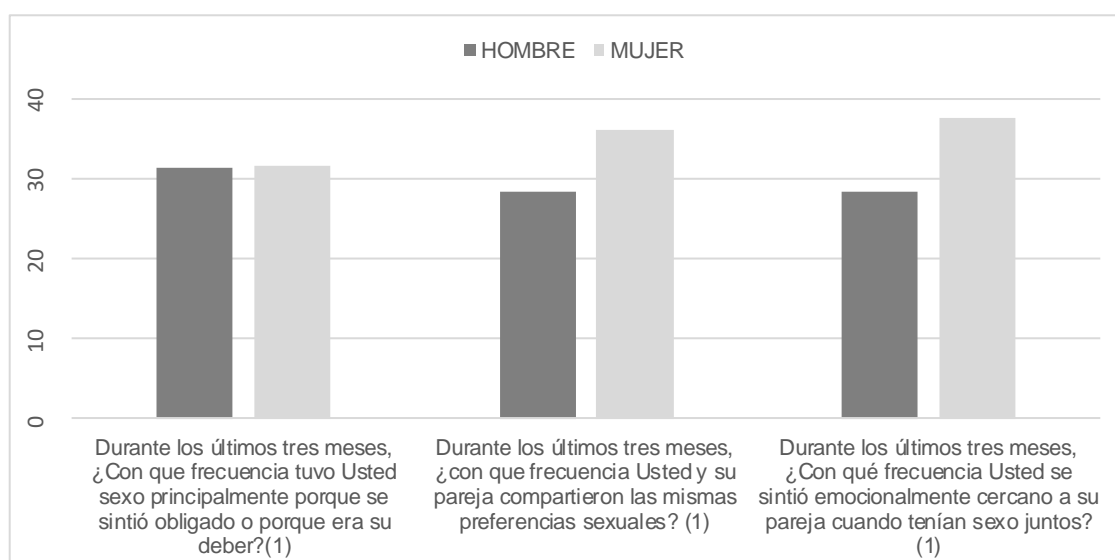


Figura 3: Rango promedio en satisfacción sexual de hombres y mujeres sexualmente activos

(1) 1=Nunca/Casi nunca, 2=Unas pocas veces, 3= Algunas Veces, 4= La mayor parte del tiempo, 5= Casi siempre/Siempre

Estos resultados resultan relevantes en la medida que nos permiten sugerir que las poblaciones sexualmente activas de mujeres y de hombres mayores podrían sentirse básicamente igual por lo que respecta a la cercanía emocional y la compenetración con la pareja sexual; e instigadas en proporciones similares por el sentido del deber.

Iniciativa de la práctica sexual. La diferencia de proporciones alcanza significatividad cuando hombres y mujeres informan de quien inicia la actividad sexual ($\chi^2=8,797, p=012$).

Tabla 10

Frecuencias y proporciones correspondientes a la interacción entre género e iniciativa de la actividad sexual

	N(%)	Hombre n(%)	Mujer n(%)
¿Quién normalmente inicio la actividad sexual durante los pasados tres meses?			

Fui yo	18(30)	16(36.4)	2(12.5)*
Mi pareja (s) y yo equitativamente	25(41.7)	20(45.5)	5(31.3)
Fue mi pareja	17(28.3)	8(18.2)	9(56.3)

*Por la estructura del SRA-Q responden a esta cuestión únicamente las mujeres que han respondido si a la cuestión: *En el último año, ¿Ha tenido Usted alguna práctica sexual (Sexo coital, masturbación, Roces o Caricias)?*

Así, frente a menos de un 20% de los hombres, más del 50% de las mujeres sexualmente activas reconocen que es su pareja quien inicia normalmente la actividad sexual (véase Tabla 10).

2.1.3.- Deseo e impulso sexual

Asumiendo la no-normalidad en la distribución de las puntuaciones para el deseo e impulso sexual en las poblaciones de hombres y mujeres (véase Tabla 11), se empleó también la prueba U de Mann-Whitney para estimar las diferencias en cuanto a la frecuencia con la que se pensó en sexo, la preocupación por el deseo o impulso sexual y la variación en éste en el último año.

Tabla 11

Normalidad de las variables empleadas para medir el deseo e impulso sexual en las muestras de hombres y mujeres

		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes? ⁽¹⁾	Hombre	.122	99	<.001
	Mujer	.362	100	<.001
Piense en el último mes, ¿ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual? ⁽²⁾	Hombre	.299	99	<.001
	Mujer	.487	100	<.001
Comparado con hace un año ¿ha cambiado su deseo e impulso sexual? ⁽³⁾	Hombre	.220	99	<.001
	Mujer	.308	100	<.001

(1) 1=Nada, 2=Una vez en el último mes, 3= Dos o tres veces en el último mes, 4= Una vez a la semana, 5= Dos o tres veces a la semana, 6=Una vez al día, 7= Más de una vez al día

- (2) 1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5= Extremadamente
 (3) 1=Ha aumentado mucho, 2= Ha aumentado moderadamente, 3=Ni ha aumentado ni ha disminuido, 4=Ha disminuido moderadamente, 5=Ha disminuido mucho

La prueba Mann-Whitney nos ha permitido constatar importantes diferencias en la frecuencia con la que hombres y mujeres *pensaron en sexo* en el último mes ($z = -7,237, p < .001, d=1.13$).

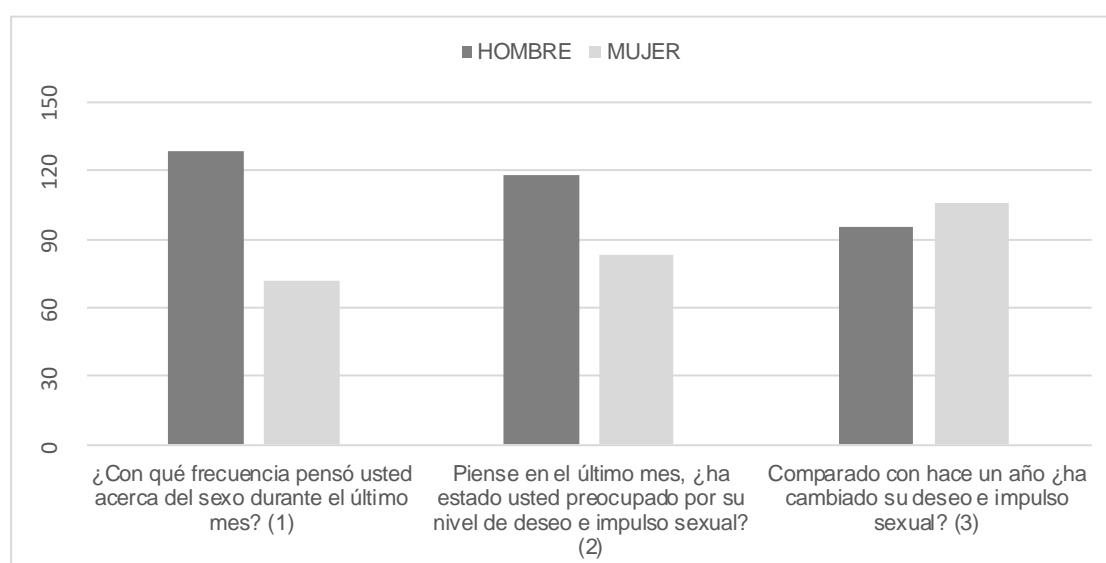


Figura 4. Rango promedio en deseo sexual de hombres y mujeres

- (1) 1=Nada, 2=Una vez en el último mes, 3= Dos o tres veces en el último mes, 4= Una vez a la semana, 5= Dos o tres veces a la semana, 6=Una vez al día, 7= Más de una vez al día
 (2) 1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5= Extremadamente
 (3) 1=Ha aumentado mucho, 2= Ha aumentado moderadamente, 3=Ni ha aumentado ni ha disminuido, 4=Ha disminuido moderadamente, 5=Ha disminuido mucho

Atendiendo a nuestros resultados los hombres pensaron en sexo, fantasearon o desearon tener sexo significativamente más que las mujeres de la muestra durante el último mes (véase Figura 4). Del mismo modo, se evidencian diferencias moderadas entre hombres y mujeres en la *preocupación por el impulso o deseo sexual* durante el último mes ($z = -5, 230, p < .001, d=.64$), constatándose que las mujeres se muestran menos preocupadas por su nivel de deseo sexual que los hombres de la muestra. Respecto al cambio en el deseo sexual respecto a hace un año, las diferencias no han alcanzado significatividad ($z = -1,360, p =$

.174), si bien es posible que las mujeres tiendan a informar de una mayor disminución del deseo sexual que los hombres (véase Figura 4).

2.1.4.- Salud percibida

Se exploró la normalidad de distribución de las variables de salud percibida en las muestras de hombres y mujeres empleando el estadístico de Kolmogorov-Smirnov (véase Tabla 12). Dado que como puede observarse no podemos asumir normalidad en ninguna de las tres variables empleadas para medir la percepción de salud optamos por el emplear la prueba U de Mann-Whitney para comparar dos muestras con libre distribución.

Tabla 12

Normalidad de las variables empleadas para medir la percepción de salud en las muestras de hombres y mujeres

		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Mi salud general es actualmente ⁽¹⁾	Hombre	.304	93	<.001
	Mujer	.269	94	<.001
Mi estado de salud sexual es actualmente ⁽²⁾	Hombre	.227	93	<.001
	Mujer	.196	94	<.001
Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted con su vida sexual? ⁽³⁾	Hombre	.384	93	<.001
	Mujer	.477	94	<.001

(1) 1=Excelente, 2= Buena, 3= Regular, 4= Mala, 5= Muy mala

(2) 1=Excelente, 2= Buena, 3= Regular, 4= Mala, 5= Muy mala

(3) 1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5= Extremadamente

Esta prueba no paramétrica comparando los rangos de la muestra de hombres y de mujeres nos ha permitido constatar la existencia de pequeñas diferencias tanto en *salud general actual* ($z = -2,402, p = .165, d=.31$) como en la *preocupación por la vida sexual en los últimos meses* ($z = -2,846, p = .004, d=.33$) y más importantes diferencias en la percepción actual de *salud sexual* ($z = -4,598, p = .000, d=.66$).

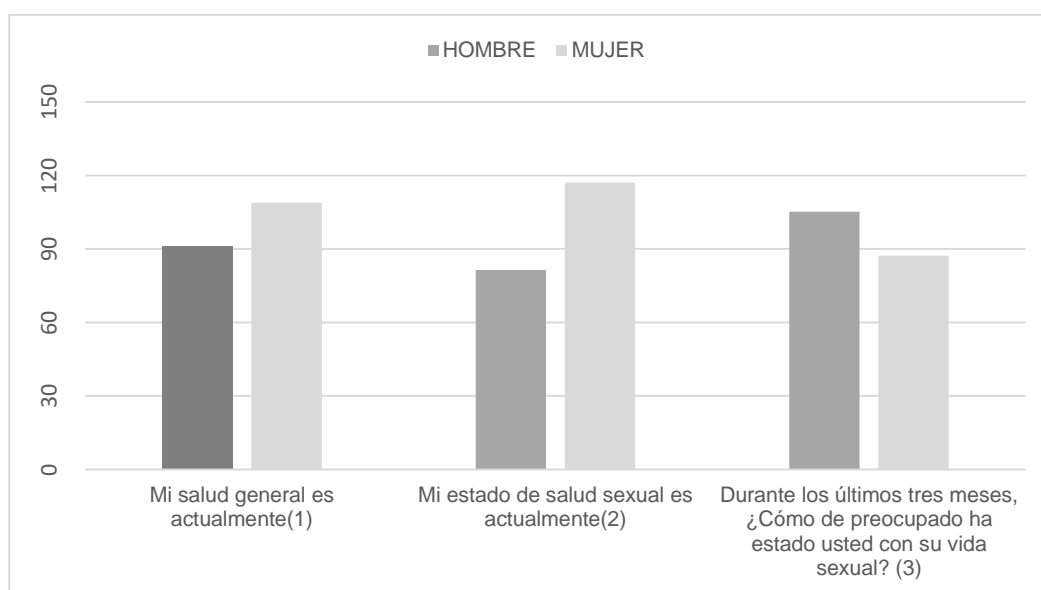


Figura 5. Rango promedio en salud percibida de hombres y mujeres

- (1) 1=Excelente, 2= Buena, 3= Regular, 4= Mala, 5= Muy mala
 (2) 1=Excelente, 2= Buena, 3= Regular, 4= Mala, 5= Muy mala
 (3) 1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5= Extremadamente

Así, observamos que, si bien las mujeres evidencian actualmente peor salud general y sexual que los hombres de la muestra, la preocupación de las mujeres por su salud sexual en los últimos tres meses es menor que la preocupación de los varones de la muestra.

Búsqueda de apoyo en relación a la sexualidad. Si bien la búsqueda de apoyo o ayuda en relación a la vida sexual no es frecuente en ninguna de las dos muestras (véase Tabla 13), frente al 72% de la muestra de hombres, el 92% de las mujeres encuestadas no han buscado ningún tipo de ayuda o apoyo en relación a su vida sexual en los últimos meses ($\chi^2=20.288, p=000$).

Tabla 13

Frecuencias y proporciones correspondientes a la interacción entre género y búsqueda de ayuda en relación a la vida sexual

	N(%)	Hombre n(%)	Mujer n(%)
¿Ha buscado Usted ayuda o consejo referente a su vida sexual de alguna de las siguientes fuentes durante los últimos tres meses?			
Familiares/amigos	6(3.1)	2 (2.1)	4(4)
Libros de autoayuda/folletos informativos/Internet	17(8.7)	16(16.7)	1(1)
Medicina general/Médico de familia	7(3.6)	6(6.3)	1(1)
Otros	4(2)	2(2.1)	2(2)
No he buscado ninguna ayuda	162(82.7)	70(72)	92(92)

Tal y como podemos constatar en la tabla de frecuencias, cuando se solicita esa ayuda los hombres tienden a recurrir más a libros de autoayuda, folletos o a internet o a los médicos de familia, mientras que las mujeres podrían recurrir en mayor medida a familiares o amigos.

2.1.5.- Actitud hacia la sexualidad.

Observando la normalidad de distribución de las respuestas a los ítems en las muestras de hombres y mujeres (Véase Tabla 14), se empleó la prueba U de Mann-Whitney para contrastar las diferencias en cuanto a la actitud hacia la sexualidad.

Tabla 14

Normalidad de las variables empleadas para medir la actitud hacia la sexualidad en las muestras de hombres y mujeres

		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl.	Sig.
1. Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo	Hombre	,205	97	<.001
	Mujer	,262	93	<.001
2. Que una personal casada tenga relaciones sexuales con otra que no su esposa/o es malo	Hombre	,214	97	<.001
	Mujer	,300	93	<.001
3. Que dos adultos del mismo sexo mantengan relaciones sexuales es malo	Hombre	,240	97	<.001
	Mujer	,332	93	<.001
4. Tener sexo de una sola noche es malo	Hombre	,200	97	<.001
	Mujer	,293	93	<.001
5. Las relaciones sexuales satisfactorias son esenciales para el mantenimiento de una relación a largo plazo	Hombre	,289	97	<.001
	Mujer	,245	93	<.001
6. Las relaciones sexuales sin amor son correctas	Hombre	,261	97	<.001
	Mujer	,337	93	<.001
7. Hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo	Hombre	,206	97	<.001
	Mujer	,263	93	<.001
8. Hay demasiado sexo en los medios de comunicación hoy en día	Hombre	,266	97	<.001
	Mujer	,284	93	<.001
9. Hoy la gente joven empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto	Hombre	,277	97	<.001
	Mujer	,371	93	<.001
10. Los hombres tienen de forma natural un deseo sexual más alto que las mujeres	Hombre	,242	97	<.001
	Mujer	,271	93	<.001
11. La capacidad de tener relaciones sexuales disminuye a medida que una persona envejece	Hombre	,323	97	<.001
	Mujer	,275	93	<.001
12. Los cambios sexuales que ocurren con la edad no son importantes en la gente mayor	Hombre	,222	97	<.001
	Mujer	,185	93	<.001
13. Ser activo sexualmente es física y psicológicamente beneficioso para la gente mayor	Hombre	,231	97	<.001
	Mujer	,186	93	<.001

Las pruebas de Mann-Whitney llevadas a cabo para estimar las diferencias en actitud hacia la sexualidad nos han permitido constatar diferencias en las creencias de las mujeres y los hombres respecto a la actividad y relaciones sexuales. Si bien ambas muestras parecen convenir en torno a *la importancia de la relación sexual para el mantenimiento a largo plazo de la relación de pareja* ($z = -1,334, p = .182$) y en torno a los importantes *cambios en la sexualidad con la edad* ($z = -.228, p = .820$), así como respecto al *exceso de sexo en los medios de comunicación* ($z = -1,256, p = .209$), las mujeres de la muestra sostienen creencias ligeramente más negativas que los hombres respecto a las *relaciones homosexuales* ($z = -$

3,534, $p < .001$, $d = .48$). Las creencias de las mujeres podrían ser también moderadamente más negativas que las de los hombres por lo que respecta a las *relaciones antes* ($z = -4,259$, $p = .000$, $d = .61$) o *fuera del matrimonio* ($z = -4,574$, $p = .000$, $d = .65$) y en cuanto a las *relaciones sin amor* ($z = -5,272$, $p = .000$, $d = .76$) o al *sexo de una noche* ($z = -5,720$, $p = .000$, $d = .85$) (véase Figura 6).

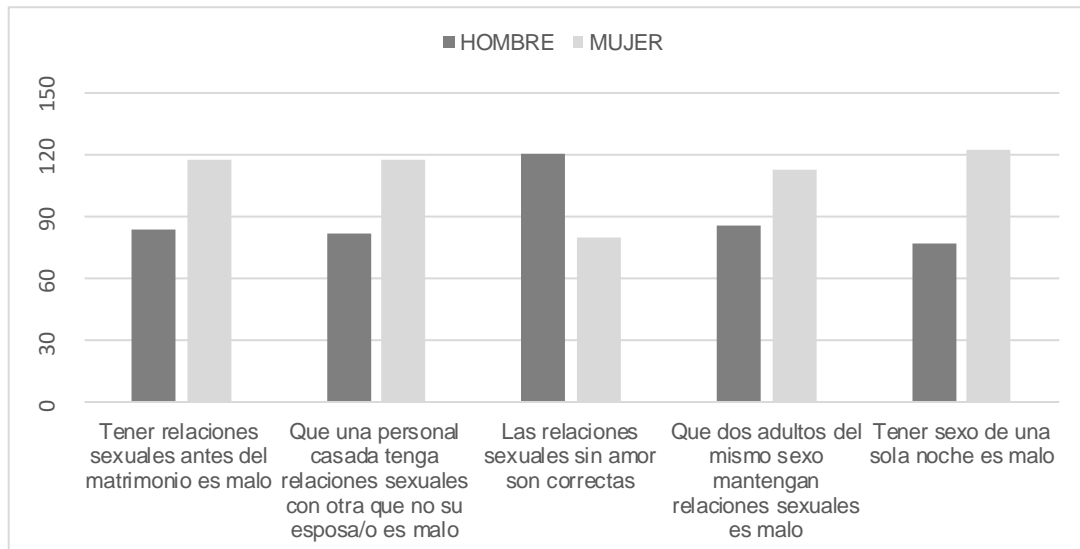


Figura 6. Rango promedio en actitud hacia la sexualidad de hombres y mujeres I

[Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo]

Las mujeres consideran también en mayor medida que los varones que *hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo* ($z = -3,539$, $p = .000$, $d = .50$), y *se empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto* ($z = -3,889$, $p = .000$, $d = .53$) (Véase Figura 7).

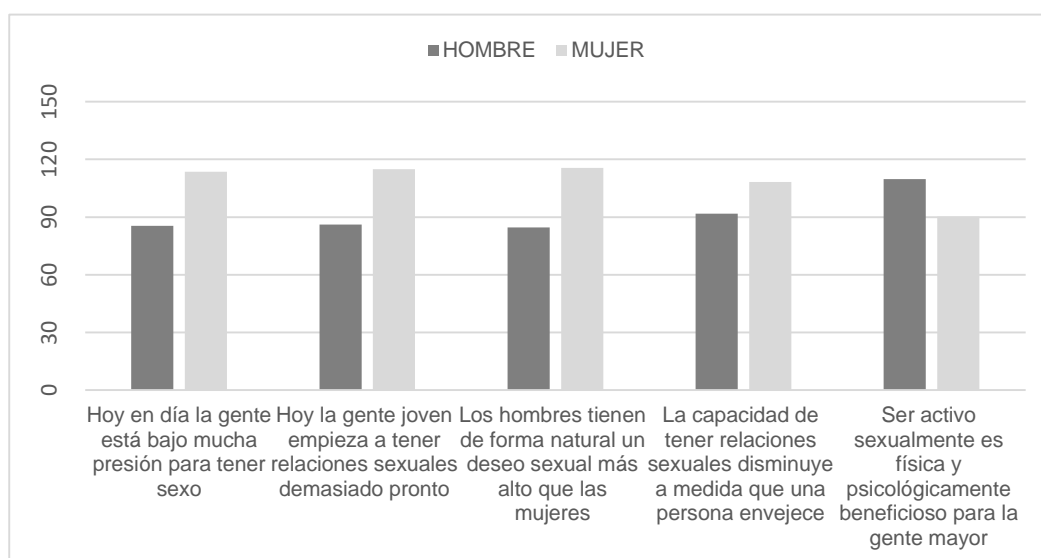


Figura 7. Rango promedio en actitud hacia la sexualidad de hombres y mujeres II

[Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo]

Moderadamente más que los hombres, las mujeres creen que *el deseo sexual de los varones es naturalmente más alto que el de ellas* ($z = -3,972, p = .000, d=.56$). Finalmente, se han encontrado que son también las mujeres quienes más sostienen que *la capacidad de tener relaciones sexuales disminuye con la edad* ($z = -2,166, p = .030, d=.30$) al tiempo que los hombres parecen ligeramente más conscientes de *los beneficios de mantenerse sexualmente activos* ($z = -2,447, p = .014, d=.34$), si bien en ambos casos se trata de efectos de tamaño pequeños.

2.1.6.- Formación en sexualidad

Las diferencias entre hombres y mujeres por lo que respecta a su actividad sexual se observan en cuanto a su historia de parejas sexuales a lo largo de la vida ($\chi^2=81,203, p=000$). Tal y como podemos observar en la Tabla 15, mientras que más del 50% de los hombres de la muestra reconocen más de cinco parejas sexuales a lo largo de su vida, el 64% de las mujeres sólo han tenido una pareja sexual.

