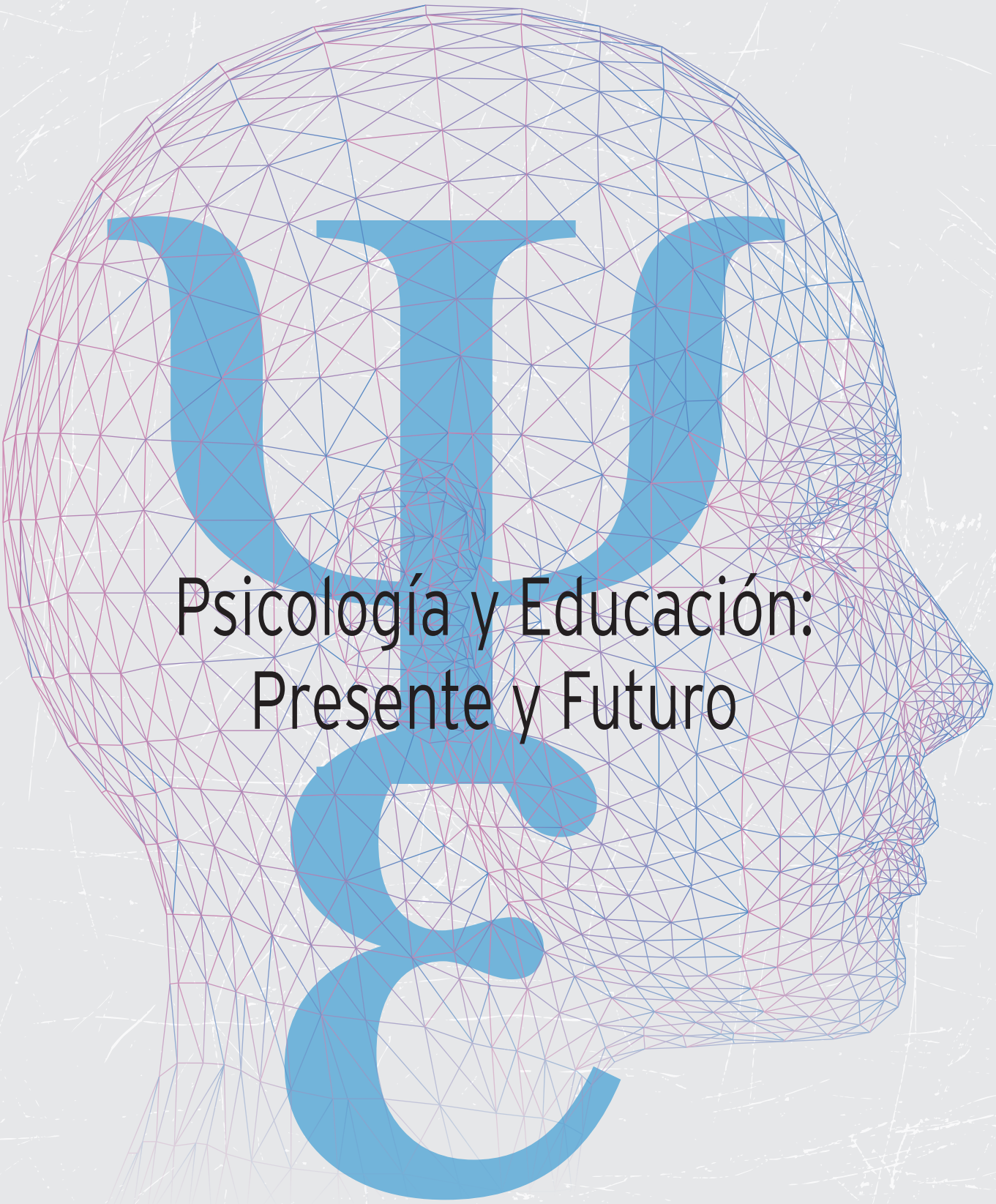

Psicología y Educación: Presente y Futuro

Coordinador: Juan Luis Castejón Costa
ACIPE- Asociación Científica de Psicología y Educación

© CIPE2016. Juan Luís Castejón Costa

Ediciones : ACIPE- Asociación Científica de Psicología y Educación

ISBN: 978-84-608-8714-0

Todos los derechos reservados. De conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o cien

La educación sexual dirigida a personas mayores: retos, dificultades y propuestas

Ballester-Arnal, R., (1) Giménez-Ruiz, C., (1) Castro-Calvo, J. y (2) Morell-Mengual, V.

