

# Sexualidad en la mujer adulta mayor

*Iracy Llinares Alves*  
Psicóloga-Sexóloga. Consulta privada

## resumen/abstract:

El presente artículo describe un estudio de caso según la clasificación propuesta por Montero y León (2002), y siguiendo las normas para la redacción de casos clínicos de Buela-Casal y Sierra (2002). Se presenta el caso de una mujer de 67 años que acude a consulta privada en Sexología para atender a la vivencia de su sexualidad. Se recogen los datos en la evaluación a través de entrevista. La elección del tratamiento se basa en el trabajo sobre la percepción y la actitud en torno al adulto mayor y la sexualidad, y prácticas a desarrollar por parte de la paciente. La terapia se lleva a cabo a través de trece sesiones, de una hora de duración una vez por semana. El seguimiento consiste en la comunicación telefónica una vez cada quince días durante tres meses. El motivo de consulta tiene que ver con conocer cómo vivir la sexualidad, por lo que el diagnóstico establecido está relacionado con el abordaje de emociones, pensamientos y creencias, experiencias vividas, motivación y afectividad, información y educación sexual en la etapa evolutiva del adulto mayor, para la consecución de una mayor calidad de vida sexual, en concreto, y calidad de vida en general. La razón de ser de este artículo, es la divulgación de un caso clínico que plantea la atención a una demanda sexológica, transmitiendo de esta forma la importancia que representa el trabajo de los profesionales de la Psicología y de la Sexología en un tema tan relevante como es la Salud Sexual.

*The present article describes a study of a case according to the classification proposed by Montero and León (2002), and following the rules for the redaction of clinic cases by Buela-Casal and Sierra (2002). Here it is presented the case of a 67 years old woman who attends to consultant for therapy about her sexuality. The facts are collected in the evaluation through interview. The choice of the treatment is based on the work on the perception and the attitude about grown adults and their sexuality, and practices for developing by the patient. The therapy is carried forward thirteen sessions, one hour each session once a week. The continuation consists on the telephonic communication once every fifteen days during three months. The reason for this 67 years old woman seeking advice is so she can learn and experience her sexuality, expressed, through her emotions, thoughts and beliefs, her own lived sexual experiences, motivation and affectivity, receiving information and sexual education at the grown adult stage, for obtaining the highest quality of sexual life, in concrete, and quality of life in general. The reason for creating this article, is to have knowledge of a clinic case which proposes the attention to a sexual request, communicating by this way the importance which represents the work carried out by the professionals in Psychology and Sexology in a such a relevant subject, as Sexual Health.*

## palabras clave/keywords:

Adulto mayor, educación afectivo-sexual, bienestar bio-psico-social, salud sexual.  
*Grown adult, affective-sexual education, bio-psycho-social wellbeing, sexual health.*

### Identificación de la paciente

Mujer de 67 años, viuda desde hace 7 años. La relación comenzó cuando ella tenía 17 años y se mantuvo durante 43 años. Su ma-

rido era 6 años mayor. Tres hijos, varones de 49, 45 y 41 años, el mayor con dos hijos, el mediano con dos hijas y el más joven con dos hijas. Con estudios básicos y ama de casa. Nivel socio-económico medio-alto, el

marido trabajó como director comercial de una empresa multinacional. Vive sola en un piso céntrico de ciudad y con una pensión de viudedad.