Tabla 15

Frecuencias y proporciones correspondientes a la interacción entre género y número de parejas sexuales a lo largo de la vida

	N(%)	Hombre n(%)	Mujer n(%)
¿Cuántas parejas sexuales (<i>alguien con quien Usted haya tenido sexo vaginal, anal u oral</i>) ha tenido Usted a lo largo de su vida?			
0	6(3.1)	6 (6.4)	0(0)
1	79(40)	15(16)	64(64)
Entre 2 y 4	51(26.3)	20(21.3)	31(31)
Entre 5 y 9	22(11.3)	17(18.1)	5(5)
Más de 10	36(18.6)	36(38.3)	0(0)

Mientras que ninguna mujer reconoce haber tenido más de diez parejas sexuales a lo largo de su vida, más del 50% de los hombres encuestados han tenido cinco o más parejas sexuales. Cabe destacar también que mientras que seis hombres de nuestra muestra reconocen no haber mantenido ninguna relación sexual en su vida, ninguna de las mujeres encuestadas se encuentra en esta situación.

Asumiendo la no-normalidad en la distribución en las respuestas en relación a la formación en torno a la sexualidad en las poblaciones de hombres y mujeres (véase Tabla 16) se empleó también la prueba U de Mann-Whitney para estimar las diferencias respecto a la formación en sexualidad.

Tabla 16

Normalidad de las variables empleadas para medir la formación sobre sexualidad en las muestras de hombres y mujeres

		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Creo que la información sobre sexualidad que he recibido durante mi infancia y adolescencia fue la adecuada ⁽¹⁾	Hombre	,215	96	<.001
	Mujer	,225	99	<.001
Creo que la información sobre sexualidad que he ido adquiriendo a lo largo de mi vida adulta es la adecuada ⁽¹⁾	Hombre	,275	96	<.001
	Mujer	,153	99	<.001

[Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo]

De este modo se han encontrado diferencias moderadamente importantes entre hombres y mujeres tanto en la adecuación de la *información sobre sexualidad recibida durante la infancia y adolescencia* como en la *obtenida a lo largo de la vida adulta* ($z = -5,248, p < .001, d = .79$ y $z = -4,784, p = .000, d = .79$). Atendiendo a los resultados podemos observar que las mujeres se consideran peor formadas en sexualidad que los hombres de la muestra (véase Figura 8).

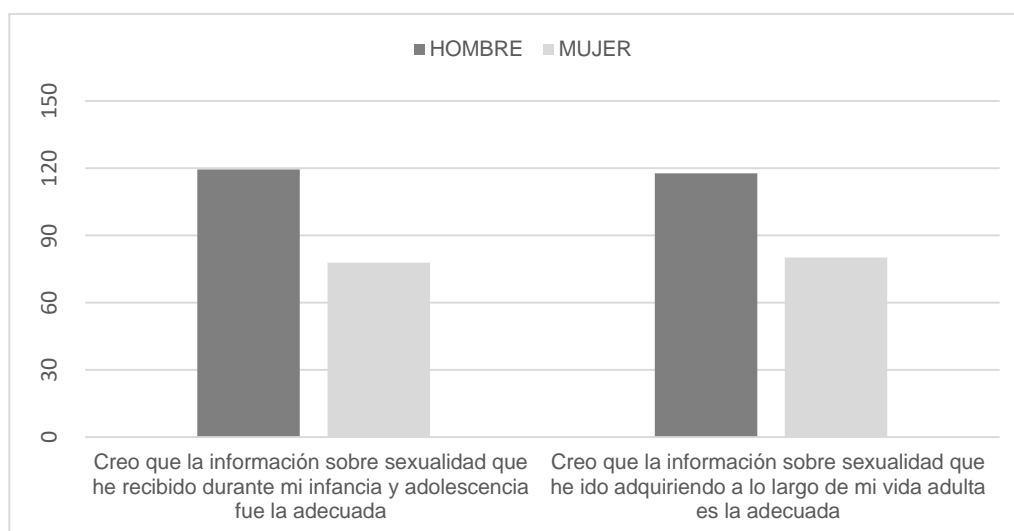


Figura 8. Rango promedio en formación en sexualidad de hombres y mujeres

[Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo]

2.1.7.- Síntesis de resultados

A la vista de nuestros resultados, podemos constatar que, en general, existen diferencias entre los hombres y las mujeres mayores en cuanto a su actividad y práctica sexual.

En concreto, la *frecuencia de las prácticas* sexuales de los hombres es significativamente mayor que la de las mujeres, si bien parece que esta disminución preocupa en menor medida a estas últimas.

Por otra parte, el tipo de *prácticas sexuales* es, también, diferente entre hombres y mujeres. El coito o la masturbación son prácticas sexuales que llevan a cabo en mayor medida los hombres.

Cuando estudiamos la *satisfacción sexual*, comprobamos que no existen diferencias entre sexos. Hombres y mujeres tienen perciben niveles similares de penetración con sus parejas o responden de modo similar a la práctica sexual por obligación. Sin embargo, las mujeres reconocen mayor delegación en su pareja por lo que respecta a la iniciativa de la actividad sexual.

Con un comportamiento similar a lo que sucede con la frecuencia de las prácticas sexuales, tanto los pensamientos como el *deseo sexual* parece que son aspectos que diferencian significativamente a los hombres y mujeres de nuestra muestra. Fantasear sobre el sexo, desear tenerlo o, simplemente, pensar en ello son comportamientos que pueden caracterizar a la muestra masculina frente a la femenina.

La *percepción de la salud general y sexual* de ambos sexos no evidencia diferencias importantes; si bien constatamos que las mujeres informan de peor salud sexual que los varones, a pesar de lo cual, son éstos los que sienten más preocupación por su salud sexual.

La *actitud hacia la sexualidad* marca, de nuevo, las diferencias entre los hombres y las mujeres de la muestra. Así, aunque ambos sexos coinciden en reconocer la importancia de las relaciones sexuales en pareja o compartir la creencia de que se producen cambios en la sexualidad con la edad; son las mujeres las que sostienen creencias más estereotipadas y negativas en torno a la sexualidad. Éstas tienen una visión más negativa de las relaciones entre adultos del mismo sexo, las relaciones fuera del matrimonio o las relaciones sin amor que los varones. Es también una creencia sostenida por las mujeres el que los hombres tienen, naturalmente, mayor deseo sexual que ellas.

Finalmente, también la *formación en torno a la sexualidad*, incluida la propia historia de actividad sexual, marca una importante diferencia entre géneros. Así, el número de parejas sexuales que reconocen los hombres es significativamente más alto que el que reconocen las mujeres. Por otra parte, tanto la información como la formación parece que favorece a los hombres.

2.2. Factores asociados a la actividad sexual de hombres y mujeres

Se describen a continuación la distribución y la prevalencia de la actividad sexual en los últimos doce meses atendiendo a variables sociodemográficas y relativas al deseo sexual, salud percibida y actitud hacia la sexualidad. Los resultados de este apartado se llevarán a cabo separadamente para la muestra de hombres y la muestra de mujeres y para la categorización de las variables continuas se emplea, en todos los casos, la mediana en cada muestra.

2.2.1.-Variables sociodemográficas y actividad sexual

Los análisis bivariados revelan diferencias significativas en la actividad sexual del último año de las mujeres en función de la *procedencia*, *estado civil/pareja* y la *edad* ($p < .05$, $p < .001$ y $p < .001$ en pruebas exactas de Fisher, respectivamente).

Tabla 17

Porcentaje y frecuencia en variables sociodemográficas entre mujeres mayores con y sin actividad sexual durante el último año

Mujeres (n=100)		Con sexual	actividad	Sin actividad sexual	
		21	21%	79	79%
Procedencia					
	Costa	19	90.5	55	69.6
	Sierra	2	9.5	24	30.4
Zona					
	Urbana	14	66.7	63	79.7
	Rural	7	33.3	16	20.3
Nivel Económico					
	Medio	14	66.7	46	58.2
	Bajo	7	33.3	33	41.8
Nivel Educativo					
	Secundaria o superior	9	42.9	30	38.5
	Primaria o inferior	12	57.1	48	61.5
Estado pareja/Estado civil					
	Casadas/En pareja	19	90.5	18	22.8
	Soltera/viuda/ divorciada/sin pareja	2	9.5	61	77.2
Grupo Edad					
	Menos de 70	18	85	36	45
	Más de 70	3	14	43	54
Parejas Anteriores					
	No	12	63.2	39	52
	Si	7	36.8	36	48

Tal y como puede observarse en la Tabla 17, la actividad sexual de las mujeres puede ser mayor entre aquellas que proceden de la Costa³ (OR= 4.14, IC 95% 0.89-19.21; Q=.61), tienen menos de 70 años (OR= 7.16; IC 95% 1.95-26.29; Q=.75) y, sobre todo, entre quienes tienen pareja (OR =32.2, IC 95% 6.84-151.52; Q=.94).

Las variables sociodemográficas que podrían diferenciar entre hombres sexualmente activos y los que no han tenido actividad sexual durante el último año serían el *nivel educativo* ($\chi^2 =7.438$; $p=.006$) y la existencia de *parejas anteriores* ($\chi^2 =4.471$; $p=.034$).

Tabla 18

Porcentaje y frecuencia en variables sociodemográficas entre hombres con y sin actividad sexual durante el último año

Hombres (N=100)		Con actividad sexual		Sin actividad sexual	
		N=57	65%	N=42	42%
Procedencia					
	Costa	50	87.7	35	83.3
	Sierra	7	12.3	7	16.7
Zona					
	Urbana	49	86	35	83.3
	Rural	8	14	7	16.7
Nivel Económico					
	Medio	38	66.7	26	61.9
	Bajo	19	33.3	16	38.1
Nivel Educativo					
	Secundaria o superior	40	70.2	18	42.9
	Primaria o inferior	17	29.8	24	57.1
Estado pareja/Estado civil					
	Casado/En pareja	41	77.4	28	68.3
	Soltero/viudo/ divorciado/Sin pareja	12	22.6	13	31.7
Grupo Edad					
	Menos de 70 años	41	71.9	24	57.1

³ Frente a la sociedad de la Sierra más tradicional y conservadora, la sociedad de la Costa se caracteriza como más aperturista y progresista (Véase, Valdano, 2006).

Más de 70 años	16	28.1	18	42.9
<i>Parejas Anteriores</i>				
No	12	21.1	16	41
Si	45	78.9	23	59

Atendiendo a nuestros resultados la actividad sexual de los hombres en el último año podría asociarse a los estudios secundarios o superiores (OR =3.13; CI 95% 1.36-7.23; Q=.52) y a la existencia de parejas anteriores (OR =.383; CI 95% .156-.944; Q= -.44) (véase Tabla 18).

2.2.2.- Deseo y actividad sexual

Atendiendo a nuestros resultados existirían diferencias significativas en la preocupación por el nivel de deseo o impulso sexual entre los hombres sexualmente activos y aquellos sin actividad sexual durante el último año ($\chi^2 =7.622$; $p<.01$). La actividad sexual no estaría asociada ni al cambio en deseo sexual ni al fantaseo sexual entre los hombres ($\chi^2 =1.553$; $p=.213$ y $\chi^2 =.262$; $p=.609$).

Tabla 19

Porcentaje y frecuencia en deseo sexual entre hombres mayores con y sin actividad sexual durante el último año

Hombres (n=100)	Con actividad sexual		Sin actividad sexual	
	57	57.6	42	42.4
¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes?				
MENOS DE 2 O 3 VECES AL MES	29	50.9	23	56.1
MÁS DE 3 VECES AL MES	28	49.1	18	43.9
Piense en el último mes, ¿ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual?				
NADA PREOCUPADO	22	38.6	28	66.7
PREOCUPADO	35	61.4	14	33.3
Comparado con hace un año ¿ha cambiado su deseo e impulso sexual?				

NI HA AUMENTADO NI DISMINUIDO	33	57.9	19	45.2
HA DISMINUIDO	24	51.1	23	54.8

Así, tal y como constatamos en la Tabla 19 más del 60% de los hombres sexualmente inactivos durante el último año evidencian una baja preocupación por su nivel de deseo e impulso sexual durante el último mes. Atendiendo a nuestros resultados es probable que los hombres más preocupados por su nivel de deseo o impulso sexual actual estén entre aquellos sexualmente activos en el último año (OR= .314, IC 95% .136-.724, Q= -.52).

La frecuencia del *fantaseo sexual* y la *preocupación por el deseo sexual* durante el último mes estarían asociados a la actividad sexual en el caso de las mujeres ($p < .000$ para Fisher y $\chi^2 = 11.121$; $p = .001$, respectivamente).

Tabla 20

Porcentaje y frecuencia en deseo sexual entre mujeres mayores con y sin actividad sexual durante el último año

Mujeres (n=100)	Con actividad sexual		Sin actividad sexual	
	21	21%	79	79%
<hr/>				
¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes?				
NADA	4	19	59	74.7
ALGUNA VEZ	17	81	20	25.3
Piense en el último mes, ¿ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual?				
NADA PREOCUPADA	13	61.9	72	91.1
PREOCUPADA	8	38.1	7	8.9
Comparado con hace un año ¿ha cambiado su deseo e impulso sexual?				
NI HA AUMENTADO NI DISMINUIDO	9	42.9	43	54.4
HA DISMINUIDO	12	57.1	36	45.6

Tanto pensar en sexo, fantasear o desear tener sexo como la preocupación por el deseo sexual parecen ser poco relevantes entre las mujeres sexualmente inactivas (OR= .080, IC 95% .024-.265, Q= -.85 y OR= .158, IC 95% .049-.511; Q= -.73, respectivamente) (Véase Tabla 20). Como para los varones, las variaciones percibidas en deseo o impulso del último año no serían factores relevantes en relación con la actividad sexual de las mujeres ($\chi^2 = .890$; $p=.345$).

2.2.3.-Salud y actividad sexual

Si bien no hemos podido asociar el consumo de medicamentos con la actividad sexual ni en la muestra de hombres ni en la muestra de mujeres, si se han encontrado diferencias significativas en la actividad sexual del último año en función de la percepción de salud.

Así, si bien la preocupación por la vida sexual podría no estar asociada a la actividad sexual en el caso de los hombres ($\chi^2 =.344$; $p=.558$), la *salud percibida tanto general como sexual* podría si ser diferente entre los hombres con y sin actividad sexual en el último año ($\chi^2 =10.908$; $p=.001$ y $\chi^2 =53.579$; $p=.059$, respectivamente).

Tabla 21

Porcentaje y frecuencia en salud percibida entre hombres mayores con y sin actividad sexual durante el último año

Hombres (n=100)				
	Con actividad sexual		Sin actividad sexual	
	57	65%	42	42%
Mi salud general es actualmente				
BUENA/EXCELENTE	31	54.4	9	21.4
REGULAR/MALA/MUY MALA	26	45.6	33	78.6
Mi estado de salud sexual es actualmente				
BUENA/EXCELENTE	27	47.4	12	28.6
REGULAR/MALA/MUY MALA	30	52.6	30	71.4
Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted				

con su vida sexual?				
NADA PREOCUPADO	31	60.8	28	66.7
PREOCUPADO	20	39.2	14	33.3

Tal y como puede observarse en la Tabla 21, existe una elevada probabilidad de que los hombres con actividad sexual en el último año informen de mejor *salud general* (OR= 4.37, IC 95% 1.77-10.78; Q= .63) y, también, si bien en menor medida, de mejor *salud sexual* (OR =2.25; IC 95% 0.96-5.25; Q= .39), que los hombres sin actividad sexual.

Atendiendo a nuestros resultados podemos constatar diferencias significativas entre las mujeres sexualmente activas e inactivas por lo que se refiere a la *preocupación por la vida sexual* durante los últimos meses ($\chi^2 = 11.807$; $p=.001$, $d=.73$) y a la percepción de *salud sexual* ($\chi^2 =5.496$; $p=.019$, $d=.48$). En la muestra de mujeres, parece que únicamente la percepción de salud sexual y no la percepción de salud general ($\chi^2 = .116$; $p=.734$) estaría vinculada a la actividad sexual del último año.

Tabla 22

Porcentaje y frecuencia en salud percibida entre mujeres mayores con y sin actividad sexual durante el último año

Mujeres (n=100)	Con actividad sexual		Sin actividad sexual	
	21	21%	79	79%
Mi salud general es actualmente				
BUENA/EXCELENTE	7	33.3	23	29.5
REGULAR/MALA/MUY MALA	14	66.7	55	70.5
Mi estado de salud sexual es actualmente				
EXCELENTE/BUENA/REGULAR	16	76.2	36	47.4
MALA/MUY MALA	5	23.8	40	52.6
Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted con su vida sexual?				
NADA PREOCUPADA	10	52.6	69	87.3
PREOCUPADA	9	47.4	10	12.7

De esta forma hacemos notar que un porcentaje relevante de las mujeres con actividad sexual en el último año informan de buena *salud sexual* (OR= 3.55; IC_{95%} 1.18-10.68; Q=.56), al tiempo que la *preocupación por la vida sexual* parece poco relevante entre las mujeres sexualmente inactivas (OR= .161; IC_{95%} .053-.493; Q= -.72) (Véase Tabla 22).

2.2.4.- Actitud y actividad sexual

Nuestros resultados nos permiten sugerir diferencias en la actitud hacia las *relaciones prematrimoniales* entre los hombres activos e inactivos sexualmente ($\chi^2 = 6.245$; $p = .012$, $d = .52$). De hecho, el 70% de los hombres sexualmente activos están en desacuerdo con la consideración negativa de las *relaciones sexuales antes del matrimonio* (OR= 2.848, IC_{95%} 1.240-6.541; Q=.48) (véase Tabla 23).

Tabla 23

Porcentaje y frecuencia en actitud hacia la sexualidad entre hombres mayores con y sin actividad sexual durante el último año

Hombres (n=100)	Con actividad sexual		Sin actividad sexual	
	57	65%	42	42%
1. Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo				
EN DESCUERDO	40	70.2	19	45.2
DE ACUERDO	17	29.8	23	57.5
2. Que una personal casada tenga relaciones sexuales con otra que no su esposa/o es malo				
EN DESCUERDO	41	71.9	30	71.7
DE ACUERDO	16	28.1	12	28.3
3. Que dos adultos del mismo sexo mantengan relaciones sexuales es malo				
EN DESCUERDO	38	67.9	24	57.1
DE ACUERDO	18	32.1	18	42.9
4. Tener sexo de una sola noche es malo				
EN DESCUERDO	39	68.4	21	51.2
DE ACUERDO	18	31.6	20	48.8
5. Las relaciones sexuales satisfactorias son				

esenciales para el mantenimiento de una relación a largo plazo					
	EN DESCUERDO	36	63.2	27	65.9
	DE ACUERDO	21	36.8	14	34.1
6. Las relaciones sexuales sin amor son correctas					
	EN DESCUERDO	31	54.4	28	66.7
	DE ACUERDO	26	45.6	14	33.3
7. Hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo					
	EN DESCUERDO	35	61.4	21	57.1
	DE ACUERDO	22	38.6	20	42.9
8. Hay demasiado sexo en los medios de comunicación hoy en día					
	EN DESCUERDO	36	63.2	22	58.6
	DE ACUERDO	21	36.8	20	41.4
9. Hoy la gente joven empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto					
	EN DESCUERDO	33	57.9	24	57.6
	DE ACUERDO	24	42.1	18	42.2
10. Los hombres tienen de forma natural un deseo sexual más alto que las mujeres					
	EN DESCUERDO	40	70.2	34	81
	DE ACUERDO	17	29.8	8	19
11. La capacidad de tener relaciones sexuales disminuye a medida que una persona envejece					
	EN DESCUERDO	42	73.7	29	71.7
	DE ACUERDO	15	26.3	13	28.3
12. Los cambios sexuales que ocurren con la edad no son importantes en la gente mayor					
	EN DESCUERDO	29	50.9	23	54.8
	DE ACUERDO	28	49.1	19	45.2
13. Ser activo sexualmente es física y psicológicamente beneficioso para la gente mayor					
	EN DESCUERDO	39	68.4	33	78.6
	DE ACUERDO	18	31.6	9	21.4

Del mismo modo, si bien no podemos constatar parámetros significativos en la diferencia ($\chi^2 = 2.972$; $p = .085$), cabe explorar en la misma línea la relación entre la consideración del sexo esporádico y la actividad sexual.

Por otra parte, únicamente se ha encontrado significatividad en las diferencias en percepción de exceso de *sexo en los medios de comunicación* entre mujeres sexualmente activas e inactivas ($\chi^2 = 4.882$; $p = .027$; $d = .45$).

Tabla 24

Porcentaje y frecuencia en actitud hacia la sexualidad entre mujeres mayores con y sin actividad sexual durante el último año

Mujeres (n=100)	Con actividad sexual		Sin actividad sexual	
	21	21%	79	79%
1. Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo				
EN DESCUERDO	10	47.6	30	38
DE ACUERDO	11	52.4	49	62
2. Que una personal casada tenga relaciones sexuales con otra que no su esposa/o es malo				
EN DESCUERDO	11	52.4	33	41.8
DE ACUERDO	10	47.6	46	58.2
3. Que dos adultos del mismo sexo mantengan relaciones sexuales es malo				
EN DESCUERDO	11	52.4	29	36.7
DE ACUERDO	10	47.6	50	63.3
4. Tener sexo de una sola noche es malo				
EN DESCUERDO	11	52.4	37	46.8
DE ACUERDO	10	47.6	42	53.2
5. Las relaciones sexuales satisfactorias son esenciales para el mantenimiento de una relación a largo plazo				
EN DESCUERDO	14	66.7	43	54.4
DE ACUERDO	7	33.3	36	45.6
6. Las relaciones sexuales sin amor son correctas				
EN DESCUERDO	13	61.9	47	59.5
DE ACUERDO	8	38.1	32	40.5
7. Hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo				
EN DESCUERDO	4	19	27	34.2
DE ACUERDO	17	81	52	65.8

8. Hay demasiado sexo en los medios de comunicación hoy en día					
	EN DESCUERDO	15	71.4	35	44.3
	DE ACUERDO	6	28.6	44	55.7
9. Hoy la gente joven empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto					
	EN DESCUERDO	8	38.1	25	31.6
	DE ACUERDO	13	61.9	54	68.4
10. Los hombres tienen de forma natural un deseo sexual más alto que las mujeres					
	EN DESCUERDO	13	61.9	41	51.9
	DE ACUERDO	8	38.1	38	48.1
11. La capacidad de tener relaciones sexuales disminuye a medida que una persona envejece					
	EN DESCUERDO	13	61.9	47	59.5
	DE ACUERDO	8	38.1	32	40.5
12. Los cambios sexuales que ocurren con la edad no son importantes en la gente mayor					
	EN DESCUERDO	14	66.7	46	58.2
	DE ACUERDO	7	33.3	33	41.8
13. Ser activo sexualmente es física y psicológicamente beneficioso para la gente mayor					
	EN DESCUERDO	12	57.1	48	60.8
	DE ACUERDO	9	42.9	31	39.2

Así, tal y como podemos apreciar en la Tabla 24, la mayoría de las mujeres mayores sexualmente activas no consideran que en los medios de comunicación actuales haya demasiado sexo (OR= 3.143, IC_{95%} 1.105-8.942; Q= .52) (Véase Tabla 24).