Salusex-Unisexsida. Dpto. Psicol. Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I de Castelló (España).

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universitat de València (España)

E-mail: rballest@uji.es

Resumen

Introducción: La educación sexual ha sido concebida en un marco estrecho de prevención de enfermedad que pretendía evitar embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes. Sin embargo, la salud sexual es un concepto mucho más amplio. Entre las personas mayores de 60 años, los programas de educación sexual escasean a pesar de sus numerosos problemas sexuales.
Método: Durante 17 años se ha impartido un módulo de Educación sexual dentro de la asignatura "Educación para la Salud" de la Universitat per a Majors en la Universitat Jaume I de Castellón. La población diana para cada curso ha incluido 100-120 estudiantes de más de 55 años. Todos han recibido un módulo de tres horas trabajando distintos aspectos: información respecto a la anatomía y fisiología sexual, orientación del deseo, creencias disfuncionales, insatisfacción hacia el propio cuerpo y disfunciones sexuales, entre otros. La principal tarea ha sido desmontar falsas creencias y prejuicios que dificultaban su disfrute del sexo. Algunos temas abordados son la importancia del clítoris en el placer femenino, la escasa importancia del tamaño del pene, el carácter saludable de la masturbación a su edad, la normalidad de la homosexualidad y bisexualidad como opciones sexuales, la importancia de una sexualidad no centrada en el coito y la influencia de una vida sexual activa en su calidad de vida.
Resultados: Los estudiantes valoran muy positivamente la oportunidad de compartir sus creencias sobre la sexualidad y encontrar un medio en el que poder aprender estrategias para enfrentarse a sus principales preocupaciones sexuales.
Conclusiones: La educación sexual que precisan las personas mayores debe ajustarse a sus necesidades en cuanto a contenidos y tener en cuenta los prejuicios tan compartidos en esta población a la hora de introducir ciertos temas.
Palabras clave: Educación sexual; personas mayores; dificultades; propuesta didáctica

Sex education targeted at older people: challenges, difficulties and proposals

Ballester-Arnal, R., (1) Giménez-Ruiz, C., (1) Castro-Calvo, J. y (2) Morell-Mengual, V.

Salusex-Unisexsida. Department of Basic, Clinical Psychology and Psychobiology,

University Jaume I of Castelló (Spain)

Department of Developmental and Educational Psychology, University of València (Spain)

E-mail: rballest@uji.es

Abstract

Introduction: Sex education has been conceived in a narrow framework of disease prevention aimed to prevent unwanted pregnancies or sexually transmitted infections in adolescents and youth. However, sexual health is a much broader concept. Among people over 60 years, sex education programs are scarce despite their many sexual problems.

Method: For 17 years we have taught a sex education module within the course "Health Education" at the "Universitat per a majors" at the University Jaume I of Castellón. The target population for each course has included 100-120 students over 55 years. All have received a three hours module working different aspects: information about sexual anatomy and physiology, orientation of desire, dysfunctional beliefs, dissatisfaction with one's body and sexual dysfunctions, among others. The main task has been to dismantle misconceptions and prejudices that hinder their enjoyment of sex. Some topics covered are the importance of the clitoris in female pleasure, the limited importance of penis size, the healthy nature of masturbation in their age, the normality of homosexuality and bisexuality as sexual choices, the importance of a sexuality not focused only on coitus and the influence of sexual activity in their quality of life.

Results: The students greatly appreciate the opportunity to share their beliefs about sexuality and find a way in which to learn strategies to cope with their main sexual concerns.

Conclusions: Sex education needed by older people should suit their needs in terms of contents and consider prejudices so shared in this population when introducing certain topics.