### **Análisis del motivo de la consulta**

La paciente acude a consulta relatando la siguiente experiencia: Explica haber conocido hace seis meses a un hombre de 73 años con quien desea mantener relaciones sexuales. Comenta no sentirse preparada y desconocer cómo actuar, considera no haber disfrutado anteriormente en sus relaciones sexuales con su marido, y ahora le ha surgido la posibilidad y el deseo de mantener relaciones sexuales y se siente “perdida”. Para entender el significado de estas consideraciones acerca de la ausencia de disfrute, y de dudas e inseguridad en las expectativas, y miedos y preocupación que le llevan a consultar, se realiza el estudio de la historia sexual anterior de la paciente. Se le pregunta por dos aspectos esenciales de la sexualidad a lo largo de la vida: el autoconocimiento sexual y las relaciones sexuales experimentadas. La información obtenida señala que existe, por un lado, desconocimiento del funcionamiento de la respuesta sexual humana y, por otro lado, ansiedad por el rendimiento, que correlaciona con la falta de conocimiento. Por tanto, hay problemas en las distintas fases de la respuesta sexual, en la excitación y en el orgasmo. Así mismo, ha experimentado falta de libido como consecuencia de la asociación de la situación sexual con la ausencia de placer sexual, pero no se establece falta de deseo sexual como motivo de consulta, pues el tipo de problema sexual actual deriva de una historia sexual en la que no ha existido una satisfactoria vivencia de la sexualidad, no por falta de deseo de experimentar placer con el sexo, sino debido a una falta de

una adecuada educación afectivo-sexual y de conocimiento del funcionamiento del comportamiento sexual humano.

### **Historia del problema**

La definición del concepto de Salud Sexual descrita por la Organización Mundial de la Salud en 1974 es la siguiente: “La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad; no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad, sino de bienestar armonioso personal y social.” Para especificar el origen y la evolución del problema en salud sexual, se analiza la historia personal de la paciente. La experiencia de la paciente comenzó a ser desadaptativa en el momento en el que, por un lado, muestra una falta de autoconocimiento sexual, donde la práctica de la masturbación no resulta ser algo que correspondía llevar a cabo a la mujer como práctica sexual desde el punto de vista cultural, contribuyendo así al desconocimiento de su anatomía sexual y del funcionamiento de su propia respuesta sexual y, por otro lado, con su pareja sexual durante 43 años, sus relaciones sexuales se circunscriben a la realización del coito vaginal, donde la función reproductiva de la sexualidad resulta ser uno de los dos motivos de las relaciones, siendo el otro motivo el placer sexual del hombre, desempeñando la mujer un rol pasivo, donde el desconocimiento de diferentes prácticas sexuales, sin el logro de placer sexual por parte de la mujer, han contribuido al tedio y rutina sexuales. De esta manera, se compone la descripción de la historia del problema como consecuencia de la falta de educación sexual desde el comienzo de las primeras experiencias en torno a la sexualidad, y que con el transcurso de los años ha

evolucionado de tal forma que cabe añadir el desconocimiento de los cambios en la vivencia de la sexualidad producidos por la edad, con lo cual el diagnóstico tiene que ver con problemas de salud sexual cuya etiología está vinculada a la inexistencia de una adecuada información sexual: Por tanto, la definición de Salud Sexual cobra especial relevancia en el abordaje de la concepción de la sexualidad perteneciente al momento concreto cultural y social de la historia personal del caso descrito en este trabajo.

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

Para tratar el contenido del comportamiento de vida de la persona sexualmente sana, se analiza la diferente naturaleza de las diversas conductas problema: Las respuestas cognitivas, son los pensamientos y las creencias erróneas en torno a la sexualidad, adquiridos a lo largo de los años; - los roles socio-culturales de género aprendidos, donde la sexualidad se sitúa como una dimensión desconocida que se ha vivido asociada a situaciones de escasa satisfacción sexual y que conlleva, para la paciente, la manifestación en el momento del acercamiento sexual, de respuestas motoras y fisiológicas que se componen de aspectos como la aceleración del ritmo cardíaco y sudoración que se describen como ansiedad y nerviosismo, donde conductualmente el acercamiento se torna en alejamiento y detención de la situación sexual. Las respuestas emocionales tienen que ver con sentimiento de culpabilidad al detener la situación sexual, y sentimiento de frustración. El objetivo a nivel cognitivo es desmontar los razonamientos basados en el desconocimiento y estereotipos y se establece que la sexuali-