2.2.5.- Síntesis de resultados

El factor sociodemográfico más fuertemente asociado a la actividad sexual femenina es la *existencia de pareja*. Nuestros resultados sugieren que para la cohorte femenina también tener menos *edad* y proceder de la *Costa*, frente a proceder de la *Sierra*, podrían asociarse a la actividad sexual del último año. Ninguno de estos aspectos sociodemográficos parece asociarse significativamente a la actividad sexual de los hombres de la muestra. En este punto,

nuestros resultados nos permiten sostener que haber cursado *estudios secundarios o superiores y haber tenido alguna pareja* en el pasado serían los condicionantes sociodemográficos asociados a la actividad sexual masculina.

Mientras que entre los hombres el fantaseo sexual no nos permitiría discriminar la actividad sexual, entre las mujeres *pensar en sexo, fantasear o desear tener sexo* estaría vinculado a la actividad sexual. La *preocupación por el nivel de deseo o impulso sexual* podría caracterizar tanto a hombres como a mujeres sexualmente activos.

Por otra parte, los hombres con actividad sexual en el último año informaron de mejor *salud general* y, también, si bien en menor medida, de mejor *salud sexual* que los hombres sin actividad sexual. La percepción de buena salud sexual estaría asociada a la actividad sexual en el caso de las mujeres, mientras que entre las mujeres sexualmente inactivas la preocupación por la salud sexual es baja.

Finalmente, la actitud hacia la sexualidad podría también contribuir a diferenciar tanto a los hombres como a las mujeres sexualmente activos de aquellos que no han tenido actividad sexual en el último año. De hecho, la mayoría de los hombres sexualmente activos sostienen creencias más positivas en torno a las *relaciones prematrimoniales* que sus homólogos sin actividad sexual. Al tiempo, mientras que la mayoría de las mujeres sin actividad sexual consideran que en los medios de comunicación actuales hay *demasiado sexo*, las mujeres con actividad sexual no parecen compartir esa apreciación.

2.3.-Predicción de la inactividad sexual de hombres y mujeres mayores

Con objeto de identificar las potenciales variables que predecirían la inactividad sexual en el último año se empleó la regresión logística siguiendo el procedimiento por pasos hacia adelante usando el estadístico W de Wald y empleando como criterio de significación estadística los coeficientes B de las variables introducidas. En aras de profundizar en este ámbito de conocimiento se llevarán a cabo una serie de cuatro regresiones logísticas con objeto de comprobar la incidencia de las variables sociodemográficas, relativas al deseo sexual, a la salud percibida y a la actitud hacia la sexualidad para la totalidad de la muestra, para la muestra de hombres y para la muestra de mujeres. Se incluirán por tanto como variables independientes o predictoras de la inactividad sexual tanto variables dicotómicas como variables continuas.

2.3.1.- Incidencia de las variables socio-demográficas en la inactividad sexual

Tomando en consideración las variables sociodemográficas se propuso un modelo de regresión logística con objeto de hacer estimaciones respecto a inactividad sexual durante el último año (actividad sexual=0/inactividad sexual = 1). Las variables categóricas dicotómicas predictoras de las ecuaciones de regresión se codifican en este caso según la Tabla 25.

Tabla 25

Frecuencias y codificación de parámetro (1) para las variables socio-demográficas incluidas en la ecuación de regresión

		Frecuencia	Codificación parámetro (1)
Procedencia	Costa	146	0
	Sierra	39	1
Zona	Urbana	147	0
	Rural	38	1

Nivel Económico		Medio	114	1
		Bajo	71	0
Nivel Educativo		Secundario o superior	86	1
		Primaria o inferior	99	1
Estado Pareja/ Estado Civil		Casada/o/con Pareja	106	0
		Soltera/o/ viuda/o divorciada/o /Sin pareja	87	1
Grupo Edad		Menos de 70	102	0
		Más de 70	83	1
Parejas anteriores		Si	106	0
		No	79	1

El modelo sociodemográfico último para la totalidad de la muestra clasificaría correctamente al 72.4% de la muestra ($\chi^2=52.608$, $p<.001$) con un alto grado de sensibilidad a la hora de estimar la inactividad sexual en el último año (79.6%) (Véase Tabla 26).

Tabla 26

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo sociodemográfico

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	32,500	1	,000
	Bloque	32,500	1	,000
	Modelo	32,500	1	,000
Paso 2	Paso	8,351	1	,004
	Bloque	40,852	2	,000
	Modelo	40,852	2	,000
Paso 3	Paso	6,357	1	,012
	Bloque	47,209	3	,000
	Modelo	47,209	3	,000
Paso 3	Paso	5,399	1	,020
	Bloque	52,608	4	,000
	Modelo	52,608	4	,000

El análisis del último paso para la totalidad de la muestra sugiere que se han incorporado únicamente cuatro variables: el *estado civil/pareja*, la *edad*, la *existencia de parejas anteriores* y el *nivel educativo*. Se entiende que el potencial explicativo de estas cuatro variables es suficientemente importante como para no tener que estimar los coeficientes aportados por el resto de las variables socio-demográficas.

Tabla 27

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Paso 1^a						
Estado Civil/pareja	1,871	,355	27,816	1	,000	6,497
Constante	-,276	,200	1,909	1	,167	,759
Paso 2^b						
Grupo Edad	1,009	,355	8,055	1	,005	2,742
Estado Civil/Pareja	1,743	,363	23,129	1	,000	5,717
Constante	-,612	,238	6,627	1	,010	,542
Paso 3^c						
Parejas anteriores	,889	,361	6,083	1	,014	2,434
Grupo Edad	1,004	,363	7,638	1	,006	2,728
Estado Civil/Pareja	1,882	,377	24,867	1	,000	6,567
Constante	-1,023	,300	11,616	1	,001	,360
Paso 4^d						
Nivel Educativo	,810	,351	5,325	1	,021	2,249
Parejas anteriores	,887	,369	5,772	1	,016	2,429
Grupo Edad	,940	,369	6,479	1	,011	2,560
Estado Civil/Pareja	1,842	,385	22,912	1	,000	6,308
Constante	-1,387	,348	15,864	1	,000	,250

a. Variables que entran en el paso 1: Estado Civil/Pareja

b. Variables que entran en el paso 2: Grupo Edad

c. Variables que entran en el paso 3: Parejas anteriores

d. Variables que entran en el paso 4: Nivel Educativo

El procedimiento de regresión por pasos hacia delante basado en el estadístico de Wald evidencia que *no tener pareja* podría ser la variable que más explicaría la inactividad

sexual durante el último año ($W= 22,912$; $p<.001$), si bien entran en el modelo también la *edad*, la existencia de parejas anteriores y el nivel educativo ($W=6,479$; $p<.05$; $W=5,772$; $p<.05$; y $W= 5,325$; $p<.05$, respectivamente) (véase Tabla 27).

Con un porcentaje de varianza explicado superior al 30% (R^2 de Nagelkerke =.336), atendiendo a la codificación de parámetros, podemos interpretar que no tener pareja (estar soltera/o/, viuda/o, o divorciada/o), tener más de 70 años, no haber tenido parejas anteriormente y tener bajos estudios incrementa la probabilidad de inactividad sexual de la muestra en el último año.

Incidencia de las variables sociodemográficas en la inactividad sexual de los hombres. El modelo sociodemográfico último en la muestra masculina ($\chi^2=12.826$, $p<.01$) clasificaría correctamente al 65.2% de los hombres con un buen grado de sensibilidad a la hora de estimar la inactividad sexual masculina del último año (61.5%) (Véase Tabla 28).

Tabla 28

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo sociodemográfico

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	7,972	1	,005
	Bloque	7,972	1	,005
	Modelo	7,972	1	,005
Paso 2	Paso	4,854	1	,028
	Bloque	12,826	2	,002
	Modelo	12,826	2	,002

El análisis del último paso para la muestra masculina sugiere la incorporación únicamente del *nivel educativo* y la existencia de *parejas anteriores* en la predicción de la inactividad sexual entre los hombres de la muestra (Véase Tabla 29).

El procedimiento de regresión por pasos hacia delante basado en el estadístico de Wald evidencia que *el nivel educativo* podría ser la variable que más explicaría la inactividad sexual de los hombres durante el último año ($W= 8.624$; $p<.01$), entrando también en el modelo la existencia de *parejas anteriores* ($W=4.652$; $p<05$ (Véase Tabla 29).

Tabla 29

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual de los hombres

		<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Paso 1 ^a							
	Nivel Educativo	1,220	,442	7,639	1	,006	3,388
	Constante	-,875	,307	8,115	1	,004	,417
Paso 2 ^b							
	Nivel Educativo	1,367	,465	8,624	1	,003	3,924
	Parejas anteriores	1,077	,499	4,652	1	,031	2,936
	Constante	-1,284	,380	11,407	1	,001	,277

a. Variables que entran en el paso 1: Nivel Educativo

b. Variables que entran en el paso 2: Parejas anteriores

Con un porcentaje de varianza explicado superior al 15% (R^2 de Nagelkerke =.175), atendiendo a la codificación de parámetros, podemos interpretar que los hombres mayores con bajo nivel educativo –primaria o inferior- y que no han tenido pareja en el pasado tendrían mayor probabilidad de inactividad sexual en el último año.

Incidenia de las variables sociodemográficas en la inactividad sexual de las mujeres. En el caso de las mujeres el modelo sociodemográfico obtenido ($\chi^2=28.282$, $p<.001$) permite la estimación del total de la inactividad sexual en el último año, consiguiendo una clasificación de actividad/ inactividad sexual del 79.6% (Véase Tabla 30)

Tabla 30

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo sociodemográfico

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	28,282	1	,000
	Bloque	28,282	1	,000
	Modelo	28,282	1	,000

El análisis del modelo sociodemográfico explicativo de la inactividad sexual de las mujeres de la muestra incorpora como única variable el *estado civil/pareja* ($W= 16.965$; $p<.001$) (véase Tabla 31).

Tabla 31

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual de las mujeres

	B	SE	Wald	gl	p	Exp(B)
Paso 1 ^a						
Estado Civil/Pareja	3,275	,795	16,965	1	,000	26,444
Constante	,057	,338	,029	1	,866	1,059

a. Variables que entran en el paso 1: Estado civil/pareja

Con un elevado porcentaje de varianza explicado (R^2 de Nagelkerke = .412), atendiendo a la codificación de parámetros, podemos interpretar que *estar soltera, viuda divorciada y/o no tener pareja* explica la inactividad sexual del último año en caso de las mujeres de la muestra.

2.3.2.- Incidencia del deseo en la inactividad sexual

Tomando en consideración las variables empleadas para medir deseo e impulso sexual se propuso un modelo de regresión logística con objeto de hacer estimaciones respecto a inactividad sexual durante el último (actividad sexual=0/inactividad sexual = 1). Se introducen, en este modelo a modo de variables predictoras la *frecuencia con la se pensó en sexo* y el nivel de *preocupación por el deseo sexual* durante el último mes; así como los *cambios en el deseo sexual* del último año.

El modelo de deseo sexual ($\chi^2=37,934$, $p=.000$) clasificaría correctamente al 66.7% del total de la muestra con un grado de sensibilidad a la hora de estimar la inactividad sexual en el último año del 78.3% (Véase Tabla 32).

Tabla 32

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de deseo sexual

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	28,439	1	,000
	Bloque	28,439	1	,000
	Modelo	28,439	1	,000
Paso 2	Paso	9,494	1	,002
	Bloque	37,934	2	,000
	Modelo	37,934	2	,000

El análisis del último paso sugiere que el fantaseo sexual (pensar en sexo, estar interesado, soñar o fantasear con sexo) y la preocupación por el nivel de deseo o impulso sexual pueden asociarse en buena medida a la inactividad sexual de los mayores (R^2 de Nagelkerke =.236) (Véase Tabla 33).

Tabla 33

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Paso 1^a						
¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes? ⁽¹⁾	-,492	,099	24,816	1	,000	,612
Constante	1,703	,302	31,904	1	,000	5,493
Paso 2^b						
¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes? ⁽¹⁾	-,437	,100	19,076	1	,000	,646
Piense en el último mes, ¿ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual? ⁽²⁾	-,550	,185	8,869	1	,003	,577
Constante	2,425	,399	36,842	1	,000	11,301

a. Variables que entran en el paso 1: *¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes?* ⁽¹⁾ 1=Nada, 2=Una vez en el último mes, 3= Dos o tres veces en el último mes, 4= Una vez a la semana,5= Dos o tres veces a la semana, 6=Una vez al día, 7= Más de una vez al día

b. Variables que entran en el paso 2: *Piense en el último mes, ¿ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual?* ⁽²⁾ 1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5=Extremadamente

Efectivamente, el procedimiento de regresión evidencia que un *bajo fantaseo sexual* junto con la *despreocupación por el propio deseo o impulso sexual* entrarían en la ecuación explicativa de la inactividad sexual de la muestra ($W=19,076$; $p=000$ y $W=8,869$; $p=.003$, respectivamente) (Véase Tabla 33).

Incidencia del deseo en la inactividad sexual de las mujeres. Para la muestra de mujeres, el modelo de deseo sexual obtenido ($\chi^2=16.943$, $p<.001$) clasificaría correctamente al 79% de las mujeres y tendría un elevado nivel de sensibilidad a la hora de estimar la inactividad sexual en el último año de las mujeres (94.9%) (Véase Tabla 34).

Tabla 34

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de deseo sexual

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	16,943	1	,000
	Bloque	16,943	1	,000
	Modelo	16,943	1	,000

El modelo de deseo sexual incluiría únicamente el fantaseo sexual (pensar en sexo, estar interesado, soñar o fantasear con sexo) como predictor de la inactividad sexual de las mujeres (R^2 de Nagelkerke =.243) (véase Tabla 35).

Tabla 35

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual de las mujeres

	B	SE	Wald	gl	p	Exp(B)
Paso 1 ^a						
¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes? ⁽¹⁾	-,872	,232	14,094	1	,000	,418
Constante	2,985	,542	30,315	1	,000	19,779

a. Variables que entran en el paso 1: ¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes?⁽¹⁾ 1=Nada, 2=Una vez en el último mes, 3= Dos o tres veces en el último mes, 4= Una vez a la semana,5= Dos o tres veces a la semana, 6=Una vez al día, 7= Más de una vez al día

Concretamente, el análisis de re regresión por pasos llevado a cabo nos permite sugerir que el bajo fantaseo sexual sería el predictor de la inactividad sexual de las mujeres de la muestra (W=14.094; p<001).

Incidencia del deseo en la inactividad sexual de los hombres. En la muestra de hombres ninguna de las variables consideradas en el modelo de deseo sexual (*frecuencia con*

la se pensó en sexo, preocupación por el deseo sexual y cambios en el deseo sexual del último año) se constituirá en predictor de la inactividad sexual masculina del último año.

2.3.3-Incidencia de la salud en la inactividad sexual

Se tomaron en consideración la percepción de *salud general*, la percepción de *salud sexual* actual y la *preocupación por la salud sexual* de los últimos tres meses con objeto de proponer un modelo de regresión logística que permita estimar la incidencia de la salud percibida sobre inactividad sexual durante el último (actividad sexual=0/inactividad sexual = 1).

Con una buena proporción de acierto a la hora de determinar la inactividad sexual (73.5%), el modelo de salud propuesto clasificaría correctamente al 64.2% de muestra ($\chi^2=26.163$, $p=.000$) (véase Tabla 36).

Tabla 36

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de salud percibida

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	20,996	1	,000
	Bloque	20,996	1	,000
	Modelo	20,996	1	,000
Paso 2	Paso	5,167	1	,023
	Bloque	26,163	2	,000
	Modelo	26,163	2	,000

Evidenciamos que la combinación de mala salud sexual percibida por el sujeto actualmente ($W= 16.635$; $p<.01$), junto con una baja preocupación por la vida sexual ($W=$

5.056; $p < 0.05$), parecen explicar en cierta medida (R^2 de Nagelkerke = .178), la inactividad sexual durante el último año para la totalidad de la muestra (Véase Tabla 37).

Tabla 37

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual

		<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Paso 1 ^a	Mi estado de salud sexual es actualmente ⁽¹⁾	,754	,178	17,886	1	,000	2,126
	Constante	-1,759	,545	10,393	1	,001	,172
Paso 2 ^b	Mi estado de salud sexual es actualmente ⁽¹⁾	,750	,184	16,635	1	,000	2,117
	Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted con su vida sexual? ⁽²⁾	-,498	,222	5,056	1	,025	,608
	Constante	-1,030	,635	2,630	1	,105	,357

a. Variables que entran en el paso 1: *Mi estado de salud sexual es actualmente* ⁽²⁾ 1=Excelente, 2= Buena, 3= Regular, 4= Mala, 5= Muy mala

b. Variables que entran en el paso 2: *Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted con su vida sexual?* ⁽³⁾ 1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5= Extremadamente

Incidencia de la salud en la inactividad sexual de los hombres. Mediante de regresión logística tratamos de estimar la incidencia del mismo modelo de salud percibida (percepción de *salud general*, la percepción de *salud sexual* actual y la *preocupación por la salud sexual* de los últimos tres meses) sobre inactividad sexual masculina durante el último año.

Con una buena proporción de acierto a la hora de determinar la inactividad sexual de los hombres (78.6%), el modelo de salud obtenido ($\chi^2=9.364$, $p < .01$) clasificaría al 64.5% de los hombres correctamente en actividad/inactividad sexual (Véase Tabla 38).

Tabla 38

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de deseo sexual

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	9,364	1	,002
	Bloque	9,364	1	,002
	Modelo	9,364	1	,002

Para la muestra masculina, entraría en la ecuación de regresión logística explicativa de la inactividad sexual del último año únicamente la *salud general* actual ($W= 7.668$; $p<.01$) llegando a explicar en torno al 12% del criterio (R^2 de Nagelkerke =.128) (Véase tabla 39).

Tabla 39

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual de los hombres

	B	SE	Wald	gl	p	Exp(B)
Paso 1 ^a						
Mi estado de salud general es actualmente ⁽¹⁾	,973	,352	7,668	1	,006	2,647
Constante	-2,778	,965	8,289	1	,004	,062

a. Variables que entran en el paso 1: *Mi estado de salud general es actualmente* ⁽²⁾ 1=Excelente, 2= Buena, 3= Regular, 4= Mala, 5= Muy mala

Incidencia de la salud en la inactividad sexual de las mujeres. Con una elevada proporción de acierto a la hora de determinar la inactividad sexual de las mujeres de la muestra (94.7%), el modelo de salud obtenido ($\chi^2=13.223$, $p<.001$) clasificaría correctamente la actividad/inactividad sexual del 80.9% de las mujeres de la muestra (Véase tabla 40).

Tabla 40

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de salud percibida

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	7,074	1	,008
	Bloque	7,074	1	,008
	Modelo	7,074	1	,008
Paso 2	Paso	6,149	1	,013
	Bloque	13,223	2	,001
	Modelo	13,223	2	,001

Evidenciamos que una *baja preocupación por la vida sexual en los últimos meses* (W= 5.430; p<05) y la *mala salud sexual* percibida por mujeres actualmente (W= 5.430; p<.05), explica más del 20% (R² de Nagelkerke =.207) de la inactividad sexual del último año de las mujeres de la muestra (Véase Tabla 41).

Tabla 41

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual

		B	SE	Wald	gl	p	Exp(B)
Paso 1 ^a							
	Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted con su vida sexual? ⁽²⁾	-1,091	,427	6,534	1	,011	,336
	Constante	2,817	,642	19,250	1	,000	16,729
Paso 2 ^b							
	Mi estado de salud sexual es actualmente ⁽¹⁾	,707	,304	5,430	1	,020	2,029
	Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted con su vida sexual? ⁽²⁾	-,920	,425	4,687	1	,030	,398
	Constante	,337	1,158	,085	1	,771	1,401

a. Variables que entran en el paso 1: *Mi estado de salud sexual es actualmente* ⁽²⁾ 1=Excelente, 2= Buena, 3= Regular, 4= Mala, 5= Muy mala

b. Variables que entran en el paso 2: *Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de preocupado ha estado usted con su vida sexual?* ⁽³⁾ 1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5= Extremadamente

2.3.4- Incidencia de la actitud hacia la sexualidad sobre la inactividad sexual

Con objeto de explorar si la actitud hacia la sexualidad podría vincularse a la inactividad sexual, se exploró también un modelo de regresión por pasos tomando en consideración las medidas empleadas en este trabajo. Así, se pudo comprobar que efectivamente creencias en torno al sexo antes del matrimonio y a las relaciones sexuales sin amor podían incidir en buena medida en la inactividad sexual de la totalidad de la muestra (R^2 Nagelkerke =.161)

Este modelo de actitud hacia la sexualidad clasificaría correctamente al 68.3% del total de la muestra ($\chi^2=24,036$, $p=.000$) con un alto grado de sensibilidad a la hora de estimar la inactividad sexual en el último año del 83.2% (Véase Tabla 42).

Tabla 42

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de actitud hacia la sexualidad

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	18,489	1	,000
	Bloque	18,489	1	,000
	Modelo	18,489	1	,000
Paso 2	Paso	5,547	1	,019
	Bloque	24,036	2	,000
	Modelo	24,036	2	,000

De tal modo que, considerar negativas las *relaciones antes del matrimonio* ($W=13,056$; $p=000$) o las *relaciones sexuales sin amor* ($W=5,468$; $p=.019$) podría limitar la actividad sexual de las personas mayores (véase Tabla 43).

Tabla 43

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual

		<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Paso 1 ^a							
	Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo ⁽¹⁾	,440	,106	17,135	1	,000	1,552
	Constante	-,977	,360	7,387	1	,007	,376
Paso 2 ^b							
	Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo ⁽¹⁾	,395	,109	13,056	1	,000	1,484
	Las relaciones sexuales sin amor son correctas ⁽¹⁾	-,294	,126	5,468	1	,019	,745
	Constante	-,186	,489	,145	1	,704	,830

a. Variables que entran en el paso 1: Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo. ⁽¹⁾ Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo

b. Variables que entran en el paso 2: Las relaciones sexuales sin amor son correctas. ¹⁾ Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo

Incidencia de la actitud hacia la sexualidad sobre la inactividad sexual de las mujeres. Con objeto de comprobar como la actitud hacia la sexualidad podría vincularse a la inactividad sexual de las mujeres se desarrolló un modelo regresión por pasos tomando las medidas de actitud hacia la sexualidad a modo de predictores.