Keywords: sex education; old people; difficulties; didactic proposal

Introducción

Fue ya en 1946 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió ésta como el perfecto estado de bienestar biológico, psicológico y social y no meramente la ausencia de enfermedades. Se preparaba así el camino para el desarrollo del modelo biopsicosocial tanto desde el punto de vista de la investigación como desde la perspectiva aplicada, asumiendo este concepto de salud como el objetivo que debería perseguir toda política de salud. Sin embargo, básicamente el cuestionamiento de lo que significaba la palabra "bienestar", el carácter extremista al hablar de un "completo estado" y la visión estática y utópica de esta definición, dieron paso a la idea de que sería mejor hablar de "calidad de vida" que de "salud" como un estado alcanzable en su perfección. En cualquier caso, tanto el desarrollo de la investigación sobre salud como los estudios sobre calidad de vida, no han dejado de excluir desde sus inicios ámbitos fundamentales en la vida de cualquier ser humano como la sexualidad.

A pesar de todas las declaraciones de la OMS o de la Organización Panamericana de la Salud (2009), la salud sexual ha sido una de las grandes olvidadas. No dejamos de ser herederos de nuestra historia y la visión gazmoña, mojigata y puritana de prácticamente todas las grandes religiones monoteistas han dejado una estela donde no cabe el sexo ni el placer. Concretamente en nuestra cultura occidental, ya en el siglo IV San Agustín dejó bien claro en sus "Confesiones" que el placer carnal o físico alejaba el camino del alma hacia Dios, todo lo contrario que el sufrimiento. Durante muchos años reinó y campó a sus anchas esa idea y por si había sufrido algún debilitamiento, en el siglo XIII Santo Tomás de Aquino la remachó, sentenciando el ideario que seguiría unos cuantos siglos más hasta el punto de que perdura en la actualidad bien "vivo y coleando". Si había alguna esperanza en que la ciencia, con su esplendorosa y supuesta neutralidad y con su apasionamiento por el empirismo y la contrastación, abandonara esta idea y llegara como el séptimo de caballería reforzando la pequeña llama a que había sido reducida la idea de que el placer sexual forma parte de la calidad de vida, esta esperanza duró poco. Las sotanas negras fueron sustituidas por las batas blancas, las supuestas perversiones y pecados fueron llamados ahora enfermedades degenerativas que provenían de malos hábitos de salud, el miedo al infierno fue sustituido por el miedo a una infección de transmisión sexual, así que la idea del disfrute sexual tenía que seguir escondiéndose debajo de la cama ante tantos enemigos.

Cualquier optimista podría decir que afortunadamente esos tiempos han pasado, forman parte de la historia y que gracias a grandes filósofos, antropólogos o científicos como Freud, Reich, Margaret Mead, Kinsey, Klein, Masters y Johnson, etc. la salud sexual forma parte de nuestro imaginario colectivo. Efectivamente sería un ejercicio de optimismo que cualquier psicólogo positivo abrazaría, pero no es así. Es cierto que la investigación sobre la sexualidad humana es mucho mayor que hace unas décadas e incluso hay revistas científicas dedicadas exclusivamente al estudio de la sexualidad, pero basta mirar su contenido, basta mirar qué es lo que se investiga, basta mirar en qué tipo de proyectos se invierte dinero, para darnos cuenta de que seguimos teniendo una visión pacata de la salud sexual muy alejada de la meta a la que tendremos que llegar algún día. Cualquier estudioso que intente captar fondos de investigación para llevar a cabo un proyecto tendrá que convencer a los evaluadores de que con los resultados de ese proyecto se evitan o mitigan los muchos peligros que siguen acechando a la sexualidad de las personas. No importa el peligro, podemos hablar de los embarazos no deseados, de la infección por VIH o por cualquier otra infección de transmisión sexual, de la adicción al sexo, al cibersexo, las parafilias o desviaciones sexuales, pero siempre tendrá que haber un peligro. Y no sólo se sigue teniendo una visión patologizadora y alarmista de la sexualidad sino que además sólo le conferimos el derecho a que padezcan estos problemas a un estrecho segmento de la población, que son los jóvenes. Nuestros adolescentes y jóvenes, como si fueran herederos de los antiguos habitantes que ocupaban las tierras de Sodoma y Gomorra, parecen ser los únicos con derecho a la sexualidad, un derecho que tendrán que pagar con el miedo a los mil problemas que les pueden acechar. Pero al fin y al cabo, será el precio que tienen que pagar por formar parte de los elegidos. Si se analiza la producción científica sobre sexualidad, se encontrará fácilmente que la mayoría de los artículos se refiere a los jóvenes. No tanto a los adolescentes, Cualquiera sabe que todavía hoy en día entrar