dad deje de ser una realidad desconocida para la paciente. El objetivo a nivel motor y fisiológico es eliminar las sensaciones desagradables de las experiencias sexuales basadas en el miedo al rendimiento y la ansiedad en la expectativa, a través de la auto-relajación y el autoconocimiento, y con la creación de encuentros íntimos con la pareja planteando situaciones tanto de masajes como de caricias donde asociar la sexualidad con bienestar del propio cuerpo, y percibir como agradable y satisfactorio el contacto con el cuerpo de la pareja. El objetivo a nivel emocional se alimenta de la ya existencia de deseo sexual, contando con un punto de partida esencial y positivo de generación de autoconfianza, y relacionando la eliminación del freno psicológico, que es el que le impide actuar como le gustaría, con el análisis de las emociones vinculadas que dificultan el hecho de dejarse llevar y sentir. Como metáfora, no sólo es como subir el Himalaya (escalar un Himalaya psicológico), sino que, además, una vez arriba, contemplar el paisaje.

### **Establecimiento de las metas y los objetivos terapéuticos**

En el presente caso clínico, se han definido dos momentos para el logro de los objetivos: a corto y a largo plazo. A corto plazo es el objetivo que se establece alcanzar a lo largo del desarrollo de las sesiones: La mejora en la vivencia de la sexualidad. A largo plazo es la meta-objetivo: El bienestar o mayor calidad de vida de la persona que acude a consulta. Se considera que ambos objetivos están correlacionados, donde la promoción de la salud sexual en la atención en consulta clínica implica la mejora del bienestar bio-psico-social y afectivo-emocional de la persona, que se consigue como

consecuencia y se vive fuera de la consulta, información obtenida a través de los registros de seguimiento de lo trabajado en las sesiones. Para la meta a corto plazo, la situación actual y objeto de tratamiento es aprender a expresar su sexualidad en cómo siente, piensa y actúa, y se comprende la sexualidad como dimensión fundamental y un elemento constitutivo de la salud en general como meta a largo plazo.

### **Selección del tratamiento más adecuado**

Para la decisión del tratamiento, se consideró consultar bibliografía sobre sexualidad en el adulto mayor.

La psicóloga y gerontóloga Cristina Rodríguez Benito (2008) en su artículo *La sexualidad en el anciano*, destaca los siguientes aspectos a tener en cuenta:

#### **“Factores relacionados con la edad”:**

Para analizar el desempeño de la función sexual según los cambios que se experimentan con la edad, se le pregunta a la paciente por la vivencia de su sexualidad a lo largo de su vida y en cuanto a su relación de pareja. La paciente advierte de la existencia de la posibilidad de no haber tenido nunca un orgasmo, y describe retraso en la excitación, con mayor necesidad de estimulación genital, y una disminución de la lubricación vaginal, aproximadamente desde que cumplió los 55 años, coincidiendo con la menopausia.

#### **“Factores médicos”:**

- Fármacos que pueden causar disminución de la libido.
- Enfermedades que pueden causar disfunción.

- Cirugías.
- Barreras físicas (por ejemplo, catéteres).
- Disminución en la movilidad.
- Cambios en la imagen corporal (por ejemplo, mastectomía, amputación de extremidades).
- Depresión, que puede llevar a pérdida de interés en el sexo.

Este es otro de los apartados básicos a tener en cuenta, y así se le transmite a la paciente, para observar posibles parámetros médicos que puedan estar afectando a la función sexual. Según los datos que aporta sobre la historia clínica de salud en general desde el punto de vista del médico de atención primaria, no se han detectado factores de este tipo que puedan estar influyendo en el desarrollo de la experiencia sexual de la paciente.

#### **“Factores psicosociales”:**

- No tener pareja.
- Pérdida de privacidad.
- Condición social (desempleo, jubilación, institucionalización, etc.).

La situación personal actual de la paciente tiene que ver con haber iniciado hace seis meses una relación sentimental y por tanto, se abordan los aspectos afectivos, de comunicación y entendimiento, intimidad, motivaciones y expectativas, con el objetivo de conocer la experiencia y dinámica de la relación de pareja.