Tabla 44

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de actitud hacia la sexualidad

		χ^2	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Paso 1	Paso	3,601	1	,058
	Bloque	3,601	1	,058
	Modelo	3,601	1	,058

El modelo actitudinal obtenido ($\chi^2=3.601$, $p<.05$) nos permitiría clasificar a la totalidad de las mujeres que no han tenido actividad sexual durante el último año y tendría también un buen porcentaje de clasificación correcta de la actividad/inactividad sexual de la muestra femenina (78.5%) (Véase Tabla 44).

Tabla 45

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Paso 1 ^a						
Las relaciones sexuales sin amor son correctas ⁽¹⁾	-,390	,203	3,708	1	,054	,677
Constante	2,031	,481	17,800	1	,000	7,623

a. Variables que entran en el paso 1: Las relaciones sexuales sin amor son correctas.

⁽¹⁾ Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo

Si bien el potencial explicativo del modelo actitudinal para la muestra femenina es bajo (R^2 de Nagelkerke =.059) nos permite constatar que la consideración negativa de las *relaciones sexuales sin amor* ($W=3.708$; $p=.054$) podría limitar la actividad sexual de las mujeres de la muestra (Véase Tabla 45).

Incidencia de la actitud hacia la sexualidad sobre la inactividad sexual de los hombres. Con objeto de explorar de qué modo la actitud hacia la sexualidad podría vincularse específicamente a la inactividad sexual masculina, se exploró también el modelo de regresión actitudinal que nos permitió comprobar que creencias en torno al *sexo antes del matrimonio* podían incidir en buena medida en la inactividad sexual de los hombres de la muestra (R^2 de Nagelkerke =.154).

Tabla 46

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de actitud hacia la sexualidad

		χ^2	gl	Sig.
Paso 1	Paso	11,687	1	,001
	Bloque	11,687	1	,001
	Modelo	11,687	1	,001

El modelo de actitud hacia la sexualidad obtenido clasificaría correctamente al 68.3% de los hombres ($\chi^2=24,036$, $p=.000$) si bien tendría un grado de sensibilidad a la hora de estimar la inactividad sexual en el último año del 55%. (Véase Tabla 46).

Tabla 47

Resultados derivados de la regresión logística por pasos para la probabilidad de inactividad sexual

	B	SE	Wald	gl	p	Exp(B)
Paso 1 ^a						
Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo ⁽¹⁾	,522	,161	10,534	1	,001	1,686
Constante	-1,827	,521	12,304	1	,000	,161

a. Variables que entran en el paso 1: Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo.

⁽¹⁾ Escala de 1= En total desacuerdo a 5= Totalmente de Acuerdo

Para la muestra masculina considerar negativas las *relaciones antes del matrimonio* (W=10.534; $p<001$) podría estar limitando su actividad sexual (Véase Tabla 47).

3.3.5.- *Síntesis de resultados*

Atendiendo a nuestros resultados, podemos asumir que la inactividad sexual de las personas mayores estaría condicionada por variables sociodemográficas, por el deseo o impulso sexual, la percepción de salud y las actitudes hacia la sexualidad.

Así, en términos generales el *estado civil/pareja*, la *edad*, la *existencia de parejas anteriores* y el *nivel educativo* podrían convertirse en *factores sociodemográficos* explicativos de la inactividad sexual de los adultos mayores. Un importante porcentaje de varianza de la inactividad sexual de las personas mayores estaría explicado por no tener pareja -estar soltera/o/, viuda/o, o divorciada/o-, tener más de 70 años, no haber tenido parejas anteriormente y tener bajos estudios.

Sin embargo, el estudio específico de la incidencia de los factores sociodemográficos por género sugiere, en primer lugar, que los factores sociodemográficos son claramente más explicativos de la inactividad sexual de las mujeres que de los hombres. Así, mientras que la varianza explicada de la inactividad femenina supera el 40%, los factores sociodemográficos explicarían poco más del 15% de la varianza de la inactividad masculina. En esta línea, la sensibilidad de los modelos sociodemográficos a la hora de clasificar correctamente la inactividad sexual de los hombres y mujeres de nuestra muestra es también considerablemente diferente. Mientras que las condiciones sociodemográficas podrían clasificar correctamente la inactividad sexual del 61.5% de los hombres de nuestra muestra, las condiciones sociodemográficas permiten la clasificación correcta de la totalidad de la inactividad sexual de nuestra muestra femenina, alcanzando incluso casi un 80% de clasificación correcta de mujeres activas e inactivas sexualmente en el último año.

Por otra parte, es posible que las condiciones sociodemográficas que explican la inactividad sexual de hombres y mujeres mayores no sean las mismas. Atendiendo a nuestros

resultados *nivel educativo* y la existencia de *parejas anteriores* podrían ser factores suficientemente potentes para explicar la inactividad sexual masculina; mientras que el factor sociodemográfico determinante de la inactividad sexual femenina para nuestra muestra sería estar soltera, viuda o divorciada y, por lo tanto, *no tener pareja* actualmente.

Con porcentajes de sensibilidad, a la hora de estimar la inactividad sexual del último año, similares a los encontrados por el modelo sociodemográfico para la totalidad de la muestra, *el deseo o impulso sexual* debe entenderse como un predictor de la inactividad sexual de los mayores. Nuestros resultados sugieren que pensar en sexo, estar interesado, soñar o fantasear con sexo y la preocupación por el nivel de deseo o impulso sexual podrían explicar porcentajes relevantes de la varianza de la inactividad sexual.

A este respecto cabe destacar que si bien el bajo fantaseo sexual y la baja preocupación por el nivel de deseo sexual entran en la explicación de la inactividad cuando se considera la totalidad de la muestra, ninguna de las variables consideradas en el modelo de deseo sexual -*frecuencia con la se pensó en sexo, preocupación por el deseo sexual y cambios en el deseo sexual*- parecen constituirse en predictores de la inactividad sexual masculina del último año. Sin embargo, por el contrario, en el caso de la muestra femenina el fantaseo sexual (pensar en sexo, estar interesado, soñar o fantasear con sexo) nos permitiría la clasificación correcta del 94.9% de las mujeres sexualmente inactivas, constituyéndose de hecho, el fantaseo sexual como un factor explicativo de más del 20% de la varianza de la inactividad sexual.

La inactividad sexual de las poblaciones mayores podría verse afectada por la propia *percepción de salud*, ya que, atendiendo a nuestros resultados, la salud percibida permite clasificar correctamente al 78.6% de los hombres y a casi el 95% de las mujeres sexualmente inactivos de nuestra muestra. Cabe destacar aquí que mientras, entre los hombres, la inactividad sexual estaría relacionada con la *salud general*, para las mujeres la inactividad

sexual se circunscribiría a la percepción de *salud sexual*. En cualquier caso, la percepción de salud parece más capaz de explicar la varianza de la inactividad sexual femenina que la masculina ($R^2_{\text{Nagelkerke}} = .207$ y $R^2_{\text{Nagelkerke}} = .128$, respectivamente).

Finalmente, también la *actitud hacia la sexualidad* puede convertirse en un factor asociado a la inactividad sexual de las personas mayores. De hecho, atendiendo a nuestros resultados, la consideración negativa de las *relaciones antes del matrimonio* y *relaciones sexuales sin amor* nos ha permitido clasificar correctamente más del 80% de la totalidad de la muestra. Si bien la totalidad de la muestra femenina sexualmente inactiva podría ser correctamente clasificada en función de sus creencias en torno a las relaciones sexuales sin amor, el potencial explicativo, en este caso es bajo. Por otra parte, aun cuando las creencias de los hombres en torno al *sexo antes del matrimonio* podrían explicar un buen porcentaje de la varianza de su inactividad sexual ($R^2_{\text{Nagelkerke}} = .154$), la sensibilidad de las actitudes sexuales podría ser baja al estimar la inactividad sexual masculina.

CAPITULO III.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis y discusión de resultados de este trabajo de investigación se abordará tratando de sintetizar, en primer lugar, la información referida a la satisfacción sexual y las creencias en torno a la sexualidad de hombres y mujeres mayores; para caracterizar, seguidamente, la actividad y las prácticas sexuales en la vejez. Una buena parte de esta sección se centrará en discutir los factores asociados a la actividad sexual y los factores explicativos de la inactividad sexual de hombres y mujeres mayores. La última parte de esta sección se dedicará a las conclusiones más relevantes y a las líneas de investigación futuras en el tópico de la sexualidad en la vejez. El apartado se cierra refiriendo las más destacadas limitaciones de este trabajo de investigación.

Nos gustaría empezar subrayando que las personas mayores parecen coincidir a la hora de considerar que tener unas relaciones sexuales satisfactorias es algo fundamental en una relación de pareja y éstas estarían relacionadas con el mantenimiento de relaciones a largo plazo. Frente a la creencia de que la actividad sexual durante la vejez puede ser perjudicial para la salud, las personas mayores parecen tener claro que la práctica sexual es un aspecto beneficioso física y psicológicamente (Leyva-Moral, 2008). En este punto, los resultados de este trabajo corroboran la investigación llevada a cabo en diferentes países donde se encontró que las personas mayores concedían gran importancia a permanecer sexualmente activos, llegando a considerar la sexualidad como un componente principal de su bienestar y calidad de vida (Kontula y Haavio-Mannila, 2009).

Efectivamente, un porcentaje relevante de las personas mayores estarían satisfechas con su vida sexual; si bien, son los hombres los que contestan en mayor medida en esta dirección. Así, nuestros resultados sugieren que cerca de la mitad del total de la muestra femenina estaría muy o moderadamente satisfecha con su vida sexual; mientras que más del 70% de los hombres informarían de alta o moderada satisfacción con su vida sexual. Si bien disponemos de trabajos que no han encontrado diferencias en los niveles de satisfacción

sexual de hombres y mujeres (Heywood et al., 2018; Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias y Sierra, 2014), otros estudios llevados a cabo con poblaciones de mediana edad y mayores encontraron diferencias de proporciones entre hombres y mujeres en el mismo sentido de los obtenidos aquí (Carpenter, Nathanson y Kim, 2009; Laumann et al., 2006; Syme et al., 2013).

Los resultados de diferentes investigaciones no sólo corroboran que una proporción importante de mujeres y hombres mayores están satisfechos con su vida sexual, sino que dicha proporción podría ir en aumento debido a la incorporación de las nuevas cohortes actuales de personas mayores (Traeen et al., 2017). Que las personas mayores no están satisfechas con su vida sexual es un aspecto que debemos empezar a desmitificar. Seguramente, como sugería Murguieri (2011), en este colectivo no importaría tanto la cantidad o la frecuencia de la actividad sexual sino el hecho de que las relaciones sexuales sean de calidad y que en ellas abunde la comunicación y la armonía.

La relación entre la frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción sexual no parece todavía concluyente en las poblaciones de personas mayores. Se ha evidenciado, por ejemplo, que los hombres y mujeres mayores con una actividad sexual frecuente y con un buen funcionamiento sexual tendrían menos preocupación e insatisfacción con su vida sexual que aquellos con baja actividad sexual y peor funcionamiento (Lee et al., 2016). Al tiempo, también se ha encontrado que los hombres sexualmente activos están, en general, más preocupados por su actividad y funcionamiento sexual que las mujeres activas sexualmente (Bancroft et al., 2003). De hecho, las mujeres de todas las edades tienden a informar de más baja preocupación por su funcionamiento y actividad sexual, evidenciando menor insatisfacción con su vida sexual, en general, que los varones. Nuestros resultados aportan luz a estas discrepancias en la medida que nos permiten sugerir que, si bien las mujeres tienden a informar de una disminución en la frecuencia de las prácticas sexuales del último año

significativamente más acusada que la de los varones, muestran también menor preocupación por esta disminución que los hombres.

La satisfacción con la vida sexual de los hombres y las mujeres sexualmente activos se ha asociado también con la sintonía de las preferencias sexuales y con la cercanía emocional a la pareja. Este sentido, nuestros resultados sugieren que no existirían diferencias entre hombres y mujeres sexualmente activos a la hora de justificar la frecuencia de sus actividades sexuales por sentirse obligados. Hombres y mujeres sexualmente activos tampoco informan de diferencias significativas en cuanto a las preferencias sexuales con la pareja ni en el sentimiento de cercanía emocional durante la relación sexual. Estos resultados son relevantes en la medida que estudios previos constataron que sentirse obligado a tener sexo y tener divergencias en las preferencias sexuales con la pareja podría asociarse a un incremento de preocupaciones respecto a la vida sexual en el caso de los varones; y entre las mujeres, esta obligación incrementaría la insatisfacción asociándose, incluso, con síntomas depresivos (Lee et al., 2016).

En síntesis, asumiendo el sexo como una parte integral del bienestar físico y psicológico de las personas mayores (Brody, 2010; Gewirtz-Meydan et al., 2018; Gott, Hinchliff y Galena, 2004; Hinchliff, Tetley, Lee y Nazroo, 2018) y de la satisfacción con la vida (Woloski-Wruble, Oliel, Leefsma y Hochner-Celnikier, 2010), como ya sugerían un buen número de estudios (Forbes, Eaton y Krueger, 2017; Gott y Hinchliff, 2003; Vares, Potts, Gavey y Grace, 2007), entre las personas mayores el sexo es placentero y satisfactorio.

A pesar de no encontrarse diferencias relevantes en la satisfacción sexual de hombres y mujeres sexualmente activos, nuestros resultados sí reflejan diferencias en cuanto a la iniciativa de la actividad sexual que podrían responder al estereotipo de que ellos están “siempre dispuestos” o “son más sexuales que las mujeres”. Más mujeres sexualmente activas que hombres sexualmente activos reconocen que es su pareja quien inicia normalmente la

actividad sexual, siendo estos resultados congruentes con los encontrados para poblaciones más jóvenes (Baumeister, Catanese y Vohs, 2001) y congruentes, también, con el hecho de que las mujeres son más proclives a consentir actividad sexual no deseada (Impett y Peplau, 2002). Que la iniciativa para el encuentro sexual sea en mayor medida masculina, aun cuando no hay razones plausibles para que esté condicionada por el género, podría estar denotando un comportamiento culturalmente condicionado que, si bien podría incidir negativamente en la actividad sexual femenina, no parece afectar a su satisfacción sexual.

En relación a las creencias en torno a la sexualidad, los datos aportados por nuestro estudio indican que muchas personas mayores podrían seguir teniendo una visión de la sexualidad todavía estigmatizada (García, 2000; Leyva-Moral, 2008), observándose, en este punto, al igual que para la actividad o la frecuencia sexual, diferencias entre mujeres y hombres mayores.

Las mujeres parecen sostener, en términos generales, una visión de la sexualidad más desfavorable que la de los varones (García, 2000; Leyva-Moral, 2008), con creencias más negativas respecto a las relaciones antes o fuera del matrimonio, las relaciones sin amor, las relaciones homosexuales o el sexo de una noche. Las mujeres consideran también en mayor medida que los varones que hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo y se empieza a mantener relaciones sexuales demasiado pronto, y son también las mujeres, las que consideran que el deseo sexual de los varones es naturalmente más alto que el de las mujeres. Que la capacidad de tener relaciones sexuales disminuye con la edad es una creencia también más característica de las mujeres; al tiempo que los hombres parecen más conscientes de los beneficios de mantenerse sexualmente activos (Véase Leyva-Moral, 2008).

En este contexto, lo cierto es que la historia sexual y la formación en sexualidad pueden ser diferentes también entre hombres y mujeres mayores. Así, la mayoría de los hombres mayores habrían tenido varias parejas sexuales a lo largo de su vida; mientras que la

mayoría femenina informaba de haber tenido una única pareja sexual. También las mujeres podrían considerarse, en general, peor formadas en sexualidad que los varones en estos grupos etarios (DeLamater et al., 2019)

Tratando de dar explicación a las importantes discrepancias de género en el número de parejas sexuales, la literatura ha sugerido, por ejemplo, la inclusión, en el caso de los hombres de sus relaciones con trabajadoras sexuales o a la brecha entre las edades de hombres y mujeres (Wadsworth, Johnson, Wellings y Field, 1996). Otra explicación ha sido la tendencia masculina a “estimar” y la femenina a “contar” (Bogart et al., 2007). La tendencia femenina a enumerar llevaría a estimaciones más bajas, mientras que la tendencia masculina a aproximar (Brown y Sinclair, 1999) implicaría informar de un mayor número de casos.

Otros autores se han centrado en cómo define cada población pareja sexual (Jeannin, Konings, Dubois-Arber, Landert y VanMelle, 1998), sugiriendo una mayor preferencia entre los hombres, frente a las mujeres, de incluir en su recuento total a las parejas sexuales con las que no han tenido relaciones coitales. Por último, otra explicación posible para estas diferencias de género se centra en el autoinforme sesgados por deseabilidad social (Fisher, 2013; Jonason y Fisher, 2009). De esta manera, los estereotipos de género podrían llevar a los hombres a sobreenfocar y a las mujeres a no ser sinceras en estas cuestiones, por la falta de privacidad a la hora de responder (Alexander y Fisher, 2003). A este respecto, la manipulación experimental de las condiciones de encuesta sugiere que la discrepancia de género es más estrecha cuando los participantes perciben una mayor privacidad y cuando piensan que la mentira podría ser detectada (e.g. Alexander y Fisher, 2003; Tourangeau y Smith, 1996).

Al igual que se planteaba en estudios previos (Palacios et al., 2012; Domínguez y Barbagallo, 2016; Lee et al., 2016; Lindau et al., 2007; Lindau y Gavrilova, 2010; Gómez-Redondo et al., 2017), en el presente trabajo de investigación, se observaron las diferencias

entre hombres y mujeres en cuanto a la salud autopercebida, tanto general como propiamente sexual, así como respecto a su preocupación por la vida sexual.

Confirmando nuevamente diferencias entre hombres y mujeres, nuestros resultados están en la línea con los encontrados por Pérez-Fuentes et al. (2015), quienes, tras evaluar a 1.220 personas mayores de 60 años de la provincia de Almería (España), concluían que los hombres poseen una mejor percepción de salud que las mujeres. Recientemente, Abellán et al. (2017) indicaban que el estado de salud percibido negativo aumenta con la edad, y que, efectivamente, existían diferencias de género, ya que, mientras el 50,5% de los hombres mayores valoraban bien o muy bien su estado de salud general, solo el 39,3% de las mujeres consideraba su salud buena o muy buena.

En este estudio, los hombres no sólo informaban de mejor salud general que las mujeres, sino también de una mejor salud sexual, lo que podría estar en consonancia con el hecho de que los hombres tengan también un nivel de actividad sexual más elevado que las mujeres. A pesar de que las mujeres mayores parecen tener una percepción de salud sexual también más baja que la de los varones, su preocupación por la misma es significativamente menos relevante que para estos, lo que es congruente con el hecho de que finalmente las mujeres acaben informando de satisfacción sexual.

En relación al deseo sexual, los resultados de este trabajo de investigación nos permiten sugerir que una parte importante de hombres y mujeres mayores tienen deseos sexuales y se mantienen sexualmente activos a pesar de las potenciales barreras relativas a la salud, y a otros aspectos sociales, que podrían limitar o alterar su capacidad para desarrollar prácticas sexuales. De hecho, y en contraposición con los resultados de los trabajos de Lee et al. (2016) o de Rodríguez-Llorente et al. (2018), el nivel de deseo sexual durante el último año parece mantenerse relativamente estable en las muestras exploradas aquí (Palacios et al., 2012; Papaharitou et al., 2008).

Como sentenciaban Bobes, Dexeus y Gilbert (2000) el deseo sexual tendería a conservarse mejor que la actividad sexual a lo largo de la vida en ambos sexos. Aun cuando seguramente existen diferencias significativas en la frecuencia de algunas prácticas sexuales concretas y en el nivel de deseo e impulso sexual entre hombres y mujeres, el deseo, el placer y la capacidad sexual parece perdurar relativamente estable toda la vida (Butler, 1988). En cualquier caso, nuestros datos corroboran que los hombres piensan más en sexo, fantasean o desean tener sexo más a menudo que las mujeres. En consonancia con investigaciones previas donde las mujeres son más propensas que los hombres a considerar que el sexo como un aspecto poco relevante de sus vidas, sobre todo a edades más avanzadas (Bancroft et al., 2003), nuestros resultados sugieren que, efectivamente, las mujeres mayores se muestran menos preocupadas que los hombres por su nivel de deseo sexual.

Tal y como sucede en otros trabajos de investigación, la edad está relacionada con la actividad sexual, de tal modo que tendería a decrecer a medida que las personas envejecen (Lee et al., 2016; Lindau et al., 2007; Lindau y Gavrilova, 2010). Efectivamente, más del 60% de los participantes en este trabajo de investigación informan de inactividad sexual en el último año, resultados congruentes con los obtenidos en estudios previos (Palacios et al., 2012; Smith et al., 2007). También en consonancia con trabajos previos (e.g. Domínguez y Barbagallo, 2016; Quesada y Traba, 1996; López, 2005), más de la mitad de los hombres encuestados han tenido alguna práctica sexual en el último año; mientras que menos de una de cada cuatro mujeres reconocen haber llevado a cabo alguna práctica sexual en este período.

En general, la actividad sexual declinaría de manera constante con el paso del tiempo (Lindau et al., 2007); si bien las mujeres mayores tienen significativamente menos actividad sexual que los hombres mayores. Las proporciones de actividad sexual de hombres y mujeres mayores que muestran nuestros resultados son muy similares a las encontradas por Palacios et

al. (2012), y porcentualmente más elevadas para las muestras masculinas que las encontradas en un trabajo previo con muestras españolas (Rodríguez-Llorente et al., 2018).

Coincidiendo también con datos aportados por trabajos previos (Ludeman, 1981; Walz, 2002), el interés y la frecuencia de la actividad sexual parece ir también disminuyendo a medida que envejecemos. Los resultados de este trabajo reflejan, además, una disminución significativamente más acusada entre las mujeres que entre los hombres en la frecuencia de las prácticas sexuales en el último año; siendo, sin embargo, como señalábamos antes, los hombres los que reconocerían una mayor preocupación por esa disminución de frecuencia.

En un estudio previo con muestras españolas, se constataba que la práctica sexual del 90% de las mujeres de entre 65 y 90 años había disminuido moderadamente o mucho en el último año; mientras que poco más del 50% hombres reconocían un descenso moderado o acusado en su práctica sexual durante el mismo periodo de tiempo (Rodríguez-Llorente et al., 2018).