en un instituto en nuestro país y preguntar y hablar con los chicos y chicas sobre sexo es un gesto intrépido que se puede pagar muy caro, una hazaña sólo digna de los grandes buscadores de sensaciones y amantes del riesgo. Y ¿qué es lo que investigamos de la sexualidad de los jóvenes? Sus conductas de riesgo. Es como si sólo nos interesara que no se quedaran embarazadas sin desearlo y que no contrajeran ninguna infección de transmisión sexual. El disfrute ya es cosa de ellos, que hagan lo que puedan, como siempre se ha hecho. Se espera que su desinformación, miedos, inseguridades y angustias remitan con el tiempo. Y que sus fantasías y vivencias las guarden en secreto no fuera a ser que cayeran fuera del *establishment* y de lo políticamente correcto. Y ¿qué investigamos más allá de los 25-30 años? Apenas nada. De la mujer tan sólo nos importa a partir de esa edad su salud reproductiva. Es como si a partir de esa edad su función estuviera completamente establecida, la de perpetuar la especie hasta que llegue el segundo tema al que le prestamos atención, la menopausia, eso sí, entendida como un período de declive y decadencia como no podía ser de otro modo cuando se mantiene una concepción de la sexualidad femenina basada en la reproducción. ¿Y del hombre? Poco más. Al hombre adulto tan sólo le vaticinamos que acabará teniendo problemas con su erección como si fuera un castigo más derivado del pecado original. Y en todo caso y por aquello de prevenir el cáncer, nos interesará su próstata. Más allá de esos años de inicio de la menopausia y de la andropausia, todo terreno es yermo, terra incognita, no hablamos de la sexualidad más allá de los 55 o 60 años. Sabemos tan poco de qué pasa durante esos años como de qué hizo Jesucristo hasta los 30 años. Y de esa manera condenamos a las personas mayores al ostracismo sexual. Su sexualidad no interesa porque ya no es reproductiva, se les presupone felizmente casados y con escasa o nula vida sexual.

Esto, además de profundamente injusto, resulta paradójico por tres razones. En primer lugar por el fenómeno de envejecimiento de la población que se está produciendo como consecuencia del descenso de la natalidad en nuestro entorno y el incremento de la esperanza de vida. Actualmente la población mayor de 65 años se sitúa en España en el 17% de la población total con más de 7 millones de personas y se calcula que en el 2050 está población aumentará por encima del 30% con casi 13 millones de personas (Fundación General CSIC, 2010). Cada vez más, nuestra sociedad estará compuesta por un mayor porcentaje de personas mayores de cuya sexualidad no sabremos nada y a cuya salud sexual no le estaremos prestando ninguna ayuda. En segundo lugar porque disponemos de datos que nos hablan de que en estas edades, las personas sufren numerosos problemas derivados de factores normativos relacionados con la edad (cambios en la respuesta sexual, en la apariencia, sensoriales, referidos a distintos sistemas biológicos, pérdida de seres queridos), con la historia (influencias políticas y religiosas, tipo de educación recibida) y no normativos (como el estado de salud) (Villar, Celdrán, Fabà y Serrat, 2014). Y en tercer lugar porque si esta de moda hablar de envejecimiento activo y de calidad de vida y de psicología positiva, no podemos dejar una vez más fuera de la ecuación a la vida sexual de las personas.

Por estas razones en este trabajo pretendemos mostrar nuestra experiencia de innovación educativa centrada en la educación sexual de las personas mayores en dos partes diferenciadas: (1) una primera fase en la que pretendíamos conocer cuáles son sus principales motivos de preocupación y sus intereses; y una segunda fase (2) en la que diseñamos el programa de formación en sexualidad dirigido a estas personas.

Método

Durante 17 años se ha impartido un módulo de Educación sexual dentro de la asignatura "Educación para la Salud" de la Universitat per a Majors en la Universitat Jaume I de Castellón. La población diana para cada curso ha incluido 100-120 estudiantes de más de 50 **años.** La asignatura incluye un total de 15 horas distribuidas en 5 temas. Por lo tanto se le dedica 3 horas al tema sobre "Salud sexual".

Participantes

En una primera fase se recabó información sobre la vida sexual de los estudiantes. Se realizó durante tres cursos. La muestra quedó compuesta por 274 personas mayores de las cuales 104 (38%) eran hombres y 170, mujeres (62%). Su edad estaba entre los 50 y 77 años. El 26% era católico practicante, el 57,6% católico no practicante, el 2,2% creyente en otras religiones no practicante y el resto (14,1%), ateo o agnóstico. En cuanto al estado civil, un 70,3% estaba casado, un 12,8% viudo, un 11,4% separado o divorciado y un 5,5% soltero. El 50,2% estaba jubilado, un 6,5 tenía algún grado de discapacidad, un 14,9% estaba en activo, un 13,8% se encontraba en desempleo y un 14,2% se dedicaba a las labores del hogar. Por lo que respecta al nivel socioeconómico, un 85,5% era de nivel medio, un 12,6% bajo y sólo un 1,9% alto. Finalmente por lo que respecta a sus estudios, un 14,7% tenía estudios primarios, un 25,3% graduado escolar, un 20% FPI, un 24,1% alguna diplomatura, un 14,7% eran licenciados y un 1,2% doctores.

Medidas

Además de unos items que recogían datos sociodemográficos y de salud, se administró el "Cuestionario de sexualidad para pacientes de dolor crónico" (Ballester y Ruiz, 2010). Este cuestionario incluye dos bloques: el primero (30 ítems, α=.94) evalúa las subdimensiones de relaciones sexuales (α=.87), afectividad (α=.90), comunicación (α=.92), satisfacción (α=.91) y problemas en la respuesta sexual (α=.89); el segundo (8 **ítems, α=.91) evalúa la atribución que los sujetos le dan al dolor en sus problemas sexuales.** Para este estudio tan sólo se utilizó el primer bloque de items que no hac**ían ninguna referencia al dolor.**

Procedimiento

Fase I. Para la fase I, se administró el cuestionario en papel de manera colectiva entre los estudiantes. Su participación era voluntaria y anónima. Con el fin de garantizar su intimidad se les pidió que lo cumplimentaran en sus hogares y lo entregaran al profesor la semana siguiente. Los datos fueron volcados al programa SPSS.

Fase II. Se estructuró un tema sobre salud sexual con una duración de tres horas en las que se trabajaban distintos aspectos: información respecto a la anatomía y fisiología sexual, orientación del deseo, creencias disfuncionales, insatisfacción hacia el propio cuerpo y disfunciones sexuales, entre otros. La principal tarea era desmontar falsas creencias y prejuicios que dificultaban su disfrute del sexo. Algunos temas abordados son la importancia del clítoris en el placer femenino, la escasa importancia del tamaño del pene, el carácter saludable de la masturbación a su edad, la normalidad de la homosexualidad y bisexualidad como opciones sexuales, la importancia de una sexualidad no centrada en el coito y la influencia de una vida sexual activa en su calidad de vida. A continuación planteamos algunas de las cuestiones abordadas y su contenido central, aunque hubo otras que por limitación de espacio no trataremos aquí:

Legitimidad y carácter saludable de la sexualidad en las personas mayores. Se mantiene en muchas ocasiones el mito de que la menopausia en la mujer supone el fin de la sexualidad y de que si un hombre mayor muestra interés en el sexo es porque es un "viejo verde". Esto no se basa en ningún dato científico. Una persona mayor no tiene por qué tener menor deseo sexual. Obviamente si alguien se encuentra físicamente mal o enfermo, eso puede afectar su deseo pero la cuestión dependerá no tanto de la edad como de su estado físico y psicológico. Por otra parte sabemos que una vida sexual activa durante la juventud pronostica un nivel de actividad sexual saludable durante edades posteriores. La persona mayor experimenta cambios fisiológicos y físicos, es obvio. Pero eso no significa que desaparezca su sexualidad. Lo único que tiene que hacer es cambiar sus expectativas y aceptar los cambios adaptándose para gozar de una manera distinta a como lo hacía cuando era joven.

Los hombres tienen intereses sexuales pero las mujeres no. Esta idea es producto de una ideología machista que conviene desterrar cuanto antes. No hay ninguna base científica para mantenerla y tan sólo puede explicarse por la necesidad de mantener un *status quo* en el que el hombre dirige la relación y la mujer "cumple".

El cuerpo de la persona mayor también es bello. Se nos ha transmitido que el sexo es una actividad lícita o normal en mujeres jóvenes, bellas, a ser posible delgadas, con la piel tersa y suave y en hombres igualmente jóvenes, bellos, de constitución fuerte y gran potencia sexual. Los mayores por definición serían feos, poco atractivos, débiles, enfermos, impotentes y resecos. Y si quieren ser atractivos tienen que someterse a terapias y tratamientos de rejuvenecimiento.

Una vida sexual activa es buena para la salud. Algunas personas tienen miedo a tener relaciones sexuales. Sin embargo, sabemos que una vida sexual activa es beneficiosa en personas que sufren dolor crónico, problemas cardiovasculares y otras muchas dolencias. Por ejemplo, sabemos que los ancianos con problemas de corazón no tienen por qué evitar las relaciones sino acomodarlas de manera que no tengan dolor en el pecho ni sensación de falta de aire y que no hay mayor incidencia de muerte súbita durante el coito en estos pacientes. Con una hipertensión leve o moderada tampoco hay que restringir las relaciones aunque algunos tratamientos pueden disminuir el deseo sexual. En las enfermedades neurológicas la actividad sexual no agrava el problema sino que mejora la calidad de vida. Cuando se da una enfermedad osteoarticular lo único importante es controlar las posturas e incluso se puede tomar algún fármaco para prevenir el dolor antes de la relación sexual. Pero en general las personas con estas enfermedades que tienen una vida sexual activa toman menos medicación, además de sentir mayor bienestar y calidad de vida.

Existen muchas formas de alcanzar la satisfacción sexual, no sólo el coito. Otra idea muy extendida es que el coito o penetración es la reina de las prácticas sexuales, a veces la única o la única legítima o saludable. Obviamente si la mujer presenta sequedad vaginal que hace que el coito sea menos agradable o si el hombre tiene problemas de erección, el coito deja de ser visto como una actividad placentera y si no existe coito, cualquier otra práctica se percibe como un "quiero y no puedo" y se acaba abandonando todo tipo de actividad sexual.

El orgasmo no es el único fin de la actividad sexual. También es frecuente que las personas mayores piensen que una relación sexual que no acaba en orgasmo es un intento fallido, un fracaso, una pantomima ridícula y humillante. Nada más lejos, la actividad sexual aparece ya dentro de una mirada determinada, inmersa dentro de una caricia, de un abrazo, de un beso, del roce con otro cuerpo, de mil gestos que no tienen por qué acabar necesariamente con un orgasmo.

No existe una sola forma de hacer el amor. Muchos tienen una idea un poco rígida y empobrecida de lo que es hacer el amor. Piensan que una relación sexual debe ser **rápida, enérgica, casi salvaje** y a ser posible con varios orgasmos. Sin embargo, esta caracterización más propia de la sexualidad en la juventud no tiene por qué ser el único modo de mantener relaciones ni siquiera el mejor. Una relación tranquila, serena, lenta, tierna, en la que prima más la calidad que la cantidad puede ser un millón de veces más placentera que una relación mucho más explosiva. La menopausia suele conllevar disminución de la lubricación y mejor flexibilidad en la musculatura pélvica y eso puede hacer que se necesite más tiempo para alcanzar el orgasmo o parecer menos intensos. También el hombre con la edad suele tardar más en eyacular. Ambos pueden vivenciar este mayor tiempo necesario para alcanzar el orgasmo no como un problema sino como una oportunidad para explorarse y conocerse mejor.

Siempre quedan cosas por descubrir en el otro y en uno mismo. Es fácil detectar en las personas mayores una gran monotonía en sus relaciones y en ocasiones se condena cuando alguien muestra interés por innovar. Pero en la sexualidad, uno nunca llega a conocer del todo a la pareja, siempre hay algo por descubrir a partir de un conocimiento profundo de la otra persona que también es garante de una buena vida sexual. El conocimiento del otro, el interés por seguir conociéndolo y la creatividad son muy buenos ingredientes de una vida sexual satisfactoria. Y todo esto se puede aplicar a uno mismo.

El autoerotismo y la masturbación son perfectamente legítimos y saludables en la persona mayor. Otra idea frecuente es asociar las caricias dirigidas a uno mismo y la masturbación, a la juventud. Nada más lejos de la realidad.

En primer lugar porque la masturbación no sólo tiene sentido cuando no se tiene pareja, es algo distinto. En la persona mayor no supone una perversión ni una práctica inmadura ni una deslealtad hacia la pareja ni un acto de egoismo. La masturbación es algo muy saludable física y mentalmente se tenga o no pareja. Pero además, en segundo lugar, por desgracia muchas personas mayores se encuentran solas porque han enviudado o tienen complicado el tener una pareja sexual y la masturbación puede ser un forma completamente válida de obtener satisfacción sexual.

Masculinidad y erección no son la misma cosa. Muchos hombres tienen la idea de que su virilidad reside en su pene y su erección. Amenazada su erección, amenazada su masculinidad y por tanto su autoestima e identidad como hombres. Hay que hacer entender a los hombres que la masculinidad es un concepto mucho más profundo que los genitales o la excitación de los mismos.

La homosexualidad y bisexualidad no sólo es cosa de jóvenes, "los homosexuales, las lesbianas y los/las bisexuales no mueren todos a los 30 años". Una idea curiosa es que cuando se habla de las minorías sexuales y de personas cuya orientación sexual es distinta a la heterosexual siempre pensamos una vez más en jóvenes. Es cierto que por desgracia, la homofobia y bifobia imperante en nuestro entorno hace que muchos mayores tengan que "volver al armario" porque la expresión de su sexualidad se ve menos lícita por ejemplo en residencias o en la sociedad en general. Pero esto es profundamente injusto y debemos luchar todos por que una persona pueda manifestar libremente sus intereses sexuales a lo largo de toda su vida. Por otro lado, también es cierto que muchas personas mayores que son homosexuales y bisexuales se encuentran mejor que nunca al haber acabado y librado ya la batalla contra su propia homofobia internalizada, aceptarse y quererse como son y muchos de ellos tienen relaciones estables muy satisfactorias.

Resultados

Los resultados de la primera fase permitieron observar algunos datos interesantes. En el primer bloque del cuestionario sobre "Relaciones sexuales" destaca que para un 44% de hombres y 61% de mujeres su vida sexual era nada o poco activa. Sólo un 37% de hombres y mujeres estaban entre bastante y muy de acuerdo en que realizaban otras prácticas diferentes al coito. Un 6,3% de los hombres y 21,1% de las mujeres están entre bastante y muy de acuerdo en que cambiarían muchas cosas de sus relaciones. Y un 85,8% de hombres y 80,5% de mujeres estaban entre bastante y muy de acuerdo en que su cuerpo no tenía el suficiente atractivo sexual para su pareja. En el apartado referido a la "Afectividad", sólo un 14,6% de hombres y un 24,6% de mujeres manifiesta que a lo largo del día se dan caricias y abrazos que les hacen sentir bien. Y de hecho un 28,2% de hombres y 40,3% de mujeres está entre bastante y muy de acuerdo en que no reciben todo el afecto que quieren por parte de su pareja. Desde el punto de vista de la "Comunicación", un 79,2% de hombres y un 70,9% de mujeres está entre bastante y muy de acuerdo con que les gustaría cambiar la forma en que se comunican. Por lo que respecta a la satisfacción, es remarcable que un 32,6% de hombres y un 47,7% de las mujeres están entre bastante y muy de acuerdo con que su pareja sólo está interesada en su propio trabajo. Y un 76,4% de hombres y 72,9% de mujeres están nada o sólo algo satisfechos con su vida sexual. Finalmente, en la exploración de los "Problemas de respuesta sexual" nos encontramos con que un 14,4% de hombres y 16,6% de mujeres evitan bastante o mucho tener relaciones con su pareja, un 53,6% y 46,7% sienten falta de interés, un 47,4% y 52,7% tienen problemas para excitarse, un 56,3% y 58,6% no son capaces o sólo algo capaces de alcanzar el orgasmo, un 17,3% y 25,5% sienten dolor y un 9,7% y 11,6% llegan a experimentar asco o desagrado en sus relaciones.

Los resultados de la segunda fase todavía no han sido recogidos debido a que haría falta un seguimiento a mayor largo plazo. Pero podemos indicar que los estudiantes han mostrado gran satisfacción por tener la oportunidad de hablar de sexo tranquilamente, sin dramatismos, culpabilidades ni vergüenza. Para ellos ha sido la primera experien-

cia de este tipo y han mostrado agradecimiento por el reconocimiento que ha supuesto ésta de su interés sexual. Una muestra es que solicitan una mayor profundización en estos temas a través de seminarios.

Discusión

Nuestros resultados respecto al número de personas mayores que pueden considerarse sexualmente activas en la vejez, coinciden con estudios como los de Palacios-Ceña et al. (2012) y Wang, Lu, Chen y Yu (2008), según los cuales el 46,4% y el 35,7% de las personas de 65 o más años se declaran sexualmente activas. Es cierto que otras investigaciones (Choi, Jang, Lee y Kim , 2011; Gott, 2001) señalan que este porcentaje se situaría cerca del 80% aunque estos resultados pueden estar influidos por el sesgo de la muestra al evaluar sólo a personas casadas. En la última Encuesta Nacional de Salud Sexual (Ministerio de Sanidad y Política social, 2009), el porcentaje de hombres y mujeres sexualmente no activos durante el último año resultó ser inferior, pues alrededor del 25% de hombres de 65 o más años afirmaron no haber llevado a cabo ninguna práctica sexual durante el último año, frente al 55% de las mujeres. Las diferencias de género se observan en otros estudios. Así en el estudio de Palacios-Ceña et al. (2012) el porcentaje de personas mayores sexualmente activas se situó en 62,3% en los hombres y 37,4% en las mujeres, y en el de Lindau et al. (2007), en 67% y 39,5% respectivamente. Por lo que respecta a las prácticas, la m**ás habitual** suele ser el coito vaginal, seguido del sexo oral y de la masturbación (Lindau et al., 2007). Posiblemente el elevado porcentaje de personas mayores no activas sexualmente se deba a la existencia de numerosos problemas que afectan a la sexualidad de estas personas (Villar, Celdrán, Fabà y Serrat, 2014).

Conclusiones

Los resultados muestran las dificultades que tienen los mayores para gozar de su sexualidad y la necesidad de implementar programas de educación sexual que les permita hablar de estas dificultades, ajustarse a limitaciones inherentes a la edad (Brick, 2016) y aprender estrategias para seguir disfrutando de esta relevante dimensión de sus vidas. No entender la sexualidad en las personas mayores significa no entender qué supone ser mayor ni qué es la sexualidad.

Referencias

Brick, P. (2016). Sexuality education in adulthood. En J. Ponzetti: Evidence-based approaches to sexuality education: a global perspective, 237-248. NY: Routledge/Taylor.

Choi, K., Jang, S., Lee, M., y Kim, K. (2011). Sexuality and self-esteem in married elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics, 53(1), e17-e20.& Francis.

Fundación General CSIC (2010). Informe sobre envejecimiento. CSIC

Gott, C., Hinchliff, S., y Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Soc.Science and Med., 58(11), 2093-2103.

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.

Ministerio de Sanidad y Política social (2009). Resultados de la encuesta nacional de salud sexual. Informe No. 57404. Http://www.imsersomayores.csic.es.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Salud sexual para el milenio: declaración y documento técnico. Washington, DC: O.P.S.

Palacios-Ceña, 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. The Journal of Sexual Medicine, 9(1), 121-129.

Villar, F., Celdrán, M, Fabà, J. y Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged carer facilities: comparison of staff and resident's views. Journal of Advanced Nursing, 70(11), 2518-27.

Wang, T., Lu, C. H., Chen, I. J., y Yu, S. (2008). Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. Journal of Clinical Nursing, 17(4), 443-450.