Junto a estos factores, en su artículo la autora aporta la siguiente reflexión: “Además de los motivos expuestos, la sexualidad puede verse disminuida durante la vejez debido al gran desconocimiento y la des-

información que existe sobre el envejecimiento en general y la sexualidad en particular. Por ello, es imprescindible que tanto los mayores como la sociedad en general, reciban la formación adecuada que les permita romper con los prejuicios y tabúes que giran en torno a este aspecto y les permita un pleno disfrute de la sexualidad en todas y cada una de las etapas de la vida, incluyendo la vejez. No hay que olvidar que la sexualidad no se trata solo de hablar de coito, sino que a través de besos, caricias, se establecen relaciones afectivas esenciales para el desarrollo psicoafectivo del anciano, fomentando su autoestima, sintiéndose querido y en definitiva, haciéndole la vida más agradable.”

En este sentido, según el catedrático de Psicología de la Sexualidad Félix López Sánchez (2005) de la Universidad de Salamanca, hay muchas personas mayores que no pueden o no quieren coitar, y no por ello no tienen sexualidad. Para explicar que la sexualidad no se puede reducir sólo a genitalidad, ideó la metáfora de la capitalidad, donde plantea que el ser humano es corporal, y que existe una geología interna, de células y hormonas, y externa, la piel y sus terminaciones nerviosas. Todo el cuerpo es un radar. La metáfora consiste en ilustrar que el cuerpo es como un mapa. Hay unos órganos sexuales primarios que son los genitales y que representan la capital de ese mapa sexual. La capitalidad de la sexualidad está en los genitales, pero para cada persona, la capitalidad puede no ser lo más importante, o puede que según la persona va avanzando en edad, lo más interesante son otros aspectos, recorrer antes e incluir otras áreas del mapa. Existen los órganos sexuales secundarios o zonas erógenas que el autor denomina zonas turísticas privilegiadas, y para conocerlas hay que hablar,

no hace falta la Guía Michelin, sino que basta con hablar. Por tanto, más allá de la supuesta capital y de las supuestas zonas turísticas, hay todo un mundo de posibilidades a explorar. En las personas mayores, el gusto por las caricias no disminuye, ser acariciado o acariciar, no se pierde e incluso se llega a incrementar.

### Aplicación del tratamiento

El total de las trece sesiones se organiza en tres bloques de acciones.

En las primeras cuatro sesiones, la concreción del trabajo consiste en la recogida de datos, entrevista, y establecimiento de los objetivos específicos: Ahora mismo, la paciente reclama ya vivir lo que aún no es capaz, siendo primordial en estas sesiones iniciales que la paciente viva como propio el proceso que ha comenzado, siempre y cuando el profesional sepa adaptarse al ritmo de este proceso. La toma de consciencia que tiene lugar en estas primeras sesiones por parte de la paciente, es requisito pero sólo es un paso del recorrido objetivo. La demanda supone el análisis de la experiencia sexual vivida, acceder al mundo emocional, y entender pensamientos y creencias en torno a la edad del adulto mayor y la sexualidad, planteamiento de mitos y realidades, estudio de las dudas, ideas y desinformación, y cómo estas concepciones tienen su reflejo en la vida diaria.

En las siguientes cinco sesiones, se emprende un plan práctico de ejercicios a realizar a nivel individual por parte de la paciente: Se trabaja a nivel sensorial, con el aprendizaje de la relajación y la respiración con música, así como la percepción de sensaciones a nivel experiencial, de autoconocimiento de la propia sexualidad, autoconcepto y autoimagen. Se obtiene un buen resultado en la

práctica del trabajo relacionado con la piel: En la ducha, la persona se aplica un gel aromático directamente sin esponja para favorecer la percepción de la piel y experimentar con los sentidos. En Sexología, cada vez se le está otorgando mayor importancia a la piel como fuente de satisfacción sexual.

En las últimas cuatro sesiones, se observa que el aumento del autoestima y de la automotivación facilitan la consecución del deseo de compartir la vivencia de la sexualidad con la pareja. Se incorpora el masaje como elemento de comunicación, y se avanza en la realización de prácticas sexuales, así como el desarrollo de las caricias como expresión de contacto y la experimentación de placer sexual.