A la hora de analizar el tipo concreto de práctica sexual llevada a cabo durante el último mes, nuestros resultados muestran que si bien entre las poblaciones sexualmente activas podrían no encontrarse diferencias en cuanto a besos, caricias o roces; la frecuencia de la relación sexual vaginal, anal u oral y de la masturbación, es diferente entre hombres y mujeres (Palacios et al., 2012; Waite et al., 2009). Mientras que el 25% de los hombres mantendrían relaciones sexuales -vaginal, anal o sexo oral- semanalmente, más del 70% de las mujeres sexualmente activas refieren relaciones sexuales mensualmente. Del mismo modo mientras que sólo una de las 21 mujeres sexualmente activas dice haber practicado la masturbación, el 25% de los hombres se habrían masturbado entre una y tres veces a lo largo del último mes.

Las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la actividad y la práctica sexual han sido una constante en la literatura científica y divulgativa sobre el tema. Distintos trabajos

de investigación han recogido diversas explicaciones sobre este hecho diferencial; los roles de género y las experiencias de socialización (Deaux y LaFrance, 1998; Ruble y Martin, 1998), explicaciones biológicas o basadas en factores genéticos e, incluso, desde una perspectiva biosocial se ha llegado a sostener como variable explicativa la interacción entre la especialización corporal de cada sexo y los atributos de la economía, la estructura social y la ecología de las sociedades (véase Wood y Eagly, 2002). Sin embargo, en cualquier caso, proporcionalmente, no debemos dejar de señalar que nuestros resultados son similares a los encontrados en estudios que utilizaban muestras de individuos jóvenes. Así, por ejemplo, en el trabajo de Gil-Llario, Giménez, Ballester-Arnal, Cárdenas-López y Durá-Baca (2017), explorando las diferencias de género y la sexualidad entre jóvenes hispanos, encontraban que los hombres practicaban la masturbación y tenían más relaciones coitales en mayor medida que las mujeres.

Cuando nos adentramos en el estudio de las potenciales razones de la inactividad sexual en la vejez comprobamos que ésta se ha vinculado a diferentes variables de corte sociodemográfico; así como, también, con la salud, fundamentalmente, autopercebida (Ginsberg et al., 2005; Ekström et al., 2018).

En relación a las variables sociodemográficas, atendiendo a nuestros resultados, la falta de pareja, la edad, el lugar de procedencia o el nivel educativo se constituirían como los factores que mejor predecirían la falta de actividad sexual entre las personas mayores.

Si bien, la edad tiende a constituirse como una de las variables con mayor peso explicativo de la inactividad sexual (Ginsberg et al., 2005; Palacios et al., 2012), el análisis de nuestros resultados nos lleva a concluir la necesidad de explorar la interacción de la edad con una serie de factores sociodemográficos diferencialmente asociados a la actividad sexual de los hombres y las mujeres mayores. En este trabajo, hemos encontrado que la actividad sexual de las mujeres es, efectivamente, más alta entre aquellas que son menores de 70 años, pero

también entre las que proceden de la Costa y cuentan con una pareja; mientras que la actividad sexual de los varones parece ser más alta a mayor nivel educativo, -cuando se han cursados estudios secundarios o superiores-, y si se han tenido parejas anteriormente. En esta línea, los análisis predictivos llevados a cabo nos permiten concluir que entre las mujeres el hecho de estar soltera, viuda, divorciada y/o no tener pareja es la condición que mejor explica su falta de actividad sexual durante el último año; mientras que, para los hombres, serían el bajo nivel educativo y la no existencia de parejas anteriormente variables con mayor nivel predictivo de la inactividad sexual del último año. La edad avanzada, los niveles educativos más bajos, la pérdida de la pareja, la disfunción eréctil y el aumento en el número de comorbilidades fueron, también, factores predictores de la inactividad sexual en el trabajo de Liu et al. (2010) con una muestra de hombres taiwaneses de mediana edad y ancianos.

La capacidad predictiva de la falta de pareja sobre la inactividad sexual corrobora los hallazgos de un buen número de trabajos de investigación previos (Ginsberg et al., 2005; Huang et al., 2009; Ekström et al., 2018). En el trabajo de Smith et al. (2007), las razones informadas de la inactividad sexual incluían la falta de deseo y/o no tener pareja entre las mujeres mayores, y la disfunción eréctil y no tener pareja entre los hombres mayores. Con una muestra española de personas mayores, Palacios et al. (2012) informaban de que no tener un compañero era un predictor de inactividad sexual tanto en los hombres como en las mujeres de su muestra. Asimismo, en el estudio de Huang et al. (2009), se concluía que el carecer de pareja sexual contribuía en mayor medida a la inactividad sexual que los problemas de salud. De la misma manera, en trabajos más antiguos como el de Masters, Johnson y Kolodny (1995) se resaltaba ya la influencia de los estereotipos culturales, el estado de salud y la falta de compañero sexual como factores que afectaban negativamente a la sexualidad en esta etapa vital.

Atendiendo a nuestros resultados, efectivamente, el hecho de tener pareja sería determinante para tener una vida sexual activa en la vejez, pero, fundamentalmente, entre las mujeres. De nuevo, es el género el que marca la diferencia en la explicación de la actividad sexual en la vejez. Parece que, entre los varones, no disponer de pareja actualmente no impide el desarrollo de actividad sexual; mientras que las mujeres parecen tener más impedimentos a la hora de buscar otras opciones en caso de carecer de pareja. Observamos aquí que tener o tener pareja hace que la edad se convierte en un factor con mayor potencial explicativo de la actividad sexual de las muestras femeninas por la propia estructura de inicio de las relaciones matrimoniales -los hombres se casan, generalmente, con mujeres más jóvenes- junto a una tasa de muerte más temprana entre los varones. De este modo la edad acaba condicionando de manera más importante la actividad sexual de las mujeres que la de los hombres en la vejez.

Por otro lado, si bien, el no tener pareja y/o la edad serían las variables que más explicarían la inactividad sexual durante el último año, nuestros resultados muestran que también la procedencia entraría en la ecuación explicativa de esta falta de actividad sexual. Concretamente, en esta investigación, los participantes procedentes de la Sierra informaban de mayor inactividad sexual en el último año.

Probablemente, el carácter reservado y conservador, con una visión negativa hacia el sexo que define a la gente que vive en la Sierra, frente a la Costa, explique las diferencias encontradas en actividad sexual. El historiador ecuatoriano Ayala (2002), remontándose a la época de los primeros habitantes de esta región de América Latina, refiere la fuerte influencia que la estructura geográfica ejerció sobre la consolidación de diferentes rasgos culturales entre la Sierra y la Costa. En la Sierra, específicamente en los Andes, se desarrollaron culturas sedentarias en las que se asentaron pueblos permanentes, cultivos y vías terrestres que

permitieron una forma estable de vida en los habitantes de esta región. Por su parte, en los territorios de la Costa, se desarrollaron, fundamentalmente, culturas semi-nómadas en el interior, y más estables, pero de navegantes, en el borde costero (Solórzano, 2015). Lo cierto es que cada una de estas regiones parece haber constituido un sistema de valores históricamente contrapuesto, en el que se caracteriza la de la Sierra como una sociedad más tradicional y conservadora frente a la sociedad de la Costa con mayor gusto por la novedad o progresismo (Valdano, 2006).

La cultura constituye un marco importante para entender la sexualidad (Agocha et al., 2014); toda conducta sexual se aprende y se construye en una interacción con el entorno sociocultural (Gagnon, 1990), y, por lo tanto, las diferencias culturales pueden estar moldeando la expresión y el comportamiento sexual las personas mayores (Sandfort et al., 1998). En este sentido, en algunos estudios previos se ha sostenido, por ejemplo, que, en comparación con los países del norte de Europa, los países del sur y centro serían menos permisivos con respecto al comportamiento sexual (Baumeister y Mendoza, 2011) o que, en comparación con otros países occidentales, los países nórdicos serían más liberales, permisivos y aceptadores (Haavio-Mannila y Kontula, 2003). Constatamos, sin embargo, que los resultados de un reciente trabajo de Fischer et al. (2018) no llegaban a establecer el carácter predictivo del entorno sociocultural en la sexualidad entre las personas mayores del norte, centro y sur europeo.

Atendiendo a la salud, en este caso percibida, como factor explicativo de la inactividad sexual, nuestros resultados parecen contribuir a consolidar la interacción entre actividad sexual del último año y la salud percibida en poblaciones de individuos mayores (Lindau y Gavrilova, 2010; Ginsberg et al., 2005; Ekström et al., 2018; y Palacios et al., 2012).

En línea con los resultados obtenidos en un buen número de trabajos previos (Domínguez y Barbagallo, 2016; Lindau et al., 2007; Lee et al., 2016; Lindau y Gavrilova, 2010; Palacios et al., 2012; Rodríguez-Llorente et al., 2018) donde se sostiene que los hombres y las mujeres sexualmente activos califican mejor su salud, tanto sexual como general, nuestros resultados evidencian que una mala salud sexual percibida, junto con la baja preocupación por la misma, entrarían en la ecuación que explica la inactividad sexual durante el último año. Asumiendo que la mala salud percibida podría, de hecho, determinar la falta de actividad sexual de las personas mayores en mayor medida, incluso, que la edad, la consideración de mala salud general tendería a explicar la inactividad sexual de los varones. Mientras que, por el contrario, la falta de actividad sexual de las mujeres no parece venir explicada por razones sobrevenidas relativas a la salud general, pudiendo depender en este caso del bajo deseo sexual o preocupación por este aspecto de sus vidas. Este análisis es congruente con las conclusiones de Smith et al. (2007) en cuanto a que la razón más frecuente de las mujeres para explicar sus inactividad sexual era la falta de interés y deseo sexual mientras que entre los hombres la razón más frecuentemente esgrimida fue la disfunción erectil. En este mismo trabajo se observaba que la mayoría de las mujeres inactivas sexualmente no deseaba reanudar la actividad sexual; mientras que el deseo sexual seguía siendo alto entre los hombres a pesar de los problemas de salud esgrimidos (Smith et al., 2007).

Aunque no ha sido objeto de estudio en este trabajo, no debemos dejar de constatar que no sólo la propia salud, sino también la salud de la pareja puede constituir un factor a tener en cuenta a la hora de explicar la inactividad sexual de las personas mayores. Así, entre los motivos esgrimidos para la inactividad sexual de los últimos meses en una muestra estadounidense de personas mayores de 57 a 85 años de edad que tenían cónyuge u alguna relación íntima se encontraba la mala salud física del compañero; esta razón fue esgrimida

tanto por la muestra masculina (55%) como por la femenina (64%) (Véase Lindau et al., 2007). La mala salud física de la pareja también fue una de las razones para la falta de actividad sexual en otros trabajos de investigación (Kontula y Haavio-Mannila, 2009; Beckman et al., 2008; Huang et al., 2009). En síntesis, una mala salud sexual autopercebida, una pareja físicamente enferma, sufrir dos o más condiciones comórbidas y estar tomando dos o más tratamientos médicos, se relacionó, igualmente, con una mayor probabilidad de informar de inactividad sexual tanto en hombres como en mujeres en el estudio de Palacios et al. (2012).

Además de abordar el papel de los factores socio-demográficos y relativos a la salud, en la actividad sexual de los adultos mayores, en este trabajo doctoral se estudió el papel del deseo sexual. En este punto, nuestros resultados sugieren que la preocupación por el nivel de deseo sexual permitiría diferenciar a mayores sexualmente activos y sin actividad sexual, ya que tanto la mayoría de hombres como de mujeres sexualmente inactivas durante el último año evidencian una baja preocupación por su nivel de deseo e impulso sexual.

Específicamente, el nivel de deseo sexual parece estar asociado con la actividad/inactividad sexual de las mujeres mayores. Las mujeres mayores sexualmente activas se caracterizarían por niveles de fantaseo y deseo sexual más altos que las mujeres inactivas sexualmente hasta el punto que el bajo deseo sexual explicaría, en buena medida, la inactividad sexual de esta población. En este sentido, el estudio de Huang et al. (2009) encontró que, efectivamente, la razón más habitual de la inactividad sexual entre las mujeres era la falta de interés en el sexo o el “no desear”. Igualmente, la falta de deseo fue, también, la razón más citada entre el sexo femenino para explicar su inactividad sexual en el estudio de Smith et al. (2007); mientras que, en este caso, para la mayoría de los hombres lo era la disfunción eréctil. Tal y como sugeríamos antes, la falta de interés en mantener actividad

sexual, un bajo nivel de deseo sexual y la poca preocupación por su sexualidad, podrían convertirse en los factores personales más explicativos de la inactividad sexual de las mujeres.

Entre los factores individuales atendidos como predictores de actividad sexual de los adultos mayores se vienen situando desde hace dos décadas las actitudes y el conocimiento o formación en sexualidad (e.g. Andrews, 2000; Kermode y MacLean (2001); Borglin, Jakobsson, Edberg y Hallberg, 2005; Wang et al., 2008). En este punto, el análisis de resultados de este trabajo los lleva a concluir que las actitudes con respecto a la sexualidad de las personas mayores, condicionan su actividad sexual (Beckman et al., 2014; DeLamater, 2012; DeLamater y Moorman, 2007; Graf y Patrick, 2014; Kontula y Haavio-Mannila, 2009; Nicolosi et al., 2006). La actitud a modo de proceso cognitivo organizado a través de la experiencia ejerce una influencia directiva sobre las respuestas del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado (Smith et al., 2007).

El pensamiento estereotipado y la falta de conocimiento sobre la sexualidad en la vejez estarían detrás de actitudes y comportamientos en las personas mayores que constituyen barreras importantes para expresar libremente su sexualidad y para disfrutar de la misma (Snyder y Zweig, 2010). La investigación ha demostrado en numerosas ocasiones que las personas mayores a menudo internalizan los estereotipos y mitos relacionados con el sexo en la vejez mostrándose reacios a expresar su propia sexualidad. Nuestros resultados corroboran que las actitudes y creencias de las personas mayores sobre su sexualidad siguen explicando una parte importante de la varianza de la inactividad sexual. Este tipo de actitudes pueden estar detrás del hecho de que la persona mayor parece reacia buscar ayuda en relación a su sexualidad, y cuando la busca tiende a recurrir en mayor medida a libros de autoayuda, folletos, o incluso a internet, o a amigos que a especialistas (Gott y Hinchliff, 2003).

Profundizando en este aspecto, aquí se constató que mientras que sólo las consideraciones negativas hacia las relaciones sexuales antes del matrimonio parecen mermar

la actividad sexual de los hombres en la vejez, la percepción negativa de las relaciones sexuales sin amor restringiría específicamente la actividad sexual de las mujeres mayores. Esta incidencia diferencial de las propias creencias en torno a la sexualidad acaba contribuyendo al efecto de la falta de pareja sobre la inactividad sexual de las mujeres mayores. En este sentido, asumimos que las actitudes hacia la sexualidad influyen en la sexualidad en la vejez directa pero también indirectamente a través de la edad, el género, el conocimiento sexual u otros factores socio-culturales (DeLamater, 2012; Fisher, 2010; Minichiello et al., 2004; Zeiss y Kasl-Godley, 2001).

Aunque disponemos todavía de pocos estudios sobre la relación entre actitudes sexuales y la actividad sexual en personas mayores, nuestros resultados tienden a constatar investigación previa. Así, por ejemplo, en un estudio reciente de Fischer et al. (2018), uno de los factores predictivos más importantes de la actividad sexual en pareja eran las actitudes positivas hacia el sexo en cuanto a su beneficio en las relaciones a largo plazo. Estos hallazgos también fueron corroborados por Guan (2004), quien examinó las actitudes sexuales entre personas mayores en China y encontró que aquellos que consideraban la vida sexual activa en los ancianos como normal y saludable eran más proclives a informar de haber mantenido relaciones sexuales. Observamos que, efectivamente, las actitudes no son pasivas ni inocuas, sino que ejercen una influencia dinámica y directiva del comportamiento (Bouman, Arcelus y Benbow, 2006).

3.1.- Limitaciones y futuras líneas de investigación

Los resultados de este trabajo reflejan la compleja y delicada relación entre envejecimiento y sexualidad, que puede necesitar incluso de definiciones más amplias de sexualidad y actividad sexual con objeto de incorporar a personas mayores que experimentan problemas de salud que afectan a su funcionamiento sexual. Dominada todavía por modelos médicos, la literatura sobre actividad sexual y envejecimiento ha crecido sustancialmente en

los últimos 20 años. Estas últimas décadas han visto emerger también una perspectiva socio-relacional que se asienta en el hecho, corroborado aquí una vez más, de que la actividad sexual de los hombres y mujeres continúa en la vejez.

La literatura en el ámbito de la sexualidad en la vejez parece asumir que la satisfacción sexual depende de condiciones individuales y en el curso de la vida, muchas parejas mayores buscarán la intimidad emocional, la estabilidad y la continuidad implícita en la actividad sexual más allá del sexo con penetración (DeLamater y Koepsel, 2014). En este punto una de las más relevantes conclusiones de esta tesis doctoral podría ser que el estudio de actividad/inactividad sexual en la vejez debe abordarse diferenciando entre hombres y mujeres mayores.

Probablemente, uno de los estereotipos más extendido en nuestra sociedad en lo que respecta a la dimensión afectivo-sexual de las personas sea que la capacidad de disfrutar de la sexualidad posee unos límites más o menos arbitrarios, que se concretan o bien en la edad, en los cambios fisiológicos o en otras razones más socioculturales. Es posible que las razones explicativas de tales creencias estén en el hecho de que la sociedad tiende a valorar negativamente la vejez caracterizándola como un periodo de deterioro físico y psicológico. No podemos obviar el hecho de que la generación de mayores actual está compuesta por hombres y mujeres nacidos en las primeras décadas del siglo XX que en la mayoría del mundo occidental han sido educados en valores negadores y represivos de la sexualidad, restringiéndola al coito reproductor dentro de unas relaciones heterosexuales (García, 2005). La investigación futura deberá empezar a cuestionar la consideración del coito como elemento central de la actividad y la relación sexual. Entendemos que, tal y como sugieren nuestros resultados, la ternura, las caricias, los besos pueden ayudar a que se articule una nueva manera de acercarse al sexo en la vejez.

Este trabajo nos lleva a sostener también la necesidad de seguir explorando el papel que juegan las actitudes en la frecuencia de la actividad y las relaciones sexuales (Graf y Patrick, 2014). Si bien la actitud hacia la sexualidad ha experimentado un cambio importante en la sociedad en general desde los años sesenta del siglo pasado, dejando ya obsoleta la consideración del deseo experimentado en etapas equivocadas de la vida (Von Krafft-Ebing, 1886), este trabajo pone de manifiesto que, al menos en determinadas cohortes generacionales actuales de personas mayores, todavía es importante el peso de los determinantes socioculturales. Tabúes sociales, estereotipos, estados conyugales, etc., pueden seguir influyendo los intereses y expectativas acerca de la actividad sexual y tener connotaciones específicas en el caso de las cohortes femeninas.

La sexualidad en la vejez supone, en la mayoría de los casos, una continuidad respecto a cómo ésta se ha ido experimentado en otras edades y en otros momentos; y también en la vejez está relacionada con las creencias que sostenemos sobre la misma (Freixas y Luque, 2009). La investigación no puede dejar de abordar estas creencias que responden a estereotipos sexuales negativos relacionados con la determinación de la procreación, la interiorización de la heterosexualidad obligatoria, la asunción de un único modelo de belleza, la consideración de la masturbación, entre otras. El trabajo desarrollado aquí nos lleva a sugerir que efectivamente, los entornos socio-culturales y los estereotipos negativos condicionan el comportamiento sexual y pueden estar explicando la inactividad sexual de este colectivo.

En este sentido, recientemente, Gewirtz-Meydan et al. (2018) también concluía que las personas mayores siguen interiorizando estereotipos sexuales relacionados con su edad y que, de hecho, la ausencia de actividad sexual podría responder a un deseo de liberarse de las obligaciones sexuales, a una aceptación del cambio de las circunstancias o un cambio en las prioridades. Hombres y mujeres se enfrentan a estereotipos sobre su funcionamiento sexual y

en torno a lo “adecuado” de la actividad sexual en la vejez que podrían condicionar su interés por la actividad y participación en prácticas sexuales. En la medida que, en general, un buen número de estas creencias estereotipadas incrementan el potencial explicativo de la falta de pareja sobre la actividad sexual, los entornos socio-culturales más conservadores y las creencias negativas en torno al sexo fuera del matrimonio, podrían constituir un ámbito de intervención con especial incidencia sobre la actividad sexual de las mujeres.

En este contexto, los profesionales que trabajan con poblaciones mayores deberán prestar especial atención a las actitudes hacia la sexualidad y concienciar de la contribución de la actividad sexual a la calidad de vida y al bienestar emocional de los individuos (Lee et al., 2016). Tanto las intervenciones en el campo de la salud como las iniciativas educativas deben diseñarse con objeto de promover actitudes positivas hacia la sexualidad en la vejez, tratando de incrementar la conciencia y la comprensión de la actividad sexual en esta edad. En el caso concreto de los profesionales de la salud, el reto primero será, posiblemente, poner en valor la importancia de la sexualidad en la vejez facilitando la comunicación fluida y eficaz con las personas mayores sobre las preocupaciones en relación a su vida sexual (Bauer, Haesler y Fetherstonhaugh, 2016).

Del mismo modo, las intervenciones socio-comunitarias no deben dejar de considerar la sexualidad en la vejez en su trabajo con otros grupos etarios. Tanto los adultos de mediana edad como los más jóvenes deben dejar de sostener percepciones negativas hacia las personas mayores en la medida que esto podría dificultar su propia expresión sexual en el futuro (Gott y Hinchliff 2003). La sexualidad geriátrica ha llegado para quedarse y se enfrenta a un reto importante: una nueva generación de personas mayores está revolucionando el concepto de vejez existente en nuestra sociedad (García, 2005) y por ende, cambiando la actitud social hacia las necesidades sexuales en la vejez. En este sentido, atendemos la consideración de DeLamater y Koepsel (2014) en torno a la necesidad de que la investigación recoga otras

expresiones sexuales emergentes como las relaciones entre personas lesbianas y gays mayores, así como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en la vejez.

Aunque los resultados del estudio parecen robustos habría que tomarlos con cierta cautela debido a algunas limitaciones propias de la naturaleza de los datos del estudio, la muestra utilizada o el instrumento de medida.

Al igual que el presente trabajo de investigación, la mayoría de los estudios sobre la actividad sexual en mayores son de carácter transversal y parten de que las diferencias entre los mayores en cuanto a su comportamiento sexual responden a cuestiones evolutivas, cuando es muy posible que se trate también de efectos generacionales. Seguramente las personas que hoy cumplen 70 años difieren de las que los cumplirán en una o dos décadas en cuanto a su actitud hacia la sexualidad, entre otros aspectos. En cualquier caso, la investigación de naturaleza transversal compromete seriamente cualquier inferencia de naturaleza causal, siendo interesante desarrollar estudios longitudinales de seguimiento que nos permitan observar el potencial explicativo que las actitudes en torno a la sexualidad, la salud autopercebida y diversas variables de corte sociodemográfico -procedencia y zona, nivel económico y educativo, estado civil/pareja y edad- tienen en la inactividad sexual y observar en que medidas podemos asumir cambios evolutivos en esa actividad sexual.

Otra de las limitaciones de este trabajo tiene que ver con la muestra utilizada. Admitimos que los resultados obtenidos pudieran variar sensiblemente si la muestra hubiese sido obtenida aleatoriamente y fuese representativa de la población de la que proviene; la obtención por conveniencia y los tamaños muestrales reducidos sólo pueden justificarse por la dificultad para acceder a información autorreferida en torno a un tópico claramente sensible.

Finalmente, la recogida de datos se llevó a cabo mediante autoinforme. Si bien se trata de una metodología comúnmente empleada en psicología, y posiblemente imprescindible para medir creencias y conductas difícilmente observables de otro modo, será necesario replicar los

hallazgos empleando estrategias y recursos de medida complementarios (de diferente naturaleza). Es común en todas las edades responder con tintes de deseabilidad social en este tipo de instrumentos; y es posible que que las respuestas estén todavía más sesgadas, si cabe, cuando tratamos temas comprometidos como el de la sexualidad y con personas a las que, en muchas ocasiones, se les presupone terminada su vida sexual. Muchas personas mayores seguramente ocultan sus deseos y manifestaciones sexuales a los adultos de mediana edad y a los jóvenes por los estereotipos y actitudes que socialmente tienden a sostenerse en torno a la sexualidad en la vejez (López, 1998).

Las variables de este estudio se han evaluado mediante un conjunto de ítems relativamente bajo, lo que puede comprometer la robustez de estas medidas. Este tipo de medidas elaboradas a partir de autoinforme puede ser altamente subjetiva en poblaciones de edad avanzada, debiendo asumirse que la realidad y percepción de la misma pueden no coincidir totalmente. Asimismo, creemos que el propio instrumento de evaluación utilizado aquí está al servicio de un modelo joven que se interesa, fundamentalmente, por la actividad coital, asumiendo una concepción genital de la actividad sexual, relegando prácticas relativas al afecto y el placer sexual.

En este sentido, Gewirtz-Meydan et al. (2018) en una síntesis de la investigación cualitativa sobre las actitudes y preocupaciones de las personas mayores en cuanto al sexo y la sexualidad, identificaron tres temas o preocupaciones destacadas: la legitimidad social para la sexualidad en la vejez, la salud, no la edad, como la variable que verdaderamente afecta la sexualidad y la existencia de una hegemonía del sexo con penetración. Es necesario extender el concepto de actividad sexual para estas edades, sin limitarla al sexo penetrativo. Queda también a la investigación futura el diseño y la estandarización de herramientas validas y fiables, que sean aplicables para diferentes géneros y orientaciones sexuales y que incluyan todos los dominios importantes del deseo, actividad y satisfacción sexual.

REFERENCIAS

AARP (2005). *Sexuality at midlife and beyond: 2004 Update of attitudes and behaviors*.

Recuperado de http://assets.aarp.org/rgcenter/general/2004_sexuality.pdf

Abellán, A. (2002). Indicadores demográficos. En M. Sancho (coord.), *Las personas mayores en España*. Informe 2002. (pp. 29-61). Madrid: IMSERSO.

Abellán, A., Pérez, J., Pujol, R., Sundström, G., Jegermalm, M., y Malmberg, B. (2017). Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11(1), 69 – 89.

Agocha, V. B., Asencio, M., y Decena, C. U. (2014). Sexuality and culture. En D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus., y L. M. Ward (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 2. Contextual approaches* (pp. 183–228). Washington, DC: American Psychological Association.

Aguilar, R. (2003). El cerebro fue construido para cambiar. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 2(2).

Aguilar, R. (2005). Razones biológicas de la plasticidad cerebral y la restauración neurológica. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4(12), 1-2.

Alderete, A.M. (2006). Fundamentos del Análisis de Regresión Logística en la Investigación Psicológica. *Revista Evaluar*, 6, 52-67.

Alexander, M. G., y Fisher, T. D. (2003). Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine gender differences in selfreported sexuality. *Journal of Sex Research*, 40, 27-35.

Alonso, J., Martínez, B., Díaz, D., y Calvo, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 150-157.

Alpízar, R. E., López, Y., y Rodríguez, R. (2017). Caracterización de la sexualidad de los adultos mayores de los Círculos de Abuelos de Palmira Norte y Sur. *Revista Conrado*, 13(58), 228-234. Recuperado de <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/download/500/534>

Alvarado, A. M., y Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

- Andrews, W. C. (2000). Approaches to taking a sexual history. *Journal of Women's Health and Gender- Based Medicine*, 9(1), 21–24.
- Aragó, J. M. (1998). Aspectos psicosociales de la senectud. En M. Carretero, A. Marchesi, y J. Palacios, *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez, senectud*. Madrid, España: Alianza.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Archibald, C. (1998). Sexuality, dementia and residential care: Managers report and response. *Health and Social Care in the Community*, 6, 95-101.
- Argyle, M. (1992). *La psicología de la felicidad*. Madrid, España: Alianza.
- Arrubia, E. (2016). Viejos, Humanos y Sexuales. Una reivindicación jurídico-antropológica de la sexualidad en la vejez. *Revista Intersecciones en Comunicación*, 9.
- Avis N. E., Zhao, X., Johannes, C. B., Ory, M., Brockwell, S., y Greendale, G. A. (2005). Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, 12(4), 385-398.
- Ayala, E. (2002). *Ecuador: Patria de Todos. La nación ecuatoriana, unidad en la diversidad*. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar
- Bajos, N., y Marquet, J. (2000). Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social Science & Medicine*, 50(11), 1533-46. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00463-3.
- Ballesteros, S. (2014). La atención selectiva modula el procesamiento de la información y la memoria implícita. *Acción Psicológica*, 11(1), 7-20. doi: 10.5944/ap.1.1.13788
- Baltes, P., y Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. En P. Baltes, y M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34.). New York, NY, USA: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511665684
- Baltes, P., Lindenberger, U., y Staudinger, U. M. (1998). Lifespan theory in developmental psychology. En W. Damon, y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology 5ª*

- edición: 1, *Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York, NY, USA: Wiley.
- Bancroft, J., Loftus, J., y Long, J. S. (2003). Distress about Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208. doi:10.1023/A:1023420431760
- Bauer, M., Haesler, E., y Fetherstonhaugh, D. (2016). Let's talk about sex: Older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*, 19(6), 1237-1250.
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., y Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review*, 5(3), 242-272.
- Baumeister, R., y Mendoza, J. (2011). Cultural variations in the sexual marketplace: Gender equality correlates with more sexual activity. *The Journal of Social Psychology*, 151(3), 350–360. doi:10.1080/00224545.2010.481686
- Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., y Skoog, I. (2008). Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations, 1971–2001. *British Medical Journal*, 337(7662), 151–154. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/20510349>
- Beckman, N., Waern, M., Ostling, S., Sundh, V., y Skoog, I. (2014). Determinants of sexual activity in four birth cohorts of Swedish 70-year-olds examined 1971-2001. *Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 401- 410. doi: 10.1111/jsm.12381.
- Berg, S., Nilsson, L., & Svanborg, A. (1988). Psychological assesment of the elderly. En Wattis JP, Hindmarch I, (Eds.), *Psychological assesment of the elderly*. Londres: Churchill Livingstone.
- Birren, J. (1996). History of Gerontology. En J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego, CA, USA: Academia Press.
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., y Alder, J. (2008). Sexual counseling in elderly couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2027-2043. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00926
- Bobes, J., Dexeus, S., y Gilbert, J. (2000). *Psicofármacos y función sexual*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

- Bogart L. M., Walt L. C., Pavlovic J. D., Ober A. J., Brown N., y Kalichman S. C. (2007). Cognitive strategies affecting recall of sexual behavior among high-risk men and women. *Health Psychology*, 26(6), 787–793. doi:10.1037/0278-6133.26.6.787
- Bohórquez, A. (1995). Enfermedades crónicas y sexualidad en las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2, 27-32.
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A. K., y Hallberg, I. R. (2005). Selfreported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 147–158.
- Borson, S. (2010). Cognition, aging, and disabilities: Conceptual issues. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(2), 375-382. doi: 10.1016/j.pmr.2010.01.001
- Bouman, W. P., Arcelus, J., y Benbow, S. M. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literatura. *Journal Sexual and Relationship Therapy*, 21, 149-161. doi: 10.1080/14681990600618879
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, USA: Aldine
- Brandtstadter, J., Wentura, D., y Greve, W. (1993). Adaptive Resources of the Aging Self: Outlines of an Emergent Perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 323-349. doi: 10.1177/016502549301600212
- Brenes-Camacho, G. (2015). El ritmo de la convergencia del envejecimiento poblacional en América Latina: Oportunidades y retos. *Revista Latinoamericana de Población*, (4-5), 9-26. Recuperado de <http://revistarelap.org/ojs/index.php/relap/article/viewFile/76/75>
- Brecher, E. M. (1984). *Love, sex and aging*. Boston, MA, USA: Little, Brown.
- Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1336–1361. doi:10.1111/j.17436109.2009.01677
- Brown, N. R., y Sinclair, R. C. (1999). Estimating number of lifetime sexual partners: Men and women do it differently. *Journal of Sex Research*, 36, 292–297.
- Brown, P., y Laskin, D. (1993). *Envejecer juntas: Las mujeres y el paso del tiempo, datos para afrontarlo con optimismo, conocimiento de causa y decisión*. Barcelona, España: Paidós.

- Buendía, J., y Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos: ¿solución o problema? En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud: Perspectivas actuales* (pp. 233-246). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Butler, R. N. (1988). *Amor y sexualidad después de los 40*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Cabanach, R. G., Seoane, E., y García, A. (2003). *El funcionamiento psicológico de las personas mayores. Orientaciones para la intervención*. A Coruña: Asociación Gallega de Psicopedagogía.
- Calero-Saa, P. A., y Chaves-García, M. A. (2016). Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 76-194. Recuperado de <https://cutt.ly/kyv9n6M>
- Canetto, S. S., Kaminski, P. L., y Felicio, D. L. (1995). Typical and optimal aging in women and men: is there a double standard? *International Journal Aging and Human Development*, 40(3), 187-207.
- Can, A. R., Sarabia, B., y Guerrero, J. G. (2015). Factores psicológicos y socioculturales en la vida sexual de los adultos mayores. *Revista Iberoamericana Ciencias Salud*, 4(8), 73-88. Disponible en: <http://rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/29/81>
- Cardona, D., y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2): 335-348. Recuperado de <https://cutt.ly/Fyv5AIE>
- Carpenter, L. M., Nathanson, C. A., y Kim, Y. J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 87-107. doi:10.1007/s10508-007-9215-y
- Carrasco, I. (2012). La sexualidad en las personas mayores: mitos y estereotipos. *Cinteco. Psicología clínica y psiquiatría*. Recuperado de <http://www.cinteco.com/la-sexualidad-en-las-personas-mayores-mitos-y-esteriotipos-1o-parte/>
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. En J. E. Jacobs (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: 1992, developmental perspectives on motivation* (pp. 209-254). Lincoln, NE, USA: University of Nebraska Press

- Castellón, A., y Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 131-137.
- Cayo, G., Flores, E., Perea, X., Pizarro, M., y Aracena, A. (2003). La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo. Simposio: viejos y viejas, *Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. Simposio llevado a cabo en el 51 Congreso Internacional de Americanistas*, Santiago de Chile.
- Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE. (2007). Population projection. Latin America and the Caribbean Demographic Observatory. Year II, N. 3, April. Centro Latinoamericano de Demografía, Economic Commission for Latin America and the Caribbean: Santiago, Chile.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ, USA: Erlbaum.
- Collazo, M. I., Calero, J. L., y Rodríguez, A. L. (2010). Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para su enfrentamiento al envejecimiento poblacional. *Revista Cubana Salud Pública*, 36(2), 155-159. Disponible en: <https://cutt.ly/Byv5DqF>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2010). Panorama Social de América Latina. Naciones Unidas.
- Creagh, M., García, D., y Valdés, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(6), 884-892. Recuperado de <https://cutt.ly/gyv5RSM>
- Creasy, H., y Rapoport, S. I. (1985). The aging human brain. *Annals of Neurology*, 17(1), 2-10. doi: 10.1002/ana.410170103
- Cruz, A. J., y Mercé, J. (1992). La función sexual. En J. M. Ribera, y A. J. Cruz (Eds.), *Geriatría, Vol. 1 (pp.70-177)*. Madrid, España: Idepsa.
- Deaux, K., y LaFrance, M. (1998). Gender. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology 4th Ed. Vol. 1 (pp. 788–827)*. Boston, MA, USA: McGraw-Hill.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49(2–3), 125–141. doi:10. 1080/00224499.2011.603168

- DeLamater, J., y Koepsel, E. (2014). Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*. doi: 10.1080/14681994.2014.939506
- DeLamater, J., Koepsel, E. R., y Johnson, T. (2019). Changes, changes? Women's experience of sexuality in later life. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(2), 211-227. doi: 10.1080/14681994.2017.1412419
- DeLamater, J., y Moorman, S. M. (2007). Sexual behavior in later life. *Journal of Aging Health*, 19(6), 921-45. doi: 10.1177/0898264307308342.
- Denton, F. T., y Spencer, B. G. (1999). How old is old? Revising the definition based on life table criteria. *Mathematical Population Studies*, 7(2), 147-159.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention*, 3(8), 67-113.
- Dixon, R. A. (1995). Promoting competence through compensation. En L. A. Bond, S. J. Cutler, y A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Domínguez, L. J., y Barbagallo, M. (2016). Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*, 7, 512-518.
- Drummond, J. D., Brotman, S., Silverman, M., Sussman, R., Orzeck, P., Barylak, L., y Wallach, I. (2013). The impact of caregiving: Older women's experiences of sexuality and intimacy. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 28(4), 415-428.
- Eich, E., Kihlstrom, J. F., Bower, G. H., Forgas, J. P., y Niedenthal, P. M. (2000). *Cognition and emotion*. New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Ekström, M., Johnson, M. J., Taylor, B., Luszcz, M., Wohland, P., Ferreira, D. H., y Currow, D. C. (2018). Breathlessness and sexual activity in older adults: The Australian Longitudinal Study of Ageing. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 28, 1-20. doi: 10.1038/s41533-018-0090-x
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L., y Díaz, P. (1991). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona, España: Martínez Roca.

- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Field, N., Mercer, C. H., Sonnenberg, P., Tanton, C., Clifton, S., Mitchell, K. R., y Johnson, A. M. (2013). Associations between health and sexual lifestyles in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (NATSAL-3). *The Lancet*, 382, 1830–1844. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62222-9.
- Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V., Pitts, M., y Dune, T. (2015). Sex, desire and pleasure: Considering the experiences of older Australian women. *Sexual and relationship therapy: Journal of the British Association for Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 117-130.
- Fisher, L. (2010). *Sex, romance and relationships: AARP survey of midlife and older adults*. Washington, DC, USA: AARP.
- Fisher, T. D. (2013). Gender roles and pressure to be truthful: The bogus pipeline modifies gender differences in sexual but not non-sexual behavior. *Sex Roles*, 68(7-8), 401-414.
- Fischer, N., Traeen, B., y Hald, G. M. (2018). Predicting partnered sexual activity among older adults in four European countries: the role of attitudes, health, and relationship factors. *Sexual and Relationship Therapy*. doi: 10.1080/14681994.2018.1468560
- Forbes, M. K., Eaton, N. R., y Krueger, R. F. (2017). Sexual quality of life and aging: A prospective study of a nationally representative sample. *Journal of Sex Research*, 54, 137-148. doi:10.1080/00224499.2016.1233315
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freixas, A., y Luque, B. (2009). El secreto mejor guardado: la sexualidad de las mujeres mayores. *Política y Sociedad*, 46(1-2), 191-203.
- Freire, C., y Ferradás, M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Gagnon, J. H. (1990). The implicit and explicit use of scripts in sex research. *The Annual Review of Sex Research*, 1(1), 1-43. doi: 10.1080/10532528.1990.10559854
- Galinsky, A., y Waite, L. (2014). Sexual Activity and Psychological Health as Mediators of the Relationship Between Physical Health and Marital Quality. *The Journals of*

- Gerontology Series B: Psychological Sciences and social Sciences*, 69(3), 482-492.
doi:10.1093/geronb/gbt165
- García, J. L. (2000). *Educación sexual y afectiva en personas con minusvalías psíquicas*. Cádiz, España: Asociación Down Lejeune.
- García, J. L. (2005). La sexualidad y la afectividad en la vejez. *Informes Portal Mayores*, nº 41. Madrid, España: Portal Mayores. Recuperado de <https://cutt.ly/Syv5W4p>
- García, J., Ventura, M. I., Sue, S., Sáez, N., Quiñonero, L. I., y Navarro, D. (2014). Sexualidad en la vejez y su visión de género. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez, M. M. Molero, I. Mercader, y F. Soler (Comps.), *Investigación en salud y envejecimiento Volume I* (pp. 61-66). Almería, España: ASUNIVEP.
- García-Viniegras, C. R., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- George, L.K., y Weiler, S. J. (1981). Sexuality in middle and late life. The effects of age, cohort, and gender. *Archives of General Psychiatry*, 38, 919–23.
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J., y Ayalon, L. (2018). Ageism and Sexuality. En L. Ayalon, y C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, 19. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_10
- Gibson, H. B. (1992). *The emotional and sexual lives of older people: a manual for professionals*. New York, NY, USA: Chapman and Hall.
- Gil-Llario, M. D., Giménez, C., Ballester-Arnal, R., Cárdenas-López, G., y Durá-Baca, X. (2017). Gender, Sexuality, and Relationships in Young Hispanic People. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(5), 456-462.
- Gilmer, M. J., Meyer, A., Davidson, J., y Koziol-McLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nurs Praxis New Zealand*, 26, 17–24.
- Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C., y Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age and Ageing*, 34(5), 475-80. doi: 10.1093/ageing/afi143

- Gómez-Redondo, R., Fernández-Carro, C., Cámara-Izquierdo, N., y Faus-Bertomeu, A. (2017). *Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable: Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España*. Madrid, España: Fundación Mapfre.
- González, J., y de la Fuente, R. (2017). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(7), 121-130. doi: 10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.783
- Gott, M., y Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1617-1628.
- Gott, M., Hinchliff, S., y Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science Medicine*, 58(11), 2093-2103. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.025.
- Graf, A. S., y Patrick, J. H. (2014). The influence of sexual attitudes on mid- to late-life sexual well-being: Age, not gender, as a salient factor. *International Journal of Aging and Human Development*, 79(1), 55-79. doi:10.2190/AG.79.1.c
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Guan, J. (2004). Correlates of spouse relationship with sexual attitude, interest, and activity among Chinese elderly. *Sexuality and Culture*, 8, 104-131. doi: 10.1007/s12119-004-1008-z
- Haavio-Mannila, E., y Kontula, O. (2003). *Sexual trends in the Baltic sea area*. Helsinki, Finlandia: Publication of the Population Research Institute.
- Hafford-Letchfield, T. (2008). What's love got to do with it? Developing supportive practices for the expression of sexuality, sexual identity and the intimacy needs of older people. *Journal of Care Services Management*, 2(4), 389-405.
- Hernández, C., Aguilera, A., y Ortiz, M. M. (2014). *Sensibilización de la sociedad ante la sexualidad de la tercera edad*. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez, M. M. Molero, I. Mercader, y F. Soler (Comps.), *Investigación en salud y envejecimiento Volume I*. Almería, España: ASUNIVEP.

- Hernández-Muela, S., Mulas, F., y Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de Neurología*, 38(1), 58-68.
- Heywood, W., Lyons, A., Fileborn, B., Hinchliff, S., Minichiello, V., Malta, S., Barrett, C., y Dow, B. (2018). Sexual satisfaction among older Australian heterosexual men and women: Findings from the Sex, Age & Me study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(3), 295-307
- Hinchliff, S., y Gott, M. (2008). Challenging social myths and stereotypes of women and aging: Heterosexual women talk about sex. *Journal of Women Aging*, 20(1-2), 65-81.
- Hinchliff, S., Tetley, J., Lee, D., y Nazroo, J. (2018). Older adults' experiences of sexual difficulties: Qualitative findings from the English Longitudinal Study on Ageing (ELSA). *Journal of Sex Research*, 55, 152–163. doi:10.1080/00224499.2016.1269308
- Hoyos, C. A. (2016). Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta Médica Colombiana*, 41(1), 10-12. Recuperado de <https://cutt.ly/Jyv9Qcn>
- Huang, A. J., Subak, L. L., Thom, D. H., Van Den Eeden, S. K., Ragins, A. I., Kuppermann, M., Shen, H., y Brown, J. S. (2009). Sexual function and aging in racially and ethnically diverse women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1362–1368. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02353.x
- Impett, E. A., y Peplau, L. A. (2002). Why some women consent to unwanted sex with a dating partner: Insights from attachment theory. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 360-370.
- Jeannin, A., Konings, E., Dubois-Arber, F., Landert, C., y Van Melle, G. (1998). Validity and reliability in reporting sexual partners and condom use in a Swiss population survey. *European Journal of Epidemiology*, 14(2), 139-46.
- Jentoft, A. J., y Cortés, M. (1992). La función sexual. En J. M. Ribera Casado, y A. J. Jentoft, (Eds). *Geriatría*. Madrid, España: Idepsa
- Jiménez, F. (1995) Sexualidad en muy viejos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2, 57-63.
- Jonason, P. K., y Fisher, T. D. (2009). The Power of Prestige: Why Young Men Report Having more Sex Partners than Young Women. *Sex Roles*, 60, 151-159.
- Kaiser, F. E. (1996). Sexuality in the Elderly. *Geriatric Urology*, 23(1), 99-107.

- Karraker, A., DeLamater, J., y Schwartz, C. R. (2011). Sexual frequency decline from midlife to later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(4), 502-512. doi: 10.1093/geronb/gbr058
- Kart, C. S. (1990). *The realities of aging: An introduction to gerontology*. Boston, MA USA: Allyn and Bacon.
- Kenny, R. (2013). A review of the literature on sexual development of older adults in relation to the asexual stereotype of older adults. *Canadian Journal of Family and Youth*, 5(1), 91-106.
- Kermode, S., y MacLean, D. (2001). A study of the relationship between quality of life, health and self-esteem. *Australian Journal of Advanced Nursing* 19, 33–40.
- Keyes, C., Ryff, C. D., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., y Glaser, R. (2002). Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135217
- Kolodny, R. C., Master, W. H., y Johnson, V. E. (1985). Anatomía y fisiología sexual. En R. C. Kolodny, W. H. Master, y V. E. Johnson, *Tratado de medicina sexual*. La Habana, Cuba: Ed. Científico-Técnica.
- Kontula, O., y Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46 (1), 46-56. doi:10.1080/00224490802624414
- Landinez, N., Contreras, K., y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana Salud Pública*, 38(4), 562-580. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2012/csp124h.pdf>
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E., ...Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 143-159. doi:10.1007/s10508-005-9005-3

- Laumann, E. O., Das, A., y Waite, L. I. (2008). Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57 to 85 years of age. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2300–2312. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x
- Lee, D., Nazroo, J., O'Connor, D., Blake, M., y Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of sexual behavior*, 45(1), 133-144. doi: 10.1007/s10508-014-0465-1
- Lee, D., Vanhoutte, B., Nazroo, J., y Pendleton, N. (2016). Sexual Health and Positive Subjective Well-Being in Partnered Older Men and Women. *J. Gerontol. B Psychol Sci Soc Sci*, 71(4), 698–710 doi:10.1093/geronb/gbw018
- Leyva-Moral, J. M. (2008). La expresión sexual de los ancianos. Una de falsos mitos. *Index de Enfermería*, 17(2), 124-127.
- Lindau S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., y Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774. doi: 10.1056/NEJMoa067423
- Lindau, S., y GavriloVA, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, 340:c810. doi: 10.1136/bmj.c810
- Liu, C. C., Juan, H. C., Lee, Y. C., Wu, W. J., Wang, C. J., Ke, H. L., ... Huang, S. P. (2010). The impact of physical health and socioeconomic factors on sexual activity in middle-aged and elderly Taiwanese men. *Aging Male*, 13(2), 148-153. doi: 10.3109/13685531003657792.
- Lodge, A. C., y Umberson, D. (2012). All shook up: Sexuality of mid- to later life married couples. *Journal of Marriage and Family*, 74(3), 428-443. doi:10.1111/j.1741-3737.2012.00969.x
- Lolas, F. (2017). La investigación sobre la vejez y el envejecimiento humano. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(2), 115-118. Recuperado de <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/102/111>
- López, F. (1998). Afecto y sexualidad, 2ª parte. *Revista Sexología y Sociedad*, 4.

- López, F. (2005). *Manual de educación sexual*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid, España: Pirámide.
- López, F., y Olazábal, J. C. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid, España: Pirámide
- Louro, I., Bayarre, H., y Alvarez, M. E. (2015). Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41, 80-96.
- Ludeman, K. (1981). The sexuality of the older person: Review of the literature. *The Gerontologist*, 21(2), 203-208.
- Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I., y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
- Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. En R. A. Dixon, y L. Bäckman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35–79). Mahwah, NJ, USA: Erlbaum.
- Martín F. M. (2017). Habilidades comunicativas como condicionantes en el uso de las TIC en personas adultas mayores. *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 8, 220-232. Recuperado de <https://cutt.ly/xyv5mYd>
- Martos, A. J. (2005). *Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores*. Tesis doctoral no publicada. Granada: Universidad de Granada.
- Master, W., y Johnson, V. (1978). *El vínculo del placer*. Barcelona, España: Grijalbo
- Master, W., y Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA, USA: Little, Brown
- Masters, W., Johnson, V., y Kolodny, R. (1995). *La sexualidad humana. Tomo II*. Barcelona, España: Grijalbo.
- McAuliffe, L., Bauer, M., y Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: The role of the health professional. *International Journal of Older*.
- Mercer, C. H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., ...Johnson, A. M. (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and

- over time: Findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*, 382(9907), 1781–1794. doi:10.1016/S0140-6736(13)62035-8
- Minichiello, V., Plummer, D., y Loxton, D. (2004). Factors predicting sexual relationships in older people: An Australian study. *Australasian Journal on Ageing*, 23(3), 125-130. doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00018.x
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de Ecuador. (2019). Ficha país Ecuador. Oficina de Información Diplomática, Ecuador. <https://cutt.ly/xyv9EaL>
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N.,... Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*, 382(9907), 1817–1829. doi:10.1016/S0140-6736(13)62366-1
- Mitchell, K. R., Ploubidis, G. B., Datta, J., y Wellings, K. (2012). The Natsal-SF: A validated measure of sexual function for use in community surveys. *European Journal of Epidemiology*, 27(6), 409–418. doi:10.1007/s10654-012-9697-3.
- Molero, F., Castaño, R., Castelo-Branco, C., Honrado, M., Jurado, A.R., Laforet, E.,... Sánchez, R. (2014). *Vida y Sexo más allá de los 50. MenoGuía AEEM*. Barcelona, España: Aureagràfic S.L.
- Molina, C. J., y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22(3), 97-105.
- Montemurro, B., y Gillen, M. M. (2013). Wrinkles and sagging flesh: Exploring transformations in women's sexual body image. *Journal of Women & Aging*, 25, 3-23. doi:10.1080/08952841.2012.720179
- Montenegro, M., Montejo, P., Reinoso, A. I., Andrés, M. E., y Claver, M. D. (1998). La memoria en los mayores. *Enginy*, 8, 129-157.
- Montes de Oca, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Kairós Gerontología*, 14(5), 73-107.
- Montorio, I., e Izal, M. (1997). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Psychosocial Intervention*, 6(1), 53-75.
- Montoya, R. (2004). La sexualidad anciana, del mito a la comprensión. *Index Enfermería*, 13(46).

- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de psicología*, 14(1). Recuperado de <https://cutt.ly/8yv9EUR>
- Moreira, E., Glasser, D., y Gingell, D. (2005). Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: A population survey. *World Journal of Urology*, 23(6), 422–429. doi: 10.1007/s00345-005-0035-1
- Morell, V., Ceccato, R., García, J. E. N., Chaves, I., y Llario, M. D. G. (2018). Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(4), 77-84. Recuperado de <https://cutt.ly/Ryv9v8X>
- Moreno, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el Adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 5, 222-237. Recuperado de <https://cutt.ly/Myv9bcM>
- Murgieri, J. (2011). Erótica, sexualidad y vejez en una institución geriátrica. *Revista electrónica puc-sp*, 14(5), 151-161.
- Nagelkerke, N. J. D. (1991). A note on a general definition of the coefficient of determination. *Biometrika*, 78(3), 691-692.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., y Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991–997. doi:10.1016/j.urology.2004.06.055
- Nieto, M. L., y Alonso, L. M. (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Salud Uninorte*, 23(2), 292-301. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/817/81723214/>
- O'Connor, D. B., Corona, G., Forti, G., Tajar, A., Lee, D. M., Finn, J.D., ... Wu, F. C. (2008). Assessment of sexual health in aging men in Europe: Development and validation of the European Male Ageing Study sexual function questionnaire. *Journal of Sexual Medicine*, 5(6), 1374–1385. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00781.x.
- Olazábal, J. C., Marcos, C., López, F., y Fuertes, A. (1990). *Manual de sexualidad en Atención Primaria*. Salamanca, España: Amarú.
- OMS (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué calidad de vida?* Ginebra: Foro Mundial de la salud.

- OMS (2001). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(52), 74-105.
- OMS (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento*.
- OMS (2011). *Office for National Statistics*. Recuperado de <https://cutt.ly/vyv9IGM>
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <https://cutt.ly/jyv9Ikn>
- ONU (2018). *Envejecimiento*. Recuperado de <https://cutt.ly/jyv9UOs>
- Ordóñez, J. T. (2011). *Envejecimiento, deterioro cognitivo, dependencia funcional y variables asociadas: estudio sobre una población española* (Tesis Doctoral). Universidad de A Coruña, España. Recuperado de <https://cutt.ly/Eyv9Y2I>
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., y Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 210-215.
- Palacios, D., Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Jiménez-García, R., y Fernández-de-las-Peñas, C. (2012). Sexual Behaviors among Older Adults in Spain: Results from a Population-Based National Sexual Health Survey. *Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 121-129. doi: 10.1111/j.17436109.2011.02511.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Giaglis, M., Moraitou, D., y Hatzichristou, D. (2008). Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek married older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(2), 191-201.
- Paz, J. A. (2015). Los desafíos laborales del envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(9). Recuperado de <http://revistarelap.org/ojs/index.php/relap/article/download/50/51>
- Pérez, J. (2016). El temor al envejecimiento demográfico. En J. Subirats et al., *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI* (pp. 44-54). Barcelona, España: Editorial Ariel
- Pérez, L. (2015). Sobre el proceso de envejecer-reflexiones de una psicóloga. *Tiempo. El portal de la psicogerontología* (2). Recuperado de <https://cutt.ly/myv9OgE>
- Pérez, M. (2005). Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales. *Med-ULA*, 1(3), 101-109.

- Pérez, J., Abellán, A., y Ramiro, D. (2012): Contexto demográfico, socioeconómico y de salud. En Ramiro, D. (Coord.). *Una vejez activa en España. Informe del Grupo de Población del CSIC*. Madrid, España: EDIMSA, Editores Médicos, S.A.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Mercader, I., Soler, F. J., Barragán, A., Calzadilla, Y., y Gázquez, J. J. (2015). Salud percibida y salud real: Prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enfermería Universitaria*, 12(2), 56-62.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(4), 229-241. Recuperado de <https://cutt.ly/Gyv5Hof>
- Prieto, S. (2006). La sexualidad de las personas mayores. Madrid: *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, nº 57. Recuperado de <https://cutt.ly/Uyv5bZq>
- Quesada, V., y Traba, E. R. (1996). Caracterización de la sexualidad geriátrica. *Multimed*, 1(2).
- Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas*, 192, 163-178.
- Reyes, M., Cabrera, D., y Alvarado G. (2017). Valoración integral de adultos mayores en centros gerontológicos de Guayaquil. *Ciencia Unemi*, 10(23), 116-123. Recuperado de <https://cutt.ly/yyv9PGK>
- Reyes, I., y Castillo, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459. Recuperado de <https://cutt.ly/pyv9AsG>
- Roach, S. M. (2004). Sexual behavior of nursing home residents: Staff perceptions and response. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 371-379.
- Rodríguez, M. R. F., Hernández, P. S. S., y Gutiérrez, M. I. G. (2015). El envejecimiento según la medicina tradicional china. *Acta Médica del Centro*, 9(1), 81-84. Recuperado de <https://cutt.ly/Hyv9AIb>
- Rodríguez-Llorente, C., Piñeiro, I., Rodríguez, S., Regueiro, B., Estévez, I., y Freire, C., (2018, septiembre). *Práctica sexual y salud percibida en personas mayores [Sexual practice and health perceived in olders]*. Póster presentado al 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga, Portugal.

- Rodríguez, G., Rodríguez, P., Castejón, P., y Morán, E. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, Solidaridad y Participación social*. Colección: estudios de la Fundación, nº 1.
- Ruble, D. N., y Martin, C. L. (1998). Gender development. En W. Damon, y N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Child psychology in practice 5th Ed.* (pp. 933–1016). New York, NY, USA: Wiley.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Saá, B. N. (2006). *Lenguaje y envejecimiento*. Pontifica Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, Departamento de Neurología. Recuperado de <https://cutt.ly/iyv9S6B>
- Sáez, S. (2010). *Sexo Básico. De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Salech, M. F., Jara, L. R., y Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>
- Sánchez, S. (2015). Trastornos cognoscitivos asociados a la edad. Pseudodemencia depresiva en paciente anciano. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez-Fuentes, M. M. Molero. I. Mercader, A. B. Barragán, y A. Núñez, *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento* (pp. 651-657). Recuperado de <https://cutt.ly/iyv5v3A>
- Sánchez, E., Ariza, E., y Martín, F. (2015). Envejecimiento sano: Estrés oxidativo/antioxidantes. En J. J. Gázquez Linares, M. C. Pérez Fuentes, M. M. Molero Jurado, I. Mercader Rubio, A. B. Barragán, y A. Núñez (Eds.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento* (pp. 31-36). Recuperado de <https://cutt.ly/iyv5vk9>
- Sánchez, C. S., y Arroyo, M. J. G. (2003). Envejecimiento y Educación: Programa de Cultura y Desarrollo Personal. *Papeles Salmantinos de Educación*, 2. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/50605191.pdf>
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., y Sierra, J. C. (2014). A systema-tic review of

- sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(67), 75-23.
- Sandfort, T., Hubert, M., Bajos, N., y Bos, H. (1998). Sexual behaviour and HIV risk: Common patterns and differences between European countries. En M. Hubert, N. Bajos, y T. Sandfort (Eds.), *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe* (pp. 403–426). London, UK: UCL Press.
- Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S. A., Dodge, B., Middlestadt, S. E., y Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviours, condom use, and sexual health of Americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 315–329. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02013.x.
- Segura, J. M., Peral, M. L., y Bermúdez, E. (2015). Relación entre propiocepción y envejecimiento. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez-Fuentes, M. M. Molero, I. Mercader, A. B. Barragán, y A. Núñez (Eds.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento* (pp. 69-73). Recuperado de <https://cutt.ly/ayv5LuH>
- Shankar, S. K. (2010). *Biology of aging brain*. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 53(4), 595-604. Recuperado de <https://cutt.ly/9yv5p0L>
- Shen, J. (1982). Adolescent sexual behavior. *Post Grad. Med.* 71, 46-55.
- Smith, L. J., Mulhall, J. P., Deveci, S., Monaghan, N., y Reid, M. C. (2007). Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1247-1253. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00568.x.
- Snyder, R. J., y Zweig, R. A. (2010). Medical and psychology students' knowledge and attitudes regarding aging and sexuality. *Gerontology and Geriatrics Education*, 31(3), 235-255. doi: 10.1080/02701960.2010.503132.
- Solórzano, V. (2015). El regionalismo en el siglo xxi: causas y repercusiones en la consolidación de la unidad nacional en el ecuador. Trabajo de fin de grado. Universidad de Machala. Ecuador. Recuperado de <https://cutt.ly/Oyv5sCI>
- Sosa, D., García, S. G., Oliva, M. M., Durand, R., y Fernández, J. R. (2017). Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. *Revista Cubana Salud Pública* 43(3). Recuperado de <https://cutt.ly/2yv5gmn>

- Spector, I. P., y Femeth, S. M. (1996). Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *Journal Sex & Marital Therapy*, 22, 235-246.
- Stephoe, A., Breeze, E., Banks, J., y Nazroo, J. (2013). Cohort Profile: The English Longitudinal Study of Ageing. *International Journal of Epidemiology*, 42(6), 1640–1648. doi:10.1093/ije/dys168.
- Stroope, S., McFarland, M., y Uecker, J. (2015). Marital Characteristics and the Sexual Relationships of U.S. Older Adults: An Analysis of National Social Life, Health, and Aging Project Data. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1). doi: 10.1007/s10508-014-0379-y
- Syme, M., Klonoff, E., Macera, C., y Brodine, S. (2013). Predicting Sexual Decline and Dissatisfaction Among Older Adults: The Role of Partnered and Individual Physical and Mental Health Factors. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 323-332. doi: 10.1093/geronb/gbs087
- Tirapu-Ustárruz, J., Muñoz-Céspedes, J. M., y Pelegrín-Valero, C. (2002). Memoria y funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34(7), 673-685. doi: 10.33588/rn.3407.2001311
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304-310.
- Tourangeau, R., y Smith, T. W. (1996). Asking Sensitive Questions: The Impact of Data Collection Mode, Question Format, and Question Context. *Public Opinion Quarterly* 60(2), 275-304. doi: 10.1086/297751
- Træen, B., Carvalheira, A., Kvaem, I. L., Štulhofer, A., Janssen, E., Graham, C. A.,... Enzlin, P. (2017). Sexuality in older adults (65+), An overview of the Recent Literature, Part 2: Body image and sexual satisfaction. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 11–21. doi:10.1080/19317611.2016.1227012.
- Trudel, G., Turgeon, L., y Piché, L. (2010). Marital and sexual aspects of old age. *Journal Sexual and Relationship Therapy*, 15, 381-406. doi:10.1080/713697433
- Tubío, J. (2011). *Envejecimiento, deterioro cognitivo, dependencia funcional y variables asociadas: estudio sobre una población española*. Tesis doctoral no publicada. Universidade de A Coruña, España..

- Ucrós, K. M. (2016). *Relación de las pérdidas sensoriales única o dual con síntomas de depresión en adulto mayor en una ciudad del departamento de Sucre*. Tesis de maestría. Universidad del Norte. Recuperado de <https://cutt.ly/5yv5lh6>
- Valdano, J. (2006). *Identidad y formas de lo ecuatoriano. Prole Venadaval (1)*. Ecuador: Editorial Eskeletra.
- Valencia, M. I. B. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194. Recuperado de <https://cutt.ly/6yv5zrd>
- Vares, T., Potts, A., Gavey, N., y Grace, V. M. (2007). Reconceptualizing cultural narratives of mature women's sexuality in the Viagra era. *Journal of Aging Studies*, 21, 153-164. doi:10.1016/j.jaging.2006.08.002
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Vega, J. L., y Bueno, B. (Coords.) (1996). *Pensando en el futuro. Curso de preparación para la jubilación*. Madrid, España: Síntesis.
- Villacís, B., y Carrillo, D. (2012). Estadística demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y propuesta. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito – Ecuador.
- Villar, F. Triadó, C., Celdrán, M., y Fabà, J. (2011). *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona.
- Von Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia Sexualis: A Medico-Legal Study*. Germany: Bloat Books.
- Wadsworth J., Johnson A., Wellings K., y Field J. (1996). What's in a mean? An examination of the inconsistency between men and women in reporting sexual partnerships. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, 159(1), 111–123.
- Waite, L. J., Laumann, E. O., Das, A., y Schumm, L. P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(Suppl 1), 56–66. doi:10.1093/geronb/gbp038->

- Walz, T. (2002). Cronos, dirty old men, sexy seniors: Representations of the sexuality of older persons. *Journal of Aging and Identity*, 7(2), 99-112.
- Wang, T., Lu, C., Chen, I., y Yu, S. (2008). Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 443-50. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02003.x
- Ward, R., Vass, A., Garwal, C., y Cybyk, B. (2005). A kiss is still a kiss? The construction of sexuality in dementia care. *Dementia*, 4, 49-72.
- Weg, R. (1983). *Sexuality in the later years. Roles and Behaviour*. New York, NY, USA: Academic Press.
- Whitbourne, S. K. (1996). *The aging individual: Physical and psychological perspectives*. New York, NY, USA: Springer.
- Woloski-Wruble, A. C., Oliel, Y., Leefsma, M., y Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2401–2410. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01747.x
- Wood, W., y Eagly, A. H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin*, 128(5), 699-727.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, España: IMSERSO.
- Zeiss, A. M., y Kasl-Godley, J. (2001). Sexuality in older adults' relationships. *Generations*, 25(2), 18-25.

ANEXOS

ANEXO A.- Datos Sociodemográficos, SRA-Q para Hombres y para Mujeres

a) Versión Hombres

SECTOR _____ NACIONALIDAD _____
Lugar de procedencia _____ Zona urbana rural

EDAD _____

PREFERENCIA SEXUAL:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Ninguna

ESTADO CIVIL:

- Casado
- Soltero
- Unión libre
- Divorciado o separado
- Viudo

SITUACIÓN PERSONAL/ESTADO DE PAREJA:

- Con pareja sexual ¿Desde hace cuánto tiempo? _____
- Sin pareja sexual

ACTUALMENTE VIVO...

- Solo
- Sin pareja pero con otros familiares
- Con mi pareja
- Con mi pareja y otros familiares
- Otra situación: _____

¿HA TENIDO USTED PAREJAS ANTERIORES?

- No he tenido otras parejas anteriormente
- Sí he tenido otras parejas anteriormente

NIVEL ECONÓMICO:

- Alto
- Medio
- Bajo

NIVEL EDUCATIVO:

- Sin estudios
- Estudios primarios no completados
- Estudios primarios completados
- Estudios secundarios no completados
- Estudios secundarios
- Estudios universitarios

RELIGIÓN QUE PROFESA:

- Católica
- Evangélica
- Testigo de Jehová
- Mormón
- Otra: _____

ACTUALMENTE, ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME USTED ALGUN TIPO DE DROGA?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

ACTUALMENTE, ¿CON QUÉ FRECUENCIA FUMA USTED?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

ACTUALMENTE, ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME USTED ALGÚN TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

ACTUALMENTE...

Marque todo lo que corresponda

- Estoy trabajando
- Estoy desempleado
- Estoy jubilado
- Colaboro con alguna organización o institución
- Otra situación: _____

MI SALUD GENERAL ES ACTUALMENTE...

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

EL ESTADO DE SALUD SEXUAL ES ACTUALMENTE...

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

ACTUALMENTE CONSUMO MEDICAMENTOS PARA...

- Diabetes
- Problemas psicológicos
- Disfunciones vasculares
- Hipertensión
- Problemas musculares
- Problemas de la próstata
- Activación sexual
- Artritis
- Asma
- Depresión
- Otros: _____
- No tomo ninguna medicación

A continuación le preguntamos acerca de su **actitud hacia las relaciones sexuales** y sobre sus propias **prácticas sexuales**. Algunas cuestiones pueden ser de una naturaleza sensible. Sin embargo, sus respuestas exactas y concisas son muy importantes para esta investigación. Recuerde que **sus respuestas serán tratadas con la más estricta confidencialidad** y serán usadas sólo para el propósito de esta investigación.

A continuación le presentamos una serie de **afirmaciones sobre sexualidad**, marque el número que mejor se ajuste a su opinión
1-EN TOTAL DESACUERDO 2- EN DESACUERDO 3- MAS DE ACUERDO QUE EN DESACUERDO 4- DE ACUERDO 5- TOTALMENTE DE ACUERDO

	1	2	3	4	5
	EN TOTAL DESACUERDO				TOTALMENTE DE ACUERDO
1. Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo	1	2	3	4	5
2. Que una persona casada tenga relaciones sexuales con otra que no es su esposa es malo	1	2	3	4	5
3. Que dos adultos del mismo sexo tenga relaciones sexuales es malo	1	2	3	4	5
4. Tener sexo de una sola noche es malo	1	2	3	4	5
5. Las relaciones sexuales satisfactorias son esenciales para el mantenimiento de una relación a largo plazo	1	2	3	4	5
6. Las relaciones sexuales sin amor son correctas	1	2	3	4	5
7. Hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo	1	2	3	4	5
8. Hay demasiado sexo en los medios de comunicación hoy en día	1	2	3	4	5
9. Hoy la gente joven empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto	1	2	3	4	5
10. Los hombres tienen de forma natural un deseo sexual más alto que las mujeres	1	2	3	4	5
11. La capacidad de tener relaciones sexuales disminuye a medida que una persona envejece	1	2	3	4	5
12. Los cambios sexuales que ocurren con la edad no son importantes en la gente mayor	1	2	3	4	5
13. Ser activo sexualmente es física y psicológicamente beneficioso para la gente mayor	1	2	3	4	5

Las siguientes cuestiones se refieren a **su propio impulso o deseo sexual durante el último mes.**

2. ¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes ? <i>Esto incluye las veces en que simplemente ha estado interesado en el sexo, fantasear o soñar despierto con el sexo, así como las veces en las que usted quiso tener sexo.</i>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez en el último mes <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el último mes <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
3. Piense en el último mes , ¿Ha estado usted preocupado por su nivel de deseo e impulso sexual?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
4. Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado su deseo o impulso sexual?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho
5. En el último año , ¿Ha tenido usted alguna práctica sexual (sexo coital, masturbación, roces o caricias)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO > pase directamente a 12

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de la **frecuencia de sus prácticas sexuales durante el mes pasado.**

6. Durante el mes pasado , ¿Cuántas veces ha mantenido usted o intentado mantener relaciones sexuales (vaginal, anal o sexo oral)?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
---	---

7. Aparte de las veces que usted intentó el coito, durante el mes pasado ¿Con qué frecuencia se implicó en otras prácticas sexuales (besos, caricias y roces)?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
8. ¿Con qué frecuencia se masturbó usted en el mes pasado ?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
9. Pensando en el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupado en general por la frecuencia de sus prácticas sexuales (sexo coital, besos, caricias y roces y masturbación)?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
10. ¿Cómo se siente con la frecuencia de sus prácticas sexuales?	<input type="checkbox"/> No suficientemente frecuentes <input type="checkbox"/> Frecuencia adecuada <input type="checkbox"/> Demasiado frecuentes
11. Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado la frecuencia general de sus prácticas sexuales?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de **su capacidad para tener una erección**. *No es infrecuente que los hombres experimenten problemas de erección. Esto puede significar que las personas pueden no ser siempre capaces de conseguir o mantener una erección lo suficientemente rígida para satisfacer la práctica sexual (incluyendo coito o masturbación).*

12. Durante el mes pasado , ¿Ha sido capaz de obtener y mantener una erección lo suficientemente buena para la actividad sexual?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Normalmente <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre
13. Pensando en el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupado por su capacidad para tener una erección?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
14. Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado su capacidad para tener una erección?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de sus **experiencias de orgasmo o clímax** que llevaron a la eyaculación ante cualquier estímulo sexual (incluyendo coito o masturbación) **durante el mes pasado**

15. Cuando ha tenido usted estimulación sexual durante el mes pasado , ¿Con qué frecuencia alcanzó usted el orgasmo o clímax?	<input type="checkbox"/> No he tenido coito sexual/masturbación el mes pasado > pase directamente a 20 <input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca he tenido orgasmo o clímax <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
16. Cuando ha tenido usted estimulación sexual durante el mes pasado , ¿Cómo de difícil fue para usted alcanzar el orgasmo o clímax?	<input type="checkbox"/> Extremadamente difícil/imposible <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil

	<input type="checkbox"/> Ligeramente difícil <input type="checkbox"/> Nada difícil
17. En el último mes , ¿Cómo de satisfecho ha estado usted con su capacidad para controlar sus orgasmos? <i>No estar satisfecho puede significar llevarle demasiado tiempo alcanzar el orgasmo o el clímax o alcanzarlo demasiado pronto.</i>	<input type="checkbox"/> Completamente satisfecho > pase directamente a 19 <input type="checkbox"/> Muy satisfecho > pase directamente a 19 <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecho <input type="checkbox"/> Ligeramente satisfecho <input type="checkbox"/> Nada satisfecho
18. Continuando con el último mes , ¿Cómo describiría el momento de inicio de su orgasmo o clímax? Diría que fue:	<input type="checkbox"/> Siempre demasiado pronto <input type="checkbox"/> A veces demasiado pronto <input type="checkbox"/> A veces demasiado tarde <input type="checkbox"/> Siempre demasiado tarde <input type="checkbox"/> No alcancé el clímax
19. Pensando en el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupado por su experiencia orgásmica?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de **sus erecciones matinales o nocturnas**. *Los hombres pueden despertarse con una erección después de un sueño o por la mañana, aunque esto puede variar de día a día.*

20. ¿Con qué frecuencia usted se despertó con una erección completa durante el mes pasado ?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
21. Durante el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupado por la frecuencia de sus erecciones matinales o nocturnas? <i>Tanto si ha tenido usted erecciones matinales o nocturnas como si no las ha tenido</i>	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
22. Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado la frecuencia de sus erecciones nocturnas o matinales?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de su **vida sexual general durante los últimos tres meses**.

23. ¿Ha tenido usted alguna práctica sexual con una pareja durante los últimos tres meses ?	<input type="checkbox"/> No, ninguna-> pase directamente a 29 <input type="checkbox"/> Sí, una o más
24. ¿Quién inició normalmente la actividad sexual durante los pasados tres meses ?	<input type="checkbox"/> Fui yo <input type="checkbox"/> Mi pareja (s) y yo equitativamente <input type="checkbox"/> Fue mi pareja
25. Durante los últimos tres meses , ¿Con qué frecuencia tuvo usted sexo principalmente porque se sintió obligado o porque era su deber?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
26. Durante los últimos tres meses , ¿Con qué frecuencia usted y su pareja compartieron las mismas preferencias sexuales?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre

<p>27. Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia usted se sintió emocionalmente cercano a su pareja cuando tenían sexo juntos?</p>	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
<p>28. Durante los últimos tres meses, ¿Cómo de satisfecho ha estado usted con su vida sexual general?</p>	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecho <input type="checkbox"/> Ni satisfecho ni insatisfecho <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
<p>29. Durante los pasados tres meses, ¿Ha utilizado usted algún medicamento oral (<i>Viagra, Cialis, Levitra</i>) para mejorar sus erecciones?</p>	<input type="checkbox"/> No → pase directamente al ítem 32 <input type="checkbox"/> Sí
<p>30. Durante los pasados tres meses, ¿Con qué frecuencia utilizó usted esos medicamentos orales para mejorar sus erecciones?</p>	<input type="checkbox"/> Una vez en los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Dos o tres veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día
<p>31. ¿Cómo valoraría usted los efectos de esos medicamentos sobre su vida sexual?</p>	<input type="checkbox"/> Muy positivos <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Ni positivos ni negativos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Muy negativos
<p>32. Aunque no haya tenido ninguna práctica sexual, durante los últimos tres meses ¿Cómo de preocupado ha estado usted acerca de su vida sexual general?</p>	<input type="checkbox"/> Nada preocupado <input type="checkbox"/> Un poco preocupado <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
<p>33. Ha buscado usted ayuda o consejo referente a su vida sexual de alguna de las siguientes fuentes durante los últimos tres meses?</p>	<p style="text-align: center;">Marque todo lo que corresponda</p> <input type="checkbox"/> Familiares/amigos <input type="checkbox"/> Libros de autoayuda/folletos informativos/internet <input type="checkbox"/> Grupos de autoayuda/asistencia telefónica <input type="checkbox"/> Medicina general/Médico de familia <input type="checkbox"/> Clínica de salud sexual <input type="checkbox"/> Psiquiatra o psicólogo <input type="checkbox"/> Consejero matrimonial <input type="checkbox"/> Otro tipo de clínica o cuidador profesional de salud <input type="checkbox"/> No he buscado ninguna ayuda
<p>Finalmente, nos gustaría conocer un poco más sobre sus experiencias y deseos sexuales a lo largo de su vida.</p>	
<p>34. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones describen mejor sus experiencias sexuales a lo largo de su vida? <i>Por favor, incluya todas las experiencias sexuales incluyendo coito sexual, caricias y roces.</i></p>	<input type="checkbox"/> Únicamente con mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente con mujeres, pero algunas experiencias con hombres <input type="checkbox"/> Igualmente con hombres y mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente con hombres, pero algunas experiencias con mujeres <input type="checkbox"/> Únicamente con hombres <input type="checkbox"/> No he tenido experiencias sexuales en toda mi vida
<p>35. ¿Qué afirmaciones describen mejor sus deseos sexuales a lo largo de su vida? <i>Por favor, incluya estar interesado en el sexo, fantasear acerca del sexo o querer tener sexo.</i></p>	<input type="checkbox"/> Únicamente hacia mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente hacia mujeres, pero algunos deseos hacia hombres <input type="checkbox"/> Igualmente hacia hombres y mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente hacia hombres, pero algunos deseos hacia las mujeres <input type="checkbox"/> Únicamente hacia hombres <input type="checkbox"/> No he tenido deseos sexuales en toda mi vida

<p>36. ¿Cuántas parejas sexuales (alguien con quien usted haya tenido sexo vaginal, anal u oral) ha tenido usted a lo largo de su vida?</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 <input type="checkbox"/> Entre 5 y 9 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 19 <input type="checkbox"/> 20 o más
<p>37. Creo que la información sobre sexualidad que he recibido durante mi infancia y adolescencia fue la adecuada</p>	<input type="checkbox"/> En total desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Más de acuerdo que en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<p>38. Creo que la información sobre sexualidad que he ido adquiriendo a lo largo de mi vida adulta es la adecuada</p>	<input type="checkbox"/> En total desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Más de acuerdo que en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo

Si hay algo más que a usted le gustaría decirnos, por favor escríbalo en el espacio que hay debajo. Nosotros estamos muy interesados en leer lo que usted tenga que decirnos.

b) Versión Mujer

SECTOR _____ NACIONALIDAD _____

Lugar de procedencia _____ Zona urbana rural

EDAD _____

PREFERENCIA SEXUAL:

- Heterosexual
- Lesbiana
- Bisexual
- Ninguna

ESTADO CIVIL:

- Casada
- Soltera
- Unión libre
- Divorciada o separada
- Viudo

SITUACIÓN PERSONAL/ESTADO DE PAREJA:

- Con pareja sexual *¿Desde hace cuánto tiempo?* _____
- Sin pareja sexual

ACTUALMENTE VIVO...

- Sola
- Sin pareja pero con otros familiares
- Con mi pareja
- Con mi pareja y otros familiares
- Otra situación:** _____

¿HA TENIDO USTED PAREJAS ANTERIORES?

- No he tenido otras parejas anteriormente
- Sí he tenido otras parejas anteriormente

NIVEL ECONÓMICO:

- Alto
- Medio
- Bajo

NIVEL EDUCATIVO:

- Sin estudios
- Estudios primarios no completados
- Estudios primarios completados
- Estudios secundarios no completados
- Estudios secundarios
- Estudios universitarios

RELIGIÓN QUE PROFESA:

- Católica
- Evangélica
- Testigo de Jehová
- Mormón
- Otra:** _____

ACTUALMENTE, ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME USTED ALGUN TIPO DE DROGA?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

ACTUALMENTE, ¿CON QUÉ FRECUENCIA FUMA USTED?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

ACTUALMENTE, ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME USTED ALGUN TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA?

- Nunca
- Dos o tres veces al año
- De vez en cuando
- Algunos días a la semana
- Todos los días

ACTUALMENTE...

Marque todo lo que corresponda

- Estoy trabajando
- Estoy desempleada
- Estoy jubilada
- Colaboro con alguna organización o institución
- Otra situación:** _____

MI SALUD GENERAL ES ACTUALMENTE...

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

MI ESTADO DE SALUD SEXUAL ES ACTUALMENTE...

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

ACTUALMENTE CONSUMO MEDICAMENTOS PARA...

Marque todo lo que corresponda

- Diabetes
- Problemas psicológicos
- Disfunciones vasculares
- Hipertensión
- Problemas musculares
- Problemas de sequedad vaginal
- Activación sexual
- Artritis
- Asma
- Depresión
- Otros:** _____
- No tomo ninguna medicación

A continuación le preguntamos acerca de su **actitud hacia las relaciones sexuales** y sobre sus propias **prácticas sexuales**. Algunas cuestiones pueden ser de una naturaleza sensible. Sin embargo, sus respuestas exactas y concisas son muy importantes para esta investigación. Recuerde que **sus respuestas serán tratadas con la más estricta confidencialidad** y serán usadas sólo para el propósito de esta investigación.

A continuación le presentamos una serie de **afirmaciones sobre sexualidad**, marca el número que mejor se ajuste a su opinión
 1-EN TOTAL DESACUERDO 2- EN DESACUERDO 3- MAS DE ACUERDO QUE EN DESACUERDO 4- DE ACUERDO 5- TOTALMENTE DE ACUERDO

14. Tener relaciones sexuales antes del matrimonio es malo	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
15. Que una persona casada tenga relaciones sexuales con otra que no es su esposo es malo	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
16. Que dos adultos del mismo sexo tenga relaciones sexuales es malo	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
17. Tener sexo de una sola noche es malo	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
18. Las relaciones sexuales satisfactorias son esenciales para el mantenimiento de una relación a largo plazo	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
19. Las relaciones sexuales sin amor son correctas	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
20. Hoy en día la gente está bajo mucha presión para tener sexo	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
21. Hay demasiado sexo en los medios de comunicación hoy en día	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
22. Hoy la gente joven empieza a tener relaciones sexuales demasiado pronto	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
23. Los hombres tienen de forma natural un deseo sexual más alto que las mujeres	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
24. La capacidad de tener relaciones sexuales disminuye a medida que una persona envejece	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
25. Los cambios sexuales que ocurren con la edad no son importantes en la gente mayor	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO
26. Ser activa sexualmente es física y psicológicamente beneficioso para la gente mayor	1 EN TOTAL DESACUERDO	2	3	4	5 TOTALMENTE DE ACUERDO

Las siguientes cuestiones se refieren a **su propio impulso o deseo sexual durante el último mes.**

39. ¿Con qué frecuencia pensó usted acerca del sexo durante el último mes ? <i>Esto incluye las veces en que simplemente ha estado interesada en el sexo, fantasear o soñar despierta con el sexo, así como las veces en las que usted quiso tener sexo.</i>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez en el último mes <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el último mes <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
40. Piense en el último mes , ¿Ha estado usted preocupada por su nivel de deseo e impulso sexual?	<input type="checkbox"/> Nada preocupada <input type="checkbox"/> Un poco preocupada <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupada <input type="checkbox"/> Muy preocupada <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupada
41. Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado su deseo o impulso sexual?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho
42. En el último año , ¿Ha tenido usted alguna práctica sexual (sexo coital, masturbación, roces o caricias)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO > pase directamente a 26

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de la **frecuencia de sus prácticas sexuales durante el mes pasado.**

43. Durante el mes pasado , ¿Cuántas veces ha mantenido usted o intentado mantener relaciones sexuales (vaginal, anal o sexo oral)?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado
--	--

	<input type="checkbox"/> Dos o tres ves durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
44. Aparte de las veces que usted intentó el coito, durante el mes pasado ¿Con qué frecuencia se implicó en otras prácticas sexuales (besos, caricias y roces)?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
45. ¿Con qué frecuencia se masturbó usted en el mes pasado ?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Dos o tres veces durante el mes pasado <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día
46. Pensando en el mes pasado , ¿Ha estado usted preocupada en general por la frecuencia de sus prácticas sexuales (sexo coital, besos, caricias y roces y masturbación)?	<input type="checkbox"/> Nada preocupada <input type="checkbox"/> Un poco preocupada <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupada <input type="checkbox"/> Muy preocupada <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupada
47. ¿Cómo se siente con la frecuencia de sus prácticas sexuales?	<input type="checkbox"/> No suficientemente frecuentes <input type="checkbox"/> Frecuencia adecuada <input type="checkbox"/> Demasiado frecuentes
48. Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado la frecuencia general de sus prácticas sexuales?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho

Las siguientes cuestiones preguntan acerca de su **capacidad para excitarse sexualmente durante el mes pasado**. *No es extraño que las mujeres experimenten problemas de excitación. Esto puede significar que las personas pueden no ser siempre capaces de participar en prácticas sexuales satisfactorias.*

49. ¿Con qué frecuencia usted se sintió sexualmente excitada durante la práctica sexual (incluyendo coito o masturbación) durante el mes pasado ?	<input type="checkbox"/> No he tenido prácticas sexuales el mes pasado →pase directamente al ítem 20 <input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca excitada <input type="checkbox"/> Excitada unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Excitada algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo) <input type="checkbox"/> Excitada la mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad del tiempo) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre excitada
50. ¿Con qué frecuencia usted ha tenido su vagina incómodamente seca durante la práctica sexual en el mes pasado ?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces)

	<input type="checkbox"/> La mayor parte de las veces(mucho más que la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
51. ¿Con qué frecuencia usted experimentó dolor o molestias durante o después de la práctica sexual durante el pasado mes ?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
52. Pensando en el mes pasado , ¿Está usted preocupada por su capacidad actual para excitarse sexualmente?	<input type="checkbox"/> Nada preocupada <input type="checkbox"/> Un poco preocupada <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupada <input type="checkbox"/> Muy preocupada <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado
53. Comparado con hace un año , ¿Ha cambiado su capacidad para excitarse sexualmente?	<input type="checkbox"/> Ha aumentado mucho <input type="checkbox"/> Ha aumentado moderadamente <input type="checkbox"/> Ni ha aumentado ni ha disminuido <input type="checkbox"/> Ha disminuido moderadamente <input type="checkbox"/> Ha disminuido mucho
Las siguientes cuestiones preguntan acerca de su orgasmo o climax en respuesta a alguna estimulación sexual (incluyendo coito o masturbación) durante el mes pasado ?	
54. Cuando ha tenido usted estimulación sexual durante el mes pasado , ¿Con qué frecuencia alcanzó usted el orgasmo o climax?	<input type="checkbox"/> No he tenido coito sexual/masturbación el mes pasado > pase directamente a 20 <input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca he tenido orgasmo o climax <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
55. Cuando ha tenido usted estimulación sexual durante el mes pasado , ¿Cómo de difícil fue para usted alcanzar el orgasmo o climax?	<input type="checkbox"/> Extremadamente difícil/imposible <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil <input type="checkbox"/> Ligeramente difícil <input type="checkbox"/> Nada difícil
56. Pensando en el mes pasado , ¿Está usted preocupada por su experiencia orgásmica actual?	<input type="checkbox"/> Nada preocupada <input type="checkbox"/> Un poco preocupada <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupada <input type="checkbox"/> Muy preocupada <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupada
Las siguientes cuestiones preguntan acerca de su vida sexual en general durante los pasados tres meses .	
57. ¿Ha tenido usted alguna práctica sexual con una pareja en los últimos tres meses ?	<input type="checkbox"/> No, ninguna → pase directamente a ítem 26 <input type="checkbox"/> Sí, una o más
58. ¿Quién inició normalmente la actividad sexual durante los pasados tres meses ?	<input type="checkbox"/> Fui yo <input type="checkbox"/> Mi pareja (s) y yo indistintamente <input type="checkbox"/> Fue mi pareja
59. Durante los últimos tres meses , ¿Con qué frecuencia tuvo usted sexo principalmente porque se sintió obligada o porque era su deber?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces)

	<input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
60. Durante los pasados tres meses , ¿Con qué frecuencia usted y su pareja compartieron las mismas preferencias sexuales?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte de las veces (mucho más que la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
61. En los últimos tres meses , ¿Con qué frecuencia usted se sintió emocionalmente cercana a su pareja cuando tenían sexo juntos?	<input type="checkbox"/> Casi nunca/nunca <input type="checkbox"/> Unas pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Algunas veces (alrededor de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> La mayor parte de las veces (mucho más de la mitad de las veces) <input type="checkbox"/> Casi siempre/siempre
62. Durante los pasados tres meses , ¿Cómo de satisfecha ha estado usted con su vida sexual general?	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecha <input type="checkbox"/> Ni satisfecho ni insatisfecho <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
63. Incluso si usted no ha tenido ninguna práctica sexual, durante los últimos tres meses ¿Cómo de preocupada ha estado usted acerca de su vida sexual general?	<input type="checkbox"/> Nada preocupada <input type="checkbox"/> Un poco preocupada <input type="checkbox"/> Moderadamente preocupada <input type="checkbox"/> Muy preocupada <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupada
64. ¿Ha buscado usted ayuda o consejo referente a su vida sexual de alguno de los siguientes recursos durante los últimos tres meses ?	<p style="text-align: center;">Marque todo lo que corresponda</p> <input type="checkbox"/> Familiares/amigos <input type="checkbox"/> Libros de autoayuda/folletos informativos/internet <input type="checkbox"/> Grupos de autoayuda/asistencia telefónica <input type="checkbox"/> Medicina general/Médico de familia <input type="checkbox"/> Clínica de salud sexual <input type="checkbox"/> Psiquiatra o psicólogo <input type="checkbox"/> Consejero matrimonial <input type="checkbox"/> Otro tipo de clínica o cuidador profesional de salud <input type="checkbox"/> No he buscado ninguna ayuda
Finalmente, nos gustaría conocer un poco más sobre sus experiencias y deseos sexuales a lo largo de su vida.	
65. ¿Qué afirmaciones describen mejor sus deseos sexuales a lo largo de su vida ? Por favor, incluya estar interesada en el sexo, fantasear acerca del sexo o querer tener sexo	<input type="checkbox"/> Únicamente hacia hombres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente hacia los hombres, pero algunos deseos hacia las mujeres <input type="checkbox"/> Indistintamente hacia hombres y mujeres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente hacia mujeres, pero algunos deseos hacia hombres <input type="checkbox"/> Únicamente hacia mujeres <input type="checkbox"/> No he tenido deseos en toda mi vida
66. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones describen mejor sus experiencias sexuales a lo largo de su vida ? Por favor, incluya todas las experiencias sexuales incluyendo coito sexual, caricias y roces	<input type="checkbox"/> Únicamente con hombres <input type="checkbox"/> Mayoritariamente con hombres, pero alguna experiencia con mujeres <input type="checkbox"/> Indistintamente con hombres y mujeres

	<input type="checkbox"/> Mayoritariamente con mujeres, pero alguna experiencia con hombres <input type="checkbox"/> Únicamente con mujeres <input type="checkbox"/> No he tenido experiencias sexuales en toda mi vida
67. ¿Cuántas parejas sexuales (alguien con quien usted haya tenido sexo vaginal, anal u oral) ha tenido usted a lo largo de su vida ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 <input type="checkbox"/> Entre 5 y 9 <input type="checkbox"/> Entre 10 y 19 <input type="checkbox"/> 20 o más
68. Creo que la información sobre sexualidad que he recibido durante mi infancia y adolescencia fue la adecuada	<input type="checkbox"/> En total desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Más de acuerdo que en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
69. Creo que la información sobre sexualidad que he ido adquiriendo a lo largo de mi vida adulta es la adecuada	<input type="checkbox"/> En total desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Más de acuerdo que en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo

Si hay algo más que a usted le gustaría decirnos, por favor escríbalo en el espacio que hay debajo. Nosotros estamos muy interesados en leer lo que usted tenga que decirnos.