### **Evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento**

Se valora en cada sesión la percepción que tiene la paciente de la utilidad de las sesiones, utilidad entendida como repercusión en cómo se siente, si se están produciendo cambios, y qué cree que está consiguiendo. La eficacia y la efectividad del tratamiento se observan si la paciente encuentra útil lo que se está trabajando en las sesiones, cuya secuencia la marca cómo van interactuando las actuaciones que se van dedicando a cada área que se aborda en cada encuentro. En las primeras sesiones tiene mayor peso las preguntas de evaluación de la apreciación, aceptación y captación de los nuevos aprendizajes, necesarias para avanzar en pasos posteriores en los que se requiere de la paciente una implicación conductual. Cuando se le indica la realización de ejercicios, se registra en qué medida se están llevando a cabo y si se están haciendo adecuadamente, comprobando si se han aprendido los procedimientos, y si la

paciente valora de forma positiva la modificación y la adquisición de los nuevos comportamientos. La persona efectúa un auto-registro de la conducta el mismo día de su desempeño en las siguientes tres áreas: sentir, pensar y hacer. Escribe su vivencia en cómo se siente con la experiencia y las sensaciones percibidas, qué pensamientos tiene sobre la nueva situación y su significado, y qué y cómo lo ha hecho. La aplicación de este tipo de análisis permite señalar los cambios que se van observando en las respuestas objeto de tratamiento.

### **Seguimiento**

El seguimiento para la comprobación del alcance de los resultados y la durabilidad de los cambios tras la intervención, consiste en la comunicación telefónica una vez cada quince días durante tres meses. La paciente establece contacto siguiendo el plan programado con la auto-observación del proceso una vez finalizada la terapia en consulta, y manteniendo el compromiso de continuar informando sobre los objetivos trabajados en las sesiones. Uno de los temas planteados en consulta, es el hecho de que la mujer adulta mayor, se encuentra con una realidad de querer hablar de sexualidad y no tener con quién hacerlo. Las conversaciones tenían una duración de entre 20 y 30 minutos, donde la paciente explica cómo siente la evolución de la actitud hacia la sexualidad y las prácticas aprendidas, generándose la manifestación del aspecto creativo y de complicidad con su pareja. El seguimiento sirvió para evidenciar que la educación sexual llevada a cabo en el ámbito de la terapia sexual, contribuye al incremento de la satisfacción sexual y del sentimiento de seguridad en sí misma, donde la paciente ha incorporado conocimien-

tos y experiencias a su realidad, obteniendo como resultado cambios positivos perdurables y observables en sentimientos, emociones, pensamientos y creencias.

## Observaciones

Las conclusiones que se pueden derivar a raíz de este caso clínico, tienen que ver con haber constatado los beneficios de llevar a cabo sesiones de educación sexual dirigidas a la persona adulta mayor. Se han observado cambios en las percepciones y actitudes en torno a la sexualidad, mejora en el autoestima y autoconocimiento, y la inclusión de nuevos comportamientos en cuanto a la relación de pareja y un incremento del placer sexual. La paciente ha adquirido un rol activo y protagonista de su salud sexual, consiguiendo que la persona tome la iniciativa y las decisiones con respecto a la promoción de su propia sexualidad, basadas en la información proporcionada y en el derecho de la recepción de una adecuada educación afectivo-sexual. Una de las bases fundamentales del estudio del comportamiento sexual humano es enunciar que el ser humano es un ser sexuado desde que nace hasta el final de su vida. Por tanto, se establece la recomendación de divulgar la atención de la salud sexual en esta etapa evolutiva: No sólo supone añadir vida a los años, sino añadirle también vida sexual a los años de vida. En conmemoración de la declaración del año 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional.

*International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 505-510.

Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.

Rodríguez Benito, C. (2008). *La sexualidad en el anciano*. Instituto Europeo de Formación y Consultoría.

López Sánchez, F. y Olazábal Ulacia, J.C. (2005). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)

Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional: <http://europa.eu/ey2012/>

Fecha de recepción: 26/03/2012  
Fecha de aceptación: 15/11/2012

## Referencias

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud /*