View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by CORE

provided by Repositorio Institucional Universidad de Granada

CONSEJERÍA DE SALUD

SEXUALIDAD y ENVEJECIMIENTO

JUNTA DE ANDALUCIA

SEXUALIDAD y ENVEJECIMIENTO

Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Autoras:
Carmuca Gómez Bueno
Hélène Bretin

GÓMEZ BUENO, Carmuca
Sexualidad y envejecimiento / autoras, Carmuca Gómez Bueno, Hèlène Bretin. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2011]
95 p. ; 30 cm
1. Sexualidad 2. Envejecimiento 3. Salud del anciano I. Bretin, Hélène II. Andalucía. Consejería de Salud III. Título
WT 104

Carmuca Gómez Bueno, *profesora titular, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada. Grupo de investigación SEJ-339 (cgomez@ugr.es).*

Hélène Bretin*, profesora titular, UFR Santé, Médecine, Biologie Humaine, Université Paris 13, Iris- UMR 8156 CNRS Inserm -997, EHESS, U.P.13 (helene.bretin@gmail.com).*

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud
MAQUETACIÓN: OBEMEDIA / Paco Oca

INDICE

PRESENTACIÓN 7
CAPÍTULO I- LOS DATOS SOBRE MAYORES 9
1- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS 9
1.1- EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN 9
1.2 AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA 10
1.3-FUERTE INMIGRACIÓN DE MAYORES 11
2. ESTADO CIVIL Y SITUACIÓN DE CONVIVENCIA 12
2.1- ESTADO CIVIL 12
2.2- SITUACIÓN DE CONVIVENCIA 14
2.2.1- SOLEDAD 14
2.2.2-ACOMPAÑADOS POR LA PAREJA O LAS-OS HIJAS-OS 14
2.2.3-REDES FAMILIARES 16
2.2.4- CULTIVANDO LAS RELACIONES SOCIALES 17
3-TIPO DE VIVIENDA 17
3.1- VIVIENDA PROPIA: EL OBJETO DE DESEO 17
3.2- LA VIVIENDA FAMILIAR FRENTE A LA PESADILLA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN 18
3.3- OTRAS OPCIONES: PISOS TUTELADOS Y PISOS COMPARTIDOS CON ESTUDIANTES / OTROS MAYORES 18
3.4 CONDICIONES DE VIDA 19
3.4.1- EL EQUIPAMIENTO DE LAS VIVIENDAS DE MAYORES 19
3.4.2- LA ACTIVIDAD TURÍSTICA 19
4- SALUD 20
4.1- ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE INCAPACIDAD (EVLI) 20
4.2 ACCIDENTALIDAD 20
4.3 USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SATISFACCIÓN 21
5- PROTECCIÓN SOCIAL A LA VEJEZ 22
5.1 GASTOS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EUROPA 22
5.2 GASTOS EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN 24
5.3 EL SISTEMA ESPAÑOL DE PENSIONES 25
5.4. SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA 27
6. RIESGO DE POBREZA 28
7. NIVEL EDUCATIVO 29
8- LA DESATENCIÓN DE LA SEXUALIDAD 29
CAPÍTULO II– ENFOQUE SOCIOLÓGICO. ÁMBITOS INVESTIGADOS EN ESPAÑA 30
1- LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE EDAD Y LAS TRAYECTORIAS DE VIDA 30
1.1 LA NUEVA MORAL DOMÉSTICA 31
2- LA SEXUALIDAD COMO REALIDAD SOCIALMENTE CONSTRUIDA 32
2.1 SEXUALIDAD EXPANDIDA VERSUS COITAL 34
3-SEXUALIDAD ACTIVA Y SALUD 35
4-LA INVESTIGACIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LOS MAYORES EN ESPAÑA 37
4.1 LA ENCUESTA DE MOIOLI 37
4.2 LA INVESTIGACIÓN DE NIETO 38
4.3 LA ENCUESTA TELEFÓNICA DE SÁNCHEZ Y BOTE 39
4.4 LA REVISIÓN DE LÓPEZ SÁNCHEZ Y OLAZÁBAL (2006) 40
4.5 UNA APROXIMACIÓN A LA SEXUALIDAD DE LOS MAYORES A TRAVÉS DE LAS HISTORIAS DE VIDA, POR VÁSQUEZ-BRONFMAN 41
4.6 MÁS ALLÁ DE NUESTRAS FRONTERAS: LA ACTUALIZACIÓN DE HERRERA (2003) 42

CAPÍTULO III- ÁMBITOS INVESTIGADOS EN DIFERENTES PAÍSES OCCIDENTALES 44
1.-LOS CAMBIOS DE LAS ACTITUDES SOCIALES HACIA LA SEXUALIDAD Y LAS MEJORAS EN LAS PRÁCTICAS SEXUALES AL ENVEJECER: EL CASO SUECO....44
1.1-LAS VENTAJAS DE UN ENFOQUE HOLÍSTICO Y LONGITUDINAL....46
2-LA SEXUALIDAD DE LOS MAYORES: ASIGNATURA PENDIENTE DE LA POLÍTICA BRITÁNICA 46
2.1-DE CÓMO LA SITUACIÓN PERSONAL CONDICIONA LA VALORACIÓN....49
3.-SEXUALIDAD Y SALUD: UN RELEVANTE ESTUDIO DE LA UNIVERSIDAD DE CHICAGO 49
3.1-EL MANTENIMIENTO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DIFERENCIADA POR GÉNERO 50
4- BALANCE DE LA SITUACIÓN EN QUÉBEC 51
5- LAS PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD DE LOS MAYORES ...54
5.1-LA AUSENCIA DE UNA COMUNICACIÓN PRO-ACTIVA....54
5.2- PERCEPCIONES DIFERENCIADAS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS....56
5.3-BARRERAS PARA HABLAR CON GRUPOS ESPECÍFICOS....56
5.4- LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS....58
6- BREVE REFERENCIA A LA INVESTIGACIÓN DE LAS RELACIONES HOMOSEXUALES ENTRE MAYORES 60
CAPÍTULO IV- LOS LÍMITES Y LAS POSIBILIDADES DE EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD A LO LARGO DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO....62
1-EL MARCO POLÍTICO: ENVEJECIMIENTO ACTIVO....62
2- LA OFERTA CULTURAL DE LA OBRA SOCIAL DE LAS CAJAS DE AHORROS....62
3- LAS BARRERAS SOCIALES A LA EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD 65
3.1-LA SOCIALIZACIÓN EN LA SEXOFOBIA: MITOS Y FALSAS CREENCIAS 66
3.2-LOS FUERTES CONDICIONANTES RELIGIOSOS....66
3.3-LOS MODELOS SOCIALES DOMINANTES....67
3.4- LA SOLEDAD 68
3.5-EL ESTADO DE SALUD 68
3.6- LAS LIMITACIONES ESPACIALES Y LA FALTAD DE INTIMIDAD 68
3.7-LA PERSISTENTE DOMINACIÓN MASCULINA....68
3.8- EL MIEDO AL RIDÍCULO ACTÚA SOBRE ELLOS....69
CAPÍTULO V: SOCIOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD: ÁMBITOS POR INVESTIGAR....71
1- CAMBIOS OBSERVADOS 71
1.1 LOS INCIPIENTES TALLERES SOBRE LA SEXUALIDAD: “MÁS FOLLETEO Y MENOS PASTILLEO” 72
1.2- LA IRRUPCIÓN DEL VIAGRA....74
1.2.1- LA OTRA CARA DEL VIAGRA....75
1.2.2- DESAFIANDO LA IDEA DE DISFUNCIÓN SEXUAL....76
1.3- LA ASISTENCIA SEXUAL: CUANDO NO SE TIENE ACCESO A UN COMPAÑERO/A SEXUAL....77
2- CAMBIOS POR LLEGAR 78
3- ÁMBITOS POR INVESTIGAR....79
3.1- LOS ESPACIOS DE SOCIABILIDAD DE LOS MAYORES....79
3.1.1-LOS VIAJES 79
3.1.2- LOS CENTROS DE DÍA Y LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS....80
3.1.3- LOS SALONES DE BAILE Y DISCOTECAS DE MAYORES 80
3.1.4- INTERNET 81
UN CASO CONCRETO: EL TESTIMONIO DE UNA USUARIA DE MEETIC....82
3.2- LAS ACTITUDES Y LAS PRÁCTICAS DE LA POBLACIÓN HACIA LA SEXUALIDAD DE LOS MAYORES 84
4- POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN 84
BIBLIOGRAFÍA 87
ALGUNOS SITIOS WEB CONSULTADOS 91
ALGUNOS LIBROS MÁS....92
ALGUNAS PELÍCULAS 92

PRESENTACIÓN

"Sexualidad y envejecimiento" es el resultado del trabajo exploratorio llevado a cabo durante 2008, por las sociólogas Carmuca Gómez Bueno y Hélène Bretin, a iniciativa y con la financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Para dibujar el estado de la cuestión revisamos los datos estadísticos disponibles y las investigaciones sobre la sexualidad de los mayores realizadas en España entre 1995 y 2008. Además, consultamos la literatura internacional más actual sobre el tema y realizamos entrevistas exploratorias.

Presentamos nuestros hallazgos en cinco epígrafes: el primero recoge los datos sociodemográficos y económicos que enmarcan la realidad actual. En los capítulos dos y tres revisamos las investigaciones sobre la sexualidad al envejecer. Los capítulos últimos están dedicados a las experiencias más innovadoras en este campo y a aportar posibles líneas de actuación.

De modo que invitamos al lector interesado directamente en la sexualidad a comenzar la lectura por el capítulo dos. Confiamos en la utilidad del estudio y en el progresivo desmoronamiento de los mitos que entorpecen la vivencia de una sexualidad activa y sana adaptada a la situación de cada cual a lo largo del proceso de envejecimiento, sin constricciones ni prescripciones. Estas se actualizan a través de nuevas estrategias y con fuerzas renovadas: la irrupción del Viagra es sólo una muestra de ello.

SEXUALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

CAPÍTULO I- LOS DATOS SOBRE MAYORES

Presentamos aquí los datos disponibles tanto para España y Andalucía como para los Países de la Unión Europea. Las principales fuentes que manejamos son: el INE y EUROSTAT, en numerosas ocasiones a través de la excelente compilación llevada a cabo por el IMSERSO y publicada en el informe: Las personas mayores en España (2006).

1- Datos sociodemográficos

1.1- El envejecimiento de la población

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran el progresivo aumento del grupo de población de 65 años y más: el censo del 2001 contabilizaba 6.958.516; el Padrón Municipal de Habitantes de 2005 reflejaba 7.332.267 y la revisión de Padrón de 2007 alcanzaba la cifra de 7.531.846 personas de 65 y más años. Lo que supone, en términos porcentuales, el 16,66% del total (45.200.737 de personas en España, Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007).

TABLA 1.1 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA, 1900-2050

Años	Total España	65 y más años		65-79 años		80 y más años	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2005	44.108.530	7.332.267	16,6	5.429.048	12,3	1.903.219	4,3
2010	45.311.954	7.785.480	17,2	5.490.621	12,1	2.294.859	5,1
2020	48.664.658	9.345.955	19,2	6.338.532	13,0	3.007.423	6,2
2030	50.878.142	11.684.570	23,0	8.025.109	15,8	3.659.461	7,2
2040	52.540.936	14.569.813	27,7	9.886.602	18,8	4.683.211	8,9
2050	53.159.991	16.387.874	30,8	10.464.874	19,7	5.923.000	11,1

(1) De 1900 a 2005 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones.
(2) Desde 1970 la población es de derecho.
(3) La población de 2001 y 2005 procede del Padrón. El resto de censos o proyecciones.
Fuente: 1900-1991: INE: INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991*. INE, 2006.
2001 y 2005: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005*. INE, Tomado de IMSERSO, 2006,

Todas las proyecciones apuntan a que en unos años la cifra de personas mayores se elevará desorbitadamente cuando la población nacida durante el *baby-boom* llegue a esa etapa vital. De modo que a mitad de siglo la población mayor alcanzará a casi un tercio del total. Así, la proyección realizada por el INE (a partir del análisis de la evolución de los tres factores que condicionan una estructura demográfica: fecundidad, mortalidad y migración), basada en el Censo de 2001, apunta a que en el año 2050 habrá en España 16.387.874 de personas mayores, que se corresponde con el 30,8% de la población total. Las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2050 (United Nations: *World Population Prospects:The 2004 Revision*) calculan que España será el tercer país más viejo del mundo, con un 34,1% de población mayor, estando por delante Japón e Italia (con un 35,9 y un 35,5 respectivamente). Las proyecciones de Eurostat

son similares a las de Naciones Unidas.

Además de este aumento de personas mayores se está produciendo un evidente envejecimiento de las personas mayores de más edad, como señala el Informe : Las personas mayores en España (en adelante IPME, 2006), publicado por el IMSERSO. En la última década el colectivo de personas de 80 y más años ha crecido más que los otros grupos de edad. Entre 1991 y 2005 se ha incrementado el número de personas octogenarias en un 66%, mientras que el total de la población lo ha hecho en un 13%, incluida la población inmigrante. El tamaño del grupo de mayores, y en especial de octogenarios, es ya suficiente como para tener un fuerte impacto en los sistemas sanitarios y de servicios sociales, pues suelen sufrir un mayor grado de soledad, discapacidad, dependencia y morbilidad, señala este informe.

Según el INE, en Andalucía había 1.179.308 personas de 65 o más años lo que supone un 14,63% de los 8.059.461 de andaluces a 1 de enero de 2007. Porcentaje ligeramente inferior al nacional. En el contexto de la Unión Europea, España se sitúa en la quinta posición, en cifras absolutas y relativas, respecto a los países europeos con mayores cifras de población envejecida, con un 16,9%, según los datos de Eurostat. El país más envejecido de Europa es Italia (19,2%), seguido de Alemania (18,0%), Grecia (17,9%), Suecia (17,2) y Bélgica (17,1). En cifras absolutas es Alemania el país europeo con un mayor número de individuos de 65 y más años, con casi 15 millones de personas mayores (14.850.144), seguido de Italia, con más de 11 millones, Francia y Reino Unido, con algo más de nueve millones, y España con más de siete millones de personas mayores en la actualidad.

El envejecimiento es un fenómeno mundial, según los datos de Naciones de Unidas los países desarrollados se encontraban, en el año 2000, con cifras en torno al 14-15% de población de 65 y más años respecto del total y alcanzarán el 25,9% en el año 2050 (27,6% Europa). Se calcula que los países en vías de desarrollo tendrán para mitad de siglo un 14,6% de personas mayores respecto al total poblacional, frente al 5,1% del año 2000. Aunque el porcentaje de envejecimiento de los países en desarrollo no supera a los países desarrollados se observa un rápido proceso en los primeros, que casi triplica su proporción en sólo 50 años y multiplica sus efectivos en 4,4 veces.

1.2 Aumento de la esperanza de vida

Según los últimos datos disponibles (España en Cifras, INE, 2008:12) “la esperanza de vida al nacer en el año 2006 era de 83,7 años para las mujeres y de 77,2 para los hombres”. Las cifras publicadas por Eurostat en 2005 (*Eurostat Yearbook*), muestran que la esperanza de vida de la población española se encuadraba ya entre las más altas de la Unión Europea (UE) y del mundo; la femenina (83,6 años) se sitúa en primer lugar. Los varones por su parte ocupan el segundo lugar, por detrás de Suecia, con 77,9 años de esperanza de vida (la diferencia de fecha y fuente justifica la diferencia en las cifras). Japón es a nivel mundial el país con una mayor esperanza de vida. La esperanza de vida mundial se situaba en 2000, según Naciones Unidas, en 65,4 años de edad (63,2 para los varones y 67,7 para las mujeres).

TABLA 1.2 ESPERANZA DE VIDA EN LA UNION EUROPEA 2030

	Esperanza de vida al nacimiento		Esperanza de vida a los 60 años*	
País	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
UE-15	**76.0 (e)**	**81.7 (e)**	**20.3**	**24.3**
Alemania	75.7 (e)	81.4 (e)	19.9	23.9
Austria	75.9	81.6	20.2	24.1
Bélgica	75.9	81.7	19.6	23.9
Dinamarca	75.1	79.9	19.3	22.7
España	**76.9 (e)**	**83.6 (e)**	**20.6**	**25.2**
Finlandia	75.1	81.8	19.5	24.0
Francia	75.9 (p)	82.9 (p)	20.8	25.7
Grecia	76.5	81.3	20.6	23.2
Irlanda	75.8	80.7	19.6	23.1
Italia	76.8 (e)	82.5 (e)	20.4	24.8
Luxemburgo	75.0	81.0	19.3	23.2
Países Bajos	76.2 (p)	80.9 (p)	19.7	23.7
Portugal	74.2	80.5	19.4	23.3
Reino Unido	76.2 (e)	80.7 (e)	19.9	23.2
Suecia	77.9	82.5	21.0	24.6

Nota: Puede haber diferencias entre datos del INE y Eurostat para España.
(e) Valor estimado.
(p) Valor provisional.
(*) Austria, Bélgica, Grecia, España, Finlandia, Francia y Reino Unido: año 2002; Italia: año 2000.
Fuente: Eurostat: *Eurostat Yearbook 2005. Edición en línea*. Eurostat, consulta en julio de 2006. Tomado de IMSERSO, 2006.

Los rasgos más sobresalientes de la estructura demográfica de la población española en los últimos años son, según el IPME,2006: repunte ligero de nacimientos, leve ganancia de esperanza de vida y fuerte inmigración. Así pues, una de las causas del crecimiento demográfico es la llegada y empadronamiento de inmigrantes que además de elevar la cifra de nacimientos, por su mayor fecundidad, hacen que los saldos vegetativos negativos se equilibren y retrasen hasta 2050 el momento en el que se comienza a perder población.

1.3-Fuerte inmigración de mayores

El número de nacionales de otros países con 65 y más años también ha crecido. El IPME (2006) destaca que las personas extranjeras de 65 y más años, jubilados europeos en su mayoría, se contabilizaban en España (2005) en 179.335. Entre ellas predominan los nacionales de países de la Unión Europea, con un 75,1% de todos los mayores extranjeros que residen en España. Destacan fundamentalmente los retirados de Reino Unido (uno de cada cuatro de todos los inmigrantes de edad, 26,9%) y Alemania (16,5%); le siguen en importancia, a distancia, los procedentes de Francia, Bélgica, Países Bajos y otros; fuera de la Unión es importante el número de extranjeros de 65 y más años de Marruecos (6.672) y Argentina (7.264). Su distribución por las regiones españolas mantiene el patrón tradicional de búsqueda de zonas de ocio; en el caso de nacionales de Marruecos y Argentina puede deberse a reagrupación familiar o antiguos trabajadores ahora jubilados.

El prototipo de extranjero jubilado se suele instalar en las costas mediterráneas y de las Islas Canarias, buscando un clima confortable. Alicante, con 53.491 extranjeros de 65 y más años, es la provincia con mayor presencia de este tipo de inmigrante; la segunda provincia con mayor población inmigrante es Málaga, con 25.426. Le siguen las provincias insulares (Santa Cruz de Tenerife, Baleares y Las Palmas), con similar modelo de extranjero jubilado.

En cifras absolutas llaman la atención los 5.096 extranjeros mayores de Mijas, los 3.814 de Jávea (en contraste con sólo los 2.813 del primero y los 1.981 del segundo de nacionalidad española), los 5.465 de Calpe o los 7.899 de Torrevieja, municipio no capital de provincia con mayor número de extranjeros de edad. En la provincia de Málaga los británicos predominan en la mayoría de los municipios (Mijas, Fuengirola, Benalmádena y Torremolinos); los alemanes sólo lo hacen en Torrox.

El estado civil, de los jubilados europeos que residen en España, suele ser casado. En menor proporción son viudos, pues la pérdida del cónyuge significa muchas veces un viaje de retorno al país de origen. La proporción de viudos a partir de los 80 años suele ser más baja que entre los españoles. La principal consecuencia de este modelo concentrado localmente es la creación de espacios demográficos municipales sobreenvejecidos, porque a la ya envejecida población autóctona en los pequeños municipios españoles se le suman los jubilados europeos.

Los ciudadanos de cualquier país de la UE poseen la «ciudadanía europea» cuando viven en otro estado miembro. El Tratado de Maastricht estableció este concepto asociado con algunos derechos a la atención sanitaria esencial y a la protección social. Además, existen acuerdos recíprocos entre Estados miembros sobre cuestiones relacionadas con la Seguridad Social. En los acuerdos de atención sanitaria recíproca en la Unión Europea los viajeros de un Estado a otro tienen derecho a la atención de urgencia en los países miembros. Esto ha traído consigo el «**turismo sanitario**»; personas que viajan a un país como turistas para recibir atención sanitaria aprovechando la cobertura del sistema de salud. En España, algunas Comunidades Autónomas costeras, como la Valenciana, ya están tomando medidas legales para evitar que los turistas extranjeros puedan operarse de forma gratuita en sus hospitales (IPME, 2006).

2. Estado civil y situación de convivencia

2.1- Estado civil

Predomina en la vejez el género femenino. Las mujeres tienen una esperanza de vida superior, lo que condiciona una feminización de la vejez. La tendencia de la *sex ratio*, relación entre sexos, ilustra como, en 2005, continuaba aumentando la diferencia entre sexos en la población de 65 y más años. Hay en España 4.241.280 mujeres de edad y 3.090.987 varones, es decir, 1.150.293 mujeres más que hombres. Aunque las diferencias de mortalidad se van aminorando, todavía la longevidad masculina es inferior a la femenina, lo que se traduce en mayor número de mujeres en cantidades crecientes.

El tan mencionado IPME, 2006, apunta que "el desequilibrio entre sexos en edades avanzadas y en el estado civil tiene repercusiones en el apoyo (emocional, económico y de convivencia) que los mayores puedan recibir o dar, en el hogar o en la familia, pues ésta sigue siendo la principal fuente de ayuda. Por tanto, el estado marital provee una indicación de las fuentes potenciales de apoyo en caso de aumento de la dependencia. Vivir con el cónyuge es un factor decisivo para evitar el recurso de la ayuda formal y los servicios sociales, es el principal apoyo para mantener la independencia. La soledad, más frecuente entre las mujeres de edad, suele ser más temida por los varones, por la dificultad en el manejo de actividades domésticas, al menos en estas generaciones de mayores en que los papeles productivos y los domésticos han estado muy diferenciados por sexo".

TABLA 1.3 LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, EN ESPAÑA

Año	Soltero	Viudo-a	Casados	Separados y divorciados
1950	9,1	47,1	43,6	0,2
1970	11,1	39,4	48,9	0,6
1981	11,3	36,5	51,4	0,8
1991	10,3	33,3	56,1	0,3
2001	8,0	30,9	59,7	1,4

Fuente: INE, Censos de población. Tomado de Sánchez Vera y Bote Díaz, 2007:87.

La tabla anterior nos muestra una disminución constante de la viudedad y, desde 1981, de la soltería. El aumento de los matrimonios es constante, llegando a prácticamente el 60% de los mayores de 65 años. La evolución de las separaciones y divorcios no es lineal (teniendo en cuenta que en 1981 se aprobó la ley del divorcio en nuestro país y que ese año se celebraron todos los acumulados de años anteriores), el aumento en la última década sí es relevante.

El matrimonio es el estado civil más extendido entre los mayores; un 59,7% estaban casados, en 2001; un 30,9% eran viudos, un 8,0% solteros y un 1,4% separados o divorciados. En la distribución se observa una pérdida de peso, en los últimos diez años, de los solteros y de los viudos y un aumento de los casados, que junto a los divorciados o separados es el grupo que más crece en cifras relativas, y en el caso de los casados también en efectivos; los divorciados y separados crecen en fuerte proporción pero sus cifras absolutas son muy bajas. Esta distribución del estado civil refleja las consecuencias de una reducción de las tasas de mortalidad masculina en las edades maduras y superiores, lo que da mayor estabilidad en la composición del hogar y tiene repercusiones en otros órdenes de la vida (convivencia, consumo, dependencia, cuidados de larga duración). La mayoría de los varones de edad están casados (78,6%), por sólo un 45,8% de las mujeres; en cambio, la viudez está más extendida entre éstas (44,2% son viudas). Las mujeres tienen menos probabilidad de vivir en familia que los varones. A los 65 años una de cada cuatro mujeres ya es viuda (24,8%) y, entre las octogenarias la proporción aumenta a más de 2 de cada 3 mujeres (71,2%). Además de ser viudas tienen una mayor probabilidad de vivir solas; en cambio, el 64,2% de los octogenarios varones siguen casados y viven con sus esposas.

Una consecuencia importante derivada del estado civil es que, en la mayoría de los casos, los varones tendrán quien les atienda cuando la salud falle y las mujeres no. Otras consecuencias son de tipo económico y repercuten en ellas mismas, la sociedad y los sistemas de Seguridad Social, pues las viudas suelen experimentar un declive en sus condiciones materiales de vida como consecuencia del menor importe de las pensiones de viudedad. Este menor nivel económico es un factor de riesgo de sufrir enfermedad y caer en una situación de dependencia.

Los indicadores disponibles (IPME, 2006) sobre nupcialidad y rupturas familiares de los mayores en Europa no muestran grandes cambios pero ello puede deberse a las dificultades que presentan los instrumentos habituales para captar nuevas realidades. Por ejemplo, EUROSTAT sólo contempla los matrimonios celebrados en los que al menos uno de los contrayentes tenía 60 o más años, si se trata de nuevos matrimonios, pero no si son segundas o sucesivas nupcias. Las cifras son muy modestas, con datos de 2003 y 2004, los matrimonios en los que uno de los cónyuges es un hombre de 60 o más años apenas alcanzaron la cifra de 6.349 anuales en los 24 países para los que existe la información, y 3.606 si se trata de parejas en las que participa una mujer de la misma edad. En España los valores fueron en 2004, según esta fuente, de 602 y 338, respectivamente. El requisito de que el contrayente sea soltero reduce bastante estos valores. Así se comprueba contrastando esta información con las *estadísticas judiciales* que recoge el INE. Según esta nueva fuente, el número de matrimonios en los que uno de los contrayentes tenía al menos 60 años fueron de 2.992 en el caso de los varones y de 857 para las mujeres. Es decir, la mayor parte de las personas que contraen matrimonio en esas edades no son solteros, sino divorciados (1.273 hombres y 292 mujeres) o viudos (1.117 hombres y 227 mujeres).

Las estadísticas judiciales permiten, además, cruzar las edades de los dos cónyuges, de manera que el número de matrimonios en los que ambos contrayentes tienen 60 o más años se reduce a 698. Esta información adicional nos permite constatar algunas diferencias entre los matrimonios de los hombres y de las mujeres. Así, la gran mayoría de las mujeres de 60 o más años contraen matrimonio con personas pertenecientes al mismo grupo de edad (81,4%), pero los hombres suelen casarse con mujeres más jóvenes (76,7%), y para las mujeres mayores que contraen matrimonio a partir de los 60 años éste suele ser su primer matrimonio, en mayor medida que para los varones (39,4 y 20,1%, respectivamente).

En España en 2004 se produjeron 2.476 separaciones y 1.731 divorcios en los que uno de los cónyuges era un hombre de 60 o más años; para las mujeres de la misma edad las cifras son de 1.488 separaciones y 1.035 divorcios; son una parte muy pequeña del total de rupturas matrimoniales que se produjeron en España en ese año.

2.2- Situación de convivencia

2.2.1- Soledad

Tal y como recoge el IPME, 2006, la cifra de personas viviendo en soledad ha estado en discusión. La Encuesta de Soledad, 1998 (CIS-IMSERSO) la situaba en el 14,2% de los mayores, valor algo bajo según otras fuentes. Los datos del último Censo de Población (2001) permiten aportar una cifra importante: 1.358.937 personas de edad viven en soledad. La proporción de personas mayores que viven en soledad es, por tanto, del 19,5%; una de cada cinco. Esta cifra encierra una realidad más cruda: un 25,9% de las mujeres de edad viven solas y sólo un 10,8% de los varones.

TABLA 1.4. PERSONAS MAYORES VIVIENDO SOLAS, 2001

	Personas	% en soledad
Población total	40.595.861	
Personas en soledad	2.876.572	100
Una mujer de 16 a 64 años	652.306	22,7
Un hombre de 16 a 64 años	865.329	30,1
Una mujer de 65 o más años	1.043.471	36,3
Un hombre de 65 o más años	315.466	11,0
65+ en soledad	1.358.937	47,2

	Personas	% en soledad
Población 65+	6.958.516	19,5
Varones	2.930.563	10,8
Mujeres	4.027.953	25,9

Fuente: INE, INEBASE: Censos de población y vivienda, 2001. Tomado del IMSERSO, IPME (2006:71).

En el resto de las edades (16-64 años) la proporción de solitarios es muy baja y sólo son 1.517.635, con la característica de que hay más varones que mujeres en situación de soledad (865.329 y 652.306, respectivamente). Existe un riesgo de soledad entre las mujeres de edad que persistirá en el tiempo y no ocurrirá con los varones. La vida en soledad a estas edades se produce por un proceso familiar y demográfico (nido vacío, viudez), es una alternativa no buscada, no voluntaria, al contrario de lo que sucede con los hogares unipersonales en otros grupos de edad. La existencia de alta proporción de personas de edad que viven solas motiva una mayor presión sobre los servicios sociales cuando aparece la dependencia. También es un factor para padecer o agravar determinadas enfermedades y sufrir aislamiento social. De ahí la relevancia de potenciar las nuevas relaciones-uniones entre los mayores.

2.2.2-Acompañados por la pareja o las-os hijas-os

El Boletín Informativo del INE titulado: Cambios en la composición de los hogares (2004) nos permite conocer algo más sobre la situación de convivencia de los mayores. La explotación de los datos del censo de 2001 muestra como "cambio más notable el aumento de hogares unipersonales" y también que los hogares formados por una familia y alguna persona no emparentada se han multiplicado casi por cinco con respecto al censo anterior (el auge del servicio doméstico residente ayuda a explicar esto). También destaca que los "mayores cada vez tienen más tendencia a vivir solos". Aunque, en España, más de la mitad de los hogares están integrados por dos generaciones y en el 4,4% de los hogares conviven 3 generaciones. Estos últimos se concentran en Andalucía (17,1%), Cataluña y Galicia (14,8% cada una).

"De los 6,9 millones de personas de 65 años o más, casi 1.360.000 viven solas, con una relación de 3 a 1 a favor de las mujeres. Entre las personas de 75 años o más, el porcentaje de hogares unipersonales es del 27%. Con todo, el modo de convivencia más frecuente entre las personas de 65 años o más es 'con algún

hijo' (2,5 millones), seguidos de 'solos con su pareja' (2,3 millones). Sólo un 1,2% de las personas de 65 años y más se alojan en asilos y residencias para ancianos, de éstos, cerca de las tres cuartas partes son mujeres" (INE, 2004:6).

Pero veamos que ocurre en el resto de Europa. El IPME, 2006, presenta la información elaborada por EUROSTAT a partir de los datos censales de 21 países (incluida España). Estos datos reflejan que en toda Europa los mayores viven sobre todo en hogares familiares. En los 21 países hay cerca de 69 millones de personas mayores, unos 21 millones viven solos, más de 31 millones viven con sus parejas, unos nueve millones conviven con algún hijo y casi dos millones en hogares colectivos. La suma de los 21 países presenta algunas diferencias con la estructura de los hogares en España, en nuestro país los mayores viven menos en soledad, comparten más los hogares con hijos y forman parte en mayor medida de modalidades más complejas de organización familiar. En efecto, en ningún otro país es tan frecuente como en España compartir la vivienda con los hijos, en otros como Dinamarca, Alemania y Lituania vivir en pareja y con hijos es extraordinariamente infrecuente; nuestro país marca los valores mínimos junto con Grecia y Portugal en la proporción de personas que viven solas. Lo contrario que sucede en Dinamarca, donde los mayores tienen escasísimas probabilidades de vivir en pareja, quizá por reflejo de las tasas de divorcio. En algunos de los nuevos países miembros, fundamentalmente Letonia, Lituania y Hungría, predominan todavía formas de organización más complejas, que son las que reflejan la categoría "otros hogares familiares". Además de este panorama general, se presentan las formas de convivencia más importantes detalladas por sexo y grupos de edad. Esta información más detallada permite matizar algunas de las diferencias que presenta la estructura de los hogares españoles en relación con los mayores de otros países. Por ejemplo, una de las diferencias más notables es la proporción de personas que conforman nidos vacíos, es decir, personas que viven con la sola compañía del cónyuge o pareja; la comparación por edades y sexo nos dice que las diferencias se concentran fundamentalmente en los grupos de edad inferiores y que la diferencia es más amplia y llega hasta edades más altas entre los hombres mayores. La explicación de este comportamiento parece un reflejo fiel de las pautas de emancipación de los jóvenes (más tardías en España).

TABLA 1.5 FORMAS DE CONVIVENCIA DE LA POBLACIÓN MAYOR EN 21 PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, CIRCA 2001

	Total	Pareja sin hijos	Pareja con hijos	Padre o madre con hijos	Solo familiares	Otros hogares	Hogares colectivos
Alemania [1]	13.966.600	55,9	1,0	2,2	36,6	4,1	-
Austria	1.241.679	41,6	7,9	5,2	32,5	8,5	4,2
Chipre	80.473	53,1	9,9	4,3	20,9	8,1	3,6
Dinamarca	791.828	50,0	0,3	0,0	49,6	_	_
Eslovaquia	610.923	38,5	8,1	6,2	40,0	7,2	0,0
Eslovenia	288.981	37,8	11,8	7,6	25,3	14,2	3,4
España	**6.958.516**	**40,4**	**17,0**	**6,8**	**19,5**	**14,0**	**2,3**
Estonia	205.157	35,2	5,2	7,3	35,6	14,8	1,7
Finlandia	777.198	43,3	5,1	4,1	38,0	6,4	3,1
Francia	9.299.480	48,8	5,5	3,2	30,7	6,1	5,7
Grecia	1.792.404	45,4	14,6	6,0	17,8	13,8	2,5
Hungría	1.546.250	41,9	4,8	4,1	30,6	16,1	2,5
Irlanda	423.222	30,4	15,0	8,9	26,9	11,7	7,2
Italia	10.645.874	40,6	14,0	6,4	26,8	10,1	2,1
Letonia [2]	352.083	_	34,0	9,0	23,4	32,2	1,5
Lituania	489.348	47,1	0,2	0,0	29,8	21,9	1,1
Países Bajos	2.174.425	51,2	4,2	2,2	33,1	2,7	6,5
Polonia	4.852.600	38,3	10,8	9,4	26,1	14,2	1,2
Portugal	1.693.493	46,1	12,3	6,0	19,0	13,0	3,6
Reino Unido	9.340.995	45,6	6,1	4,4	34,5	4,8	4,6
República Checa	1.410.571	42,7	5,8	5,4	34,1	9,7	2,3

(1) Sólo población en viviendas familiares.
(2) No ofrece información separada para las parejas que viven con o sin hijos.
Fuente: EUROSTAT - Database, Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu). Tomado de IMSERSO, 2006.

También existen diferencias notables entre países en relación con la vida en solitario. Las proporciones de mayores que viven solos en Europa varían desde casi la mitad en Dinamarca, hasta menos de la quinta parte en España, Portugal y Grecia. En todos los países las mujeres viven solas en proporciones más altas.

Queda, por fin, el número de personas mayores que viven en Residencias, en este caso el indicador no parece de gran calidad. En España ya conocemos las dificultades del censo para localizar a estas personas. Las proporciones de mayores en Residencias que recogen los censos nacionales son variables, desde Irlanda, Países Bajos o Francia donde más del cuatro por ciento de los mayores vive en una Residencia, hasta los pequeños porcentajes de Polonia o Grecia; en España el censo estimaba el número de mayores en Residencias en unas ochenta y cinco mil personas (el 1,2% de la población de 65 o más años), no parece esta una buena aproximación, ya que el número de plazas residenciales en ese año debían triplicar ese número y las tasas de ocupación y aún de espera para conseguir una plaza en un alojamiento de este carácter eran muy elevadas.

En suma, la presentación de los resultados de los censos nacionales de más de veinte países de la Unión Europea permite comprobar que existe una norma *meridional* en las formas de convivencia de los mayores, de la que España forma parte. Esa norma se caracteriza, fundamentalmente, por la menor probabilidad de que los mayores de estos países vivan solos y por la mayor presencia de hijos en sus viviendas. Los motivos de esta especificidad con respecto a otros países del área no son tanto de carácter demográfico como de carácter cultural y no responden, en principio, al comportamiento o los valores familiares de los mayores, sino de los más jóvenes, que han aplazado el momento de su salida de los hogares parentales.

2.2.3-Redes familiares

La forma de convivencia o la estructura de los hogares en los que residen los mayores dice poco todavía de su vida familiar y de sus relaciones personales; a continuación presentamos indicadores que intentan aportar algo más sobre estos aspectos. Algunos de ellos proceden de la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE*), realizada en 2004 en diez países europeos, entre ellos España. Otros proceden de fuentes más convencionales como EUROSTAT, INE y el banco de datos del Centro de Investigaciones Sociológicas de España.

Los datos mde la encuesta SHARE (realizada en España, Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Suecia y Suiza) indican que en España el 11,5% de las personas de 70 a 79 años y el 22,8% de los mayores de 80 años pertenecen a familias con más de tres generaciones vivas. Sin embargo, no es España el país donde los mayores viven en familias con mayor número de generaciones. Las personas que no tienen familiares de otras generaciones anteriores o posteriores varía en España entre el 5,8% de las mujeres de 60 a 69 años hasta el 22,5% de las mayores de 80 años. En el conjunto de los diez países las proporciones son más homogéneas y se sitúan alrededor del 10 u 11% para los dos sexos y los tres grupos de edades, a excepción de las mujeres de más de ochenta años, entre ellas una de cada cuatro pertenece a una familia de una sola generación.

Más interesante podría ser el dato del número de familiares vivos, que nos proporciona una aproximación a la red familiar 'potencial' con que cuentan los mayores; que las relaciones se produzcan y sean significativas depende, como mínimo, de la distancia física y de las afinidades personales. En España, por ejemplo, el número de familiares vivos de los mayores de 70 a 79 años incluye a 9,8 personas por término medio, y a 10,4 para los mayores de 80 años. Con estos valores, España es uno de los países en el que los mayores disponen de redes familiares más amplias; en el conjunto de los diez países el número de familiares vivos se aproxima a ocho. En España las redes están compuestas por uno o dos hermanos, más de dos hijos y unos cinco o seis nietos; en el conjunto de los diez países los mayores disponen también de uno o dos hermanos, unos dos hijos y cuatro o cinco nietos. Con la edad pierden peso los hermanos y los hijos y lo ganan los nietos. La reducción del número medio de hermanos vivos se explica fundamentalmente por razones demográficas; la de los hijos también, pero además remite a las diferentes pautas de fecundidad de las generaciones que conforman la población mayor de estos países.
En España, los mayores no sólo disponen de más hijos por término medio, sino que la distancia física que

separa a padres e hijos también es más reducida que en otros países.

Para completar el análisis de las relaciones personales de los mayores se incluyen tres indicadores que proceden del banco de datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). El primero es una aproximación al tamaño de las redes de apoyo de los españoles según su edad. De la información disponible se desprende que los círculos se amplían cuando lo que se requiere de ellos es la ayuda más instrumental y que los mayores españoles tienen más personas a su disposición que cualquiera de los restantes grupos de edades. En caso de problemas de salud el círculo se compone de 11,3 personas por término medio, pero se amplía si lo que se considera es la necesidad de conversar sobre los estados de ánimo (14,7). En términos generales, los mayores españoles, mantienen un elevado grado de homogeneidad con esos círculos. Preguntados por sus amistades, los mayores dicen compartir con más de la mitad de sus amigos clase social, lugar de origen, niveles educativos e ideas religiosas; suelen compartir en menor medida las ideas políticas, que no parecen constituir ningún obstáculo para el desarrollo de las relaciones. No existen grandes diferencias en estos aspectos con la población de otras edades.

2.2.4- Cultivando las relaciones sociales

Veamos a continuación datos sobre el tiempo que los mayores emplean en sus relaciones personales. En general, los mayores europeos invierten una parte considerable del día en el cultivo de sus relaciones sociales, en la mayoría de los países estas actividades ocupan cerca de una hora de su tiempo, con algunas excepciones como Francia, Letonia y Lituania, países en los que los mayores dedican bastante menos tiempo, y Estonia, donde superan largamente la media del conjunto. Los datos sobre las personas que realizan estas actividades varían desde el 70% de Suecia al registro de los cuatro países en los valores más bajos de la tabla, entre los que se encuentra España, y en los que más de la mitad de los mayores afirman no participar en estas actividades. No obstante, no siempre envejecer implica reducir la dedicación a las relaciones personales, sucede así en nuestro país, en el Reino Unido y en Eslovenia, pero hay otros cinco países en los que ocurre exactamente lo contrario, de manera que el tiempo que liberan las actividades productivas se convierte en buena medida en tiempo para la sociabilidad. Salvo en España e Italia, las mujeres invierten en general más tiempo que los hombres en las relaciones personales.

Pero, ¿cuáles son las probabilidades de volver a establecer relaciones afectivas tras la viudez? Como vimos en el apartado 2.1, las probabilidades son muy escasas. Las viudas son las mas renuentes a volverse a casar. Las razones: miedo al qué dirán, a volver a ser cuidadoras, a repetir un intercambio desigual, y a perder su independencia y autonomía económica. Sin embargo, los viudos se casan con más frecuencia y con mujeres más jóvenes que ellos.

3-Tipo de vivienda

3.1- Vivienda propia: el objeto de deseo

La *Encuesta de Condiciones de Vida* del Instituto Nacional de Estadística (en adelante ECV,04), confirma la importancia de la propiedad en el régimen de tenencia de las viviendas de los españoles en general y, específicamente, de los mayores. La posesión de la vivienda aumenta con la edad, de forma que en el grupo de 45 a 64 años, ya casi nueve de cada diez personas, ocupan una vivienda en propiedad, mientras que el alquiler o la ocupación de viviendas cedidas sin contraprestación económica afecta, sobre todo, a las personas más jóvenes (menores de 45 años y, sobre todo, menores de 30 años). El porcentaje disminuye ligeramente por encima de los 65 años por el efecto del régimen de tenencia de las viviendas en las que la persona de referencia es una mujer mayor: entre los varones mayores el 89,7% posee la vivienda en propiedad, el resto se reparten entre alquiler (6,2%) y cesión gratuita (4,1%); entre las mujeres el 83,2% son propietarias y, correlativamente, el alquiler (9,9%) y las viviendas cedidas (6,9%) tienen más importancia que entre los varones.

La preferencia por la vivienda propia permite mantener las rutinas y rebajar las incertidumbres. Esta

preferencia se ve reforzada por la presencia de familiares residiendo cerca (la proximidad espacial aporta seguridad y compañía en momentos puntuales).

3.2- La vivienda familiar frente a la pesadilla de la institucionalización

Ya veíamos que el modo de convivencia más frecuente entre las personas de 65 años o más en España, es 'con algún hijo' (2,5 millones), seguidos de 'solos con su pareja' (2,3 millones) (INE, 2004:6). Si se tienen hijos y, sobre todo hijas, se aspira a vivir con ellos cuando las fuerzas fallen. Lo que temen los mayores es "ser llevados a una residencia"; la institucionalización. Ni la comida ni compartir habitación ni tener horarios y reglas fijas convencen a los mayores. La institucionalización supone ser separado de su entorno, de sus redes relacionales además de un importante esfuerzo por cambiar sus arraigadas rutinas. Tal vez por ello, "sólo un 1,2% de las personas de 65 años y más se alojan en residencias para ancianos, de éstos, cerca de las tres cuartas partes son mujeres" según datos del INE (2004:6). No obstante, ya comentábamos que estos datos parecen poco fiables.

Si recurrimos a otras fuentes encontramos que, por ejemplo, la Consultora DBK, cuantifica en 4.961 los centros para la tercera edad existentes en España (de ellos, sólo la tercera parte son públicos) a finales de 2007 con una oferta global de 326.000 plazas (cf. El País, 23/06/08). El precio medio de una plaza en una residencia privada era de 1.550 € al mes en ese año. El estudio consistió en 600 entrevistas con personas mayores de 60 años e indicaba que el 47% de los residentes en hogares de municipios de más de 50.000 habitantes, en especial las mujeres, se plantean vivir en una Residencia. La atención personalizada, estar acompañado y la asistencia médica serían las principales ventajas percibidas; sin embargo, una de cada tres personas no iría a vivir a una residencia porque: no estarían con la familia, por la pérdida de libertad, la rigidez de horarios, la falta de sensación de hogar y el coste.

Es decir, la institucionalización sería percibida como pesadilla o amenaza por una tercera parte de la población mayor urbana. Es probable que esa idea tradicional que asimila institucionalización a abandono sea aun más característica de los habitantes del medio rural, donde "la nueva moral doméstica" aun no ha sido incorporada por los sujetos (ver capítulo 2, epígrafe 1.1).

3.3- Otras opciones: pisos tutelados y pisos compartidos con estudiantes / otros mayores

Una opción muy escasa aún son los pisos tutelados de mayores: según datos del IMSERSO 2006 sólo existían 824 con un total de 6.922 plazas disponibles. Los pisos tutelados son adecuados para personas que precisan asistencia pero mantienen su capacidad de decisión; estos pisos tienen una función protectora y facilitadora: incluyen alarmas, baños adaptados y servicio médico 24 horas al día. El alquiler con asistencia y acceso a áreas comunes (biblioteca, gimnasio...) cuesta alrededor de 900 € al mes.

Otra opción es compartir la vivienda con estudiantes. El programa Vivir y Convivir de la Obra Social Caixa Catalunya propone a los ancianos convivir en su casa con un estudiante y aporta 100 € al mayor y 490 € al estudiante que no tiene que pagar alquiler. La idea es combatir la soledad de los mayores al tiempo que se aportan soluciones al problema de la vivienda de los más jóvenes. La Comunidad de Murcia también ha puesto en marcha un programa similar, aunque en este caso con menores compensaciones económicas para los participantes.

En Andalucía, el "Programa de alojamiento universitarios con personas mayores o con discapacidad", forma parte del Programa "alojamiento alternativo" que la Universidad de Granada en Colaboración con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, viene realizando desde el curso 1991-1992.

Otra modalidad son los pisos compartidos por las personas mayores. Esta iniciativa es de la asociación Conex de Barcelona. Las propuestas en esta dirección son variadas: dos o tres viudas compartiendo piso o dos o tres matrimonios compartiendo casa y servicios asistenciales. Desprenderse de propiedades para ganar liquidez y poder llevar una mayor calidad de vida (mayores servicios, asistencia 24 horas,

fisioterapia...) según algunos expertos es, simplemente, aplicar el sentido común.

Estas son sólo algunas de las experiencias en vigor que buscan aumentar la calidad de vida al envejecer combatiendo la soledad a través del cultivo y desarrollo de las redes sociales.

3.4 Condiciones de vida

3.4.1- El equipamiento de las viviendas de mayores

La información sobre disponibilidad de equipamientos e instalaciones en los países de la Unión Europea corresponden al año 2001 y se refieren a la *Europa de los Quince.* La información que nos ofrece este conjunto de medidas abunda en la posición más desfavorecida de los mayores que viven solos. Entre las instalaciones más elementales, las viviendas españolas resultan estar bastante bien dotadas, en muy pocas falta el agua caliente, baño o ducha, en claro contraste con lo que sucede en Grecia y Portugal donde las carencias son más que notables. En todos los países, los hogares en los que vive una persona mayor sola tienen más carencias, sin embargo, las parejas mayores no presentan diferencias significativas con el conjunto de los hogares. Las carencias más importantes en España se refieren a la calefacción central. En conjunto más de la mitad de los hogares españoles (56,4%) no tienen una instalación que pueda calificarse como tal; entre las parejas mayores el porcentaje es bastante similar (58,5%), pero mucho más alto entre los mayores que viven solos (74,3%). A este respecto, España está muy por debajo del término medio de los Quince tan sólo en Portugal los hogares están menos dotados. La ECV-04 del INE ofrece algunos datos sobre otro tipo de equipamientos que confirman la penetración prácticamente universal en los hogares españoles de la televisión en color, pero también de la lavadora, de la que disponen el 98,5% de los hogares españoles y el 97,3% de los hogares en los que la persona de referencia o responsable de la vivienda es un jubilado. Pero, las cifras cambian cuando hablamos de posesión de teléfono móvil (47,2% de los mayores de 65 años), vehículo privado (56,4% de los jubilados) u ordenador (21,4% de los jubilados). La disponibilidad de ascensor en los bloques de pisos es también un importante elemento a tener en cuenta puesto que puede dificultar e incluso impedir la movilidad de las personas con dificultades motoras. Las principales quejas respecto a la vivienda se refieren a: ruidos, defectos físicos de la casa, y, delincuencia y vandalismo en el barrio.

3.4.2- La actividad turística

Tiene una pujanza extraordinaria la actividad turística, tanto en la preocupación política por la vejez como en las prácticas de los mayores. Precisamente en esta actividad sí parece existir una correspondencia entre las prioridades políticas y la realidad de los intereses y las prácticas de este conjunto de personas. Disponemos de información sobre turistas mayores para dieciocho países de la Unión Europea; *grosso modo*, en 2005 hubo en esos países unos doscientos millones de personas que practicaron actividades turísticas (en la definición de EUROSTAT son personas de más de catorce años de edad que pasaron al menos cuatro noches fuera de su lugar de residencia habitual, sin que se discrimine el motivo del viaje, es decir, que se incluyen los viajes de estudio o por motivos de trabajo), de ellos más de 30 millones y medio eran personas de 65 y más años, es decir, aproximadamente el 15% de todos los turistas de estos 18 países. Estas cifras muestran una extraordinaria implicación de los mayores en la pauta de incremento de la movilidad que se registra en la inmensa mayoría de los países europeos. Para España EUROSTAT nos ofrece información correspondiente a 2004, en ese año identifica a cerca de doce millones de turistas, de los que el 13,7%, es decir, 1,6 millones, son mayores de 65 años. El peso de los mayores entre el conjunto de los turistas es más alto, sobre todo, en Francia (19,7% de los turistas de todas las edades), Alemania (16,5%) y Reino Unido (16%), y bastante inferior en los nuevos países miembros. En nuestro país, si comparamos estos datos con las cifras de población calculadas a 1 de enero de 2005, la ratio de turistas por cada cien personas quedaría en 33,4 para los españoles de 15 a 64 años, y de 22,1 para los mayores de 65; lo que insiste en la idea de la extraordinaria participación de los mayores españoles en el turismo. Según el tipo de destino, los mayores se inclinan más por el turismo dentro de las fronteras de sus propios países; en España, por ejemplo, apenas el 6% de todos los turistas que realizaron estancias en el extranjero eran turistas mayores.

4- Salud

4.1- Esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI)

El aumento de la esperanza de vida no significa un aumento de la calidad de vida. Por ello, la elaboración de índices del estado de salud de la población, como la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) –basada en la mortalidad y la incapacidad–,permite sintetizar en una sola medida no sólo la duración sino también la calidad de vida. Este indicador ha sido elaborado por el Ministerio Sanidad y Consumo para el Informe de Salud que se publicó en 2005. En dicho Informe se afirma que en España la EVLI al nacer era en 2000 de 70,7 años (69,0 en hombres y 72,4 en mujeres), presentando importantes diferencias con la esperanza de vida. Esa diferencia con la esperanza de vida es precisamente lo que quiere reflejar la expectativa de incapacidad: el promedio del número de años que se espera sean vividos en incapacidad. La expectativa de incapacidad ese año era de 8,7 años al nacer (7,1 en hombres y 10,4 en mujeres).

Con el aumento de la edad, la EVLI disminuye y las diferencias de género también. La EVLI a los 65 años es para los varones de 11,7 y para las mujeres de 12,6; es decir, para las personas de 65 años, ya sean hombres o mujeres, el buen estado de salud se incrementará sólo 12 años más, por lo que los varones tendrían una expectativa de vivir cinco años con discapacidad, mientras que las mujeres vivirían 8,1 en la misma situación. Las mujeres viven más años, pero también viven más años con alguna discapacidad asociada.

Otro indicador de salud, también del estilo de vida, que nos parece interesante se refiere a las horas de sueño que los mayores disfrutan al día. En el tramo de 65 a 74 años el porcentaje de mujeres que duermen menos de seis horas dobla al de los hombres, siendo de 20,8 y 9,6 respectivamente. Por otro lado, encontramos que la proporción de hombres de 65 a 74 años que duermen diez o más horas es más del doble de las mujeres (14,5 y 6,0). En el tramo de 75 y más años las mujeres se reparten al cincuenta por ciento, es decir, la mitad duerme ocho o más horas y la otra mitad siete o menos; este reparto en el caso de los varones es del 62% (ocho o más) y 38% (siete o menos).

4.2 Accidentalidad

Los accidentes de cualquier tipo suponen un problema con evidentes repercusiones para la salud de la población, muy especialmente al envejecer. La Encuesta Nacional de Salud de 2003 nos dice que 4.170.800 personas sufrieron algún accidente (incluyendo agresiones, intoxicaciones y quemaduras) durante el año anterior. De ellas 2.222.700 son varones y 1.948.000 mujeres. Las tasas de accidentalidad presentan notables diferencias por sexo. Las edades de más riesgo para los varones se encuentran entre los cinco y los 34 años. La proporción (16,6%) es casi la misma que obtienen las mujeres, pero en el tramo de 75 y más años, debido a que las edades donde más accidentalidad presentan éstas comienzan a partir de los 55 años.

Para las personas mayores de 65 años los accidentes en casa constituyen la primera causa de accidentalidad tanto en hombres como en mujeres, aunque las tasas femeninas triplican las masculinas (2,6 varones, 7,7 mujeres). El hecho de que las mujeres vivan más y que su promedio de años vividos con incapacidad sea también mayor que el de los hombres hace que sean más vulnerables y aumente su riesgo de sufrir accidentes en esos años.

La autopercepción del estado de salud es un simple pero efectivo indicador del estado de salud global y es una útil herramienta para predecir necesidades asistenciales y para la organización de programas. El hecho de que uno se sienta bien determina el propio desarrollo de su vida diaria: hay una relación estrecha entre cómo se siente una persona y lo que esa persona hace. El estado de salud subjetivo varía poco a lo largo del tiempo, con lo que el impacto que las políticas sanitarias y sociales de prevención y mejora de las condiciones de vida de las personas es algo que se puede medir a través de este indicador, pero a largo plazo. En España la evolución de la autovaloración positiva de la salud ha ascendido ligeramente: desde

un 68,8% de población que se consideraba en buen o muy buen estado de salud en 1993, el 69,8 en 2001, al 71,3 en 2003. En 2003, el 75,2% de los varones decía tener buena o muy buena salud, frente al 67,1% de las mujeres.

El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva, y este contraste se acentúa en las edades más avanzadas. El 45% de los hombres mayores definieron su estado de salud como bueno o muy bueno; las mujeres de la misma edad sólo lo hacen en un 33%. Por otro lado, éstas obtienen mayores puntuaciones en estados de salud mala o muy mala; el 25% de ellas la han definido así, frente a un 15,3% de varones. Por tanto, según avanza la edad, las percepciones negativas aumentan y también crecen las diferencias entre varones y mujeres

El tipo de dolencia autodeclarada que predomina entre los mayores es osteomuscular. El 31% declara que la dolencia o enfermedad que limitó su actividad estaba dentro de la categoría «artrosis, reumatismo, dolor de espalda», seguida de enfermedades del corazón, el 21,2%. Es decir, casi un tercio de la población de mayores ha declarado problemas osteomusculares, que además son los principales causantes del mayor número de discapacidades. Las mujeres declaran este tipo de dolencia en proporciones muy superiores a los varones, mientras que éstos señalan más problemas de corazón y aparato respiratorio que las mujeres, posiblemente en relación con hábitos de vida menos saludables.

Según la Encuesta *de Condiciones de Vida de los Mayores* de 2004, realizada por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, el 26,5% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria. En el tramo de edad de 65 a 74, este porcentaje apenas llega al 15%; en el de 75 a 84 más de un tercio de la población mayor (35,5%) padece limitaciones en su capacidad funcional, pero entre las personas de 85 y más años la proporción asciende a cinco de cada ocho. La Encuesta estima un mayor número de mujeres con este tipo de limitaciones que de hombres. Del total de mujeres mayores, el 32,3% tienen alguna dificultad, frente a un 18,7% del total de hombres mayores. En el tramo de 85 y más años casi tres cuartas partes de la población femenina confiesa tener problemas de esa índole, mientras que entre los varones la proporción no alcanza el 50%. La presencia de enfermedades no letales, cronificadas, como la mayoría de las osteomusculares, está detrás de esas proporciones tan elevadas de dificultad y discapacidad. Las enfermedades y dolencias comunes constituyen el origen más frecuente de estas situaciones, y entre éstas la artrosis, reumas, dolores de espalda, etc. Casi un tercio de los mayores declaran este tipo de dolencias (35,7% en mujeres y 23,2 para los varones), y es la misma causa de queja, dolor y visita al médico. La movilidad reducida en las personas restringe su ámbito de participación, pues muchos no salen de casa (12,3% no puede o necesita ayuda para salir a la calle), no pueden coger el autobús, ni realizar la compra, y así van reduciendo su espacio vital a su propia casa, dejando de beneficiarse de la vida en sociedad.

4.3 Uso de los servicios sanitarios y satisfacción

Las personas mayores utilizan con asiduidad los servicios sanitarios y suelen estar bastante satisfechas con ellos. Un 46% de las personas de 65 y más años consultó con algún médico, por algún problema, molestia o enfermedad, en las dos semanas anteriores al momento de la encuesta (excluidas las peticiones de cita, análisis o radiografía) en proporciones notablemente superiores al resto de la población (que lo hizo en un 24,2%).

La tasa de utilización hospitalaria se mueve en torno al 9% de la población (personas que declaran haber sido hospitalizadas en los últimos doce meses), un porcentaje similar a la tasa de morbilidad hospitalaria (10,7% en 2004), con procedimiento estadístico diferente. De nuevo este indicador refleja el mayor uso de la hospitalización al envejecer. También el consumo de medicamentos aumenta con la edad y las mujeres consumen más que los varones, prácticamente a todas las edades.

El tema de la sexualidad no se contempla en el ámbito de la Salud del Informe del IMSERSO: Las personas mayores en España que tanto hemos utilizado. El tema que nos ocupa: la sexualidad de los mayores no es considerado con entidad suficiente para dedicarle ni un pequeño epígrafe. La invisibilidad del tema es tal que ni como alternativa de respuesta a preguntas sobre: motivos de las consultas al médico ...aparece referencia alguna a la sexualidad.

5- Protección social a la vejez

Aunque el envejecimiento de la población es un fenómeno con muchas dimensiones, aún la relación entre envejecimiento y protección social sigue siendo la preocupación más evidente. Como destaca el IPME-2006, el asunto trasciende a las pensiones que son el principal componente de los recursos públicos dedicados a la vejez. Y es que los efectos del envejecimiento pueden dejarse notar también en otros capítulos de los presupuestos públicos, como los gastos sanitarios y, en definitiva, en todas aquellas partidas de gasto en las que se concreta el Estado del Bienestar.

5.1 Gastos de protección social en Europa

Teniendo en cuenta las limitaciones que suponen la utilización de indicadores para comparar los sistemas de Bienestar, a continuación presentamos un conjunto de indicadores que persiguen la evaluación del esfuerzo en protección social que realizan los países de la Unión Europea. El primero de ellos, el indicador de «esfuerzo en protección social», es decir, el cociente entre los gastos de protección social y el PIB, otorga a nuestro país uno de los últimos lugares dentro de la Europa de los Veinticinco, incluso cuatro de los nuevos miembros (sobre todo Eslovenia, pero también Hungría, Polonia y la República Checa) presentan valores más altos del indicador; entre los antiguos miembros España sólo aventaja a Irlanda. *En 2003, el esfuerzo en protección social del Estado de Bienestar español equivale al 19,7% del PIB*, es decir, de todo lo que el país produjo durante ese año, casi la quinta parte se dedicó a las funciones de protección social; claro que el término medio de los veinticinco países invierte en estas funciones el 28% del PIB. *El recorrido del indicador varía entre el 33,5% de Suecia y el 13,4% de Estonia y Letonia*. En los valores más altos, junto con Suecia, otros tres países superan el 30% del PIB (Francia, Dinamarca y Alemania); el resto de los países miembros, quitando a España, Irlanda y buena parte de los miembros más recientes de la Unión Europea, se sitúan en valores próximos a la media. La evolución reciente de los valores del indicador refleja que desde comienzos de la década y del siglo los gastos han aumentado su peso con respecto al PIB en el término medio de los Veinticinco. El incremento ha sido particularmente llamativo en cuatro países: por un lado, en Grecia y Portugal, por otro lado, en Alemania, que ha afrontado grandes transformaciones durante la pasada década, y en el Reino Unido.

TABLA 1.6 GASTOS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN PORCENTAJES DEL PIB EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, 1990-2003

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Unión Europea	_	_	**26,9**	**27,1 p**	**27,4 e**	**28,0 e**
UE-15	**25,4**	**28,2**	**27,2**	**27,5 p**	**27,7 e**	**28,3 e**
Alemania	25,4	28,2	29,3	29,3	29,9	30,2 p
Austria	26,2	28,9	28,3	28,6	29,2	29,5
Bélgica	26,4	28,1	26,8	27,7 p	28,8 e	29,7 e
Chipre	_	_	_	15,2 p	16,4 p	_
Dinamarca	28,2	31,9	28,9	29,2	29,9 p	30,9
Eslovaquia	_	18,7	19,5	19,1	19,2	18,4 p
Eslovenia	_	_	24,9	25,3	25,2 p	24,6 p
España	**19,9**	**22,1**	**19,6**	**19,4 p**	**19,6 p**	**19,7 p**
Estonia	_	_	14,4	13,6	13,2 p	13,4 p
Finlancia	25,1	31,4	25,3	25,5	26,2	26,9
Francia	27,4	30,3	29,3	29,5	30,2	30,9 p
Grecia	22,9	22,3	26,3	27,0	26,4	26,3 e
Hungría	_	_	19,8	19,8	20,7	21,4
Irlanda	18,4	18,8	14,1	15,0	15,9	16,5 p
Italia	24,7	24,8	25,2	25,6	26,1 p	26,4 p
Letonia	_	_	15,3	14,3	13,8 p	13,4 p
Lituania	_	_	15,8	14,7	14,1 p	13,6 p
Luxemburgo	21,4	23,7	20,3	21,3	22,6	23,8 p
Malta	_	17,5	16,9	17,7	18,0	18,5
Países Bajos	31,1	30,9	27,4	26,5	27,6	28,1 p
Polonia	_	_	20,1	21,5	21,9 p	21,6 p
Portugal	16,3	21,3	21,7	22,8	23,7	24,3 p
Reino Unido	22,9	28,2	27,0	27,5	26,4 p	26,7
República Checa	_	17,2	19,6	19,5 p	20,2 p	20,1 p
Suecia	33,1	34,6	31,0	31,5	32,5	33,5 p

e: Datos estimados.
p: Valores provisionales.
– Datos no disponibles.
Fuente: EUROSTAT - DATABASE. Population and Social Conditions. Living Conditions and Welfare. Social Protection. http://epp.eurostat.cec.eu.int/. Tomado del IMSERSO, 2006.

En España, el porcentaje del PIB que se invierte en protección social sigue siendo prácticamente el mismo en 2003 que en 1990. El discurso oficialista insiste en que el esfuerzo en protección social en nuestro país no se ha estabilizado, sino que el PIB ha crecido más que en otros países y prácticamente al mismo ritmo que los gastos de protección social. Sin embargo, autores como Vicent Navarro (2006:36) apuntan que España se gasta un porcentaje del PIB "mucho más bajo que el promedio de la UE-15", cuando "deberíamos gastarnos incluso más, pues el porcentaje de población anciana en España es 16,6%, un porcentaje superior al promedio de la UE-15 (15,6%)" (2006:38). El déficit de gasto público social aparece en todas las dimensiones del gasto, continua Navarro, incluyendo: el sanitario (España 5,9% del PIB frente al 7,4% del PIB de la UE-15), discapacidad (España 1,5%, UE-15 2,1% del PIB), prestaciones a la vejez (España 8,3%, UE-15 10,9% del PIB), viudedad y orfandad (España 0,6 UE-15 1,3% del PIB); vivienda (España 0,2 UE-15 0,5% del PIB) y así un largo etcétera.

Para Navarro (2006:40) la convergencia monetaria se consiguió a costa de aumentar la desconvergencia social de España con la UE-15. Esta desconvergencia ha sido la causa de las crecientes quejas de la Comunidades Autónomas. Estas son las responsables de gestionar (pero no de financiar) los servicios públicos del Estado de Bienestar. La consideración de la intensidad de la protección social, es decir, del volumen de prestaciones por habitante, nos indica que el ciudadano medio de la Unión Europea obtiene casi 6.000 euros anuales (5.771,7) en protección social. Nuestro país aparece por debajo de la media, a la cabeza de un grupo de países que invierten menos de 4.000 euros anuales por persona; componen este grupo, además de España, Grecia y Portugal.

En el conjunto de los veinticinco países de la Unión Europea las prestaciones de protección a la vejez

suponen ya más del 40% de todas las prestaciones, mientras que la rúbrica de familia e infancia apenas alcanza el 8%. La segunda función en orden de importancia es la protección a la salud, con un 28,3% de las prestaciones, pero esta función también está relacionada con el envejecimiento de la población. Mucho más especializados en protección a la vejez parecen los nuevos países miembros, junto con Italia, Grecia y Austria. En 2003 el esfuerzo en protección social a la vejez en España rozó los ocho puntos del PIB, tres menos que en el término medio de la Unión Europea.

El resultado de esa evolución es que en 2003 España dedicaba 8.643 euros anuales en protección a la vejez por persona de 65 o más años, nada que ver con los 14.480 euros que es el valor medio en la Europa de los Veinticinco, o con los 16.090 de los Quince. Las posiciones relativas de los distintos países nos permiten distinguir cuatro grandes grupos entre ellos, de menor a mayor intensidad de protección, el grupo de cola está formado por siete de los miembros más recientes de la Unión Europea, en los que las prestaciones de protección a la vejez equivalen a menos de 5.000 euros por persona de 65 o más años. A continuación otros siete países, entre los que se encuentra España, junto con Grecia, Irlanda y Portugal, y otros tres de los miembros más recientes en los que las prestaciones por habitante mayor se sitúan entre 7.000-10.000 euros anuales; los dos grupos anteriores presentan valores del indicador por debajo de la media de los Veinticinco; por encima de ese valor aún podemos distinguir entre los que invierten entre 15.000 y 20.000 euros por año y persona mayor y los cuatro situados en la parte más alta de la clasificación, que son Dinamarca, Austria, Luxemburgo y Suecia.

La mayor parte de la protección social a la vejez se concreta en pensiones, aunque los conceptos no son exactamente equivalentes; hay pensionistas que no se consideran de vejez por no tener la edad ordinaria de jubilación de cada uno de los países, y hay otros gastos de protección a la vejez que no son pensiones.

5.2 Gastos en cuidados de larga duración

Además de las pensiones y del gasto sanitario, la Comisión Europea incluye entre los indicadores estructurales básicos dentro del apartado de crecimiento sostenible, el esfuerzo colectivo en cuidados de larga duración. En 2001 el esfuerzo conjunto en este tipo de prestaciones fue del 0,4% del PIB, pero existen notables disparidades entre los distintos países. En España el valor del indicador es de 0,2, es decir, la mitad del valor promedio; no obstante, y aunque la información que ofrece EUROSTAT no permite un análisis mucho más sutil, el esfuerzo en cuidados de larga duración a los mayores ha duplicado su importancia con respecto al PIB desde 1999. El esfuerzo que realiza España es comparable al que realizan Francia o Irlanda, pero está muy alejado de otros, fundamentalmente Suecia (2,7%), Dinamarca (1,7), Austria o Reino Unido. Junto a los datos de EUROSTAT, contamos con una fuente de información adicional, la OCDE, que ha realizado sus propios cálculos, distinguiendo entre gasto público y privado y entre distintas formas de prestación. Esta información se publicó en el Boletín sobre envejecimiento *Perfiles y Tendencias* (OPM-Alboma, 2000, 2006). Según la OCDE, entre los países comunitarios, el mayor gasto en cuidados de larga duración corresponde a Suecia, Dinamarca y Finlandia. España obtiene valores similares a los aportados por EUROSTAT.

En España, el gasto público en cuidados de larga duración por **Comunidades Autónomas** para el año 2005 permite concluir que hay una gran disparidad territorial. El indicador de esfuerzo varía entre el 0,09% de la Región de Murcia y el 0,59 de Castilla-La Mancha. Entre los valores más altos, acompañan a Castilla- La Mancha, el País Vasco y Extremadura, en las tres el sector público invierte más de medio punto del PIB en cuidados de larga duración; les siguen Castilla y León, Melilla y Cantabria. En los valores más bajos, además de Murcia, Ceuta y Baleares, destaca Andalucía. Estas son las Comunidades en las que el gasto público en estas partidas tiene un peso menor sobre el PIB. El indicador de intensidad de la protección varía entre los menos de 100 euros anuales de la Región de Murcia y los más de 750 del País Vasco.

TABLA 1.7. INDICADORES DE GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS. SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS Y CONCERTADOS, ENERO DE 2005

	Gasto por usuario (euros)	Gasto por persona de 65 o más años (euros)	Gasto en Porcentaje PIB	Porcentaje del gasto que se realiza en cada Comunidad
Andalucía	2.047	143,18	0,14	6,5
Aragón	2.439	243,06	0,24	2,5
Asturias	3.256	240,83	0,32	2,3
Balears (Illes)	4.263	265,26	0,17	1,4
Canarias	5.966	323,87	0,23	3,1
Cantabria	6.580	401,31	0,40	1,7
Castilla y León	4.270	370,32	0,46	8,3
Castilla - La Mancha	3.380	466,76	0,59	6,6
Cataluña	5.442	394,19	0,29	18,0
Comunidad Valenciana	5.199	318,84	0,29	9,5
Extremadura	2.341	368,81	0,55	3,0
Galicia	4.891	191,37	0,27	4,5
Madrid	3.679	530,59	0,30	17,8
Murcia	2.104	98,61	0,09	0,7
Navarra	3.115	332,96	0,24	1,4
País Vasco	9.702	756,56	0,57	11,6
Rioja (La)	4.572	349,05	0,31	0,8
Ceuta	2.027	208,33	0,14	0,1
Melilla	8.156	704,41	0,44	0,2
España	**4.391**	**343,50**	**0,30**	**100,0**

OPM-Alboma (2006), «Servicios sociales para personas mayores en España», *Perfiles y tendencias*, n. 22, abril: 42. Tomado de IMSERSO, 2006:169.

5.3 El sistema español de pensiones

La mayor parte del Sistema Español de Pensiones lo forman las pensiones contributivas de la Seguridad Social; en lo que sigue se presta especial atención a las pensiones de jubilación y viudedad, que son las más numerosas del sistema y las que perciben fundamentalmente los mayores. Las de jubilación por razones obvias, pero también las de viudedad, que se han convertido en un mecanismo de protección a la vejez, sobre todo a la vejez femenina, en la medida en que constituyen la fuente principal de ingresos, si no la única, para un buen número de mujeres mayores. Conjuntamente, el sistema de la Seguridad Social tenía en junio de 2006 más de ocho millones de pensiones contributivas en vigor, con un importe medio 641,4 euros mensuales. La distribución de estas pensiones por tipo de prestación confirma el predominio de las de jubilación (59%) y viudedad (27%); las prestaciones se completan con un 10% de pensiones de incapacidad permanente y un 4% de pensiones de supervivencia distintas de viudedad (orfandad y favor familiar). Los importes varían notablemente según el tipo de contingencia que ha dado origen a su percepción. El importe medio de las pensiones de jubilación supera claramente la media de todo el sistema, con 722 euros mensuales, muy cerca de las prestaciones por incapacidad permanente (731,2 euros), que son las más altas; el importe de las pensiones de viudedad, sin embargo, equivale a unos dos tercios de estos (476,5 euros mensuales). Téngase en cuenta que son más de dos millones de pensiones de las que dependen casi exclusivamente los ingresos de otras tantas mujeres mayores. La distribución por regímenes nos dice que más de la mitad de las pensiones (unos 4,6 millones) corresponden al Régimen General; de los regímenes especiales, los que tienen mayor número de pensionistas son el Régimen Agrario (casi un millón y medio) y el de Trabajadores Autónomos con casi un millón más. Precisamente estos regímenes especiales, junto con el de empleados de hogar, registran importes considerablemente más bajos que los demás, por debajo de los 500 euros mensuales. Las pensiones más bajas corresponden, no obstante, a las más de 400.000 pensiones del *Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez* (SOVI), que se concretan en una prestación media de 306,1 euros mensuales.

La distribución por Comunidades Autónomas pone de manifiesto que siguen existiendo desequilibrios importantes en el importe de las prestaciones; aunque la pensión contributiva media es de 641 euros mensuales, por Comunidades Autónomas varía desde los 535 euros en Galicia, hasta los 805 euros del País Vasco. Su cuantía es de 593 € en Andalucía; de una forma más general, cuatro Comunidades, incluido

el País Vasco y la Ciudad Autónoma de Ceuta, tienen pensiones con importes superiores a los 700 euros mensuales, y seis Comunidades, además de Andalucía, por debajo de los 600. En los importes de las pensiones de jubilación la dispersión es aún mayor, de nuevo los valores extremos se registran en Galicia (590€) y el País Vasco (916 €). La media nacional es de 722 € y en Andalucía es de 664 €. Según el IPME-2006, la razón de estas diferencias estriba en la distribución de las pensiones por regímenes en cada una de las Comunidades; en general, las Comunidades en las que las pensiones son más altas son aquellas en las que tienen mayor importancia los regímenes que proporcionan prestaciones elevadas (por ejemplo, el de la minería del carbón), mientras que las Comunidades con pensiones más bajas son aquellas en las que los regímenes con bajas prestaciones (fundamentalmente el agrario) tienen un peso mayor entre las pensiones en vigor.

La distribución de las pensiones en vigor por sexo y edad de los beneficiarios refleja que la mayoría de las pensiones son abonadas a mayores (el 77,9% de las pensiones de todas las clases); de hecho, la edad media de todos los pensionistas del sistema es de 71 años y de 74 años para los pensionistas de viudedad y jubilación. La «pirámide» de los beneficiarios de las pensiones contributivas de la Seguridad Social muestra también la distinta importancia que tienen las pensiones de jubilación y viudedad en cada uno de los sexos. Entre las pensiones abonadas a varones de 65 o más años, las pensiones de viudedad ocupan un lugar muy marginal (3,4%), pero no para las mujeres: más de la mitad de las pensiones abonadas a una mujer mayor son pensiones de viudedad. El reparto de las pensiones por clases y por sexo y edad de los pensionistas condiciona la distribución de los importes que muestra la conocida pauta en forma de U invertida en relación con la edad y con la curva femenina notablemente por debajo de la masculina. No es sólo el hecho de que las mujeres estén cubiertas fundamentalmente a través de pensiones de viudedad y los hombres con pensiones de jubilación lo que establece las diferencias entre los importes que perciben unas y otros. Existe un efecto de género, en el sentido de que aún dentro del mismo tipo de prestación se manifiestan diferencias notables entre mujeres y hombres.

En la documentación anexa al proyecto de presupuestos de la Seguridad Social para 2007, apunta el IPME, 2006, se estima el número de pensionistas que reciben cuantías mínimas en más de dos millones y medio de personas (2.581.846 personas), cerca de un millón son varones y el resto mujeres. Al menos 1.852.251 son personas de 65 o más años, de ellos 297.893 tienen cónyuge a cargo, lo que supone que **el problema de las pensiones más bajas afecta a 2,9 millones de personas, es decir, a los pensionistas y a sus cónyuges.**

Además de las pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social, en junio de 2006 había cerca de 600.000 pensiones de clases pasivas en vigor, entre ellas las de jubilados civiles y militares. El sistema se completa con 482.578 pensiones no contributivas, de las que más de la mitad (277.451) corresponden a pensiones de jubilación y cuyos beneficiarios son personas mayores; las pensiones de invalidez (205.127) corresponden a beneficiarios con menos de 65 años. En el año 2006, el importe establecido legalmente para las pensiones no contributivas fue de 301,6 euros mensuales. El sistema español de pensiones se cierra con los planes de pensiones privados. En 2004 en España existían 3.120 planes de pensiones con más de ocho millones de partícipes nominales. Conocer la cifra real o neta de partícipes no es posible a través de la información que proporciona la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, ya que cualquier persona que participa en un plan de pensiones puede hacerlo en otro u otros y los datos oficiales no presentan cifras reales o estimadas sobre la concurrencia entre planes. En el mismo año 2004 el *derecho consolidado medio* o patrimonio medio por partícipe en estos planes fue de 5.283 euros. Los planes de empleo presentan un panorama bastante diferente, reúnen a 1.263.643 partícipes con un patrimonio medio superior a los 20.000 euros. De esta forma, la cuenta posición o patrimonio acumulado por los planes de empleo ascendía ya en 2004 a 25.563 millones de euros. Para obtener una idea aproximada de la importancia de esa cifra diremos que el 31 de diciembre de 2004 el fondo de reserva de la Seguridad Social tenía un patrimonio de 19.330,4 millones de euros y que sólo en diciembre de 2005 el tamaño del fondo de reserva se aproximaba al patrimonio acumulado en planes de empleo. En los planes individuales el patrimonio acumulado es considerablemente más alto (36.623 millones de euros a finales de 2004), aunque también mucho más disperso, puesto que se reparte entre casi siete millones de partícipes.

Como sostiene Francis Castles, “no ha habido durante los últimos 30 años una relación estadística entre crecimiento del gasto público social y crecimiento del envejecimiento”. En realidad, entre esas dos variables

hay toda una serie de variables políticas, culturales e institucionales que relativizan considerablemente la supuesta crisis del sistema de pensiones y del estado de Bienestar. “No existe un determinismo demográfico que conduce a una crisis del sistema de pensiones o del Estado de Bienestar. La variabilidad del gasto –poco influenciada por la estructura demográfica- está basada en variables políticas, demostrando la habilidad de los Estados a responder y adaptarse a cada situación específica” (cf. Navarro, 2006:52).

A lo largo de este apartado hemos presentado, siguiendo el IPME, 2006, las grandes cifras de la protección social a la vejez, por un lado indicadores de esfuerzo e intensidad de la protección que muestran que España tiene un Estado de Bienestar menor, en términos de recursos financieros invertidos, que la mayoría de los países de la Unión Europea. También hemos comprobado que nuestro país no es uno de los más especializados en la protección a la vejez, dada la escasez del gasto público en cuidados de larga duración, cabe concluir que la protección a los mayores se realiza en España fundamentalmente a través de las transferencias regulares de rentas, es decir, de las pensiones. Hemos visto también que persisten algunos problemas, como las desigualdades en el importe de las pensiones por sexo.

5.4. Servicios sociales para personas mayores en España

El Observatorio de Personas Mayores elabora anualmente los indicadores de Servicios Sociales para Personas Mayores en España. En estos momentos se dispone de una serie homogénea por Comunidades Autónomas que abarca el período 1999-2006 (IPME, 2006). Los indicadores se refieren a las siguientes variables: número de usuarios de los servicios sociales, perfil del usuario, número de plazas y distribución según titularidad y financiación, índice de cobertura, precios unitarios y financiación, presupuesto asignado o, en su defecto, gasto estimado. Los indicadores se elaboran por tipo de servicio, para cada Comunidad Autónoma y por agregación o promedio, según el indicador, se obtienen los indicadores a nivel nacional. Los servicios sociales comprenden:

- servicios de atención a domicilio: ayuda domiciliaria, teleasistencia, comidas a domicilio, ayudas técnicas, apoyo familiar, …
- servicios de atención diurna: Hogares y Clubes y Centros de día para personas mayores dependientes, y,
- servicios de atención residencial: centros residenciales, estancias temporales, viviendas tuteladas, apartamentos y servicio de acogimiento familiar.

En el contexto de la importante reforma que supone la implantación del Sistema Nacional de Dependencia en España, iniciada con la publicación del *Libro Blanco sobre atención de personas en situación de dependencia*, el informe 2006 introduce las siguientes novedades: el número de usuarios dependientes en todos los servicios, se amplia la información sobre servicios de atención a domicilio, incluyendo ayudas técnicas a la autonomía personal y programas de apoyo familiar y a la dependencia. Por último se introduce la variable edad media de ingreso en centros residenciales según género. Las fuentes utilizadas para la explotación de datos y elaboración de indicadores son las siguientes: Informes 2000, 2002 y 2004 *Las Personas Mayores en España* (MTAS-IMSERSO); *Base de datos de Residencias del Portal Mayores; Libro Blanco sobre Atención a Personas en Situación de Dependencia en España* (enero 2005) (http://www.imsersomayores.csic.es); Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es), *Datos de Población, Padrón Municipal* (varios años); *Cuentas Económicas, Contabilidad Regional de España*; fichas remitidas por las Comunidades Autónomas, Diputaciones Forales y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla sobre servicios sociales para personas mayores a enero 2006.

6. Riesgo de pobreza

Desde el Consejo Europeo de Laeken, 2001, se entiende que la exclusión social se produce por carencias en cuatro dimensiones básicas: renta, empleo, salud y educación. Además supone optar por una forma de medir la pobreza entre todas las alternativas posibles. En primer lugar opta por una definición de pobreza relativa, en el entendido de que una noción absoluta es menos pertinente para la Unión Europea porque el desafío de la misma no es garantizar a sus ciudadanos un nivel de vida básico que permita cubrir las necesidades más elementales para el mantenimiento de la vida, como sería el caso en países menos desarrollados, sino permitirles compartir los beneficios de una prosperidad media elevada. Pero es, además, una noción doblemente relativa, en el sentido de que la pobreza se define en relación al nivel de vida de cada uno de los países miembros y no en relación al conjunto de los países del área. Además, en nuestro país hemos medido la pobreza y la situación económica tradicionalmente a través de los gastos de los hogares y no de los ingresos. El cambio tiene consecuencias importantes, en las series que presenta EUROSTAT, el cambio metodológico se produce entre 2001 y 2002, y entre esos dos años se produce un incremento de la tasas de pobreza de los mayores del 22 al 28% para España (también cambia, pero a la inversa, la tasa de pobreza de los más jóvenes; la conjunta permanece igual, o sea que el cambio a la consideración de los ingresos y no de los gastos empeora la situación de los mayores y mejora la de los niños). La propia Oficina de Estadísticas de la Unión Europea advierte de la ruptura de la serie, es decir, que asume que la diferencia entre esos dos valores responde en buena medida al cambio metodológico.

La *tasa de riesgo de pobreza* es el porcentaje de personas que viven en hogares en los que la «renta disponible equivalente» es inferior al 60% de la renta mediana equivalente de su país de residencia. El año de referencia es 2004. El indicador muestra que la tasa de riesgo de pobreza de los mayores españoles se encuentra entre las más altas de la Unión Europea, con un 30%; en valores muy próximos a los de Portugal y Grecia, aunque decididamente por debajo de Irlanda (40%). La media de la Unión Europea es bastante más baja (18%) y más aún en los nuevos países miembros (9%). En España, como en otros países del área, las tasas de pobreza más altas se producen en los dos grupos de edades extremos, entre los más jóvenes y los más mayores, pero siempre más entre los mayores. En otros países la pobreza realmente se ha invertido y el riesgo más elevado corresponde a los jóvenes, así sucede en Alemania, Francia, Italia, Finlandia y Suecia. En este último, por ejemplo, si el riesgo de pobreza alcanza al 11% de la población, para los jóvenes de 16 a 24 años es del 26%. Los nuevos países miembros también tienen tasas de pobreza inferiores entre las personas mayores, de hecho, en estos países el riesgo de pobreza disminuye con la edad.

El indicador de pobreza vuelve a mostrar la manera en que la forma de convivencia determina la situación económica de los mayores: las parejas mayores tienen el mismo riesgo de pobreza del conjunto de la población mayor; vivir solo significa, sin embargo, una tasa del 52%.

En suma, podemos afirmar siguiendo el IPME 2006, que los mayores cuentan en general con la seguridad material de la propiedad de las viviendas, aunque todavía existen en ellas carencias y falta de dotaciones básicas. En relación con la situación económica, en general, los mayores han conseguido salir de la pobreza que caracterizaba a la vejez en décadas anteriores, su situación económica es aceptable, aunque todavía existen importantes minorías que viven en condiciones de escasez, particularmente entre las mujeres y entre quienes viven solos. La dependencia de los mayores de los sistemas de protección social, fundamentalmente de las pensiones, los mantiene fuera de la pobreza, aunque obviamente la mayoría no pueden competir con personas que tienen otras fuentes de recursos, particularmente los salarios. Sin embargo, todo parece indicar que los mayores permanecerán en el futuro próximo al margen del mercado de trabajo.

7. Nivel educativo

La distribución de la población española por grupos de edad y niveles de educación sigue mostrando el «desfase» de los mayores a este respecto. Según la *Encuesta de Población Activa* (EPA), todavía el 7,6% de los españoles de 65 o más años son analfabetos, en términos absolutos son más de medio millón de personas; además, un 32,4% no ha completado los estudios primarios; tan sólo el 11,4% tiene estudios secundarios y un 6,6% estudios superiores. Asimismo persisten importantes diferencias de género entre ellos, la tasa de analfabetismo de las mujeres (9,8%) duplica a la de los hombres (4,7%) y sólo el 4,5% tiene estudios superiores, frente al 7,0% de los hombres. En los próximos años las condiciones educativas de los mayores van a evolucionar con una cierta lentitud: prácticamente hasta el grupo de edades de 50 a 54 años el analfabetismo no reduce su presencia a lo meramente simbólico; también para ese grupo de edad que empezará a llegar a la vejez dentro de quince años el número de personas que han completado al menos la primera etapa de la educación secundaria supera a los que tienen niveles de instrucción inferiores. Si añadimos como frontera educativa la segunda etapa de los estudios secundarios, esto sólo sucede a partir del grupo de 40 a 49 años que es, en términos educativos, la generación que ha protagonizado los cambios más importantes; en estas cohortes además las mujeres empiezan a aventajar a los hombres en recursos educativos.

Dentro de la Unión Europea los mayores españoles, junto con los portugueses, son los que presentan niveles educativos más bajos. Entre los distintos países existen variaciones considerables, Alemania y la República Checa son los países en los que el nivel educativo de los mayores es más alto: más de ocho de cada diez hombres y aproximadamente la mitad de las mujeres han superado la segunda etapa de secundaria; en otros siete países más de la mitad de los hombres han alcanzado estos niveles; entre las mujeres y en la mayoría de los países aproximadamente una de cada tres tiene una formación equivalente. Los últimos lugares corresponden a los países del sur de Europa junto con Irlanda. El paradigma de la nueva vejez orientada hacia la autorrealización personal indica que los mayores tienen un interés creciente por las actividades formativas, sin embargo es bastante difícil conseguir indicadores al respecto.

8- La desatención de la sexualidad

Entre los datos disponibles, obtenidos a través de encuestas a mayores españoles por distintos organismos e investigadores, el IPME-2006 presenta –además de todo lo ya comentado aquí- un conjunto de indicadores referido a las creencias y prácticas religiosas, a la política, y a las opiniones y actitudes hacia un conjunto de cuestiones sociales de actualidad e interés general (igualdad de género e inmigración) y de las actitudes hacia el medio ambiente y el progreso científico, que suponen una aproximación a su proyección hacia el futuro. También se recogen indicadores sobre gustos. Los autores sostienen que “son oportunos porque aluden a dimensiones de la experiencia de la vida que hemos tratado poco en el análisis de la vejez”. Es decir, este importante y exhaustivo informe sobre los mayores, obvia completamente el tema de la sexualidad. La sexualidad no se contempla ni en relación a la salud, ni al ocio, ni a las relaciones personales. Como vimos no es considerado con entidad suficiente para dedicarle ni un pequeño epígrafe ni siquiera un subepígrafe o una mínima referencia. Como aquello que no se nombra no existe, se alimenta la idea de una vejez asexuada. Consideramos que el ‘no tratamiento del tema’ es un buen indicador de la invisibilidad del mismo para las instituciones y políticas públicas españolas y andaluzas, así como para la sociedad en general.

Situación que pudiera ser una consecuencia visible del exiguo gasto que realiza España en Bienestar Social. Recordemos que “España es, según el informe de la OCDE sobre servicios públicos a los ancianos de 2004, el país europeo con un gasto público en atención domiciliaria y servicios de atención a las personas con discapacidades más bajo de la Unión Europea” (Navarro, 2006:42). Son las familias y, muy especialmente las mujeres, las que cubren las insuficiencias del Estado de Bienestar español, y ello a un elevado coste humano, social y económico. Ahora bien, si se quiere seguir conteniendo el gasto y, simultáneamente, mejorando la calidad de vida, será necesario diseñar políticas preventivas que contribuyan a controlar su previsible aumento derivado del envejecimiento de la población. No sólo la sexualidad sino también los espacios de sociabilidad, las redes sociales, las relaciones intergeneracionales, la actividad social y profesional... en definitiva, la promoción del envejecimiento activo, parecen imponerse como línea de trabajo.

CAPÍTULO II– ENFOQUE SOCIOLÓGICO. ÁMBITOS INVESTIGADOS EN ESPAÑA

1- La construcción de las categorías de edad y las trayectorias de vida

¿Qué entendemos por vejez? Sostenemos que las construcciones sociales indican en cada sociedad qué es ser viejo y que se espera de él. Los principios de clasificación del mundo social, hasta los más naturales, remiten siempre a fundamentos sociales. Propiedades físicas como el sexo y la edad, sirven muchas veces de criterios de clasificación de los individuos en el espacio social. La elaboración de estos criterios está, en general, asociada al surgimiento de instituciones y agentes especializados que encuentran en estas definiciones el recurso y el fundamento de su actividad. Lenoir enfatiza que "estos principios de clasificación no tienen su origen en la "naturaleza", sino en un trabajo social de producción de poblaciones que llevan a cabo, según criterios jurídicamente constituidos, diferentes instituciones, de las que las más conocidas y las más estudiadas son el sistema escolar, el sistema médico y los sistemas de protección social" (1993:62).

¿Se puede hacer de la edad el principio de formación de grupos con una cierta consistencia social? La misma noción de edad responde a necesidades de la práctica administrativa, apareció (como la expresamos ahora en número de años) en Francia en el siglo XVI cuando se generalizó la inscripción de los nacimientos en los registros parroquiales (Ariés, 1973:2). Las primeras clasificaciones de edad distinguían dos categorías: la útil (población masculina de 15 a 60 años) y la inútil, el resto de la población.

Según la época, las instituciones, las costumbres y la composición misma de la población, se definen las categorías de edad (vejez, adultez, juventud...) de manera muy diferente. La definición social de edades depende, por tanto, de:

- La composición numérica de las generaciones: por ejemplo, la disminución sumamente sensible, consecutiva de una guerra, de la población masculina de veinte a cuarenta años, tiene por efecto una redefinición de la edad legítima para acceder al estatuto de adulto
- La lucha que enfrenta a diferentes generaciones: los más jóvenes obligan a las generaciones de más edad a retirarse de las posiciones de poder para ocuparlas a su vez. O, al contrario, los mayores dilatan la juventud a través de la prolongación de los estudios y el retraso de la entrada en el mercado laboral contribuyendo al retraso del acceso al matrimonio, la maternidad..., etc.
- La lucha de clases: el ejemplo de la manipulación de la edad de jubilación es particularmente esclarecedor porque la edad de jubilación no afecta a todos los grupos profesionales por igual; las élites no tienen edad de jubilación[1]. Además, el valor de los individuos en el mercado de trabajo es una de las variables esenciales que actúa hoy sobre el envejecimiento social, debido al peso de la actividad profesional en la definición del valor social de los individuos" (Lenoir, 1993:69).

Es decir, no se puede tratar la edad como una propiedad independiente del contexto en el que adquiere sentido. Aunque la edad como cantidad mensurable legalmente si tiene una realidad social: se recuerda constantemente: cumpleaños, trámites administrativos, etc; constituye un patrón abstracto de identificación o un referente que permite las comparaciones; y, ciertas edades (18 o 65 años) tienen derechos asociados lo que confiere consistencia social.

A finales del XIX, el surgimiento de la vejez como problema social afectó en primer lugar a la clase obrera a raíz de la extensión rápida, de la organización capitalista del trabajo y del sistema de actitudes vinculado a aquélla. [...] La vejez de los obreros era asimilada entonces por el empresario capitalista a "la invalidez", es decir, a la "incapacidad de producir" […] esta es la lógica con la que inauguraron las cajas de jubilación

1.- Según se deduce de una encuesta llevada a cabo a 100 jefes de empresa y directores de personal de grandes y medianas empresas privadas, en 1961 por el IFOP "la edad a partir de la cual las diferentes categorías sociales empiezan a "envejecer", es más precoz para los miembros de las clases más bajas: para los jefes de empresa, los peones son considerados productivos al 100% hasta la edad media de 51-54 años únicamente, los obreros calificados hasta los 53-55 años, los capataces hasta los 55-59 años, los cuadros hasta los 57-59 años y no se fija edad para los jefes de empresa" (Lenoir, 1993:70).

los jefes de empresa a fin de “reducir los costos de producción, deshaciéndose en condiciones honorables de los viejos trabajadores demasiado pagados para el rendimiento que proporcionaban” (Trempé, 1971; cf. Lenoir, 1993:75).

Una nueva definición de la vejez supuso la construcción y difusión de la ‘Tercera Edad’ que correspondía a lo que podríamos llamar “identidad” de las nuevas categorías sociales de las “personas de edad”, cuya vejez ya no estaba a cargo de sus familias sino de los sistemas de jubilación. Esta nueva imagen de la vejez supuso un trabajo de categorización consistente en eufemizar el vocabulario (Lenoir, 1993.83). Así se pasa de la constelación semántica formada por términos como: ancianos sin recursos, encamados, enfermos seniles y hospicios a otra protagonizada por: personas de edad, gran edad, edad de oro, que residen en hogares del sol o residencias - luz, que se distraen en los clubs de la tercera edad, van de vacaciones con el IMSERSO, o que se instruyen en las universidades de la tercera edad.

Además de eufemizar el vocabulario hubo que imponerlo de alguna manera en la escena de los debates públicos. Esto supone una instrumentación social elaborada, como la creación de grupos cuyas funciones sean a la vez materiales y simbólicas. En el caso de las personas de edad han sido los profesionales de la gestión de la vejez (trabajadores y animadores sociales, gerontólogos, geriatras, etc) los que han desempeñado un papel homólogo al de los “militantes”, señala Lenoir (1993:85).

Si observamos las problemáticas de los diferentes discursos sobre la vejez veremos que reflejan las etapas de la evolución de las disciplinas que han hecho de la vejez una especialidad. Así,

- “los primeros discursos con carácter científico provienen del campo médico y atañen al envejecimiento orgánico (gerontología, geriatría...).
- con la puesta en marcha de los regímenes de jubilación, la problemática más específicamente de los demógrafos tiende a imponerse, en especial en el campo político administrativo. Desde este punto de vista la vejez se asimila a la jubilación”.
- La generalización de los sistemas de jubilación ha enfrentado a las cajas de jubilación a poblaciones nuevas, teniendo que hacerse cargo de nuevas demandas. Para responder a estas nuevas demandas de servicio, más culturales y más psicológicas, las cajas han recurrido a especialistas en ciencias sociales.
- Estos agentes de gestión de la vejez difunden una nueva problemática “la inserción social de las personas de edad”, describiéndose el envejecimiento como un proceso de encogimiento de la vida social, una reducción de los papeles sociales que desemboca en una muerte social” (Lenoir, 1993:96).
- En los años 90 asistimos a la creación de la “Cuarta Edad”, objeto de asilo y de cuidados fisiológicos, diferente de la tercera edad, que reclama ante todo cuidados culturales y psicológicos y tienden a imponer nuevas necesidades y, simultáneamente, la necesidad de sus servicios.
- Hoy en día se trabaja desde la perspectiva del ciclo vital, para promover un envejecimiento activo y alargar la Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI).

Estos discursos constituyen el mayor obstáculo que halla el investigador para reconstruir su objeto en la medida en que aquellos compiten por la delimitación del campo de la investigación, definiéndose la vejez como una etapa del ciclo vital: biológica para los médicos, cronológica para los demógrafos, ausencia de papeles sociales para los sociólogos (jubilados). Más allá, estos discursos contribuyen sobre todo a acreditar la representación de la vejez como una categoría de edad autónoma y con propiedades específicas. Según Lenoir, “esta autonomización conceptual de la “vejez” es el producto, por una parte, de la formación de un campo de instituciones y de agentes, que en lucha por imponer la definición de la vejez más conforme con sus intereses, contribuyen, mediante sus discursos y las formas realizadas (edificios, servicios, etc) o encarnadas (gerontólogos, geriatras) de estos discursos, a hacer una representación mental de la realidad. Mediante la acción que estos agentes ejercen sobre los individuos, transforman las categorías mentales en instituciones que tienen la fuerza y la eficacia de lo real”.

1.1 La nueva moral doméstica

Los gerontólogos son especialistas autorizados de la vejez que contribuyen a inventar una nueva moral doméstica, es decir, una nueva definición de lo que deben ser las relaciones entre las generaciones en el

seno del grupo familiar. Si la transformación de las actitudes con respecto a hacerse cargo de la vejez ha tenido tanto éxito es porque estas actitudes la antecedían al menos en parte. “La vejez ahorradora, en especial de las clases medias, estaba sobre todo orientada a los hijos: los padres ahorraban para los hijos pero, a cambio, esperaban de ellos que se comportaran como buenos hijos, es decir, que se desvivieran personalmente por sus padres ya mayores. Delegar a instituciones especializadas el cuidado de ocuparse de los jubilados y volver legítimo el hecho de que los padres de edad ya no ahorren, sino que, al contrario, gasten sus pensiones en distracciones y vacaciones repercute también en economizar una importante parte de ese trabajo de mantenimiento de la relación y del afecto que antes incumbía a los hijos” (Lenoir, 1993:98).

Pero la relaciones con las generaciones de edad siempre ponen en juego el honor familiar, la moral de sus miembros y es necesario que el ingreso en una residencia no se asimile con el hospicio. La reducción del costo moral o afectivo puede así aprobarse por el mayor costo económico de las nuevas formas de hacerse cargo. Además, el proceso de des-culpabilización tiene que estar preconizado por agentes externos a la familia, que gozan de autoridad en nombre de una nueva definición del interés bien entendido de las personas de edad. Al hacer que agentes fuera de sospecha definan cuál es el interés de las “personas de edad”, los individuos pueden adoptar soluciones conformes con sus propios intereses. De este modo se conforman a la moral y pueden extraer los beneficios vinculados a esta conformidad.

“No cabe duda de que la “política de la vejez” ofrece uno de los ejemplos más consumados de una de las funciones que asume el modo de gestión política de las relaciones sociales: hacer que los antagonismos entre los grupos, ya se trate de generaciones o de categorías sociales, más o menos constituidos, en un momento dado, se difuminen y encuentren un acuerdo, adopte éste una forma jurídica (convención colectiva) o política (reconocimiento oficial) (Lenoir, 1993:99-100). El proceso de institucionalización de una problemática en las formas científica o ética disfraza así toda una serie de preguntas que por ello mismo se vuelven impensables: por ejemplo, la pregunta sobre la sexualidad en la vejez.

2- La sexualidad como realidad socialmente construida

Los estereotipos sobre la ausencia de sexualidad en la vejez impregnan no sólo las imágenes populares sino también las investigaciones y las agendas políticas. Como destaca Herrera (2003), las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas donde no se recogen datos sobre la actividad sexual. De hecho, las actitudes, los roles y el valor del sexo en la edad tardía para la sociedad y para los propios mayores permanecen aún poco exploradas en nuestro país. A pesar de la preocupación social por la sexualidad, nuestras creencias sobre lo ‘normal’ y ‘apropiado’ del comportamiento sexual permanece fuertemente delimitado. Foucault, apuntó que “hablando de sexo nuestro inconsciente define y proscribe quién puede tener sexo con quién, cuándo y cómo” (1979). También que “lo que NO apunta a la procreación o está transfigurado por ella ya no tiene sitio ni ley. No puede expresarse. Se encuentra a la vez expulsado, negado y reducido al silencio. No sólo no existe sino que no debe existir y se lo hará desaparecer a la menor manifestación –actos o palabras- [...] Tal sería lo propio de la represión y lo que la distingue de las prohibiciones que mantiene la simple ley penal: funciona como una condena de desaparición, pero también como orden de silencio, afirmación de la inexistencia, y, por consiguiente, comprobación de que de todo eso nada hay que decir, ni ver, ni saber. Así marcharía con su lógica renqueante, la hipocresía de nuestras sociedades burguesas” (1976/2006:4). Lógica aplicable a la sexualidad de los mayores: dado que NO apunta a la procreación, ni existe ni puede expresarse.

Es también Foucault quien pone el acento sobre la confesión como un elemento del dispositivo de control de la sexualidad. La confesión es una herramienta del control sobre los pecados carnales, para impedirles fuera del matrimonio y limitar la actividad sexual del matrimonio a las prácticas que permiten la inseminación de la mujer. Hay una igualdad hombre-mujer en el sentido de que esta estricta separación sexualidad marital / fornicación concierne a ambos. Pero, en la práctica, el adulterio femenino siempre fue más castigado y peor visto.

La búsqueda del placer estaba excluida de la sexualidad lícita, y solamente podía experimentarse en el

contexto de la transgresión y siempre fue mucho más tolerada para los hombres que para las mujeres. Hay que esperar hasta el siglo XX para que el modelo del matrimonio por amor se vuelva legitimo incluso para que la iglesia católica designe la relación sexual como una forma de expresión del amor conyugal. Paralelamente se ha puesto en marcha el proceso de creación del dominio de la intimidad (Elias, 1993) que incluye la sexualidad.

Como veíamos en el caso de las categorías de edad, "los mismos límites de lo sexual se mueven, histórica, cultural y socialmente […] Los saberes, las representaciones, y los conocimientos sobre la sexualidad y, de manera más general, las disciplinas que abordan la sexualidad, son ellas mismas productos culturales e históricos que contribuyen a modelar y modificar los escenarios culturales de la sexualidad, a hacer llegar e incluso a fijar lo que describen [...] Así ocurre con las encuestas sobre los comportamientos sexuales, relacionadas a intervenciones de salud pública, que refuerzan o hacen aparecer nuevas actitudes en las relaciones sexuales" (Bozon, 2005:7).

En la sexualidad contemporánea, la procreación ocupa un espacio reducido y marginal. "La sexualidad ahora aparece como una experiencia personal, fundamental en la construcción del sujeto, al centro de un dominio que se ha desarrollado y ha adquirido un peso considerable a lo largo de los siglos, la esfera de la intimidad y de la afectividad. El repertorio sexual se ha ampliado, las normas y trayectorias de vida sexual se han diversificado" (Bozon, 2005: 31). Como sostiene Giddens (2000) estamos ante una sexualidad plástica que se guía por la búsqueda de una relación pura. El planteamiento de Giddens es que la emergencia de esta sexualidad plástica cambia la naturaleza del amor. En el pasado el divorcio era muy difícil o imposible de obtener y era difícil embarcarse abiertamente en relaciones pre-maritales. Ahora, la gente tiene más posibilidades de elección: no hay necesidad de permanecer juntos si la relación no funciona, las relaciones continúan porque la gente así lo elige, porque cada compañero aporta suficientes beneficios a la relación como para hacer que continúe. El amor se fundamenta en la intimidad emocional y solamente se desarrolla sobre el acuerdo de que cada uno está preparado para revelar sentimientos y necesidades al otro y que es vulnerable a ese otro.

Esta nueva sexualidad se integra plenamente dentro del movimiento mas general que, desde los años 70, recomienda, en el plano normativo, la igualdad, la comunicación y el hecho de compartir entre la pareja, aunque en la práctica, tareas y actividades de cada uno sigan muy especializadas (2005:38). Aquí interviene también el proceso de racionalización del placer de la sexología contemporánea. No se trata tanto de la normalización del placer y del orgasmo, sobretodo femenino, como elemento central para el funcionamiento de la pareja, sino de la unión por el placer como base del matrimonio. De aquí la necesidad de la reparación de las disfunciones de la función erótica. Se imponen una visión clínica y unas terapias comportamentales muy directivas. "El acto sexual bien cumplido se vuelve la forma suprema de comunicación entre la pareja y de bienestar para cada uno de ellos" (Bozon, 2005:39).

Según Bozon, la función actual de las normas ha cambiado, "no sirven ya para controlar ni censurar a la juventud ni proscribir actos contra la naturaleza. Las normas fijan, ordenan e interpretan el sentido de los comportamientos en función de la situación y de las experiencias vividas pero también de la coyuntura familiar, social o sanitaria"(2005:43). Cada vez más flexibles y evolutivas, las orientaciones normativas acompañan el proceso de individualización de los comportamientos. La importancia de los valores de reciprocidad y autonomía se manifiestan en aspectos como la disminución del pensamiento de que los orgasmos son simultáneos, que las infidelidades masculinas se perdonan y las femeninas no, etc.… Es decir, "los actores interpretan cada vez más sus comportamientos sexuales en función de situaciones y contextos relacionales que de principios absolutos" (2005:44).

En suma, los cambios referentes a la sexualidad, acaecidos durante las últimas décadas, se presentan menos como una revolución sexual que como una individualización de los comportamientos y de los ideales, paralela a otras evoluciones de la sociedad y de la familia. El matiz es importante. Según la tesis de la individualización de la sexualidad, estas últimas décadas han visto la aceleración de la sustitución de controles y disciplinas externas a los individuos por controles y disciplinas internas. Así, son numerosas las conminaciones contradictorias que se plantean ahora a los actores: conciliar la exigencia de reciprocidad y la de realización individual; manifestar simultáneamente espontaneidad y control de sí mismo; adaptarse de manera flexible a las diferentes situaciones y mantener la coherencia de sí " (Bozon, 2005:123).

Por otro lado, la comparación de las conductas sexuales se hace frecuentemente en términos culturalistas: países con temperamentos psicológicos distintos (latinos / nórdicos)…Cuando, en realidad, las principales diferencias están relacionadas con la organización del matrimonio, la organización social de las clases de edad y el sistema de relaciones entre los sexos, concluye Bozon (2005:124).

2.1 Sexualidad expandida versus coital

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS, 2006).

Aunque la definición anterior es lo suficientemente amplia como para dar cabida a casi cualquier idea que se tenga al respecto, no es por todos compartida. Podemos distinguir dos aproximaciones conceptuales a la sexualidad diferenciadas: la primera, centrada en la sexualidad coital o la genitalidad y, la segunda, más amplia, incluye además del acto sexual coital otras formas de intimidad y contacto físico, dando cabida a la gran variedad de dimensiones recogidas por la OMS. Veámoslo más detalladamente.

Desde la perspectiva restrictiva o coital, la sexualidad haría referencia únicamente al mantenimiento de relaciones sexuales con penetración o contacto genital íntimo. Se trata de la sexualidad como una necesidad fisiológica que se cubre satisfactoriamente.

Desde la perspectiva ampliada o expandida, la sexualidad humana "es polimorfa, puede adquirir muchas formas de expresión, y es también una sexualidad generalizada, ya que atañe a todas las edades de la vida humana, a todas las épocas del año, a todas las horas del día y se produce a pesar de los estereotipos y los tabúes" (Godelier, cf. Vásquez-Bronfman, 2006:288).

Esta segunda perspectiva es la más aceptada por los investigadores de la sexualidad de los mayores. Así, García (2005:10) la define como "una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a su disposición las personas para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías, afectos, caricias o ternura". Las relaciones sexuales son, ante todo, una manera íntima y privada de comunicación. Al practicarlo, "todos los cuerpos, están genéticamente preparados para responder al estímulo sexual, siempre que haya deseo y disponibilidad para ello, poniendo en marcha un extraordinario y complejo proceso de respuesta sexual".

Ahora bien, desde esta perspectiva se insiste en que el placer del contacto corporal, de las expresiones afectivas, de la ternura, y de la satisfacción sexual, no tiene que estar necesariamente relacionado con el coito o con la erección, sino fundamentalmente con el tipo y la calidad de las relaciones que se establecen.

En la misma línea se posiciona Maslow al definir como Salud Sexual Geriátrica a "la expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor y placer, con o sin coito" (cf. Herrera, 2003:2).

El desarrollo y la aceptación de esta perspectiva vendría condicionado por el hecho de que en la actualidad el principio de placer rige gran parte de los comportamientos, contribuyendo a que la sexualidad no se limite a los órganos genitales, sino que se extienda a todos los sectores del cuerpo que pueden producir placer. Por tanto, se atiende a la capacidad de hombres y mujeres para comunicarse y expresarse, obteniendo y dando placer a través del sexo.

Los cambios bio-fisiológicos de la sexualidad se inician lentamente entre los treinta y cuarenta años, para progresivamente ir haciéndose más evidentes a medida que se avanza en el ciclo vital. Estos cambios se experimentan en tiempos y grados muy variables y, en todo caso, no deben ser etiquetados de declive

sexual ya que, la sexualidad no se reduce únicamente a la genitalidad y procreación, apuntaba uno de nuestros informantes clave, experto en sexología, Antonio Fernández Moreno. El riesgo de percepción de los cambios en términos de 'declive sexual' depende de la asimilación al modelo de sexualidad juvenil, genital y coital. Este referente genera inseguridad y el deseo de demostrarse que nada ha cambiado, adoptando pautas de comportamiento sexual basadas en lo que los terapeutas sexuales llaman "ansiedad de ejecución" (deseo de realizar frecuentes conductas coitales en el menor tiempo posible), convirtiéndose en los peores enemigos de la sexualidad del varón en edades avanzadas[2]. Las mujeres en cambio suelen asumir, mejor que los hombres, los cambios que afectan a la esfera estrictamente sexual. Por todo ello nos parece importante cuestionar el modelo de sexualidad coital. Consideramos el concepto de sexualidad expandida más apropiado para analizar, en toda su complejidad, el fenómeno. Al parecer, lo que cambia con la edad es simplemente, la forma de expresar la sexualidad. Como apuntan López y Olazábal (2006: 23) se trata de un concepto de sexualidad mucho más rico que incluye disfrutar del placer del contacto corporal global y la comunicación, así como de la seguridad emocional que da el sentirse querido.

La sexualidad, como otros procesos psicofisiológicos, experimenta modificaciones a lo largo del ciclo vital y existe una amplia variabilidad en los momentos e intensidad de los cambios. Además, numerosos estudios muestran que, en gran parte de los casos, los cambios son modulados por factores distintos de los estrictamente orgánicos. Por ejemplo, Vásquez-Bronfman (2006:288), insiste en que es preciso abordar la sexualidad en la edad tardía, desde los aspectos socioculturales. La sociedad en general considera la conducta sexual en el anciano como ilegítima, de ahí su negación. La evolución de los valores culturales a través de los años ha traído consigo la carga de la aversión a la edad. Este rechazo y miedo a la edad no sólo ha llevado a esconder a los ancianos arrugados, sino que también ha conspirado para privarles de su sexualidad. Como documenta Nieto, la renuncia a la sexualidad se produce porque se sienten viejos y con problemas de salud, pero al mismo tiempo se percibe que también les intimidan mucho las críticas de los compañeros a la hora de establecer nuevas relaciones. "Siguen estableciendo juegos de seducción y podría decirse que el erotismo está presente en sus vidas y lo manifiestan en actitudes, miradas, palabras, contactos" (1995:462). Nieto, cuya investigación revisamos a continuación, llega a la conclusión de que "la renuncia es más una imposición social que una característica intrínseca del anciano. Se dan casos de genitalidad y, desde luego, de sexualidad expandida", sostiene este autor (1995:463).

3-Sexualidad activa y salud

Partiendo de la definición de salud aportada por la Organización Mundial de la Salud: "es el perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia", podemos defender, con López Sánchez (2008) que la actividad sexual en edades avanzadas, beneficia la salud: "los médicos deberían prescribirlo como una medicina más. Los buenos ratos favorecen el bienestar general. El cerebro libera una serie de sustancias químicas que propician ese bienestar. El orgasmo también es bueno para el sistema cardiaco, para el sistema respiratorio, para el sistema nervioso. Tener relaciones es un buen ejercicio que tonifica la musculatura". Además, "la intimidad corporal que supone estar con otra persona, acompañado, ayuda a superar la soledad, el auténtico mal para la tercera edad". La soledad afectiva es, sin duda, un problema de salud muy importante. Herrera (2003:151) habla de la etapa de las "pérdidas y de los temores: a la soledad, al aislamiento, a la incomprensión, a la falta de recursos económicos, a la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia...".

También García (2005:34), defiende que "la vida afectiva y sexual en las personas mayores es saludable, necesaria y beneficiosa [...] Pensamos que una vida sexual activa y satisfactoria es un buen síntoma de salud y bienestar. El impedir o coartar esta capacidad no hace sino aumentar el sufrimiento y la soledad a las que ya de por sí, nuestra sociedad competitiva tiende a condenar a las personas mayores, acelerando el proceso de envejecimiento"[3]. Hemos de considerar que a través de la sexualidad, continua García, se puede ayudar a combatir los problemas de soledad tan prevalentes en la ancianidad, como queda constatado en una

2.- No obstante, en determinados casos, el uso de fármacos vasoactivos puede contribuir al mentenimiento del ritmo deseado en la actividad sexual.

3.- En esta línea, Nieto (1995:17) defiende que "cuanto mejores sean los dispositivos de salud del anciano, mayor interés tendrá en la expresividad sexual".

encuesta con mayores chilenos: mantener una vida sexual activa es considerado por ellos como una evasión a la soledad, al sentirse queridos, deseados y aceptados. “En este sentido y desde una perspectiva preventiva, convendría sugerir a los profesionales y a las familias, que promuevan espacios de relación, vínculos de afecto y fomenten las relaciones entre ellos y ellas, ya que será un objetivo de salud muy importante” (2005:7). Para este autor, las necesidades afectivo-sexuales presentan una dimensión puramente social porque:

1- Necesitamos disponer de una red de gente, amigos, compañeras con las que comunicarnos, evitando el aislamiento y la soledad
2- Necesitamos intimidad, contacto físico, sentirnos bien: tocar, abrazar, besar, etc. “La dimensión sexual puede contribuir a satisfacer esta necesidad, ni más ni menos importante que otras. El sexo, pues, tiene una dimensión personal, pero sobre todo lo característico es su proyección social y de relación humana” (García, 2005:11).

El deseo sigue existiendo. López Sánchez (2008) afirma que “la fisiología del placer es algo que nos viene dado y que persiste en la vejez. Pero, la sexualidad sólo funciona si no la interferimos con miedos, con falsas creencias, con hostilidad e incomunicación. Es decir, el principal obstáculo para gozar no está en la fisiología, sino en el tabú y las falsas creencias. Tener miedos, arrastrar problemas de pareja (el tipo y la calidad de la relación previa), el género, la salud o la existencia de una pareja accesible, el entorno, el tipo de residencia, los aspectos económicos o no considerar el cuerpo como deseable disminuyen el deseo. Hay que potenciar que la vejez también tiene su belleza. Tal vez porque como Didier Vincent, también Godelier, subrayan “el órgano primordial de la sexualidad humana es el cerebro, ya que éste conduce a la elaboración de las emociones y los sentimientos, a los miedos y a una sensación de placer que contribuyen a crear un erotismo marcado por la época histórica y la sociedad en que se vive. El ser humano tiene una sexualidad que elabora durante toda su vida, de acuerdo con el marco de los valores y normas sociales en los que vive y ha sido educado” (cf. Vásquez-Bronfman, 2006:89)

En resumen, podríamos considerar que la sexualidad y la afectividad pueden mantenerse durante la vejez y que la satisfacción sexual no tiene porque disminuir. Incluso se informa, en ocasiones, de una mejoría de este tipo de vivencias con la edad. Todo ello en razón de que la calidad de la actividad sexual en la vejez, depende más de factores psico-sociales que de la edad, siempre que no existan problemas de salud importantes.

Pero no sólo la actividad sexual se asocia con la salud sino que también la enfermedad interfiere en la salud sexual. La edad y los problemas de salud presentan una asociación negativa con algunos aspectos de la sexualidad. Lindau (2007, *vide infra)* advierte que los problemas sexuales pueden ser una señal de aviso o una consecuencia de enfermedades serias como la diabetes, las infecciones o el cáncer. Los pacientes pueden necesitar medicación discontinua porque parte de sus efectos afectan a su sexualidad y la medicación para tratar problemas sexuales puede también tener efectos negativos sobre su salud.

Diferentes estudios concluyen que las disfunciones sexuales están asociadas con una salud débil. El estudio de Lindau también muestra que la sexualidad está asociada con el estado de salud en edades avanzadas. Las personas con buena salud física están más dispuestas a mantener relaciones íntimas, tener pareja y ser sexualmente activas. La prevalencia de la disfunción eréctil es mayor a mayor edad, sin embargo, otros problemas sexuales como la eyaculación precoz o el dolor son menores entre las personas de más edad. La salud física está más fuertemente asociada con algunos problemas sexuales que con la edad (considerada de forma aislada) (2007:772).

Además, se puede contar con las aportaciones de la medicina antienvejecimiento, es decir, aquella que persigue facilitar la adaptación a los cambios que trae el tiempo y llegar a la vejez con los mínimos déficits y alteraciones y asimismo comprimir la morbilidad, esto es, conseguir que las enfermedades se acumulen, en caso de ocurrir, en los momentos terminales de la vida. Una consecuencia a tener en cuenta de la aplicación de medidas *anti-aging* es que llevaría a reducir considerablemente el gasto sanitario. Desde esta perspectiva se han estudiado sociedades especialmente longevas para intentar identificar aspectos comunes que explicaran esa mayor esperanza de vida. Viña (2006:30), destaca que hay grupos de población en los que muchos individuos llegan a centenarios. Del estudio de sus comportamientos comunes se deriva que: son grupos poblacionales que mantienen durante mucho tiempo amistades sólidas, comen

relativamente poco y encuentran un sentido a la vida (Isla de Okinawa). Los adventistas estadounidenses siguen una dieta basada en productos vegetales y tienen una vida religiosa muy profunda. En Cerdeña, beben vino moderadamente, tienen una vida familiar muy marcada y comen pequeñas cantidades de alimentos ricos en ácidos grasos polisaturados además de condimentar sus comidas con aceite de oliva. El factor común que se ha encontrado en todas estas poblaciones, señala Viña, es que no fuman, tienen un importante sentido familiar, se encuentran integrados socialmente (no sufren de soledad), y comen gran cantidad de productos de origen vegetal.

Terminamos este apartado reflexionando con López y Olazábal (2006), en la vejez, las necesidades económicas, sociales, afectivas y sexuales están frecuentemente mal cubiertas o fuertemente amenazadas. Ahora bien, tampoco debemos creer que la actividad sexual es absolutamente necesaria para la salud. “Uno de los errores de la sexología es el de prescribir la necesidad de actividad sexual” (2006:91). De hecho, en las sociedades longevas reseñadas por Viña, no encontramos referencia alguna a la actividad sexual.

4-La investigación de la sexualidad de los mayores en España

Hemos intentado localizar y revisar las más recientes investigaciones sobre la sexualidad de los mayores realizadas en nuestro país. Presentamos aquí las investigaciones dirigidas por: Nieto, 1995; Moioli, 2005; Vásquez-Brofnman, 2006; López y Olazábal, 2006; y Sánchez Vera y Bote Díaz, 2007. Estas investigaciones exploran aspectos muy concretos de la sexualidad y obtienen resultados que apuntan en la misma dirección: tendencia a la disminución de la frecuencia en la actividad sexual con la edad, de modo más acusado en las mujeres que en los hombres; diferencias de género muy marcadas: el interés de ellos se enfrenta al, cada vez mayor, desinterés de ellas. Mantenimiento de una buena parte de las personas mayores de algún tipo de actividad sexual (no estrictamente coital). Además, aquellos que mantienen una sexualidad activa y sana se caracterizan por: buena salud integral, pareja sexualmente activa, actitud sexual positiva y una historia de actividad sexual gratificante. Nos sorprende el amplio consenso encontrado en este campo.

4.1 La encuesta de Moioli

Debemos ser muy prudentes, las investigaciones en España son escasas y con metodologías discutibles. Por ejemplo, la encuesta de Moioli fue realizada con una muestra muy reducida y sin muestreo lo cual impide hacer generalizaciones. La validez externa de este estudio es muy cuestionable. Sin embargo, es el único que aporta datos sobre la frecuencia de la actividad sexual en nnuestro país.

En la encuesta de Moioli (2005) con mayores sevillanos (275 voluntarios –157 varones y 118 mujeres- de entre 54 y 89 años, usuarios de los Centros de Día de Mayores de Sevilla) se indica que el 39% de las mujeres y el 81,45% de los varones mantienen actividad sexual. Dicho de otro modo: el 61% de las mujeres y el 18,6% de los varones contestaron que la frecuencia con la que realizaban algún acto sexual era nunca. De los sujetos muestrales el 56% consideran placentera su experiencia sexual; mientras que el 42% la valoran como enriquecedora. El 41,5% como necesaria y el 33,5% como divertida.

Sólo el 11% (29 sujetos) había recibido algún tipo de asesoramiento en sexualidad: familiares, amigos, médicos, lecturas, televisión, prostitutas y observar animales, fueron sus fuentes de información. Aunque son pocos los que consideran necesitar información, un 64% cree seguro o posible asistir a reuniones informativas sobre sexualidad. Entre los principales motivos aducidos para no mantener relaciones destacan: la falta de ganas, la ausencia de compañero-a y los motivos médicos. Por el contrario, los acicates para mantener relaciones, son: hace sentirse bien, placer, afecto, ternura y expresar sentimientos.

Los tipos de conductas que realizan mayoritariamente son, en orden descendente: caricias, coito, pensamientos eróticos, masturbación individual y en pareja. El sexo oral ocupa el último lugar en frecuencia. Más de la mitad de la muestra era de la opinión de que el sexo continua toda la vida; el 83% contestó que la actividad sexual es buena para la salud y el 31% que “las personas ancianas no tienen deseos ni necesidades sexuales” (2005:20).

4.2 La investigación de Nieto

Más completa y rigurosa fue la investigación llevada a cabo por Nieto una década antes, en 1995. Nieto trabajó tanto con técnicas cuantitativas como cualitativas. Aplicó un cuestionario a una muestra nacional de 1.110 sujetos de 65 años y más (m.e.+-3%), además, realizó 60 entrevistas en profundidad, en el domicilio o residencia habitual del entrevistado.

Las conclusiones de Nieto coinciden con los resultados obtenidos por Moioli sobre la escasa información recibida por los mayores acerca de la sexualidad: "poca, por no decir ninguna. Se aprende sobre la marcha. Siguen teniendo muchas lagunas, a la vez que falsas concepciones, sobre la sexualidad. Consideran que actualmente hay una excesiva libertad en cuanto a los temas sexuales y a su tratamiento en los medios de comunicación. Opinan que no está mal que los jóvenes sepan más sobre este tema de lo que ellos y ellas sabían y que estén más preparados cuando van al matrimonio" (Nieto, 1995:452).

Nieto abordó numerosos ámbitos de la sexualidad en su investigación. Sobre cómo entienden la sexualidad los mayores, nos indica que: "se aprecia en ellos una sexualidad expandida (miradas, caricias, ensoñaciones, picardía y procacidad, etc) frente a una sexualidad coito céntrica que es lo que ellos entienden por sexualidad" (1995:452). Concretamente, las mujeres asocian felicidad sexual con inocencia e ingenuidad. Necesidad de afecto y compañía, besos, miradas se van imponiendo a medida que desciende la salud. Respecto a las prácticas sexuales, los mayores manifiestaron no masturbarse pero algún residente informó de que su compañero lo hacía mientras visualizaba películas pornográficas. Otros varones dicen utilizar la masturbación como desahogo. No así las mujeres que tienen tal práctica en muy mala consideración, poco entendida por ellas, lo ven como un vicio.

El matrimonio era asociado, por las mujeres entrevistadas por Nieto, con sexualidad no así por los hombres. "Estos hablan más de deseo y de satisfacer éste aun fuera de la pareja conyugal" (1995:454). La mayoría de las mujeres fueron vírgenes al matrimonio, no es el caso de los hombres. Estos se iniciaron con las prostitutas (aspecto éste ratificado por Vásquez Bronfman, 2006). Mientras las mujeres sienten lástima por las prostitutas (piensan que lo hacen por necesidad aunque algunas lo asimilan al vicio) por el contrario, los hombres justifican plenamente su existencia (Nieto, 1995:458).

Las marcadas diferencias de género se manifiestan también en sus opiniones respecto a la infidelidad: "se justifica para el hombre porque tanto ellas como ellos siguen creyendo que éste tiene impulsos que no se pueden controlar" (Nieto, 1995:455). La doble moral circula con el beneplácito de las dominadas. El divorcio sólo lo aceptan en casos extremos (malos tratos..).

¿Cómo perciben los mayores las relaciones de pareja al enviudar? Sabemos que los matrimonios entre mayores son muy poco frecuentes (sólo un 3,3% ha iniciado una relación después de los 65), aunque la cifra podría ser un poco mayor respecto a otro tipo de uniones o relaciones esporádicas, seguiría siendo reducida. Nieto destaca que una de las razones que contribuye a que las mujeres no quieran establecer relaciones al enviudar es que identifican matrimonio con servicio o cuidado del otro. Otras razones son: económicas (como el temor a perder o ver reducida su pensión[4]); sentimentales: está el miedo a la pérdida de un ser querido como freno: encariñarse para después perderlo (Nieto, 1995:456). Entre las condiciones que sí contribuyen a crear nuevos lazos están: la soledad, que es una de las causas que les encamina a la búsqueda de pareja pero prefieren el noviazgo al matrimonio. Sánchez y Bote (2007) confirman esta visión al afirmar que los mayores opinan que la formación de parejas responde a la necesidad de compañía, muy por encima del interés económico, el amor o el sexo.

Respecto al deseo sexual, ni la jubilación ni la menopausia hicieron disminuir su deseo sexual, afirma Nieto. Los mayores se vieron con más tiempo y menos miedo a embarazos no deseados. Eso sí, es preciso romper con mitos o barreras sociales para ser capaz de acomodar las vidas a las nuevas situaciones. Homosexualidad y lesbianismo son asociados al vicio. Numerosos mayores no conocen el término lesbianismo. Hablan de tortilleras y dicen que han existido siempre. En cualquier caso lo consideran un

4.-Tal y como ocurría por ley hasta 2001.

"vicio antinatural". Tampoco la pornografia ni el aborto eran aceptados por los mayores entrevistados por Nieto en 1995. En 2007, Sánchez y Bote, concluían:"los varones son mucho más permisivos y tolerantes que las mujeres. Conforme aumenta el nivel de estudios aumentan las posiciones favorables y permisivas, también lo son las menos religiosas y las que más capital económico poseen (2007:143-4).

Respecto a la percepción del propio cuerpo, Nieto sostiene que las personas de más edad, no lo aceptan, lo ven como algo susceptible de contraer enfermedades. Habría, por tanto, un rechazo del esquema corporal. Se observa algún intento de rebeldía contra los estereotipos y de juvenilización que tienen mucho que ver con el estilo de vida anterior de esa persona y con un carácter extrovertido (Nieto, 1995:460). Esta actitud sería más extrovertida en el hombre: conquistador y galante, restando para la mujer el juego de la seducción (artificio). Aunque hay que señalar que algunas mujeres rechazan activamente el rol tradicionalmente asignado a ellas de cuidadoras. "El género juega un papel importante a la hora de conformar las actitudes de las personas mayores. Las adscripciones tradicionales de rol han marcado la manera de entender la vejez, la viudedad o el matrimonio, de tal forma que aspectos como el duelo o la valía para la vida en solitario son experimentados de manera diferente en función del sexo de los sujetos" (Sánchez y Bote, 2007:140)

En 2007, Sánchez y Bote afirmaban que las relaciones de noviazgo y de matrimonio de y entre mayores en España son un fenómeno de incidencia relativa, casi residual. "En las construcciones sociales sobre la vejez y sobre el matrimonio de los mayores, prima una percepción instrumental funcional, dejando al amor un papel residual. Los mayores españoles muestran una actitud favorable hacia el fenómeno en general pero discriminan entre los demás y ellos mismos, manifestándose más rígidos respecto a sí mismos".

4.3 La encuesta telefónica de Sánchez y Bote

En 2007, Sánchez Vera y Bote Díaz llevaron a cabo una investigación cuantitativa a través de encuesta telefónica. La muestra estaba formada por 600 mayores de 65 años, residentes en España. En ella se formularon preguntas sobre las siguientes cuestiones: estilo de vida, relaciones, actitudes, formas de convivencia, atractivo, sexualidad y matrimonio. De esta encuesta, Sánchez y Bote (2007:143-4), concluyen:

El envejecimiento demográfico y las percepciones sociales favorables, han incrementado la potencialidad de relaciones sentimentales, tanto de noviazgo como de matrimonio de y entre personas mayores. Se trata de un mercado matrimonial especial. La edad, los estados civiles anteriores y la mejor posición económica del varón además del déficit de varones sitúa en mejor posición a estos. La relación de un varón por 3,7 mujeres, les permite reclutar su cónyuge de manera muy seleccionada, entre mujeres más jóvenes, más instruidas y con mejor posición laboral.

Características de la nupcialidad de los mayores:

- Ha aumentado en términos absolutos el número de matrimonios en los que al menos una persona es mayor de 60 años pero no en términos relativos entre 1950 y 2001.
- La nupcialidad de los varones siempre ha sido mayor aunque las diferencias se han atenuado.

Las segundas nupcias de los mayores se caracterizan por una homogamia de estados civiles, siendo la viudez el estado hegemónico, adquiriendo un peso creciente los matrimonios de o entre personas mayores donde los contrayentes provienen de estados civiles diferentes. Se pueden identificar los siguientes perfiles:

- Hombre mayor viudo, jubilado, que se casa con una mujer menor de 60 años.
- Mujer mayor soltera, jubilada, que se casa en primeras nupcias con hombre mayor de 60.
- Matrimonio entre mayores: varón, viudo jubilado que se casa con mujer soltera y laboralmente activa.
- Matrimonio de mayores: varón, viudo, jubilado, mayor de 60 que contrae matrimonio con mujer menor de 50 años.

También Villar y López-Chivrall (2005) realizaron un estudio con el objetivo de conocer cómo es la experiencia

amorosa en las personas mayores y analizar la influencia que sobre esta experiencia pueden tener algunas variables. En el estudio participaron 144 personas de más de 65 años con relaciones de pareja de 30 años o más de duración. Entre las variables que se evaluaron se encontraban variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, etc.), la satisfacción marital y la experiencia amorosa. Entre los resultados encontrados destacan: las personas mayores resaltan más la intimidad y el compromiso que las personas más jóvenes. Parece que la importancia de estas dimensiones aumenta con el paso de los años, mientras que la pasión disminuye. Además, encontraron diferencias entre hombres y mujeres, de manera que las mujeres presentaban una menor satisfacción marital y menor puntuación en las dimensiones de intimidad y pasión que los hombres.

4.4 La revisión de López Sánchez y Olazábal (2006)

La revisión de estudios sobre sexualidad en la vejez llevada a cabo por López Sánchez y Olazábal (2006:70), incluye los siguientes estudios:

- Kinsey[5], (1948-1952); mayores de 60 años, 99 varones y 56 mujeres; entrevista
- Masters y Johnson (1960); mayores de 60 años; 152 entrevistas y medidas fisiológicas
- Pfeiffer (1968); mayores de 45 años; 261 varones y 241 mujeres; entrevista
- Martín (1977); mayores de 60 años; 207 varones; entrevista
- George y Weiler (1981); entre 56 y 71 años; 260 casados-as; cuestionario longitudinal
- Hite (1977-1983); mayores de 60 años; 772 varones y 25 mujeres; cuestionario
- Starr-Weimer (1981); mayores de 60 años; 282 varones y 518 mujeres; cuestionario
- Brecher (1984); mayores de 50 años; 2402 varones y 1844 mujeres; cuestionario
- Bretsneider y McCoy (1988) mayores de 80 años; 100 varones; cuestionario
- López (1990); mayores de 65 años; 20 varones y 27 mujeres; entrevista
- Janus y Janus (1993), mayores de 65 años, 212 varones y 221 mujeres, cuestionario
- Nieto (1995); mayores de 65 años; 452 varones y 658 mujeres (total 1110 cuestionarios) y 60 entrevistas

Esta revisión, lleva a López Sánchez y Olazábal a concluir que:

"1- La actividad sexual puede mantenerse durante la vejez.
2-La experiencia sexual no tiene porque ser menos satisfactoria.
3-Un número relativamente importante de sujetos mejora su experiencia sexual durante la vejez
4-Más que la edad, son factores psicosociales los que determinan el descenso y la insatisfacción de la actividad sexual durante la vejez.
5-Aspectos esenciales de la sexualidad, como el interés sexual, el rol de género, la capacidad de enamoramiento y afecto, la capacidad de intimidad y compromiso, la capacidad de dar y recibir placer, etc, no tienen por qué disminuir, sino que, como ocurre en algunos casos, pueden mejorar" (2006:47).

Aunque insisten en que "la verdad más significativa sobre las conductas sexuales en la vejez es que éstas son muy diferentes de unas personas a otras, a pesar de las uniformidades señaladas anteriormente" (2006:71).

Estos autores insisten en que algunos aspectos esenciales de la sexualidad (interés sexual, capacidad de enamoramiento, comunicación y afecto...) se vivan con menor intensidad no depende tanto de la edad como de otros factores personales, sociales y situacionales (2006:81). A factores psicosociales atribuyen también el hecho de que las mujeres tengan menos actividad coital que los varones (debido a la doble represión social: por ser mujer y ser vieja). Aunque, señalan que algunas investigaciones (Janus y Janus, 1993) apuntarían al descenso de las diferencias entre varones y mujeres.

Los que ahora son mayores forman la primera generación que llega a la vejez con buenas condiciones de todo tipo (salud, económicas, educativas, relacionales...), esto hace que sean pioneros y que tengan que

5.- El estudio de Alfred C. Kinsey sobre la sexualidad de los estadounidenses, fue realmente pionero, aportando datos sobre heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad. Su planteamiento, diseño, búsqueda de financiación..., es decir, todo el proceso de investigación ha sido llevado al cine recientemente (2004) por Bill Condon, bajo el título Kinsey. Recomendamos esta película.

inventar la forma en que desarrollar su sexualidad. Menor represión social y moral, más independencia, mejor salud pero ausencia de modelos, esa es la situación en que se encuentran. Se ven así obligados a romper convenciones, escandalizar, hacer lo impensable y aquello que a lo largo de toda su vida habían considerado como prohibido.

4.5 Una aproximación a la sexualidad de los mayores a través de las historias de vida, por Vásquez-Bronfman

Ana Vásquez-Bronfman (2006), llevó a cabo un análisis sobre el amor y la sexualidad de los mayores a través de 20 historias de vida realizadas en: España (10) y Francia (10), a diez mujeres y otros tantos varones de entre 54 y 80 años.

Vásquez-Bronfman sostiene que las diferencias entre varones y mujeres se ven mediadas por las constricciones que impone el país donde fueron socializados sus informantes. Así, "todas las mujeres entrevistadas en España se casaron vírgenes y muy jóvenes, y todos los hombres tuvieron sus primeras experiencias sexuales con prostitutas[6] [...] Al contrario, ninguna de las mujeres entrevistadas en Francia se casó virgen y, además, no todas ellas se han casado. El inicio en el sexo de los hombres entrevistados en Francia fue muy diverso, desde "una amiga de mi madre", a "la compañera de curso de primero de universidad", pasando por "la niña que trabajaba en casa (la criada)" o "*une dame très accueillante*" (2006:23). En España, las mujeres asociaban la sexualidad al amor y al matrimonio, al pudor y al pecado, mientras que las mujeres entrevistadas en Francia disociaban la sexualidad del amor. "La sexualidad les producía una mayor curiosidad y, a pesar de haber recibido una educación muy religiosa, no sentían que eso significara ningún freno" (2006:23).

La autora pretende entender la sexualidad de la persona mayor a través de su vida. Desde la perspectiva del ciclo vital, sostiene que "cada persona se ha ido moldeando en la medida en que vivía su vida: aquello que uno 'es ahora', aquello que se atreve a ser, es el resultado de experiencias, de represiones, de accidentes, de miedos, de amores..." (2006:15). Todo ello sumado a la importancia de las enfermedades (propias y de la pareja) y de los problemas laborales que funcionan como inhibidores de la actividad sexual.

Según sus apreciaciones en España se practican más actividades y reuniones sociales que en París (2006:184). Los mayores llegan a la jubilación con buena salud y se encuentran con mucho tiempo libre disponible pero con la certidumbre de que el tiempo tiene un límite, un fin: la muerte. El miedo a un período de deterioro antes de la muerte sería algo común a toda la generación. Esta generación de mayores es la generación del cambio (como también señalan Sánchez López y Olazábal).

"El tema de la sexualidad sigue siendo algo de lo que no se habla porque 'puede traer problemas', puede ser malinterpretado" (2006:196). Las referencias al tema se harán en tono jocoso para evitar esas posibles interpretaciones. Algunos manifiestan no hablar de sexualidad ni en público ni en privado –nunca hablaron de ello con su pareja-. Tampoco lo hicieron con sus hijos o amigos. De hecho, la autora insiste en que fue difícil encontrar a mayores que quisieran hablar de su historia sexual.

En sus conclusiones señala: "los séniors de ahora fueron niños hace más de medio siglo, en una época en la que no había televisión, las películas eran en blanco y negro, las mujeres usaban faja y no existían aún las medias de nailon, los hombres vestían rigurosamente con traje y corbata, y todo lo relacionado con el sexo era un tema tan tabú que podía parecer inexistente. Muchos de ellos recuerdan los comentarios sesgados, las prohibiciones y los miedos que les inculcaron en su infancia. La influencia del medio social sobre las distintas concepciones y experiencias se puede apreciar comparando las entrevistas realizadas a uno y otro lado de los pirineos. Pero los cambios que se irían produciendo a uno y otro lado (el 'destape' en España y la lucha por la legalización del aborto y la difusión de los anticonceptivos en Francia) afectarían a la concepción y las prácticas sexuales de los adultos del momento. Empezarían a romper tabúes, explorar sus posibilidades de obtener y dar placer y descubrir que se puede aprender a hacer el amor (2006:263). "Es posible que las mujeres fuesen las primeras en comenzar a cambiar, ya que en su adolescencia y juventud no se concebía que pudiera existir una sexualidad femenina: en las mujeres el orgasmo y el deseo

6.- Aspecto éste que confirma los hallazgos realizados por Nieto en 1995.

se consideraba como casi inexistente, y se suponía que una mujer educada era capaz de controlar esas bajas pulsiones. Por otra parte, no existían medios anticonceptivos fiables, de tal modo que el miedo al embarazo contaminaba y reprimía su sexualidad.

No obstante, si cada uno ha ido desafiando las normas tradicionales, lo ha hecho en secreto, cuidando que nadie lo supiese. "El disimulo, la discreción, el secreto, eran y son la norma para esta generación [...] solo una de las 20 personas entrevistadas, revela a sus hijos que tiene un amante (está separada); todos los demás guardan el mayor secreto en lo referente a su sexualidad, en especial frente a sus hijos" (2006:263).

En suma, los mayores de hoy "a pesar de haber sido educados en un marco muy rígido de normas y prohibiciones sobre la sexualidad, en el transcurso de sus vidas se han atrevido y atreven a efectuar cambios. Pero simultáneamente han actuado como si las prohibiciones y las normas que les inculcaron de pequeños estuvieran aún vigentes, haciendo transgresiones dentro del mayor secreto, y cuidando que ni en sus actitudes ni en lo que decían y dicen aún hoy se reflejen estas nuevas actitudes y prácticas. Al guardar silencio sobre sus propios cambios y transgresiones, paradójicamente las personas mayores proyectan una imagen más rígida y arcaica de lo que son en realidad" (2006:264).

Badinter (2003) afirma que "al considerar la sexualidad dentro del marco de la libertad individual y no en el de la moral social, las personas pueden evitar numerosas e importantes frustraciones que, como ya se sabe, fragilizan y aceleran el envejecimiento, así como, probablemente, también la muerte. Por ello, se puede decir que, al haber ido cambiando a través de la vida, al haber transgredido tabúes y prohibiciones, sin darse cuenta, los mayores de hoy han ido descubriendo ese secreto tan buscado a través de la historia de la humanidad: cómo hacerse mayores envejeciendo menos. No se trata de una poción mágica, sino de atreverse a cambiar. Cambiar es avanzar y aprender; el cambio es vida" (cf. Vásquez-Bronfman, 2006:264).

4.6 Más allá de nuestras fronteras: la actualización de Herrera (2003)

Herrera llevó a cabo, en 2003, una interesante revisión de las investigaciones sobre la sexualidad al envejecer, revisión que fue publicada en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología:

- Von Krafft-Ebing, famoso estudioso de sexología de fines del siglo XIX, consideraba la sexualidad del anciano como una "perversión", justamente porque no era reproductiva.

- Kinsey y cols. (1948). Kinsey realizó una gran encuesta en EE.UU. sobre sexualidad, pero dedicó sólo dos páginas al tema de la actividad sexual de los mayores. Concluye que existe una disminución de la actividad sexual y del interés, tanto en varones como en mujeres, con la edad. Encontró sexualmente activos al 33% de los varones mayores de 70 años.

- Duke (cf. Pfeiffer, 1972), concluyó que existe una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad. Encontró que un 76% de los varones y un 27% de las mujeres mayores de 65 años mantenían actividad sexual.

- McCary (1968) investigó a las mujeres ancianas certificando la participación de las mujeres casadas en la relación sexual, pero con una caída de la frecuencia debida al paso de los años.

- Diokno (1990), mostró una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad, encontrando una diferencia significativa a favor de los ancianos casados (73,8% activos) frente a los no casados (55,8/activos), así como del sexo masculino frente al femenino.

- Baltimore, concluye que existe una disminución global en la frecuencia de las relaciones sexuales, encontrando un 62% de varones mayores de 60 años sexualmente activos.

- Gotenborg, encontró una frecuencia mayor de actividad sexual en los varones (48%) que en las mujeres (16%), destacando que el hecho de estar casados aumentaba la actividad sexual.

- Ribera (1991), analiza la frecuencia de relaciones sexuales (coito) en mayores de 65 años, de los cuales

un tercio estaban institucionalizados. Concluyó que el 17,1% de los varones y el 4,7% de las mujeres mantenían actividad sexual.

- Masters y Johnson (1966)[7], pusieron de manifiesto que no existe un límite cronológico para una correcta respuesta genital pero, con el paso de los años, tanto en el hombre como en la mujer se verifica una lenta y gradual decadencia física del estímulo sexual. Lo que a menudo sucede es que este decaer físico se ve acompañado por un aumento del deseo, salvo en los casos que se deba a una enfermedad física.

- Rubin (1965) en su libro *Vida sexual después de los sesenta*, destacaba que, gracias a unos sexólogos, se consiguió llenar el vacío existente en los conocimientos médicos y en las experiencias clínicas relativas a la sexualidad de los ancianos y combatir el popular estereotipo del "viejo asexuado" que tanto ha perjudicado la salud y la felicidad de demasiadas personas mayores.

En la mayoría de los estudios epidemiológicos, señala Herrera (2003), se muestra claramente que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad, y algunos encontraron que éste declinar es mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la mayoría de estos estudios valoran la sexualidad del anciano de una forma cuantitativa (frecuencia de las relaciones completas, número de orgasmos, etc.), sin considerar los aspectos cualitativos, que son los más sensibles en este grupo de edad. Por ejemplo, Kinsey y otros investigadores mostraron que la masturbación es bastante común entre los ancianos (levemente menor que en los jóvenes). En algunos trabajos recientes (Morley; cf. Herrera) se muestra que la masturbación es la actividad sexual más frecuente en los varones mayores de 80 años. El 40-50% de las mujeres independientes mayores de 60 años practicaba esta actividad, y hasta un 8% de ellas se masturban con una frecuencia semanal.

Herrera (2003) concluye en los siguientes términos: "la revisión de la literatura de todos los estudios epidemiológicos confirma que la actividad sexual existe en los ancianos y muchas veces es la norma más que la excepción. Podemos decir que no hay un límite cronológico después del cual la vida sexual desaparece". Por lo tanto es incorrecto seguir considerando al anciano como poco interesado en la sexualidad o con escasa actividad sexual. Se puede encasillar como "ageísmo" o "sexismo" la actitud de la sociedad y de los profesionales de la salud que no quieren reconocer esta realidad.

7.- Masters y Johnson y su equipo, según señala Vasquez Bronfman (2006:291), "reunía parejas heterosexuales que se prestaban voluntariamente y las observaba durante una relación sexual que les llevara al orgasmo. Estas observaciones se efectuaban en un laboratorio en donde había monitores de control de la actividad cerebral, de la actividad de la pelvis, de las modificaciones de las mucosas y de las secreciones genitales". Tras reunir una amplia casuística, publicaron en 1966, "La sexualidad humana", obra de gran impacto.

CAPÍTULO III- ÁMBITOS INVESTIGADOS EN DIFERENTES PAÍSES OCCIDENTALES

Ampliamos aquí nuestro campo de mira presentando algunas de las más recientes y completas investigaciones llevadas a cabo en diferentes países de nuestro entorno. Por supuesto, prestamos atención a Suecia (país que mayor porcentaje del PIB dedica a Bienestar Social: 33,5%, (frente al 19,7% de España, 2003), y también a Inglaterra, Estados Unidos y Québec. Pero no sólo nos interesa una visión por países sino también por temáticas. Como se podrá observar llama la atención la uniformidad de las investigaciones dado que se centran en aspectos muy concretos: identificación y cuantificación de las prácticas sexuales de los mayores, actitudes y opiniones de los mayores hacia la sexualidad, satisfacción marital y disfunciones sexuales centran la atención de los investigadores (también, de los españoles como acabamos de ver). No obstante, presentamos también una interesante investigación que atiende a la relación entre sexualidad y salud, más allá de las disfunciones sexuales. Por último, hemos podido localizar algunas investigaciones, menos, sobre las prácticas de los profesionales sanitarios respecto a la sexualidad de sus pacientes, desde los dos puntos de vista: el de los profesionales y el de los ususarios. Cerramos este capítulo con una visión panorámica sobre las barreras sociales a la expresión de la sexualidad al envejecer.

1.-Los cambios de las actitudes sociales hacia la sexualidad y las mejoras en las prácticas sexuales al envejecer: el caso sueco

Suecia es, además del país que más esfuerzo económico realiza en Bienestar social, el tercer país más envejecido de Europa (17,2% de población mayor de 65 años), por detrás de Alemania y Grecia y por delante de Bélgica y España (16,6%) y el que presenta una mayor esperanza de vida para los varones (77,9) y la segunda (por detrás de España) para las mujeres 82,5 años.

Respecto a la sexualidad de los mayores Suecia cuenta con una larga trayectoria investigadora. El famoso estudio longitudinal, recientemente publicado por Beckman y cols (2008), que presentamos aquí recoge las aportaciones de 30 años de investigación. Su objetivo general: estudiar las tendencias en el comportamiento sexual autodeclarado entre los mayores de 70 años. Para su consecución Beckman y cols. aplicaron una encuesta a cuatro muestras representativas de la población mayor de 70 años, de Gothenburg, Suecia. Participaron, en total, 1.506 mayores (946 mujeres y 560 varones) que fueron encuestados, con idénticos métodos, en 1971-2, 1976-7, 1992-3 y 2000-1. Los autores aportan resultados sobre: relaciones sexuales, actitudes hacia la sexualidad en la edad adulta, disfunciones sexuales y satisfacción marital.

Este estudio hace hincapié en que las actitudes públicas hacia la sexualidad, reflejadas en los cambios legislativos, se manifiestan en el incremento de la actividad sexual de los mayores. Las actitudes hacia la sexualidad han cambiado drásticamente en las sociedades occidentales a lo largo del XX. Por ejemplo, entre 1911 y 1938 la ley sueca prohibía la información sobre la venta de anticonceptivos. En 1946, las farmacias fueron requeridas para vender anticonceptivos (condones y diafragmas) a quienes los solicitaran; no obstante, la homosexualidad estuvo prohibida hasta 1949. La educación sexual general comenzó de manera compulsiva, en las escuelas suecas, en 1955. A finales de los 50' los condones se vendían en máquinas expendedoras en las plazas públicas. La revolución sexual continuó en los 60' con la píldora anticonceptiva y más tarde con el DIU (Beckman y cols, 2008:5).

Como avance de los resultados diremos que "desde 1971 hasta 2000 la proporción de mayores de 70 años que manifiestan mantener relaciones sexuales se incrementó entre todos los grupos: entre los hombres casados, pasó del 52 al 68%; entre las mujeres casadas, del 38 al 56%; entre los no casados pasó del 30 al 54% y, entre las no casadas, del 0,8 al 12%. Hombres y mujeres nacidos en las últimas cohortes muestran mayor satisfacción con la sexualidad, menos disfunciones sexuales y actitudes más positivas hacia la sexualidad en la vejez que los nacidos en cohortes anteriores. Una mayor proporción de hombres (57 vs. 40%) y mujeres (52 vs. 35) manifestaron mantener muy felices relaciones en 2000-1, comparados con aquellos de 1971".

La metodología empleada se inscribe en los estudios multidisciplinarios H70 (estudios longitudinales

gerontológicos y geriátricos de Gothenburg) que empezaron en 1971-2 para estudiar la salud y los factores relacionados con ella de una muestra representativa de la población de mayores de 70 años residentes en Gothenburg. Se incluyeron tanto los que residían en sus casas como aquellos que lo hacían en instituciones. Las muestras[8] fueron sistemáticamente obtenidas del Registro Sueco de Población que contiene los nombres y las direcciones de todos los Suecos residentes en la ciudad. Los participantes debían dar su consentimiento. El examen general incluía: visita de una enfermera al hogar (tres primeras muestras), exámenes físicos llevados a cabo por geriatras, exámenes psiquiátricos por psiquiatras, exámenes neuropsicológicos realizados por psicólogos, examen dental por dentistas, y test de laboratorio que incluían: electrocardiograma, test radiológico, y extensas pruebas bioquímicas.

El examen psiquiátrico semi-estructurado incluía cuestiones sobre síntomas y signos psiquiátricos además de cuestiones sobre comportamiento sexual. Las cuestiones fueron idénticas en cada aplicación, el psiquiatra fue previamente entrenado para realizar este tipo de entrevista. Los participantes fueron interrogados sobre sus actitudes hacia la sexualidad en la vejez, la frecuencia de las relaciones durante el año anterior, y la edad de debut sexual en relación con la edad de matrimonio. La actividad sexual fue definida como tener relaciones durante el año anterior. Las relaciones fueron definidas como contacto sexual entre individuos, más frecuentemente con penetración.

Para los análisis estadísticos, los autores categorizaron los casados o cohabitando por un lado y, los no casados (nunca casados, divorciados, viudos y no viviendo con compañero-a), por otro[9]. Los resultados muestran que entre los dos sexos la proporción de participantes divorciados, cohabitando o con pareja pero viviendo separados se incrementó en los 30 años que separan el primer y último estudio. Mientras que la proporción de viudos y nunca casados disminuyó. En ese periodo, la proporción de los que tenían una relación feliz se incrementó para los dos sexos.

La proporción de mayores de 70 años que manifestaron mantener una vida sexual activa, que la sexualidad era un factor importante en su vida, y que tenían una posición favorable hacia la sexualidad en la vejez se incrementó durante el periodo de estudio para todos los participantes (con y sin pareja). Por otro lado, disminuyó, en las últimas cohortes, el número de personas que no habían mantenido relaciones sexuales. También disminuyó la edad media de inicio de las relaciones para los dos sexos. Disminuyó también la proporción de hombres con disfunción eréctil y aumentaron las disfunciones eyaculatorias, mientras que la proporción de eyaculación precoz no varió. Entre las mujeres aumentó la proporción de las que llegaban al orgasmo siempre o casi siempre y disminuyó la proporción de las mujeres que nunca habían experimentado un orgasmo. En suma, la actividad sexual entre los sujetos muestrales ha aumentado en esos 30 años. Las actitudes hacia la sexualidad son más positivas y la proporción de los que mantienen unas relaciones felices también ha aumentado.

Por lo que se refiere a las disfunciones sexuales, encontraron que la eyaculación precoz es una de las mas comunes disfunciones entre los varones de 40 a 80 años (aunque matizan que en su muestra el número es relativamente bajo debido a que el problema disminuye con la edad). Entre las mujeres, la anorgasmia decrece con la mejora de la calidad de las relaciones en las últimas cohortes. Los resultados sobre problemas sexuales son inferiores a los observados en los estudios norteamericanos.

8.- La muestra 1 fue extraída de los nacidos entre el 1 de julio de 1901 y el 30 de junio de 1902. Participaron en el examen psiquiátrico 392 (85,2% de los seleccionados), 166 hombres y 226 mujeres.

La muestra 2 estuvo formada por los nacidos entre 1 julio de 1906 y 30 de junio de 1907. En esta ocasión fueron 404 mayores los participaron en el examen psiquiátrico.

La muestra 3 comprende a las mujeres nacidas en 6 fechas de 1922. De las 381 mujeres invitadas al examen psiquiátrico, 249 (65,2%) participaron.

La muestra 4 se extrajo de los nacidos en 1930. De los 767 invitados, 500 (65,2%) participaron en el examen psiquiátrico (229 hombres y 271 mujeres).

9.- Para comparar diferencias en proporciones utilizaron el test de Fisher, para el análisis de tendencias Cochran-Armitage, Los datos fueron analizados por estratos de edad y estatus marital. También realizaron análisis de regresión logística y calcularon odds-ratios. Los resultados son significativos al P>0,05.

1.1-Las ventajas de un enfoque holístico y longitudinal

Una de las mayores potencialidades de este estudio es contar con cuatro muestras interrogadas utilizando idénticos métodos durante un periodo de 30 años y que las entrevistas formaran parte de una investigación comprehensiva sobre el envejecimiento y que la gente no fuera reclutada explícitamente para hablar de sexo. La actividad sexual es un tema sensible para hablar con extraños. Las entrevistas semi-estructuradas fueron, no obstante, conducidas por profesionales experimentados. Es más fácil contar la conducta sexual a un doctor en el contexto de un examen de las diferentes consecuencias de la edad. Diferentes estudios indican que la gente es razonablemente abierta a hablar de su sexualidad cuando comprende y comparte el objetivo del estudio.

Dos estudios cualitativos mostraron que los participantes de las últimas cohortes querían aprender a hablar más abiertamente sobre sexualidad y que agradecían la oportunidad de hablar sobre sexo y de discutir cuestiones sobre las que nunca antes lo habían hecho. Además, la apertura social afecta a los dos: entrevistadores y entrevistados. Por ello, es posible que los resultados reflejen una postura social más abierta hacia la sexualidad más que cambios reales en los comportamientos.

No obstante, todos los estudios presentan algunas limitaciones. Por ejemplo, la proporción de gente que accedió al estudio es superior que en otros estudios sobre sexualidad, aún así descendió desde el 80% del primer estudio hasta el 65% del último. Cabe la posibilidad de que los que no responden tengan mayores problemas sexuales que los que sí lo hicieron. Otra limitación del estudio es ceñirse a la población heterosexual.

2-La sexualidad de los mayores: asignatura pendiente de la política británica

La aceptación de los estereotipos sobre la ausencia de sexualidad en los mayores es manifiesta en la agenda política británica. Gott y Hinchliff (2003) tras revisar dos directivas recientes del Departamento de Salud: *The National Service Framework (NSF) for Older People (2001) y The National Sexual Health Strategy (2001b)*, constatan que ninguno de los dos hace referencia alguna a la salud sexual en la vida de los mayores. Parece que no fuera necesario desarrollar política alguna sobre este campo, afirman.

A ello se une que, en Inglaterra, los estudios sobre sexualidad y estilos de vida marcan una edad superior límite de 59 años (Laumann, 1999) lo que no hace más que reforzar la idea de que la sexualidad no es importante en la vida de la gente mayor. En gerontología ocurre algo similar, los pocos estudios que hay se dedican a entender la sexualidad por la cuantificación en términos de actos sexuales específicos y sus frecuencias. Los estudios que adoptan una visión más multi-dimensional de la sexualidad son la excepción[10].

Pero, la situación empieza a cambiar, autores como MacNab (1994:141) sostienen que: “los dos sexos raramente utilizan el interés sexual como un factor de sus apariencias y comportamientos, sin darse cuenta de que lo que están haciendo es reprimir una gran parte de lo que sería empezar a vivir”. Ahora bien, estos estudios podrían llevarnos al otro extremo: prescribir lo que debería ser la actividad sexual de los mayores. Gott y Hinchliff pretenden huir de los dos extremos y para ello investigan las voces y los sentimientos de los mayores sobre el tema, buscando su perspectiva sobre el rol y el valor del sexo en edades avanzadas *(later life)*.

El estudio de Gott y Hinchliff (2003) utiliza datos cuantitativos y cualitativos para explorar qué prioridad atribuyen al sexo los mayores y qué papel juega en las últimas etapas de sus vidas. Los métodos de producción de datos incluyen dos medidas de la calidad de vida (WHOQOL-100 y WHOQOL Importance Scale), seguido por entrevistas semi-estructuradas. En total, la muestra comprende 69 individuos. Este artículo se centra en 21 hombres y 23 mujeres de 50 a 92 años. La ordenación de los sujetos según la importancia que atribuyen al sexo se hizo a través de la segunda escala (WHOQOL I.S.) y se profundizó en sus prioridades a través de las entrevistas. El análisis reveló las siguientes claves: los participantes que

10.- Por ejemplo Van der Geest’s (2001), en su estudio del sexo y los mayores en Ghana (cf.Gott, 2003)

no consideran el sexo importante para ellos tampoco tienen actualmente un patrón sexual, ni sienten que les hubiera gustado tener otro patrón sexual en otro momento de sus vidas. Por otro lado, todos los participantes que tienen algún patrón de actividad sexual actualmente atribuyen al menos alguna importancia al sexo, con alguna incidencia en 'muy' o 'extremadamente' importante. Sin embargo, las barreras experimentadas para ser sexualmente activos hacen que concedan menor importancia al sexo; esto se hace especialmente explícito cuando falla la salud o se quedan viudos. La edad aparece como un facilitador cuando la actividad sexual empieza a ser menos frecuente o desaparece. Esto era explicado en términos de descenso del deseo sexual con la edad (para algunos varones), el cese de la actividad sexual se ve facilitado por relaciones de larga duración y la expectativa de que el sexo es menos probable que a una 'edad normal'. La discusión atiende a las implicaciones de estos hallazgos en el desarrollo del campo.

El diseño metodológico opta por la triangulación[11] entre técnicas debido a varias razones: 1) añade aire y profundidad a los datos, 2) añade validez a los hallazgos, y, 3) reduce los sesgos (2003:1618). Así pues, las técnicas empleadas fueron: dos cuestionarios sucesivos seguidos de entrevistas en profundidad semi-estructuradas. Todos los participantes fueron reclutados a partir de las listas de pacientes de un centro sanitario del norte de Inglaterra, en un área de nivel medio, con sólo el 0,4% de pacientes de minorías étnicas. Intentaron captar 10 hombres y 10 mujeres para cada uno de los tres grupos de edad: 30-49; 50-69 y mayores de 70 años. Una vez comenzadas las entrevistas se vio la necesidad de diferenciar entre solteros y no solteros (casados-emparejados-viudos), todos se definieron como heterosexuales.

Los participantes se contactaron por carta. La invitación decía que el objetivo era: estudiar la importancia de la salud sexual en todas las edades e incidía en la confidencialidad de la información que aportaran. El 25% de la muestra se mostró interesada y fue contactada por teléfono. La aceptación varió en función del género y la edad: los que menos los varones de 30-49 (16%) y las mujeres mayores de 70 (18%). Los no participantes que dieron razones para ello, adujeron: problemas de salud y 16 de ellos mencionaron el tema del estudio. Los que sí participaron lo hicieron por: altruismo, la importancia del tema y el deseo de contribuir al avance del conocimiento en este área (Gott y Hinchliff, 2003:1619). Las entrevistas duraron entre 45 minutos y 2 horas, se hicieron en el consultorio médico. Los problemas éticos incluían el listado que proporcionaba el centro de salud y del que se excluyeron aquellos que habían sido diagnosticados de demencia. Tuvo que ser aprobado por el Comité de Ética del consultorio. Algunos de los entrevistados no habían hablado de sexo con nadie antes.

Los siguientes resultados proceden de la agrupación de los sujetos en función de su respuesta a la pregunta: ¿Cuánta importancia tiene para ti, tu vida sexual? Se formaron tres grupos:1) ninguna-poca importancia, 2) importancia moderada y 3) muy-extremadamente importante, cuyas situaciones y percepciones se presentan a continuación:

1) Resultados del grupo ninguna-poca importancia de su vida sexual

Fueron 6 mujeres y 3 hombres de 62 a 92 años los que asignaron ninguna importancia y 1 y 1 los que asignaron poca importancia. Con todos se habló sobre el tema en las entrevistas posteriores: 8 de ellos no tienen pareja en la actualidad y 4 no tienen relaciones sexuales regulares con sus parejas. Piensan que no deberían ser sexualmente activos en el futuro. Estos sujetos tienen en común: ser viudos o divorciados y afirmar "no querer a ningún otro" (8). Para las dos mujeres y los dos varones con pareja –todos casados- las barreras físicas y psicológicas contribuyen a que lleven una vida sexualmente inactiva.

No desear una nueva relación sexual se atribuye con frecuencia a la satisfacción con la relación anterior (emocional y sexualmente). Dos mujeres manifestaron perder el interés sexual cuando sus maridos murieron pero, otros dos viudos de este grupo han enviudado dos veces uno y tres el otro. Ahora las barreras son físicas: o propias o de sus parejas. Aparece la idea de que ser viejo ayuda a aceptar el declive de la actividad sexual. Dos mujeres divorciadas condicionan la actividad sexual a encontrar a la persona adecuada: al compañero "*yo no soy de una noche, me gustaría una relación estable antes del sexo".*

11.- Gott y Hinchliff (2003:1625) sostienen que hay una buena consistencia entre las ordenaciones en la WHOQOL Importance Scale y las respuestas dadas en las entrevistas. Sólo un varón con problemas de erección refleja serias contradicciones entre sus respuestas a uno y otro instrumento (parece que mintió en la entrevista en un intento de salvar la cara). Otros dos sujetos mostraron algunas contradicciones pero, en general, la "consistencia fue buena, con una fuente de datos validando la otra".

2) Resultados del grupo sexo 'moderadamente importante'

Son 15 los que conforman este grupo. Barreras: su salud o la de sus parejas. Hacerse mayor y mantener una relación de larga duración aparecen como razones para que el sexo sea menos frecuente.

-"*es la última cosa en tu mente después de una enfermedad*". También hablan de que es algo esperable cuando te haces mayor. Es decir, los problemas físicos asociados con la edad, más que la edad por si misma, se muestran como barreras a la sexualidad.

-"*él no puede mantener sexo*" un hombre tiene problemas de disfunción eréctil y tres mujeres tienen parejas con ese problema. Pero mantuvieron intimidad física, destacan la importancia de los abrazos, los mimos... Sin embargo, las otras dos mujeres encuentran la situación frustrante.

-"*ellas pierden el interés*" afirman tres varones de 50 años: sus mujeres por la menopausia o la histerectomía habrían perdido el interés en el sexo. Para dos varones hacerse viejo facilita la reducción de la actividad sexual: "*puedes desear irte a la cama...a dormir*". Otro sostiene que el sexo es más importante a mayor edad: "*percibir que la atracción física aún está ahí, te hace sentir que aún te queda mucho por hacer*".

-"*Debí hacer más durante los dos últimos años*": la única mujer que sostiene que el sexo comenzó a ser más importante en su vida cuando murió su marido porque empezó a utilizar ayuda sexual (descubrió el vibrador).

3) Resultados del grupo que considera el sexo muy o extremadamente importante

Once participantes de entre 54 y 79 años calificaron el sexo como muy importante y 4 de entre 52 y 81, como extremadamente importante para ellos en este momento. Todos menos uno tienen compañero sexual regular y, la mayoría, atribuyen su importancia a lo próxima que es su relación y a la atracción sexual que sienten por sus parejas.

Cuatro participantes que han comenzado una nueva relación recientemente, hablan de la importancia de una buena relación y del contexto idóneo para una relación sexual satisfactoria. Uno recientemente divorciado reconoce la importancia que tiene ahora el sexo; importancia que no le concedía cuando estaba con su esposa. También una mujer divorciada y nuevamente unida a una pareja habla sobre los beneficios de comenzar una relación sexual: "*Yo tenía algunos buenos amigos...pero me sentía sola, no me sentía realmente como una mujer, los últimos años no me sentía bien conmigo misma; es bonito que alguien se interese por mí como mujer y he encontrado que puede ser un poco mejor*" (Gott y Hinchliff, 2003:1625).

Otros beneficios atribuidos al establecimiento de nuevas relaciones por otra mujer: "*es mejor para mi ahora que soy mayor, estoy más relajada, no me preocupo por el embarazo y tengo más experiencia*". Así, para este grupo, *"el sexo se valora como una forma de expresar amor al compañero-a, ayudando a mantener su relación, además de aportar placer y proporcionar confidencialidad, incluso mejora la percepción sobre la imagen corporal*" (Gott y Hinchliff, 2003:1625).

En resumen, los determinantes de la percepción de los mayores sobre el valor del sexo en sus vidas, son: tener compañero sexual en la actualidad y no experimentar especiales barreras hacia su expresión. La edad y las relaciones de larga duración facilitan la asunción de relaciones sexuales menos frecuentes o su finalización. Los participantes de 70-80 años califican el sexo como menos importante que en los 50-60 pero no lo atribuyen a la edad per se. Repriorizan su valor al igual que aquellos que experimentan barreras para la vida sexualmente activa (no tienen pareja o tiene problemas de salud); redefinen la importancia que conceden al sexo. Por último, una minoría defienden que el sexo se ha vuelto más placentero y le atribuyen más importancia con la edad (Gott y Hinchliff, 2003:1626).

2.1-De cómo la situación personal condiciona la valoración[12]

1- El sexo es visto como un componente importante de una relación emocional cercana pero no muestran ningún interés por el sexo fácil, de una noche. Así, para aquellos que no tienen una relación de pareja, el sexo no es algo prioritario. Algunos perciben que no volverán a ser sexualmente activos (especialmente viudedad y problemas de salud): sexualmente retirados.

2- Barreras para una vida sexualmente activa: problemas de salud o poder causar dolor al compañero. Mantener la intimidad física a través de abrazos y tocamientos parece central para el buen entendimiento cuando las relaciones sexuales tradicionales no son posibles.

3- La edad no aparece como barrera si no va asociada a factores como: viudedad y problemas de salud (propias o del compañero-a). Se percibe el descenso del deseo sexual cuando la relación es de larga duración: las relaciones sexuales se reducen o desaparecen y se asume como algo 'normal para la edad', algo que 'hay que aceptar'.

Gott sostiene haber mostrado que el miedo a ofender no es una barrera para realizar una investigación sobre sexo con gente mayor. Algunos de los participantes, al igual que los de la investigación de Beckman (2008), agradecieron la oportunidad para hablar de algo de lo que nunca antes habían hablado (ni siquiera con sus compañeros sexuales).

En definitiva, "este artículo no apoya el estereotipo de una vejez asexuada e ilumina sobre la diversidad de visiones que sostienen los mayores. Además esta heterogeneidad de actitudes y valores en la vejez también cuestiona mitos emergentes sobre el sexo como un componente necesario para un envejecimiento exitoso. Es peligroso asumir esto porque rara vez se presenta", sostienen Gott y Hinchliff (2003:1627).

3.-Sexualidad y salud: un relevante estudio de la Universidad de Chicago

Lindau y cols (2007) realizaron una encuesta con el objetivo general de conocer la prevalencia de la actividad sexual, los comportamientos sexuales y los problemas asociados. Como objetivo específico se marcaron averiguar la relación entre sexualidad y una variedad de estados de salud. La encuesta fue aplicada a una muestra probabilística de la población adulta norteamericana (entre 57 y 85 años).

La metodología empleada por Lindau y cols. consistió en: seleccionar una muestra probabilística, representativa a nivel nacional de viviendas habitadas por personas de entre 57 y 85 años de edad. Los negros, hispanos, varones y mayores de 75 fueron sobre-representados. Fueron encuestados 3005 sujetos (1550 mujeres y 1455 varones). Las entrevistas en las casas fueron realizadas en inglés y en español por entrevistadores profesionales entre julio de 2005 y marzo de 2006. Durante las visitas se tomaron medidas antropométricas y muestras de sangre, saliva y mucosas vaginales. También las funciones físicas y sensoriales fueron analizadas. El protocolo fue aprobado por la Universidad de Chicago y por la NORC (*National Opinión Research Center)*. Todos los informantes dieron su consentimiento informado por escrito.

La encuesta recogía la historia completa de su actividad marital o cohabitante. La actividad sexual se definía como expandida (actividad voluntaria con otra persona que supone contacto sexual, con o sin orgasmo). Los que habían tenido sexo con al menos un compañero-a en los 12 meses anteriores a la encuesta se consideraron sexualmente activos. Estos eran cuestionados sobre sus prácticas, la frecuencia, el sexo oral... Si lo deseaban podían contestar ellos el cuestionario solos y remitirlo luego por correo (el 84%

12.- Limitaciones: trabajar con sólo un cuarto de la muestra supone un sesgo importante. Algunos participantes identifican sexo con penetración. Este aspecto no se discutió por miedo a mostrarse demasiado intrusivo.

El uso del amplio concepto de mayores (older) se justifica por estar generalizado en el ámbito de la investigación sobre salud reproductiva (> 50) pero engloba importantes diferencias de edad y de cohorte. Los cambios de cohorte, reflejan el entendimiento de la sexualidad como 'constructo histórico' (Foucault, 1979:105; cf.Gott y Hinchliff, 2003:1627).

Por último, la muestra era solo de heterosexuales aunque esa no fue su intención. Se estima que la población homosexual ronda el 10%.

lo devolvieron). Masturbación, problemas sexuales, interés, orgasmo, dolor, satisfacción, autovaloración de su salud física (escala del 1 al 5), conversaciones con el médico sobre el sexo ... fueron algunos de los aspectos considerados.

Los resultados muestran que la actividad sexual decae con la edad (del 73% que mantenían actividad sexual del grupo de 57 a 64 años, desciende al 53% entre los encuestados de 65 a 74 y al 26% entre aquellos que tenían entre 75 y 85 años). La actividad sexual de las mujeres era menor que la de los varones en todos los grupos de edad. Entre los que contestaron ser sexualmente activos (varones y mujeres), aproximadamente la mitad manifestaron tener algún problema. Los problemas sexuales más frecuentes entre las mujeres fueron: descenso del deseo (43%), problemas de lubricación vaginal (39%), e incapacidad para alcanzar el climax (34%). Entre los varones, los problemas sexuales prevalentes fueron las dificultades de erección (37%). El 14% de los varones de la muestra afirmaron estar tomando medicación o suplementos para mejorar la función sexual. Un total del 38% de los varones y del 22% de las mujeres afirmaron haber hablado sobre sexo con el médico después de cumplir los 50 años.

Estos resultados llevan a los autores a concluir que: “algunos mayores son sexualmente activos. Las mujeres son menos propensas que los varones a tener relaciones íntimas y ser sexualmente activas. Los problemas sexuales son frecuentes entre los mayores pero esos problemas son escasamente discutidos con los médicos” (Lindau y cols., 2007:762).

Lindau y cols. sostienen que se sabe poco sobre la sexualidad de los mayores norteamericanos. Hay información sobre patrones sociales, comportamientos, actitudes, actividades y funciones. La actividad sexual se asocia con la salud y la enfermedad interfiere en la salud sexual. Hay un creciente mercado de productos para mejorar la función sexual, razón por la que se está incrementando la demanda de atención y servicios médicos en esta área. Pero todavía es limitada la información que se posee sobre cómo las actividades y comportamientos sexuales cambian con la edad y la enfermedad.

Los datos parecen indicar que algunos mayores –varones y mujeres- mantienen relaciones sexuales y deseos a lo largo de toda su vida. Pero esos datos se derivan de estudios puntuales con pequeñas muestras que no incluyen a gente realmente mayor. Los cambios fisiológicos pueden afectar a la respuesta sexual y pueden inhibir la sexualidad en las personas de más edad. Algunos, especialmente las mujeres, pierden a su compañero sexual a estas edades. La edad y los problemas de salud presentan una asociación negativa con algunos aspectos de la sexualidad. Los problemas sexuales pueden ser una señal de aviso o una consecuencia de enfermedades serias como diabetes, infecciones o cáncer. No diagnosticar o no tratar los problemas sexuales puede acarrear depresión o retirada social. Los pacientes pueden necesitar medicación discontinua porque parte de sus efectos afectan a su sexualidad y la medicación para tratar problemas sexuales puede también tener efectos negativos sobre su salud, todavía la comunicación médico-paciente sobre la sexualidad es pobre. No se dispone de datos representativos a nivel nacional sobre la norma y los problemas sexuales de los mayores que permitan informar y ayudar a entender a los médicos esa realidad. Lindau y cols. diseñaron el *National Social Life, Health, and Aging Project* (NSHAP) para proporcionar a los profesionales sanitarios información sobre actividad sexual, comportamientos y problemas de los adultos mayores (2007:763).

3.1-El mantenimiento de la actividad sexual diferenciada por género

Los resultados insisten una y otra vez en el menor interés de las mujeres por la actividad sexual y en el incremento de las diferencias respecto a los varones a medida que aumenta la edad. Entre los encuestados por Lindau y cols. que se declaran sexualmente activos, la frecuencia de la actividad sexual es menor entre los de 75-85 años. No obstante, el 54% de los sexualmente activos de este grupo de edad mantienen relaciones 2 ó 3 veces al mes y, el 23% 1 o 2 veces por semana.

La prevalencia de la masturbación fue menor entre los grupos de más edad y mayor entre los varones que entre las mujeres. El 52% de los varones y el 25% de las mujeres con pareja se habían masturbado en el año de referencia. Porcentajes muy similares a los presentados por aquellos que no tenían pareja.

Aproximadamente la mitad de los encuestados (varones y mujeres) manifestaron tener algunos problemas sexuales. Entre los varones, los problemas sexuales de mayor prevalencia son: dificultades de erección, falta de interés por el sexo, eyaculación precoz, ansiedad e incapacidad para alcanzar el climax. Entre las mujeres los problemas mas frecuentes son: falta de interés, problemas de lubricación, imposibilidad de alcanzar el climax, no encontrar el sexo placentero y dolor. En general, la diabetes aparece asociada con menor actividad sexual, dificultades de erección y menor masturbación (2007:769).

Entre los que tienen pareja y no tuvieron actividad sexual en los últimos tres meses, la respuesta más recurrente fue la mala salud de la pareja. El 14% de los varones y el 1% de las mujeres habían tomado medicación o suplementos para mejorar la actividad sexual durante el año de referencia. Del total de la muestra fueron el 38% de los varones y el 22% de las mujeres los que habían hablado alguna vez de sexo con el médico desde que cumplieran los 50 años. Las razones que explican esta baja comunicación pasan por: no tener voluntad para iniciar la discusión (ni médicos ni pacientes), diferencias de sexo y edad de los pacientes con sus médicos y actitudes sociales negativas sobre la sexualidad de las mujeres y sobre la sexualidad de los mayores. Estos elementos podrían estar inhibiendo la discusión sobre sexualidad en las consultas médicas (2007:772). En suma, la frecuencia de la actividad sexual de los mayores sexualmente activos es similar a la del resto de la población (18-59 años, según datos de la National Health and Social Life Survey, 1992). La frecuencia de la actividad sexual no decrece sustancialmente con el incremento de la edad hasta los 74 años, a pesar de la alta prevalencia de los problemas sexuales (>50%). Algunos de los problemas podrían solucionarse con el tratamiento adecuado.

Diferentes estudios muestran que las disfunciones sexuales están asociadas con una salud débil. El estudio de Lindau también muestra que la sexualidad está asociada con el estado de salud en edades avanzadas, más para los varones que para las mujeres. Las personas con buena salud física están más dispuestas a mantener relaciones íntimas, tener pareja y ser sexualmente activas. La prevalencia de la disfunción eréctil es mayor a mayor edad, sin embargo, otros problemas sexuales como la eyaculación precoz o el dolor son menores entre las personas de más edad. La salud física está más fuertemente asociada con algunos problemas sexuales que con la edad (considerada de forma aislada); “esto sugiere que los mayores con problemas médicos o quienes consideran que el tratamiento médico puede afectar a su sexualidad deberían ser aconsejados de acuerdo a su estado de salud más que según su edad” (2007:772). Es decir, debería adoptarse un enfoque de salud integral que englobara entre otros muchos aspectos, la sexualidad.

Los problemas sexuales específicos entre la población sexualmente activa investigada, suponen que están subestimados en éste estudio. No obstante, el sesgo podría aumentar con la edad, dado que las personas que han experimentado algún tipo de problema sexual son más propensas a tener una actividad sexual discontinua. Serían necesarios estudios longitudinales para entender la relación entre problemas sexuales y la actividad sexual futura. En definitiva, afirman Lindau y cols: “algunos adultos son sexualmente activos. Los problemas sexuales son frecuentes entre ellos, pero poco discutidos con los médicos. Los médicos saben sobre la sexualidad de los mayores y deberían aconsejarlos para identificar un amplio espectro de potenciales y tratables problemas sexuales” (2007:773).

4- Balance de la situación en Québec

En Québec, los primeros escritos específicos sobre la sexualidad de los mayores aparecen en el escenario público a principios de los 70. Primero, orientados a la divulgación, después a la investigación. Dupras y Soucis (2008), hacen una revisión de las investigaciones sin pretender recoger todo lo que existe respecto al tema, pero intentando no dejar escapar las investigaciones importantes. Subrayan que la calidad de los estudios es desigual, dadas las dificultades metodológicas para abordar el objeto de estudio. Una de esas dificultades es la dispersión entre campos disciplinarios; las diferencias temáticas y metodológicas. Estos autores parten de una concepción interdisciplinar sobre la sexualidad de los mayores, refiriéndose al concepto de calidad de vida sexual (CVS) que integra la noción de salud sexual. La CVS es “la percepción de una persona de vivir un estado de bienestar sexual que se expresa con la adopción de un estilo de vida

individual y relacional que permite satisfacer sus necesidades en los planos físico, mental y social de una manera feliz" (2008:194).

Dupras y Soucis (2008) clasifican los trabajos revisados en tres grupos, según las temáticas abordadas, que se corresponden con las tres dimensiones del concepto de salud de la OMS: física, psíquica y social.

1- Bienestar físico-sexual: la CVS está asociada al estado de salud física. Deseo, actividad y satisfacción sexuales están influenciados por el bienestar físico. Producen impactos negativos: enfermedades, medicamentos, algunas cirugías, algunas enfermedades degenerativas tipo Alzheimer o confusión mental que pueden dar lugar a comportamientos problemáticos: desinhibición traducida en hiperactividad sexual.

Dupras y Soucis subrayan la dominación de los aspectos biomédicos "y el riesgo de una sobre-medicalización de la sexualidad de los mayores que impediría observar sus componentes psicológicas y sociales" (2008:195). Una visión holística precisa del trabajo de integración de las perspectivas biomédicas con el resto. En ésta línea trabaja la asociación de medicina sexual del Québec.

2- Bienestar psico-sexual: la CVS implica disposiciones psicológicas que contribuyen a la satisfacción de las necesidades sexuales. Una mente abierta y una visión positiva de la sexualidad contribuyen a desarrollar el interés en la vida sexual. Los estudios muestran que la CVS se deteriora con la edad, al adoptar los mayores actitudes más conservadoras; menos fantasías y menos variedad en los comportamientos sexuales. Todo ello contribuye a que disminuya la satisfacción. Pero a pesar de eso, los mayores sostienen estar interesados por la actividad sexual.

Algunas investigaciones muestran la transformación de las necesidades afectivas: expresar ternura, amistad, amor se imponen sobre el placer fálico. Se favorecen las caricias extra genitales. Esto incita a experimentar enfoques clínicos y educativos que contribuyan a mejorar la CVS.

3- Bienestar socio sexual: la CVS supone un entorno favorable a la expresión de la sexualidad. Una investigación con viudos/as de más de 50 años (400 personas) muestra el miedo de los mayores a ser juzgados como anormales por seguir interesados/as en la sexualidad.

Lo novedoso es que se respira un fresco "aire de permisividad" que toca también a los profesionales de la salud y los servicios sociales; un estudio con 69 de ellos en Montreal (Peñafiel, 1989) muestra que las actitudes permisivas son mayoritarias pero los profesionales tienen un conocimiento muy limitado del asunto. De aquí la importancia que conceden a la formación de los profesionales. Un proyecto de formación en 1994 con 24 estudiantes universitarios de gerontología condujo a mejorar sensiblemente el conocimiento de la sexualidad de los mayores. Ese mismo año, hubo otro curso de formación (2 sesiones de 3 horas) con un grupo de interventores en un centro de salud de Montreal que aumentó sus conocimientos y contribuyó a generar actitudes mas abiertas hacia la expresión de la sexualidad.

Un sondeo en 1989 (Rathé, 1989) con administradores y personal de 5 centros de acogida de mayores permitió identificar 3 categorías de profesionales; los conformistas (ideas tradicionales), progresistas (ideas innovadoras) y vanguardistas (ideas audaces) (no se especifica el significado atribuido a cada categoría). Otra investigación en un centro de acogida clasificable como tradicionalista mostraba que la expresión de la sexualidad era percibida como una amenaza para los residentes y el establecimiento. La prohibición de la sexualidad, entendida como una amenaza, corresponde a la necesidad de salvaguardar la integridad física y moral.

Este balance sirvió para tomar conciencia de todo lo que queda por hacer para comprender mejor la vida sexual de los mayores. Dupras y Soucis (2008) proponen las siguientes líneas de investigación:

- Las intervenciones en sexología con los mayores suponen la previa evaluación de sus necesidades. Se recomienda adoptar, para la evaluación, un enfoque interdisciplinario que es el adoptado con la política de Québec de apoyo a domicilio de los mayores.
- Necesidad de adoptar una visión compartida de las necesidades entre los profesionales.

- Diseñar y utilizar herramientas de observación para recoger datos sobre la componentes físicos, psíquicos y sociológicos.
- El sexólogo tiene un papel central en la recogida e interpretación de los datos y en la elaboración de los planes de acción del servicio.
- Los mayores no son un grupo homogéneo y estable…, se construyen a partir de universos sexuales diferenciados según el género, la orientación sexual, la posición social, el hábitat…
- Faltan estudios sobre la vida sexual de mayores homosexuales.
- Formación a los cuidadores: elaborar y evaluar programas de preparación de los "cuidadores naturales" (familiares que se dedican a cuidarlos) y cuidadores profesionales, para intervenir en el ámbito de la sexualidad.
- Desarrollo progresivo de la formación que aún falta en las carreras. Algunos planes de formación de estos profesionales que trabajan con los mayores han incluido sexología (certificado de gerontología de l'uQam, Montreal), microprograma en sexología en los estudios de sicología de la Universidad de Trois-Rivières, etc…
- Desarrollar proyectos en cooperación entre sitios de formación y sitios de práctica para experimentar enfoques educativos adaptados.

Dupras y Soucis concluyen que aun existe poca literatura, si se compara con la anglosajona, y advierten que no debemos olvidar que dentro de cuatro años los primeros "baby boom" de la postguerra (IIG.M.) cumplirán 65 años. Habrán vivido una época que valorizaba la expresión de la sexualidad. La llegada de una tercera edad más abierta hacia la sexualidad va a suscitar estudios para entender mejor sus necesidades. Por ello, será importante, a partir de los datos empíricos, elaborar marcos conceptuales que ayuden a desarrollar una nueva mirada sobre la sexualidad de los mayores.

Por otro lado, Dupras y Viens (2008) apuestan por educar sexualmente a los mayores aun sabiendo que ello suscita objeciones: 1) no les interesa, 2) no pueden cambiar conocimientos ni actitudes sobre este tema. Pero, sostienen, varios estudios muestran que sí les interesa y que todavía existen posibilidades de aprendizaje a edades avanzadas. Y hay especialistas en gerontología que proponen cursos sobre sexualidad en la oferta formativa a los mayores. Su propuesta consiste en examinar necesidades, procesos y contextos de aprendizaje de los mayores. Se trata de "reflexionar sobre sexualidad, analizar problemáticas sexuales y descubrir dimensiones insospechadas de la vida sexual" (Dupras y Viens, 2008:139). Concretamente, proponen a los grupos de mayores escenarios de vida sexual que deben analizar para después proponer soluciones. Según Dupras y Viens, el trabajo individual o colectivo puede ayudar a elaborar respuestas sabias a los mayores, usando su experiencia y conocimientos. Las situaciones propuestas pueden ser cercanas a sus vidas actuales. Reflexionar y discutir permiten desarrollar su aptitud para juzgar con precisión la cosas prácticas de su vida sexual.

Además, defienden no descuidar la pasión sexual dados sus aspectos positivos: energía y creatividad, enriquecimiento. . . Se trataría de armonizar los dos aspectos: sabiduría y pasión. Además, leemos, la pasión contribuye al bienestar de los mayores y su participación a la vida social y comunitaria.

En suma, los objetivos de una educación para la sexualidad, serían:

- desarrollar una pasión armoniosa con libre elección y control de las prácticas sexuales
- hacer que las prácticas sexuales engendren emociones positivas
- acordar los componentes de la vida de la persona y mantener buenas relaciones con su alrededor.

Algunos estudios recientes validan estos objetivos: mujeres casadas por segunda vez después de los 50 años cuentan haber experimentado un periodo de pasión con mucho sexo y luego un periodo más tranquilo valorando caricias, ternura, intimidad…. comparando con sus experiencias anteriores, hay más mujeres con experiencias positivas en su "segunda vida". Atribuyen esa mejoría a la madurez, la comprensión y conciencia de sus necesidades y deseos, y a la mayor confianza y experiencia.

5- Las prácticas de los profesionales sanitarios en relación con la sexualidad de los mayores

Mientras que la mayoría de los estudios revisados tienen como objetivo principal averiguar las opiniones y cuantificar las prácticas sexuales de los mayores, son menos numerosos los estudios que hemos encontrado sobre las prácticas de los profesionales de la salud en este campo: Gott, Hinchliff y Galena (2004; 2004b) y Lindau, Leisch y Lundberg (2006), abordan el tema directamente. Estos estudios son complementarios de los de Sarkadi y Rosenqvist (2001), Gott y Hinchliff (2003) y Nusbaum (2004) que estudian las demandas de cuidados sexuales de los mayores y sus formas de comunicarse con los profesionales sanitarios.

El objetivo del trabajo de Gott y cols (2004) era conocer la percepción, las actitudes y el manejo de los problemas sexuales, que presentan las personas mayores, por parte de médicos de atención primaria. Para ello se realizó una investigación cualitativa: 22 entrevistas semi-estructuradas a médicos de atención primaria (la contactación se hizo a 63 de estos profesionales) de diferentes distritos de Sheffield, Inglaterra Los autores subrayan el énfasis puesto sobre la salud sexual durante los últimos años tanto a causa del VIH como por un proceso de sexualización de la sociedad, donde deseo y representación han pasado a ser considerados asuntos serios en el ámbito de la salud pública. Aunque, hasta el momento, a nivel de las políticas públicas se puede hablar de invisibilidad de la sexualidad de los mayores. Ya veíamos que las estrategias británicas de salud sexual no conciernen a los mayores y que las políticas dedicadas a la salud de los mayores no mencionan la sexualidad.

Gott y cols. subrayan el peligro de la sobre-medicalización, en detrimento de las dinámicas sociales y personales de la relaciones sexuales. No obstante, el enfoque generalizado sobre salud sexual impregna las percepciones de la gente y su forma de manejar la propia sexualidad, usando una norma que define los problemas, y al médico de atención primaria como el recurso más apropiado.

Es previsible que continúen aumentando los cambios de actitudes de una población mayor con esperanzas diferentes de las generaciones anteriores. Con el incremento de la población mayor con necesidades sexuales, el manejo de la vida sexual vuelve a ser algo muy pertinente. Pero ya se sabe que hablar en la consulta resulta problemático[13]. Sabemos que los mayores tardan en consultar cuando se trata de síntomas relacionados con ETS y los médicos tampoco indagan sobre este tema con sus pacientes mayores. Sin embargo, la exclusión de los mayores de la indagación sobre las ETS y el riesgo sexual no está fundada en la realidad: son numerosos los mayores de 50 años que van a las clínicas especializadas por ETS (16.000/año en Escocia y país de Gales, 75% de ellos por asuntos relacionados con ETS, cf. Gott, Rogstad, Riley and Ahmed-Jusuf, 1998). En 2002, el 11% de los casos de HIV fueron diagnosticados a gente de más de 50 años, por transmisión sexual. En Gran Bretaña, el médico de atención primaria (GP) es el que tiene más oportunidades para hablar de salud sexual con la gente. Esta visión es compartida por los usuarios de los servicios de salud pública, incluso por los mayores.

5.1-La ausencia de una comunicación pro-activa

A pesar de reconocer, a nivel teórico, que la sexualidad sigue siendo algo importante al envejecer, la salud sexual no es un tema discutido de manera pro-activa[14] con los pacientes mayores. ¿Por qué razón? Pues, porque en atención primaria, la salud sexual está asociada con jóvenes y no es percibida como relevante para gente mayor (tampoco la prevención ni el manejo de las ETS). La sexualidad no es vista como objeto "legitimo" de discusión con este grupo, sino mas bien como algo privado. Entrometerse en este asunto es percibido como potencialmente ofensivo y causante de la ruptura de la relación con el paciente. Muchos GP reconocían sentirse incómodos al hablar de salud sexual con mayores, tenían prejuicios sobre la sexualidad de los mayores (sobretodo que eso no les interesa, mucho más raramente que es algo sucio) y nunca han recibido formación en este tema. De este modo, confirman lo que dicen los mayores mismos: el tema es muy raramente hablado en la consulta.

13.- Otro estudio sueco revisado (ver Sarkadi Rosenqvist, 2001) muestra que las mujeres diabéticas consideraban muy incómodo hablar de sexualidad con sus médicos de atención primaria (GPs) aunque a algunas les hubiera gustado (principales barreras: pensar que es anormal y temer la reacción del médico).

14.- Es decir, que el médico proponga o aborde directamente sin esperar a que los usuarios pregunten o el tema surja eventualmente en la conversación.

Las barreras indicadas por los médicos son numerosas y profundas y las recomendaciones para adoptar un papel más pro-activo en este ámbito pasan por la necesidad de sentirse apoyados con formación específica. Los médicos conciben su papel como de árbitros que autorizan seguir o volver a la sexualidad. La noción de "dar permiso" no es solo un ejemplo interesante de cómo la medicina regula y define la sexualidad (Foucault, 1979), sino que también indica la complejidad del papel de los médicos al dirigir la salud sexual de sus pacientes. Gott subraya el gran impacto que la visión de la sociedad tiene sobre los médicos. No considerar el "sexo seguro" como relevante para la población adulta ("middle aged") refleja tanto las políticas públicas como las creencias sociales sobre que solo los jóvenes viven relaciones sexuales arriesgadas. Y eso a pesar de los estudios que evidencian lo contrario. Hay mucha necesitad de formación profesional sobre la prevalencia del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre la población con más de 40 años. Gott y cols. destacan la necesidad de entrenamiento pre y post graduación de los médicos: la formación recibida y la impartida, se centra mayoritariamente en las poblaciones más jóvenes.

Los GP responden más a los estereotipos de la sexualidad tardía que a la realidad de las experiencias de las personas mayores. Los médicos consultados lo confirman diciendo que su educación personal[15], y muchas imágenes sociales de "la persona mayor asexuada" determinaban sus decisiones de no abordar el tema con personas de esta edad. Perciben como una barrera el hecho de que los mayores se puedan ofender pero, en ningún caso, han vivido esa experiencia (no tienen casos reales y concretos que contar). Dice Gott que se puede pensar al contrario que a algunos mayores, cuando se hace en el contexto apropiado, les vendría muy bien como lo muestran otros estudios (cf Sarkadi y Rosenqvist 2001; Gott y Hinchliff, 2003). Aunque, continúa Gott, es vital no sobrevender el mensaje y que la sexualidad no se vuelva un componente imprescindible de una vejez exitosa, los datos claramente ponen en evidencia la necesidad de prestar atención a la heterogeneidad de las necesidades de la salud sexual tardía. El hecho de que los médicos respondan a estereotipos basados en su propia educación y sus creencias religiosas, incide en la necesidad de un entrenamiento basado en métodos "experienciales" para reconocer la experiencia del sexo y de la sexualidad única a cada individuo" (Gott y cols, 2004:2102).

Las limitaciones del estudio se centran en los sesgos muestrales y la sinceridad de las respuestas. Sólo un tercio de los médicos contactados respondieron y es probable que los participantes estén más interesados en el asunto que los que no lo hicieron. Los investigadores decidieron no preguntar cosas para ver después hasta qué punto la propia sexualidad de los médicos influye sobre su práctica clínica. Y, el problema de la sinceridad en la presentación de sus prácticas médicas. Aunque los investigadores percibieron una postura auto reflexiva muy pronunciada por parte de los médicos.

Los autores concluyen que hay "un bajo nivel de conciencia de los asuntos de salud sexual en la tercera edad entre los médicos de cabecera que participaron en el estudio y barreras significativas para empezar la discusión. Es evidente la necesidad de formación. Esta debería reconocer la diversidad de las experiencias sexuales y permitir a los médicos responder más a las necesidades individuales que a los estereotipos sobre personas mayores" (2004:2102)

Los resultados de este estudio muestran la presencia de estereotipos y actitudes negativas asociadas al envejecimiento. Los médicos participantes reconocían que tendían a pensar en el sexo como algo menos importante y relevante para las personas mayores y que esto podía actuar como barrera para hablar con ellos sobre temas relacionados con la sexualidad. Que el sexo era un tema privado en el caso de las personas mayores del que no se debía hablar ya que esto podría ofenderles y romper la relación de confianza médico-paciente. Que se sentían incómodos al hablar de estos temas con personas mayores y señalaban la falta de formación respecto al envejecimiento en general y a como abordar este tema en particular. Además, consideraban que hablar sobre "sexo seguro" no era necesario con las personas mayores ya que sólo asociaban este tema a poblaciones jóvenes. Estos estereotipos ofrecen una imagen de las personas mayores como asexuales y es necesario que profesionales como médicos de atención primaria -que son los que están en contacto más cercano de las personas mayores- venzan las barreras que suponen estos estereotipos, concluye este estudio[16].

15.- Por ejemplo, católica con la asociación sexualidad-edad reproductiva que conduce a una perdida del sentido del sexo post-menopausia; algo que se puede sustituir con otras actividades.

16.- El otro estudio que hemos referenciado sobre las prácticas de los profesionales sanitarios, finalmente no hemos conseguido localizarlo: Lindau, S.T., Leitsch, S.A., Lundberg, K.L. Y Jerome, J, 2006, "Older women's attitudes, behavior, and communication

5.2- Percepciones diferenciadas de médicos y enfermeras

Gott, Galena, Hinchliff y Elford (2004b) publicaron otro artículo sobre las barreras percibidas por las enfermeras en comparación con los médicos. Barreras que impiden la discusión sobre salud sexual y exploraron las estrategias para aumentar la comunicación desde el punto de vista de estos profesionales. Para ello utilizaron las 22 entrevistas semi–estructuradas a GPs y otras 35 entrevistas a enfermeras, en Sheffield. La convocatoria para participar en el estudio se envió a 64 médicos y 61 enfermeras de diferentes centros y servicios sanitarios y diferentes zonas de la ciudad. Todos los médicos que respondieron y las primeras 35 enfermeras fueron incluidos en el estudio. Finalmente, las características de los sujetos muestrales fueron: médicos: 13 hombres y 9 mujeres de entre 34 y 57 años y 35 enfermeras de entre 32 y 60 años.

Los autores mencionan varios estudios que muestran las dificultades del personal sanitario para hablar del tema con los pacientes en diferentes contextos, y por varias razones: falta de experiencia y conocimiento del tema, miedo de "destapar la caja de pandora", incomodidad personal. Resulta que en la mayoría de los casos, si los profesionales no dan oportunidad, la gente no habla. Una investigación en Londres en medicina general muestra, por ejemplo, que sobre una muestra de 170 pacientes, un tercio de los hombres y un poco menos de la mitad de las mujeres mencionan una dificultad sexual pero eso está registrado solo en el 2% de los casos, en las notas del médico.

Los resultados muestran que los profesionales reconocen que:

- el enfoque dominante es muy preventivo y centra la atención sobre las ETS y la anticoncepción; la disfunción sexual no tiene preferencia;
- la ausencia del tema en sus rutinas de discusión con la gente; y, que
- la presión temporal y la falta de recursos no contribuyen a que se hable de ello.

Destacan algunas diferencias de enfoque entre enfermeras y médicos. Para ellas y, debido a su mirada global sobre el paciente, el sexo entra por definición en la perspectiva del cuidado. Los médicos no lo tienen tan claro, debaten sobre si es una cuestión medica o no. Si los médicos temen dañar su relación con el paciente u ofenderlo con este tema, las enfermeras no.

Pero los dos tipos de profesionales consideran que abordar el tema es "destapar la caja de pandora", en un contexto de presión temporal que no lo permite. Las enfermeras piensan que se necesita tiempo para construir una relación de confianza con la gente que permita hablar de eso… y los médicos que falta tiempo para ir mas allá del problema principal que motiva la consulta… incluso cuando se trata de algo que causa disfunción sexual y lo saben (hipertensión, por ejemplo).

Los profesionales, consideran que este tema necesita habilidades y conocimientos especializados y que un límite para ello es pensar que no está bien embarcar al paciente en un asunto sin estar preparados para resolverlo. Elegir un lenguaje apropiado para hablar de sexo, estar a la última en el desarrollo del tema… no sentirse habilitados para recetar o remitir a un profesional especializado. Todo ello limita su acción y su motivación. Médicos y enfermeras consideran que las políticas de salud pública tienen impacto, canalizando tiempo y recursos hacia los temas prioritarios. Al priorizarse las ETS y la prevención del embarazo de las adolescentes, en la práctica cotidiana, disponen de menos tiempo para tratar otros asuntos.

5.3-Barreras para hablar con grupos específicos

Además de la dificultad general para hablar de la sexualidad, médicos y enfermeras identifican dificultades específicas con ciertos grupos: gente de sexo opuesto; gente de edad media y mayores; diferentes etnias y minorías; homosexuales ... Veamos.

about sex and HIV: a community based study", Journal of Women's Health,15:747-53.

Sexo: se observan preferencias, tanto en médicos como en enfermeras, por hablar con gente del mismo sexo, y se piensa que los pacientes sienten lo mismo. Miedo de que los pacientes del otro sexo "sexualicen" la discusión (dando un toque erótico, apuntaron algunos médicos varones).

Etnia: los profesionales no hablan de "negros" sino de "minoría étnica"; "asiáticos", "afro-caribeños", "musulmanes". Piensan, en general, que el tema es todavía más difícil de hablar con estos grupos y lo relacionan con creencias religiosas pero sin indicar las religiones. Sin embargo, muy pocos han experimentado discusiones con estos grupos de pacientes. Se fundan más en sus propios presupuestos.

El idioma no aparece como un problema compartido por todos. Pero sí aparece y el recurso a un intérprete se ve complicado (confidencialidad, incomodidad para ambos, uso de familiares interpretes muy delicado también…). Los médicos generalistas y las enfermeras que trabajan con población que no habla inglés identifican el entrenamiento en el manejo de la salud sexual con estos pacientes como una prioridad.

Edad: las cuestiones sexuales surjen menos con los mayores que con los jóvenes. Identifican mayores con edades de cuarenta años en adelante y piensan que se pueden ofender más fácilmente.

Gays y lesbianas: los profesionales manifiestan que hay variaciones en el uso del lenguaje por parte de esta población, sería un lenguaje mas especifico…a partir del cual deducen la orientación sexual; no la preguntan. Los médicos se refieren a los gays como 'ellos'. Y gays se asocia fácilmente a "not normal", "not clean"...

Los participantes en el estudio propusieron las estrategias siguientes para romper barreras:

- El entrenamiento y la formación son posibles soluciones para romper estas barreras -a pesar de que algunas son estructurales (tiempo, recursos, prioridades establecidas)-.
- Procurar información a los pacientes para facilitar una discusión posterior. Folletos, pósteres permitirían también superar la incomodidad y torpeza en la consulta para ambos.
- Simultáneamente reconocen que existen pocos materiales escritos para tratar del tema a parte de las ETS y, en este caso, el material está enfocado a un público joven.

Ahora bien, ¿cómo conseguir que la gente coja folletos sobre un problema sexual en la sala de espera sin sentirse incómodos? Y, si eso genera preguntas, ¿quién está preparado para responderlas? Las recomendaciones nacionales identifican la expansión potencial del papel de las enfermeras en el manejo de la salud sexual. Los médicos del estudio están de acuerdo y lo apoyan totalmente, no solo por las implicaciones sobre su propia carga de trabajo, sino por el reconocimiento general de que las enfermeras pueden estar mejor preparadas para ello que los médicos. Por su parte, las enfermeras discuten la idea de disponer de más tiempo que los médicos (aunque les satisfaga considerar que pueden asumir un papel más importante en este asunto) y tienden a manejar principalmente los problemas de las mujeres. A ello hay que añadir las barreras estructurales: no están habilitadas para remitir a clínicas especializadas y recetar. Por todo ello cuestionan la posibilidad real de expandir su papel.

En conclusión[17], los prejuicios de los profesionales se impondrían en las consultas debido a la falta de tiempo, lo que les lleva a categorizar a los pacientes según estereotipos unidimensionales y prejuicios. Se detecta la necesidad de información tanto de los profesionales como de los pacientes. Necesidad también de formación sobre grupos étnicos y minorías expuestas a estereotipos. Por otro lado, hay que considerar los obstáculos estructurales para que las enfermeras desempeñen un papel más importante, tal y como estipula la estrategia nacional de salud de 2001 y pensar que, quizás, las necesidades masculinas en este caso puedan quedar marginadas. Gott y cols (2004b) insisten en el uso de métodos "experienciales" para facilitar el reconocimiento del carácter único de cada experiencia sexual.

17.- Limites del estudio: la baja tasa de participación, sobre todo de médicos: el sesgo se produciría por ser los más interesados en el asunto, los que participan, y, estudio limitado a una sola ciudad, pudiera ser diferente en otro lugar.

5.4- La percepción de los usuarios

Desde la perspectiva de los usuarios de los servicios sanitarios de atención primaria Sarkadi y Rosenqvist (2001) realizaron un estudio en Suecia con mujeres diabéticas (tipo 2) tratadas por médicos de atención primaria (GPs). Esta patología ocasiona disfunciones sexuales importantes. Según los autores hay muy pocos estudios cualitativos sobre los impactos de esta patología en la sexualidad de las mujeres. Su objetivo fue aumentar el conocimiento en esta área y saber si las mujeres reciben atención respecto a sus trastornos sexuales.

La muestra estuvo formada por 33 mujeres de edades comprendidas entre los 44 y los 80 años. Edad media de 65 años, las dos terceras partes casadas o conviviendo con la pareja, un tercio se definen como sexualmente activas. De entre ellas, 14 mencionan problemas sexuales causados por: perdida de interés (6), de deseo (8) y de lubricación (8). En el diseño metodológico se empleó la triangulación: así se realizaron 5 grupos focales con 6/8 mujeres participantes en cada uno de ellos; observaciones de las interacciones de las entrevistas, y un cuestionario.

Los autores hacen referencia a un trabajo según el cual los sujetos en buen estado de salud indican que las mujeres buscarían el asesoramiento de su médico de atención primaria[18] si tuvieran problemas sexuales, y preferirían que fueran ellos quienes sacaran el tema de conversación antes que ser ellas mismas quienes tomaran la iniciativa.

Las entrevistas empezaron con dos preguntas: 1) que fue lo primero que pensasteis cuando leísteis el tema de la entrevista: "diabetes, feminidad e intimidad", y, 2) que pensáis respecto a la manera de retratar la sexualidad de las mujeres de edad media y mayores, en los medios de comunicación.

De las entrevistas se deduce que para ellas los rasgos personales del médico condicionan mucho el hecho de hablar o no de sexualidad. Les parece imposible cuando el médico es tímido, discreto…, piensan que ayudaría y apoyaría pero nunca empezaría a hablar. También cuentan la edad - un medico demasiado joven (25 años) no les entendería- y el sexo. Piensan que el médico -varón- no pregunta cosas que puedan molestar a las mujeres porque éste considera que muchas mujeres no pueden o no quieren hablar del sexo y que sería más fácil hablar de estas cosas con médicas.

En realidad, la mayoría de las mujeres no consideran a los profesionales de la sanidad que visitan por su diabetes como consejeros sexuales. La mayoría parecen opinar que sería más apropiado hablarlo con el ginecólogo-a pero tampoco han consultado este tipo de problemas con este último. Esta reflexión nos parece interesante porque pudiera ocurrir, como señala Bozon (2005) refiriéndose a la realidad francesa, que los ginecólogos se hubieran especializaron en el apoyo médico y psicológico de la sexualidad no reproductiva de las mujeres mientras que los urólogos nunca, a pesar de quererlo, consiguieron cumplir el mismo papel con los hombres. La sexualidad masculina es objeto de enfoques medicalizados puntuales solo en caso de infertilidad, de ETS o en la vejez […] La disponibilidad del Viagra amplifica las perspectivas y los recursos médicos para los hombres mayores […] Las visitas a sexólogos, que en Francia son en su mayoría médicos generalistas o especialistas que han seguido una formación complementaria, son más frecuentes por parte de los hombres que de las mujeres, pero representan una pequeña parte de la población. Las consultas sexológicas, además, representan una parte reducida de la actividad total de los médicos que se declaran sexólogos. Los hombres tienden a avocar sus problemas sexuales de manera indirecta con los generalistas mientras las mujeres lo hacen mucho más directamente con los ginecólogos[19] (Bozon, 2005:123).

18.- Consultamos este tema con Rocío Puente Navas, medica de atención primaria, que nos comentó que "en los más de veinte años que llevo pasando consulta creo que habrán sido dos las mujeres que me han preguntado algo relacionado con la sexualidad y, en las dos ocasiones, su preocupación era cómo frenar a sus maridos. Ellos preguntan un poco más pero dando muchos rodeos, lo que suelen buscar es el Viagra".

19.- Una tesis doctoral leída muy recientemente en Francia pone en cuestión dicha proximidad: la observación de más de 300 consultas de ginecología muestra que la sexualidad es un tema evitado en las consultas tanto por las mujeres como por los médicos (Guyard, 2008).

Volviendo al estudio de Sarkadi y Rosenqvist (2001), en él aparecen también las restricciones de tiempo de los médicos, como barrera para abordar aspectos relacionados con la intimidad (no pueden escuchar bien, olvidan… no tienen tiempo) y hay que añadir la falta de privacidad de los centros de salud (cuando acudes al mostrador a contar tu problema para que te deriven al especialista). Tal vez por ello, solamente una mujer había sido interrogada por su médico de atención primaria sobre su funcionamiento sexual. Y ninguna había recibido información por parte del médico sobre el hecho de que su enfermedad pudiera afectar a su sexualidad. Estos autores concluyen que sería necesaria una actitud más abierta por parte de los médicos suecos de atención primaria para legitimar la discusión sobre las disfunciones sexuales femeninas. "Sin embargo, es posible que la nueva generación de mujeres se beneficie mas de la ayuda de coetáneos ofrecida por organizaciones de mujeres que proporcionarían consejo sexual básico, información y remedios de auto-cuidado. Los médicos de familia tienen experiencia en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y podrían, seguramente, procurar un respaldo medico comprensivo a estos servicios alternativos. Los médicos son un recurso importante pero infra-utilizado para identificar las disfunciones sexuales de las mujeres con diabetes tipo2, disfunciones que las mujeres de edad media y mayores tienen dificultades para abordar (2001:165).

Desde Inglaterra, Gott y Hinchliff (2003) sostienen que solo una minoría de la gente que tiene problemas sexuales busca tratamiento, sin embargo, afirman, no se sabe nada o casi nada de las barreras que impiden solicitar ese tratamiento. Por ello llevaron a cabo un estudio cualitativo con entrevistas semi –estructuradas y una muestra de 23 mujeres y 21 hombres de edades comprendidas entre los 50 y los 92 años. Entre los resultados alcanzados destaca que aunque no era un criterio de selección, 25 personas mencionaron tener un problema sexual. De ellos, 10 tenían disfunción eréctil (DE) 7 hombres y 3 parejas de mujeres entrevistadas; 8 refirieron problemas de lubricación vaginal (7 mujeres y 1 pareja); libido reducida (2 hombres y 2 mujeres) asociado con la histerectomía; y, otros 4 con problemas de salud que interfieren con su salud sexual (cardiopatias, artritis…).

De todos ellos sólo cinco habían buscado ayuda en alguna ocasión (2 con disfunción eréctil; 2 con histerectomía, y, una con sequedad vaginal) y, no fueron los médicos los que iniciaron la conversación ni siquiera cuando había patologías, condiciones o medicalizaciones conocidas por su impacto sobre la salud sexual. Sin embargo, todos los mayores mencionaron al médico de atención primaria como la primera persona a la que acudir para buscar ayuda, por la buena relación y la satisfacción general con ellos. Pero, la mayoría no lo hablaron nunca.

Las barreras a la comunicación con los profesionales médicos que hallaron Gott y Hinchliff (2003) en los mayores entrevistados, fueron:

- las diferencias de edad y sexo entre médico y paciente. Parece que se busca cierta complicidad de un profesional que pueda compartir experiencias, reduciendo así la vergüenza para hablar de sexualidad.
- el temor a cómo el médico pueda interpretar la petición: parecer inoportuno u obsesionado por el sexo
- consideran la sexualidad como un tema íntimo y privado; no se airea hablando con otros.
- consideran normal e irreversible experimentar dificultades con la edad.
- en cuanto a los problemas de disfunción eréctil, los hombres consideran que en un contexto de recursos limitados del servicio nacional de salud, los mayores no tienen preferencia y que el Viagra debe proporcionarse antes a los más jóvenes. Además, se temen sus efectos en gente con problemas cardiacos y un hombre subraya el toque artificial que introduce y que impediría adaptarse al proceso natural de envejecimiento.
- no se perciben los problemas sexuales como muy graves o muy dañinos para la salud.
- entre los aspectos psicosociales destacan: la vergüenza debida al silencio sobre la actividad sexual, el miedo a que se encuentre algo muy grave como causa del problema sexual (cáncer de próstata) y la ausencia de conocimiento sobre los servicios que ofrecen la posibilidad de permanecer en el anonimato.

En suma, envejecer añade matices a las barreras ya existentes para la población general: el miedo a ser estigmatizado por parte de los médicos, al tratarse de una sexualidad socialmente inesperada (el estereotipo del mayor asexuado está muy interiorizado entre los mismos mayores), la dimensión natural del envejecimiento y sus dificultades, las creencias de los hombres mayores sobre el viagra y la ausencia de información procedente de sus médicos de atención primaria (GPs) (los mayores no se sienten capaces de iniciar la conversación sobre este tema).

Por su parte, Nusbaum, Singh y Pyles, (2004), llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir la frecuencia y el tipo de preocupaciones respecto a la sexualidad de 163 mujeres de 65 o más años y describir su interés y experiencia al hablar de este tema con el médico de atención primaria y determinar, si esas preocupaciones diferían respecto a mujeres más jóvenes. Sus resultados indicaron que las mujeres mayores tenían un número similar de preocupaciones con respecto a la sexualidad que mujeres más jóvenes, aunque diferían notablemente en el contenido de dichas preocupaciones. Una de las principales diferencias fue que a las mujeres mayores les preocupaban especialmente las dificultades o problemas de salud de su compañero sexual o bien el hecho de no tenerlo, ya que las mujeres viven más años que los hombres. Además, a las mujeres mayores les preocupaban poco temas como el sexo seguro, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH y era menos probable que iniciaran una conversación sobre sexualidad en su interacción con el médico de atención primaria.

6- Breve referencia a la investigación de las relaciones homosexuales entre mayores

Los estudios sobre la sexualidad de los mayores se centran, como venimos viendo, en la población heterosexual. Bozon confirma esta visión al sostener que las condiciones de vida de las parejas homosexuales son menos estudiadas que las de las parejas heterosexuales. En Francia, según un estudio, solamente la mitad de las parejas gays viven juntos. Aunque, parece que la tendencia a vivir juntos crece al tiempo que baja la estigmatización. Solamente la mitad de los hombres en pareja declaran ser fieles a su pareja; vivir juntos o no, no cambia los patrones de fidelidad. "El envejecimiento sexual de los homosexuales es mal conocido", sostiene este autor. La proporción de gays que viven en pareja parece disminuir rápidamente después de los 45 años, pero eso no significa la salida del mercado sexual: aunque frecuenten menos bares y discotecas, parecen seguir teniendo encuentros en lugares públicos[20].

La valorización general de la juventud afecta mucho a los homosexuales, pero no les impide tener relaciones que implican diferencias importantes de edad y de estatus social, en la medida en que la edad no es percibida en su relación a la fecundidad. Sandfort, Brongersma y Naerssen (1991), publicaron una compilación de artículos sobre las relaciones homosexuales entre jóvenes y adultos en las sociedades occidentales. Insisten en la diversidad del fenómeno y en su abordaje interdisciplinario. Esta publicación recoge aportaciones realizadas desde la antropología (la función social de la pederastia en ciertos rituales de iniciación para jóvenes varones en tribus primitivas), la historia (discuten los orígenes del tratamiento penal de esta actividad sexual) y la sociología. Desde la sociología se ofrecen alternativas constructivistas para abordar el infra-desarrollado concepto de sexualidad infantil sin interferencias morales, esto es, sin juzgarlo como peligroso o placentero.

El análisis de la situación actual cuenta con el testimonio de 27 pedofilos que exponen cómo se entienden a sí mismos y cómo construyen su sexualidad en términos diferentes a los de abuso sexual de menores. Otro artículo muestra que la mayoría de los llamados estudios científicos están relacionados con la influencia potencial que una relación pedófila puede tener para el menor, distorsionando más que ampliando el conocimiento sobre el tema. Otro más realiza un análisis de las actitudes de los movimientos gays hacia las relaciones con niños y encuentra que el movimiento como grupo las rechaza en Estados Unidos y las apoya en Holanda. Finalmente, discuten el papel de las ciencias sociales en la promoción de un mejor entendimiento de la diversidad y de los posibles beneficios de la intimidad intergeneracional. Los

20.- Un entrevistado gay de una capital de provincia andaluza nos comentaba que en las discotecas hay mucha actividad de mayores gays (de alrededor de 65 años) con una actitud muy abierta al ligoteo con chicos de todas las edades: "se llaman pelícanos en el argot. Yo los veo, tienen una actitud positiva de ligoteo y de sexo".

editores quieren evitar que el amor pedófilo sea automáticamente etiquetado de abuso sexual y hacen un llamamiento a favor de un tratamiento del tema menos emocional y más académico, en el caso de relaciones consentidas por ambas partes. Por último, comentan la importancia de las etiquetas utilizadas para designar las relaciones dado que éstas tienen efectos políticos. Así, en Holanda, donde las relaciones homosexuales con chicos están permitidas a partir de los 16 años, pedofilia comienza a ser un término bien aceptado, mientras que en Estados Unidos, la pedofilia está recogida dentro del DSM III-R y es asociada a la psiquiatría.

Por otro lado, la homosexualidad es, a veces, una evolución o un descubrimiento tardío[21]: un número no despreciable de los homosexuales mayores estuvieron casados y tuvieron descendencia. Entre los que se definen hoy como homosexuales, la bisexualidad - o sea haber tenido experiencias sexuales también con mujeres, es una experiencia muy común, y no circunscrita a la juventud" (Bozon, 2005:62).

Para terminar, un estudio de 2003 de Brotman[22] subraya las dificultades de acceso a servicios sociales y de salud que enfrentan los gays y lesbianas (cf. Dupras y Soucis, 2008). Aspecto en el que, como veíamos, insistieron Gott y cols (2004b) al señalar que los profesionales manifiestan que hay variaciones en el uso del lenguaje por parte de gays y lesbianas, -lenguaje más especifico- y que ellos no preguntan por la orientación sexual, simplemente lo deducen.

21.- Así, Documentos TV (TV2) emitió un documental titulado: "Salir del armario a los 60" (disponible en la red: www.rtve.es/documentostv)

22.- Brotman S, Ryan B, Cormier R. "The health and social services needs of gay and lesbian elders and their families in Canada" The Gerontologist, 2003, 43 (2), 192-202.

CAPÍTULO IV- LOS LÍMITES Y LAS POSIBILIDADES DE EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD A LO LARGO DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

1-El marco político: envejecimiento activo

Actualmente se ha impuesto la perspectiva del ciclo vital, en un intento de romper con el proceso de categorización que contribuye a asignar los mismos rasgos a todos aquellos que caen dentro de cada categoría. Así, el concepto de envejecimiento activo se define según la OMS como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (2002:79). Se aplica tanto a los grupos de población como a los individuos. Y "permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados cuando necesitan asistencia".

Paradójicamente, en este amplio marco político, nada se dice sobre la vida afectiva, sentimental y/o sexual. Aunque, "activo" hace referencia, a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no solo a la capacidad para participar como mano de obra. Y a pesar de que "en un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física" (2002:79). Es decir, de nuevo, la sexualidad no se concibe como actividad social. Sin embargo, sí se hace referencia al entorno social y familiar, a la heterogeneidad de las situaciones:"el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo; los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera reciproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo" (2002:79).

Sí se subrayan las desigualdades de género y económicas (siempre con mayor impacto negativo en las mujeres), pero, no encontramos nada referente a la sexualidad ni en los determinantes del envejecimiento activo destacados ni en los considerados como transversales (cultura y género), o, los estructurales: el sistema sanitario y los servicios sociales; los determinantes conductuales; los factores personales; el entorno físico; el entorno social.

La única referencia a la posición de los mayores respecto a la sexualidad tiene que ver con el VIH. No solamente con la carga de los cuidados de los enfermos y luego de los huérfanos que recae sobre los ancianos y particularmente las abuelas en África y otras regiones en vías de desarrollo, sino también con la invisibilidad estadística de los ancianos enfermos "de hecho, la mayoría de los datos sobre los índices de infección del VIH y del Sida solo se recopilan hasta los 49 años" (2002:90).

Sin embargo, en el listado de las propuestas políticas para abordar los tres pilares del envejecimiento activo, se podría relacionar el tema de la sexualidad por lo menos con dos de ellos: la salud y la participación. En cuanto a la Salud, en el sub-capitulo 1.3 dedicado a desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, de gran calidad y respetuoso con la edad, que trate la necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que van envejeciendo; en el sub-capítulo 1.4 dedicado a proporcionar formación y educación a los cuidadores. En el tema Participación, en el sub-capitulo 2.1: proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital; en el subcapítulo 2.3: alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen.

2- La oferta cultural de la Obra Social de las Cajas de Ahorros

La Obra Social de las Cajas de Ahorros viene a completar la oferta Pública de Servicios Sociales. En general, desde las Obras Sociales las diferentes Cajas de Ahorros, atienden al ámbito de los mayores y, lo hacen, desde el marco político del fomento del envejecimiento activo. Además, en algunas de ellas

sí encontramos referencias, actividades, talleres y/o publicaciones orientadas a la sexualidad de los mayores. Por ejemplo, en la Obra Social de Caja Madrid hemos localizado un folleto titulado: "Relaciones sexuales" (en colaboración con la sociedad española de geriatría y gerontología). Este es uno de los pocos documentos (o folletos) que muestra gestos de ternura entre parejas mayores[23]: besos, miradas cómplices y/o enamoradas, contactos físicos de varios tipos (además de los besos, abrazos, se cogen de la mano, se masajean un pie, se recuestan una sobre otro). Las fotos evocan ternura, proximidad, confianza y cariño. Evocan también una dimensión del erotismo y de la sexualidad expandida.

El folleto anima a la gente mayor a seguir con sus relaciones sexuales desde una perspectiva más amplia que la estrictamente genital. Se usa un tono positivo, se dan consejos más que ordenes e, incluso, se utiliza la primera persona del plural en el apartado "Lo que ahora necesitamos" con lo que se busca la identificación del lector. La estrategia consiste en: primero, plantear algunas verdades sobre el sexo y las personas mayores (el deseo no desparece; los mayores pueden sentir placer como los demás; no se deben tener prejuicios de edad; las relaciones sexuales entre mayores pueden ser bellas); segundo, describir los principales cambios provocados por la edad en hombres y mujeres; tercero, los cambios en las necesidades; cuarto, lo que influye en su actividad sexual (lo que permite identificar obstáculos y facilitadores); quinto, se aconseja pensar en sí mismo/a y su pareja y, finalmente, atreverse a expresar sus deseos libremente: enamorarse, comenzar nuevas relaciones o activar la de siempre. Hay que subrayar que se aconseja usar preservativo si se mantienen relaciones sexuales con personas diferentes para evitar las ETS: "el uso del preservativo no tiene límites de edad". Están representadas aquí, tanto en el discurso como en las fotos, las relaciones heterosexuales y sobretodo las relaciones largas entre gente que se conoce desde hace mucho tiempo…el modelo es el de la pareja casada de toda la vida. Solo en la última frase, de la última página, se encuentra una alusión al hecho de que muchas personas de edad avanzada empiezan nuevas relaciones.

También la Obra social de la Fundación La Caixa desarrolla un programa dedicado a las personas mayores y, en él, hay conferencias orientadas a fomentar el debate sobre la sexualidad. La presentación de las actividades para personas mayores de la Obra Social la Caixa insiste en que éstas son uno de sus rasgos de identidad. "Al principio, fueron los homenajes a la vejez, que introdujeron en pueblos y ciudades la conciencia del valor de las aportaciones de las personas mayores. Actualmente, las nuevas tecnologías, el voluntariado y la formación permanente son los tres ejes de un programa que impulsa el papel activo de las personas mayores y estimula su participación en la sociedad." El programa de salud integral: *La vida es cambio. El cambio es vida* "impulsa actividades relacionadas con la necesidad que tenemos todos de vivir en el mundo de hoy, de informarnos sobre las nuevas ideas que transforman la vida cotidiana, de cuidar nuestra salud y de dar salida a nuestras inquietudes espirituales. Se desarrollan unas actividades en las que la participación de la gente es muy importante para crear un clima de debate y entendimiento. Se trata de intervenir, de dialogar, de sacar a la luz lo que nos preocupa y nos interesa, de intercambiar puntos de vista. Con esta finalidad se desarrollan conferencias, video coloquios, tertulias y talleres." (Ver http://obrasocial.lacaixa.es/personasmayores/programa_es.html)

Pues una de las conferencias-tertulias propuesta en este programa es la conferencia de Ana Vásquez-Bronfman[24], titulada **Amor y sexualidad a lo largo de la vida.** Es presentada en los siguientes términos: **"**dentro de los numerosos cambios que han protagonizado las personas mayores, está la concepción de la sexualidad. Cómo afecta este cambio a la vida privada de las personas mayores y cómo éstas varían la percepción que tienen de la vida y de cómo vivirla". Es posible acceder al texto de la conferencia y a las preguntas del público que la siguieron, así como a un video de 5 minutos que recoge el comienzo de la conferencia definiendo la sexualidad y su relación con el amor y siguiendo con las respuestas filmadas de mayores, hombres y mujeres, a cuatro preguntas : "¿disfruta usted de una sexualidad activa?";"¿siente usted la capacidad de enamorarse como antes?"; "¿habla usted de sexo con sus amigos o amigas?" y "cuándo tenía 40 o 50 años ¿se imaginaba que su vida sexual sería tal como es?" http://obrasocial.lacaixa.es/personasmayores/ clubestrella/lavidaescambio_es.html

23.- Otro es el de Arando Ilarduria, editado por el Ayuntamiento de Mondragón (2007) y titulado: *Tiernas Arrugas.*
24.- Su última novela, *"Los mundos de Circe"*, publicada por Sudamericana en Chile y, próximamente en España, por Plaza y Janés, está centrada justamente en la problemática de esta conferencia.

El video muestra las diferentes respuestas de hombres y mujeres y eso nos parece muy apropiado para insistir sobre la diversidad de puntos de vista y experiencias y no dar una visión estereotipada de los mayores. Llama la atención que las tres mujeres que hablan se sitúan rápidamente "fuera del asunto": una no tiene relaciones, otra se define como alguien que ama mucho a la gente pero enamorarse, no, y, la tercera, tiene pareja pero … también pudor y no quiere hablar del tema.

El texto de la conferencia se encuentra en un documento descargable y diseñado de manera que invita al debate a partir de la propuesta de diferentes temas http://media.lacaixa.es/descarga/obrasocial/pdf/pdfs_gentgran/ANA_VASQUEZ_CAST.pdf

La Obra Social de la Caja Mediterráneo desarrolla un programa titulado "*La vida a cierta edad*". Leemos en su página web que es un proyecto destinado a fomentar el envejecimiento activo entre la población, siguiendo las líneas ideológicas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. "Contribuye a la prevención de la discapacidad y la dependencia promoviendo comportamientos y estilos de vida saludables y potenciando la participación social de las personas mayores. "La vida a cierta edad" quiere construir aportaciones a la sociedad al lado de las personas mayores y difundir una imagen del envejecimiento ajustada a la diversidad de este importante sector de la población con dilatada experiencia vital".

Desde 2006 se desarrollan talleres y otras actividades totalmente subvencionadas. Los talleres son de cinco sesiones, de dos horas cada una, y van destinados a grupos de quince participantes. El objetivo de esta iniciativa es difundir la importancia de los estilos y comportamientos de vida en la prevención de la dependencia y el desarrollo de un proyecto vital pleno y feliz. "La vida a cierta edad" tiene también un pequeño programa de radio. Su principal objetivo es promover el envejecimiento activo con la participación en antena de personas mayores y con intervenciones de especialistas del sector. Uno de los programas de 2006, estuvo dedicado a las viudas. En el extracto que se puede escuchar, se habla de sus escasos recursos, de las desigualdades socio-económicas y de la pobreza, de cómo se supera poco a poco el golpe de la viudez (integrándose en organizaciones, haciendo actividades… buscando las cosas que puedan satisfacer a cada cual). Se subraya también que no se trata de dar la imagen de que las viudas son un colectivo frágil. Son vulnerables por la situación económica y el golpe de la perdida, pero valientes. El tema de la sexualidad no aparece, por lo menos en el extracto de audio accesible.

Entre las publicaciones disponibles en el sitio web de la CAM encontramos "*Autonomía personal en la edad avanzada*", de Antonio Ariño[25], que contiene un capítulo dedicado a "afectos y relaciones familiares". Podemos leer cómo el autor subraya el potencial erótico del baile y la invisibilidad de la sexualidad de los mayores: "aunque el mercado de objetos y servicios sexuales, incluyendo drogas para remediar las disfunciones sexuales y favorecer la experiencia sexual, ha crecido extraordinariamente y los medios de comunicación dedican numerosas páginas a ofertas de citas –bajo la cabecera de relaciones personales– la sexualidad y la intimidad no sólo son aspectos mal comprendidos, sino saturados de prejuicios, de los que raramente se habla con naturalidad entre las personas, entre padres e hijos o entre parejas. Y no digamos ya entre personas mayores: todo pertenece al pasado y al olvido. Ésta es una de las conclusiones a las que llega un informe especializado[26]. Pero la función sexual es un componente importante del bienestar humano y un indicador de salud. La expresión, experiencia y significado de la sexualidad y la intimidad son dinámicas y fluctúan a lo largo de la vida. La satisfacción con la vida sexual, y las actitudes hacia la sexualidad varían con la edad, el género, etc. Sin embargo, la asunción muy extendida de que los problemas y disfunciones sexuales son naturales e inevitables en el proceso de envejecimiento no está fundada. Por tanto, quedan muchos tabúes por derribar. La intimidad y la sexualidad son siempre misteriosas y complejas, pero no deberían estar revestidas de las complicaciones derivadas de los prejuicios sociales" (2008:164).

En definitiva ni Caja Mediterráneo ni Caja Sur ni Caja Granada han trabajado el tema de la sexualidad. Pero todas han asumido al marco político de promoción del envejecimiento activo y han fomentado las clases de informática. El programa "Informática y comunicación al alcance de todos", de La Caixa, ha impulsado la instalación de equipamientos informáticos en los centros de mayores propios y en convenio

25.- Director del Departamento de Sociología y Antropología de la Universitat de Valencia, autor de numerosos trabajos relacionados con la socio-demografía y la animación en personas de edad avanzada. Es miembro habitual del Equipo Docente de los cursos de postgrado en Gerontología Social que organiza la Fundación Universidad-Empresa de la Universitat de València.
26.- Intimacy and Sexuality. Towards a Lifespan Perspective, International Longevity Center, en www.ilcusa.org

con las diferentes administraciones públicas: actualmente hay 421 ciber-aulas en los 564 centros y más de 235.000 personas han recibido formación informática. “Muchas personas mayores que a lo largo de estos años se han iniciado en la informática, se han incorporado como voluntarios y dinamizadores de las ciber-aulas. Los voluntarios informáticos realizan actividades solidarias en las ciber-aulas de los centros mediante proyectos intergeneracionales abriéndolas a otros colectivos como personas con discapacidad, niños, inmigrantes y jóvenes”. Esta nueva apertura al medio informático de una parte de la población que nos interesa tiene, sin duda, su importancia en el marco de la socialización de los mayores y, quizás, en la búsqueda de compañeros/as, novios/as o amantes.

Por otro lado, tuvimos la oportunidad de mantener una entrevista con el Director de la Obra Social de una Caja de Ahorros Andaluza que mantiene contacto con aproximadamente 100.000 mayores al año y gestiona un presupuesto de 30 millones de euros/año. Su objetivo es diseñar una oferta cultural que llegue a todos y a todas. Su planteamiento es que “el área de mayores no es un gueto[27], a los mayores no les gusta ir con mayores. Apuestan, pues, por las relaciones intergeneracionales y fomentan la realización de talleres y actividades sobre:

- cultura: conciertos, animación a la lectura, memoria,
- asesoría jurídica: testamentaría (herencias),
- conmemoraciones: bodas de oro
- violencia en la sociedad actual
- nuevas tecnologías: Internet: desarrollan un proyecto específico en colaboración con la Junta de Andalucía con el objetivo de que los que se jubilan anticipadamente se familiaricen con internet.
- Comunicación intergeneracional

Esta Obra Social no ha organizado nada sobre sexualidad porque no se lo han ofrecido pero se muestran interesados y abiertos a nuevas iniciativas. Aunque, nuestro informante sostiene una posición prudente: se podría tratar la sexualidad en el contexto de la afectividad, la vida en pareja, rehacer la pareja... Piensa que si se plantea abiertamente un taller sobre sexualidad puede resultar un poco incómodo hablar del tema, tal vez, ofensivo. Además, prevé que las que asistirían serían mujeres porque son más participativas. Los hombres no participan en los talleres porque se cohíben[28]. Destaca el sentido del ridículo de los hombres como una de las razones que limitan su asistencia a las actividades o talleres, sean del tipo que sean. El nivel de satisfacción con los talleres que organizan es “enorme”. Las demandas que han observado se centran en : pasodobles, comidas y viajes. Esta Caja de Ahorros mantiene “El hogar del pensionista” en el medio rural pero nuestro informante considera que es un fracaso: “sólo se utiliza para jugar a las cartas, al dominó, las mujeres no van”. Entonces, ¿cómo toman las decisiones sobre las áreas y las temáticas en las que invertir sus cuantiosos fondos? Por lo que alcanzamos a ver los presupuestos de la Obra Social de las Cajas no siguen unas líneas maestras o directrices concretas; detrás de la Obra Social hay una imagen institucional que cuidar.

3- Las barreras sociales a la expresión de la sexualidad

Lo expuesto hasta el momento señala como uno de los principales obstáculos para el mantenimiento de una sexualidad activa y placentera a lo largo de toda la vida los aspectos sociales. Como insistía López Sánchez: el principal obstáculo para la sexualidad no está en la fisiología sino en el tabú y las falsas creencias. La sexualidad sólo funciona sino la interferimos con miedos y falsas creencias. La socialización represora a que fueron sometidos los mayores de hoy en día ha condicionado su historia sexual y continúa marcando lo que aún hoy se atreven a hacer. Pero se atreven, lo que ocurre es que al silenciar sus cambios y transgresiones proyectan una imagen más rígida y arcaica de lo que son en realidad. Los mayores son capaces de mucho más de lo que imaginamos.

Como las actitudes y valores sociales de cada época y país cristalizan en forma legislativa recordemos

27.- Los mayores me dicen “yo con viejos no voy”.

28.- Observación que coincide plenamente con lo señalado por Antonio F. Moreno: “el tema del control del macho está muy presente: el hombre tiene que saberlo todo sobre el sexo y las mujeres son las que van a rebufo y van a los talleres. Ellos, lo saben todo y no van. Además no van a ir para decir, delante de un montón de mujeres, que tiene disfunción eréctil”.

brevemente el contexto legislativo en que crecieron los mayores de hoy. En España, el adulterio estuvo penalizado hasta 1978; hasta ese año estuvieron prohibidos la distribución y uso de métodos de planificación familiar; tuvimos que esperar al 15 de agosto de 1981 para que se aprobara la ley del divorcio. La homosexualidad también estuvo perseguida por la ley (Ley de vagos y maleantes, primero y, a partir de 1970 por la Ley de peligrosidad y rehabilitación social) hasta que en 1979 se derogan varios artículos de esta última ley, que no fue derogada completamente hasta el 23 de noviembre de 1995. En este contexto legislativo, crecieron y desarrollaron su sexualidad los mayores de hoy.

A continuación presentamos los aspectos sociales que consideramos, fundamentándonos en las investigaciones revisadas, actúan como principales barreras a la libre expresión de su sexualidad.

3.1-La socialización en la sexofobia: mitos y falsas creencias

López y Olazábal (2006:128) sostienen que una actitud negativa hacia la sexualidad favorece el desinterés por esta. La sexualidad durante la juventud de los mayores de hoy, estaba asociada:

-funcionalmente a la procreación
-topológicamente a la genitalidad
-jurídicamente al matrimonio
-conductualmente a la heterosexualidad
-sexualmente al varón
-cronológicamente a la juventud y la edad adulta.

Es decir, la sexualidad debía ser heterosexual, coital y limitarse a la procreación dentro del matrimonio. Más allá de la edad adulta: nada de nada. Así, para los mayores de hoy las imágenes sociales sobre su sexualidad están impregnadas por los mitos del viejo verde y la viuda alegre. Con estos referentes hay que ser muy transgresor-a y muy valiente para aventurarse a hablar y vivir la propia sexualidad hasta el final.

Precisamente por ser la generación del cambio, los mayores de hoy no recibieron educación sexual alguna. Eso hace que aún hoy mantengan falsas creencias sobre la sexualidad. Los mitos y las falsas creencias impregnan sus vivencias y carencias. Un joven sociólogo que había realizado un proyecto sobre el tema y hablado con los mayores, nos comentaba: “todavía te encuentras viejitos que opinan que te embarazas por el ombligo, o también me contaron de una mujer que tenía guardadas las cartas de su novio porque creía que si las abría se podía quedar embarazada. Otras creen que tienen que seguir siendo fieles hasta después de enviudar, hasta el final. Como su educación fue religiosa, nadie les ha informado. Los que se formaron en la segunda república tienen una visión más abierta. Pero, la sexualidad es tabú para todos y mucho más para los mayores” (Pedro González Matas). Todo en su entorno niega o reduce las posibilidades de vivir la sexualidad durante el envejecimiento y funciona como una barrera multidimensional contra su experimentación.

3.2-Los fuertes condicionantes religiosos

Nuestra sociedad es profundamente católica y, por tanto, ha aceptado sólo el sexo vinculado a la reproducción dentro del matrimonio monogámico indisoluble (tal y como fue establecido por el Concilio de Trento). Esta visión reduce el sexo a las relaciones heterosexuales centradas en la genitalidad. En esta línea, las personas mayores no reproductivas, no tendrían sexualidad.

La incorporación de los principios religiosos a la vida de las mujeres de edad es de tal calado que mantener relaciones no ya fuera del matrimonio, sino fuera de los días fértiles era vivido con un sentimiento de culpa y pecado, difícil de superar. Así lo expresa una de las mujeres entrevistada por Vásquez-Bronfman (2006:50):

“María: [...] cuando teníamos relaciones en una época en que no era fecunda, para mí era muy grave. Todo eso a mí me fue, yo diría, enfriando. O sea que unas relaciones perfectas no las tuve, primero por ignorancia y luego porque no, porque no tocaba. Porque claro, es que no nos planteamos: ‘dejemos esta parte de la creencia porque humanamente

no corresponde'. O sea, no. No lo hablamos nunca, yo me fui, como diría...apartando de él. Sí, enfriando. O sea que tocaba, tocaba y ya está, claro. Luego, al tener unos hijos, eso me fastidiaba más. Pero claro, no era una paternidad responsable. Yo me casé a los 22.
E: Era muy joven y, ¿tuvieron unas relaciones satisfactorias?
María: Sí, pero yo creo que a mí, plena satisfacción [...] de las dos manos me sobran dedos [...] yo veía lo que le pasaba a mi esposo y, bueno, eso a mí pues no me pasaba.
E: O sea que orgasmos...
María: No
E: y su religiosidad, ¿continua igual? ¿sigue siendo tan creyente?
María: Sí, continua igual, yo soy creyente [...] Pero yo reconozco que si ahora fuera joven, y hubiese conocido la píldora y todo, mi sexualidad habría sido completamente diferente".

Así pues no es sólo que la sexualidad tuviera que estar confinada al matrimonio. Dentro del matrimonio sólo la procreación justificaría el mantenimiento de relaciones sexuales. Nuestros mayores vivieron la sexualidad con sentimientos de miedo y culpa, a oscuras, sin verse los cuerpos mutuamente y, en numerosas ocasiones, sin conocer el placer. Recordemos que el placer le estaba negado a las mujeres.

En la actualidad, según apunta el IPME-2006, la religión sigue siendo una dimensión importante de la vida de los mayores. El auto-posicionamiento religioso y la intensidad de la participación en las actividades de culto así lo muestran. Aunque el conjunto de la ciudadanía de nuestro país sigue siendo mayoritariamente católica (76,9%), entre los mayores esta calificación es casi universal (97%), tan sólo el 3% se considera agnóstico o no creyente y apenas el 0,6% pertenece a alguna otra confesión religiosa. Respecto a las prácticas: casi la mitad de los mayores (42,8%) es católico y asiste semanalmente a la iglesia cumpliendo la obligación de la misa dominical. Declararse católico pero poco practicante puede ser indicativo de un sentimiento religioso poco intenso o de una forma de religiosidad menos institucional, entre los mayores el 23,5% se define como católico pero asiste muy rara vez a los oficios religiosos.

No está claro si los mayores son más religiosos porque siempre lo fueron o si la edad produce un acercamiento a la religión. Si el efecto de la edad tiene alguna fuerza en este sentido, en el futuro, las personas que hoy tienen menos de 65 años serán algo más religiosas; si por el contrario, este efecto es irrelevante, los mayores del futuro serán menos creyentes y menos practicantes que los de ahora.

3.3-Los modelos sociales dominantes

El valor social de los sujetos en las sociedades occidentales se mide, actualmente, por su ocupación y la manera de desempeñarla. La productividad es la medida del poder y del prestigio social de la persona y dado que los viejos ya no producen, pierden valor e interés para la sociedad. La jubilación puede ser vivida entonces como decadencia, falta de actividad, como si fuera el final del trayecto de la vida. En las sociedades actuales no es extraño escuchar que dentro de X años no habrá dinero para pagar las pensiones, que cada vez hay más pensionistas ... Estos discursos contribuyen a que en el imaginario colectivo los mayores se vean como una pesada carga para la escasa población activa, un peso muerto para los presupuestos del estado que tiene que endeudarse para pagar sus pensiones (aunque la evidencia empírica lo refute). Esta representación es conocida y percibida por los mayores que la incorporan aunque sea de modo inconsciente, contribuyendo así a minar su autoestima y su actividad en diferentes ámbitos.

La eterna juventud no existe pero se quiere alcanzar. Esta es otra idea que contribuye a que envejecer se asocie a perder valor social, y a que se inviertan grandes esfuerzos (psíquicos, físicos y económicos) en intentar lograr el ideal de belleza imperante, el cual es, a todas luces, inalcanzable. Todo ese esfuerzo en cremas, tintes, tratamientos, operaciones de cirugía estética, dietas de adelgazamiento y demás sufrimientos ilimitados está destinado al fracaso. Sólo produce frustración. La imagen corporal afecta a la autopercepción del atractivo sexual y funciona como un limitador de esta actividad. Ello, sin olvidar, la mayor permisividad social hacia el cuerpo avejentado de los varones que de las mujeres (son ellas las que ni pueden ni deben envejecer).

3.4- La soledad

Hemos visto como la soledad no buscada es identificada, en numerosos estudios, como uno de los grandes males del envejecimiento en nuestros días. La pérdida del compañero es un hecho frecuente a estas edades, especialmente para las mujeres. La viudez o ausencia de compañero-a (soltería, separación, divorcio) será otro de los principales obstáculos para el desarrollo de una vida sexualmente activa y saludable.

Las posibilidades de rehacer la vida de pareja después de los 65 años son, como veíamos en el capítulo uno, muy escasas y difíciles de aprovechar. La proporción de 3,7 mujeres por varón, la costumbre de las mujeres de emparejarse con varones mayores que ellas, la asimilación de la relación al cuidado del otro, el miedo a encariñarse para después perder al compañero, la fidelidad a la pareja más allá de su muerte... son algunas de las barreras que destaca la literatura revisada, a esto habría que añadir: la autocensura, el miedo al qué dirán y al ridículo ... La cuestión es que los que rehacen la vida de pareja después de los 60 son, hasta el momento, muy pocos (en España, en 2004, fueron 2992 varones y 857 mujeres los que contrajeron matrimonio, teniendo al menos uno de ellos 60 o más años). Es previsible una tendencia alcista que contrinuya a vencer la vida en solitario que, de lo contrario, se impondría en este grupo de edad.

3.5-El estado de salud

Sin duda, la historia de salud del mayor condiciona, en interacción con la ingesta de fármacos, el desarrollo de la sexualidad (López y Olazábal, 2006:107). Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la depresión, la ansiedad son enemigos de la sexualidad. Por otro lado, algunas enfermedades degenerativas tipo Alzheimer o confusión mental pueden dar lugar a comportamientos problemáticos, desinhibición traducida en hiperactividad sexual.

La discordancia entre vejez y sexo está motivada por la mayor relevancia que tienen las enfermedades en la población de mayor edad. Sin embargo, el sexo es beneficioso para la salud y la mejora de la salud es primordial para la práctica del sexo.

No pretendemos profundizar en este aspecto más médico que sociológico. Sólo recordaremos que entre los varones, los problemas sexuales de mayor prevalencia son: trastornos eréctiles, eyaculación precoz, ansiedad e incapacidad para alcanzar el climax. Mientras que entre las mujeres los problemas más frecuentes son: falta de interés, problemas de lubricación, imposibilidad de alcanzar el climax, no encontrar el sexo placentero y dolor.

3.6- Las limitaciones espaciales y la faltad de intimidad

La convivencia con hijos como la institucionalización suponen importantes limitaciones a la expresión de la sexualidad. “Vivir con los familiares o en instituciones después de la pérdida del compañero-a supone una importante pérdida de intimidad. Es infrecuente encontrar residencias de ancianos en las que se faciliten los espacios y las condiciones de privacidad e intimidad para que puedan expresarse y, si lo estiman oportuno, tener la posibilidad de visitas (Lázaro, 1995; cf. García, 25).

Existen percepciones sociales de la vejez que inhiben la materialización o el desarrollo de un mercado relacional de mayor envergadura. El temor a críticas de familiares, vecinos o amigos forma parte de esas barreras. Los factores inhibidores del inicio de una relación serían, pues, en orden de importancia: enfrentamiento con los hijos y objeto de críticas por parte de amigos, vecinos y familiares.

3.7-La persistente dominación masculina

Las relaciones de dominación son estructurales y simbólicas y son incorporadas y reproducidas por los sujetos objeto de la dominación, por las propias dominadas que al utilizarlas contribuyen a su reproducción y perpetuación. Los efectos de la dominación masculina sobre las mujeres de más edad son persistentes y bien visibles: ellas duermen menos horas, trabajan más horas en la casa, viven más tiempo solas, sufren más la dependencia, la soledad y la pobreza. Tienen que cuidar más su aspecto físico para parecer siempre jóvenes y así resultar atractivas. Ellas son las cuidadoras, a ellas les estuvieron negados el sexo y el placer... Ellas consideran que deben ser fieles incluso después de fallecido el marido, que deben perdonar las infidelidades de los varones porque ellos tienen esa necesidad ... y suma y sigue.

Así, las barreras que actúan especialmente sobre ellas y que contribuyen a que las mujeres vean mermadas sus capacidades para manifestarse sexualmente responderían a los siguientes motivos:

- mayor esperanza de vida de las mujeres; hay más viudas que viudos;
- tendencia de las mujeres a emparejarse con varones mayores que ellas;
- mayor apego emocional y mayor autosuficiencia de las mujeres;
- sesgos heterosexistas masculinos: menor valoración del cuerpo avejentado de las mujeres que de los varones;
- estereotipos : el hombre lleva la iniciativa (Nieto, 1995:19).

No obstante, señalan López y Olazábal (2006:38), “hay un 25% de mujeres que refieren mejoría de la salud sexual, pudiendo guardar relación tanto con la desaparición del miedo a un embarazo no deseado como con los cambios de la respuesta sexual humana del varón, que conllevan una menor urgencia eyaculatoria, que puede facilitar la satisfacción de la mujer durante la actividad sexual”. Aunque sólo mientras el varón se mantenga alejado del Viagra; nueva amenaza para algunas mujeres (*vide infra*).

3.8- El miedo al ridículo actúa sobre ellos

Pero la dominación masculina también perjudica a los varones que al creerse su papel preponderante viven angustiados con la obligación de cumplir bien su papel principal. Según Garay Lillo aunque los hombres declaren que “les preocupa quedarse calvos o echar barriga, lo que temen en la vejez es dejar de funcionar en la cama” (cf. García, 2005:23). Este temor es analizado junto con otras cuestiones de la mitología fálica en el documental británico *“Locos por el pene”* que recopila testimonios de urólogos, profesores de sexo tántrico, cirujanos plásticos, diseñadores de consoladores y por, supuesto, de los usuarios del pene.

“Desde el inicio de los tiempos varones y mujeres han estado obsesionados con el pene, pero por distintas razones. Ellos, porque esta pieza única de ingeniería biológica constituye el centro de gravedad de su universo individual y ellas, porque la disfrutan o la padecen, según se mire. Desde su más tierna infancia, el niño se obnubila con su apéndice; en la pubertad, las oscilaciones hormonales y las erecciones indebidas, incontroladas e impredecibles centran su atención. Pero es en la etapa adulta cuando el miembro masculino adquiere todo su colosal protagonismo…y preocupa, sobre todo si se sospecha que no tiene el tamaño o el grosor adecuado. Y es que parece que la longitud y la circunferencia sí importan y por eso hay quien está dispuesto a ponerse en manos de otros con tal de lograr las medidas de la perfección. Para alargar o engrosar existen bombas y otros artilugios, pero también cirugía para quien esté dispuesto a someterse a semejante sacrificio. Pero no sólo importa el aspecto infalible del falo, sino también su belleza estética: depilación, “piercings” ...

No obstante, el centro de atención es la erección del miembro y para ello es necesario asegurar cierta dosis de lujuria, una buena circulación sanguínea…Si todo falla, se puede echar mano del Viagra o de un consolador más perfecto si cabe, que el propio pene humano. De hecho hay hombres que temen que los sofisticados juguetes sexuales de nuestros días, los desbanquen a ellos y… a sus penes”.

Tal vez, la siguiente generación protagonice una nueva revolución. Como reflexiona Ariño: “Los jóvenes que tenían 20 años en 1968 y protagonizaron la revolución cultural en los campus universitarios, en la música, en la sexualidad, en la calle, en la familia, cumplirán 60 años en 2008. ¿Cómo van a adentrarse por esta nueva etapa que la conquista de la esperanza de vida les ha regalado? ¿Sus inquietudes se habrán

esfumado y se habrán tornado acomodaticios y conservadores o mantendrán el ímpetu revolucionario y cabe esperar de ellos un cambio en las formas de vivir la edad avanzada? ¿Habrá ahora una revuelta *senioril*? ¿Podemos imaginarnos a los políticos que protagonizaron la transición democrática, muchos de ellos nacidos a principios de los cuarenta, viviendo una vejez de resignación, sacrificio y renuncia? ¿Renunciará Fernando Savater a su talante de iconoclasta? ¿Cómo abordarán este tiempo vital ídolos como Pilar Bardem (1939), Joan Manuel Serrat (1943), Miguel Ríos (1944), Carmen Maura (1945), Carlos Cano (1946), Mari Trini (1947), Massiel (1947), Patxi Andion (1947), Víctor Manuel (1947) y Joaquín Sabina (1949) o Ana Belén (1951) y tantos otros? Todo apunta a que cabe esperar lo que podríamos denominar un *efecto generación:* las personas que han compartido unas mismas experiencias vitales de cambio y transformación en sus etapas tempranas de socialización, trasladarán también su talante, su temperamento, su manera de enfocar la vida, a las nuevas etapas por las que transitan. Por tanto, podemos imaginar que protagonizarán, aunque sin tanto estruendo como en los sesenta, una revolución en las formas de ver y de vivir la edad avanzada (2008:208). Algo más de tiempo será preciso esperar para ver cómo las clases populares y medias adoptan el talante de sus precursores".

CAPÍTULO V: SOCIOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD: ÁMBITOS POR INVESTIGAR

Planteamos este capítulo con visión de futuro. Veremos primero los cambios que hemos observado para después destacar lo que se mantiene fuertemente arraigado en nuestra sociedad. A partir de estas reflexiones planteamos aquello que nos parece pudiera centrar la atención de investigadores y políticos para avanzar hacia la libre vivencia de una sexualidad sana a cualquier edad. Dos propuestas concretas de investigación cierran este capítulo.

1- Cambios observados

Se vislumbra, pues, un interés renovado por la sexualidad de los mayores que respondería a:

- Cambios demográficos: el creciente número de personas que conforman el grupo de edad, unidos a
- Cambios socio-sanitarios: que contribuyen tanto al aumento de la esperanza de vida como a la mejora en las condiciones de salud con que se llega a la vejez (EVLI). Además, estos avances contribuyen a que algunas de las disfunciones sexuales puedan diagnosticarse y tratarse.
- Mejoras económicas y políticas: inversión en bienestar social que influye en la calidad de vida de los mayores. Inversiones siempre insuficientes, recordemos que en España estamos a la cola de Europa en gasto social.
- Avances científicos que también han contribuido al avance en el campo de la sexualidad
- Desarrollo de investigaciones sobre la sexualidad de los mayores y difusión de sus resultados. Lo que contribuye a imponer el tema en la esfera del debate público y a aumentar el conocimiento sobre el campo. Así, cada vez más mayores saben que los cambios fisiológicos son diferentes en varones y mujeres pero no abruptos sino paulatinos. Cambios que a medida que son conocidos y aceptados permiten adaptar las relaciones a la nueva situación, logrando que continúen siendo satisfactorias.

A todo lo anterior podemos sumar otros aspectos que consideramos también facilitadores de la sexualidad al envejecer. Así, el hecho de que desaparezca el riesgo de embarazo y el que los hijos abandonen la casa familiar y dejen a la pareja sola permite disfrutar de tiempo e intimidad. Herrera (2003) lo enfoca desde la siguiente perspectiva: “se cambia el síndrome del ‘nido vacío’ por el de ‘misión cumplida”, y, a disfrutar”.

La nueva situación será previsiblemente considerada por los profesionales de la salud y de la atención a los/as mayores, y también por los familiares, promoviendo una mejor salud sexual en esta etapa del ciclo vital. La capacidad de disfrutar de la afectividad y de la sexualidad dura toda la vida y, si hay condiciones adecuadas, puede ser un elemento que enriquezca positivamente la vida y las relaciones de las personas mayores.

En el contexto de este estudio hemos mantenido conversaciones con profesionales y políticos dedicados al ámbito de los mayores: dirección general de mayores, fundación andaluza de servicios sociales, consejería de igualdad y bienestar social, servicios sociales comunitarios, trabajadores sociales, animadores socio-culturales, médicos, enfermeros, delegados provinciales, asesores políticos, asociaciones de mayores, centros de día ... además de profesores y catedráticos. Aquellos que trabajan directamente con mayores nos confirman una y otra vez que de sexualidad no se habla. Uno de nuestros informantes, nos escribía: “he estado revisando memorias de gestión de la dirección general de mayores y de ese tema nada de nada”. No forma parte de la agenda política y eso se observa a cada paso.

No obstante, hemos tenido noticia de que desde la Consejería de Igualdad y Bienestar Social se está trabajando en la elaboración del Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía que tendrá distintas fases, en las que intervendrán grupos de trabajo compuestos por expertos, técnicos y personalidades del ámbito público, personas mayores, así como otros expertos relacionados con temas concretos que prestarán su asesoramiento. Estos grupos, apoyados por expertos, se distribuirán por temáticas. Solo conocemos el nombre de los grupos, no los contenidos que se tratarán en cada uno de ellos: Conceptos

Generales; Bienestar Social y Salud; Vida Laboral y aportación al desarrollo social; Educación y Formación a lo largo de toda la vida; Participación social, política y cultural y Entornos. Es decir, no sabemos si la sexualidad será objeto de estudio por parte de alguno de estos grupos.

Lo que sí hemos podido confirmar es que la Dirección General de Mayores está en conversaciones con Salud para llevar a los centros de día alguna actividad formativa sobre sexualidad. No obstante, se están llevando a cabo los primeros contactos y aún no hay nada concreto diseñado o pactado. Ahora bien, desde los ayuntamientos, centros de día y algunos centros de salud, alguna vez se ha realizado algún taller de sexualidad, de climaterio... - de manera esporádica, nada sistemático-,y, se han realizado investigaciones (como las de Nieto, Moioli...vistas en el capítulo II).

1.1 Los incipientes talleres sobre la sexualidad: "más folleteo y menos pastilleo"

Sabemos, por tanto, que algo se hace aunque sea de manera esporádica. Contamos con el testimonio de Antonio Fernández Moreno, animador socio-cultural del Ayuntamiento de Granada y Sexólogo. Nos interesa porque es pionero en la realización de talleres de sexualidad orientados a mayores. Presentamos aquí su testimonio:

> *A- "aquí se hacían talleres: habilidades sociales, comunicativas, el 'duelo', la soledad, la memoria, patologías, relajación, gimnasia, manualidades, conciertos, música de cine, salidas culturales, el baile –que a ellas las gusta, la verdad-, luego en verano a la playa. Entonces pues se planteó en el encuentro de mayores del año pasado (a nivel municipal, con todos los profesionales que trabajan con mayores, centros de día .. y usuarios) propusimos hacer algo más dinámico, más interactivo: grupos de trabajo* y *que algún experto diera una pequeña charla previa. Entonces se habló de la soledad, la afectividad, la amistad y entonces yo planteé que por qué no hacíamos algo sobre sexualidad. Al principio a algunos les pilló así por sorpresa, decían que no, que a esas edades ya no... pero después, pues bueno, pues venga. Y lo di yo y fue la primera vez, yo los conozco de aquí pero no habíamos trabajado ese tema. Y bueno, lo que hicimos fue pues romper estereotipos y que hablaran ellos, que es lo que a mi me interesaba, sobre cómo ven ellos su propia sexualidad.*
>
> *La idea era ver la aceptación, el taller no lo eligieron ellos. Allí había unas carpetas de diferentes colores (cuatro colores que se correspondían con cuatro talleres diferentes) y según la tarjeta que cogían, iban al taller. Una buena ensalada de gente hubo allí. Dentro del grupo hubo dos que no, que se salieron, las mas conservadores, era normal, se avergonzaron y tal. Pero luego, los que se quedaron, vieron que había personas que hablaban naturalmente de su sexualidad, decían pues yo con mi pareja cada 15 días o así echamos un polvo y, otros pensaron si esta sí por que yo no.*
>
> *Entonces, primero les pasamos un cuestionario, para sacar algunos datos más cuantitativos: si tenía relaciones, si no, por qué no las tenía, si tenía ganas o no, si el hombre no, el taller fueron un par de horas. Después, hice un power point así muy sencillo, con frases, a ver qué les parecían: que la sexualidad en los mayores no existe, que los mayores no se masturban, los mayores sólo piensan en su salud, en la tercera edad no existe el deseo, que no hay penetración, y, ellos: yo creo que sí, yo creo que no, eso no puede ser... se creó allí muy buen ambiente porque había un grupito que sí lo practicaba más asiduamente y hablaban más y tiraban del carrito, ya los otros, hablaban menos pero empezaron a ver pero ¿eso es verdad?. Yo hablaba de la sexualidad pura y dura, también hablamos de la afectividad en algún momento, que no tiene porque estar relacionado con la sexualidad, y fue muy divertido.*
>
> *Gustó mucho, mucho. Y querían continuar tanto porque era una novedad como porque era un tema del que no tenían información. Y te preguntaban cosas muy graciosas: hacían preguntas de niñas de 15 años, de la menstruación, por ejemplo,... Descubrieron que había alguien que les estaba escuchando, porque con el médico no hablan de sexualidad, con el médico hablan del reuma y, sólo si tienen una infección o así. Allí fue la cosa más natural, también con mucho respeto y también muy divertido porque se relajaron unos cuantos, alguno entró al trapo... eran unos cuarenta de todo Granada. Hice ese y otro allí en el Zaidín pero ya más restringido (unas 20 peronas).*
>
> *Hay diferencias muy grandes entre los más mayores y los de 60-70, y entre los que vienen de pueblo, porque se han venido los hijos, normalmente. Vienen condicionados por la cultura popular. Pero hay ganas de información y preguntan. Porque al final, lo que pasa, hablamos de los beneficios: disminuye el azúcar en sangre, es mejor un polvo al mes que 10 pastillas al día, y ellos se reían, eso les llega mucho. Todas esas*

reflexiones un poco brutas. Más folleteo y menos pastilleo, ese es mi lema.

La sexualidad como mejoría de la calidad de vida y la salud, hay que trabajarlo. La sexualidad es imprescindible, si hay una demanda en una ciudad provinciana como es Granada, imagínate. Ahorraría dinero no sólo a Servicios Sociales, también a Salud. Es una herramienta contra la soledad. Porque allí nadie decía, déjame de tonterías que yo quiero jugar al mus, nadie.

El sociólogo, Pedro Matas González, estuvo como observador en algunos de los talleres que posteriormente realizó Antonio. Nos resumía así sus observaciones:

Hacen una convocatoria, hoy taller de sexualidad: hay gente que se sale del taller, mujeres que están todo el rato riendo, otras hablando claro y con gracia, si hay que hablar de follar, se dice follar. Tratarlo con humor y con sinceridad ayuda a que se abran. Antonio en el taller hablaba de las etapas de la vida, de lo ginecológico, dando información y luego ellos van hablando. Todo se relaciona mucho con temas de soledad, que es muy importante. Casi todas eran viudas. Tienen la barrera mental de que pensará mi vecina, mi hija... informar, hablar de todo poco a poco a medida que va surgiendo. También les daba datos estadísticos. Y les formulaba preguntas para que se crease un poco de debate: si una persona mayor hiciera esto, ¿vosotros que pensaríais? También les enseñaba fotos, para debatir sobre ellas. Les da información y les invita a que lo hagan. Su lema: "Mas folleteo, menos pastilleo. Salir a la calle que hay mucha gente activa. Y vosotros podéis", les decía.

Hay que crear un poquito el espacio para que ellos funcionen pero funcionan. También las hay que tienen 3 novios. Otras tienen la imagen del cuento de hadas de lo que tiene que ser un hombre para ellas pero, al final lo que cuenta es la compañía y sentirte que sirves para algo, la autoestima... En los talleres se anima mucho a las mujeres: ahora vosotras tenéis que aprovechar que ellos van más despacio, como a vosotras os gusta, ... A partir de los 75 parece que la libido baja mucho. Los temas de la movilidad, los dolores...son excusas que se ponen ellos. Eso se hace a los 20 y a los 80 (dolor de cabeza). Son limitaciones que se construyen mentalmente y con los talleres lo que se pretende es hablarlo para desmontarlo. Es terapia por decirlo de alguna forma.

Es un tema delicado y también conflictivo. ¿Quién habla con su abuela de esto? Yo le dije a mi abuela que por qué no iba al programa de Juan y Medio[29] y se buscaba un noviete y, se enfadó muchísimo. Porque creen que tienen que ser fieles hasta el final.

Por otro lado, se habían hecho talleres sobre la afectividad y la sexualidad de los mayores en pueblos y, hay pueblos en los que muy pocas viejecitas quieren hablar de sexo y entonces iban las abuelas, las hijas y las nietas. Al fin y al cabo sus preocupaciones no son tan distintas. Un taller para mayores se convirtió en un taller intergeneracional, muy bonito (sobre otro taller de Antonio Fernández Moreno).

Otro de nuestros informantes fue Antonio Rivas, enfermero de enlace entre servicios comunitarios y salud. Él es partidario de realizar talleres de sexualidad con todas las edades. Sostiene que los mayores están abiertos a muchos más temas de los que imaginamos y que el éxito depende de cómo se planteen y de cómo se haga la captación.

Aunque hemos encontrado profesionales interesados e informados sobre la sexualidad en la edad tardía, en general, la sexualidad de los mayores es un tema que no se trabaja, concluía Antonio Fernández Moreno:

A-Ese tema no se trata. No se trata.
E-Y, los profesionales que dicen que tratar el tema con los mayores es hacerles ver lo que se han perdido
A-O no, o todo lo que pueden recuperar. Yo creo que eso dependerá del profesional, no es el tema en sí. Estamos acostumbrados a hablarle al chaval del preservativo, eso sí, pero a una persona de 70 tacos decirle qué puede hacer para mantener una erección, que postura usar si tiene problemas de reumatismo o articulares... es un tema como que no. Yo creo que es una cuestión que depende de la visión que se tiene. De cómo se plantee.

29.- El programa de Juan y Medio, fue el programa televisivo de sobremesa que emitió Canal Sur TV, desde el verano de 2003 hasta abril de 2007. Durante su emisión fue líder de audiencia en su franja horaria, alcanzando una cuota de pantalla del 26'6%. El programa estaba dirigido al público más mayor, con entrevistas de salud, curiosidades y un estilo cercano. También tenía un espacio de relaciones entre andaluces que ha sido muy famoso durante éstos años. Los mayores iban allí a buscar pareja: exponían su demanda, sus inquietudes, gustos y preferencias y eran puestos en contacto con posibles candidatos-as. No sabemos cuántas parejas se formaron a través de este programa, ni si aún se mantienen pero sí que llegó al público más mayor, abriendo así nuevas posibilidades de realización.

1.2- La irrupción del Viagra

Pero sí algún cambio ha revolucionado el ámbito de la sexualidad en la edad tardía ese ha sido el Viagra. Según relata Pérez Leiros (2005:47) el sildenafil, nombre genérico del medicamento aprobado en 1998 para tratar la disfunción eréctil en el hombre, conocido como Viagra es un caso emblemático entre los medicamentos para el estilo de vida. El Viagra fue uno de los medicamentos que más rápidamente se aprobó en los distintos países, una vez concluidas las etapas del ensayo clínico en los Estados Unidos y autorizado por la FDA (*Food and Drug Administration*). Por ejemplo en Japón, mientras que las píldoras anticonceptivas requirieron más de 30 años para ser aprobadas por las autoridades sanitarias, la autorización para comercializar el sidenafil sólo necesitó seis meses (¿machismo o eficacia de las recién aprobadas normas de la *International Conference on Harmonisation,* o, ambas cosas?).

De cualquier modo, el Viagra es calificado como uno de los "golazos terapéuticos de los últimos años por ser una droga dirigida a un blanco farmacológico nuevo. En efecto, la isoforma V de la enzima fosfodiesterasa de GMPc localizada principalmente en el músculo liso y endotelio de algunos tejidos, es el blanco molecular del sildenafil y no se conocía como posible sitio de acción de drogas. La inhibición de esta enzima por el sildenafil impide la degradación del GMPc y así mantiene la erección. Basados en el mecanismo de acción y en sus indicaciones terapéuticas, se puede deducir que los usos del Viagra en hombres sanos o en mujeres, tienen más relación con una búsqueda de satisfacción que con la necesidad de un medicamento" (Pérez, 2005:47).

Recientemente se han introducido en el mercado otros dos medicamentos: Levitra y Cialis que responden a las mismas indicaciones que el Viagra: aumentar el rendimiento sexual de los varones[30].

"Viagra o cuando el tratamiento crea el trastorno", en estos términos se refiere Bozon (2005) al Viagra. Bozon recurre a Giami (2000)[31], quien muestra qué cambios coordinados, organizados alrededor de la industria, fueron necesarios para construir la actitud del público e imponer nuevas normas de calidad de la actividad sexual:

- La evolución de las definiciones medicas del trastorno (de la impotencia a la disfunción eréctil);
- la ampliación del fenómeno con asimilación de todos los trastornos sexuales;
- la imposición del tratamiento farmacológico como único posible, en detrimento de otras formas de terapia (enfoques psicoterapéuticos,...); y,
- entrar en la práctica de la medicina general gracias a un tratamiento muy sencillo.

Por tanto, la campaña hacia los médicos y el público en general fue un éxito enorme. Indicador del mismo es el importante crecimiento de la demanda que funciona, a su vez, como motor de la patologización del trastorno eréctil. Este fármaco introduce en la representación de la sexualidad una tendencia a disociar los diferentes componentes del funcionamiento sexual: pensada sin relación a la pareja, la erección se erige en centro de la relación sexual, pero es considerada como un problema mecánico, aislado del resto del desarrollo del acto sexual[32]. Pensado como afrodisíaco más que como tratamiento, el Viagra despierta en ciertos hombres el sueño de un deseo ilimitado y programable" (Bozon, 2005:118).

Pero la polémica entorno al Viagra no se queda ahí. Potts, Gavey, Grace y Vares (2003), parecen retomar la idea de Bozon de que el Viagra no tiene en cuenta a la pareja y se plantean explorar la situación de las mujeres cuyas parejas toman Viagra. Estas autoras nos muestran lo que podríamos denominar: la otra cara del Viagra.

30.- Sirva como muestra del éxito del Viagra la reciente propuesta del alcalde de Ciudad de México: dentro del Programa de Salud Integral para Ancianos se incluye la distribución de 2 Viagras gratis al mes. Se fundamenta en la premisa de que la disfunción eréctil afecta al 70% de los mayores de 70 años (Informativos TV1, diciembre, 2008).

31.- Giami, A. «Médicalisation de la sexualité et médicalisation de la société». In A. Jardin, P Queneau e F. Giuliano (dir), Progrès thérapeutiques: la médicalisation de la sexualité en question. Paris, Libbey, 2000.

32.- Bajos, N. y M. Bozon, (1999), « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation: le Viagra ». Actes de la recherche en sciences sociales, 128 : 33-37.

1.2.1- La otra cara del Viagra

Potts y cols realizaron 23 entrevistas individuales a mujeres, en Nueva Zelanda, en un estudio independiente sobre las implicaciones socio-culturales de los sexo-fármacos contemporáneos. Para localizar a las informantes hicieron un llamamiento desde la radio, los periódicos locales y las revistas populares, durante dos meses. Se presentaron 27 mujeres voluntarias, con una edad media 53 años y 33 hombres, edad media de 60 años. Sus contextos socioeconómicos eran variados, la mayoría no eran maorís y eran heterosexuales. Un tercio de las mujeres estaban emparejadas con hombres que las superaban en edad, en diez o más años. Otra tercera parte de las mujeres tenían parejas nuevas (relación inferior a cinco años).

Sostienen Potts y cols: "exploramos la suposición según la cual las mujeres se benefician automáticamente y sin problemas del uso del Viagra por parte de su pareja, y de las erecciones Viagra-inducidas". Así, encontraron:

1) El desinterés por las mujeres de productores y prescriptores del Viagra**.** Las mujeres son marginadas en la consulta y en la toma de decisiones relacionadas con la ingesta del medicamento. Aquellas que fueron consultadas no lo vivieron bien, subrayan el "apaño rápido de los médicos", dejando de lado las dificultades relacionadas con la autoestima, el tipo de relaciones y obviando la posibilidad de hablar de otros tratamientos. También señalan la ausencia de seguimiento, de información dirigida a las mujeres y el desinterés por conocer sus perspectivas.

2) La dimensión intrusiva del Viagra: algunos cambios provocados por el Viagra no son bienvenidos: hay una delgada línea que separa ayuda de intrusión; el ejercicio del control sobre toda la vida privada íntima supone una grave intrusión.

3) La dimensión corporal del Viagra: ni la prolongación de las relaciones sexuales ni el aumento de su frecuencia, vienen bien de manera sistemática a las mujeres, que preferirían una relación más próxima pero no necesariamente tan coital. Este tipo de relaciones puede tener consecuencias físicas negativas para ellas como más sensibilidad, cistitis e irritaciones.

4) La concentración sobre solamente esta dimensión de la relación sexual contribuye al descuido de otras actividades placenteras, devaluadas en este contexto. Eso podría movilizar la capacidad de las mujeres de negociar el sexo y practicas no coitales con la pareja e incluso cuestiona la norma medica (que ve a la mujer como la ayudante del hombre para que recupere su capacidad).

5) Muchas mujeres enfrentan una presión, más o menos sutil, hacia el sexo por parte de su pareja (no perder el efecto de la pastilla ingerida…), a la que responden sino por ellas, por ellos. Detrás de esta presión está la representación occidental de la sexualidad y la masculinidad, como algo activo, potente, urgente, centrado sobre el pene, con la representación opuesta para la sexualidad de la mujer. Representaciones dominantes en la cultura popular y la vida cotidiana, pero también en dominios con más autoridad: medicina, ciencia...Algunas mujeres, probablemente las más mayores, estarían influenciadas por esta idea de la necesidad masculina y el deber femenino.

Es decir, la poca apetencia de la mujer por esta "nueva" forma de sexo demasiado frecuente después de años con otras prácticas o sin nada, provoca sentimientos de culpa y la convierten en la que tiene el problema. "Esta realidad de las mujeres mayores, la simple posibilidad de que ellas puedan no desear el restablecimiento del sexo coital frecuente (o cualquier forma de sexo) es generalmente ignorada en los principales informes médicos sobre la eficacia del Viagra para los hombres y "sus parejas" (2003:708).

6) La irrupción del Viagra genera nuevas tensiones y conflictos en las parejas. En ocasiones, el uso del Viagra ocasiona cambios comunicativos: mayor negociación sobre cuándo habrá sexo y si con pastilla o sin ella. Pero en otros, provoca ausencia de discusión. "No todas las mujeres están en una posición que les permite negociar el sexo de manera abierta o en condiciones de igualdad; ese puede ser el caso de las mujeres que tienen relaciones de pareja más tradicionales donde el marido es considerado como el jefe

de familia, y el sexo coital a demanda como un deber conyugal, y también de las que viven relaciones de abusos físicos y emocionales". Pott y cols (2003:709) sospechan que el Viagra sea utilizado por algunos varones para mantener sexo contra el deseo de la mujer.

7) También genera infidelidades sean estas reales o imaginarias: según los testimonios de los hombres en este estudio, ellos prueban otras relaciones fuera de la pareja.

8) Por último, están las preocupaciones sobre los efectos del Viagra en la salud de los varones (trastornos cardiacos) y el temor a la adicción al Viagra; de la rutinización de un uso visto previamente como "excepcional".

Las mujeres entrevistadas muestran que se puede resistir a las directrices culturales contemporáneas y a la cultura del Viagra y la sexualidad rejuvenecida, con una mirada critica sobre el sentido de insuficiencia y de duda sobre si mismo/a que provoca el Viagra. Algunas mujeres consideran que el Viagra aumenta las desigualdades de género, reforzando el poder de los hombres, dejando de lado y devaluando las diferencias en cuanto a la sexualidad masculina y femenina, las preferencias individuales…No todas apoyan la investigación para una droga equivalente para ellas, dado que se oponen a la patologización de un proceso que consideran como natural.

En un marco medico donde la respuesta sexual "normal" es elaborada de acuerdo con una trayectoria lineal, orientada a un objetivo único que culmina en el orgasmo masculino con el coito, parece más que probable que los deseos sexuales de las mujeres estén moldeados para "ajustarse" a los de los hombres, cuando el sexo 'saludable' sigue siendo definido como la relación sexual regular penetrativa" (2003:715).

1.2.2- Desafiando la idea de disfunción sexual

Posteriormente, Potts, Grace, Gavey y Vares (2004) publicaron otro artículo sobre el Viagra. En esta ocasión se centran sobre la disfunción eréctil y la diversidad de las repuestas sobre las experiencias, tanto masculinas como femeninas, con el Viagra. La diversidad observada complica la reducción de los resultados al estatuto de fenómenos físicos que caracterizan el modelo medico. El artículo está realizado sobre la población anterior de Nueva Zelanda (hombres de 60 años de media y mujeres de 53 años de media).

Frente al discurso promocional de Pfizer para Nueva Zelanda, no todos los consumidores consideran los cambios eréctiles como patológicos, ni asocian erección a masculinidad ni obtienen los mismos beneficios de la pastilla azul. Según los testimonios recopilados para este estudio:

- No todos perciben los cambios erectiles como patológicos, sino que los consideran procesos relacionados con la edad que sobrepasan al pene y la erección. Es el cuerpo entero el que cambia poco a poco.

- En cuanto a la asociación erección-masculinidad, los participantes en la investigación tienen visiones diversas sobre la significación de las erecciones y las disfunciones. Para algunos hombres, la disfunción es muy difícil de vivir, afecta a la identidad y, en consecuencia, el Viagra es la salvación. Pero otros dicen no sentirse afectados en su autoestima por las dificultades eréctiles además de no afectar a su sentido de la masculinidad[33].

- Algunos participantes manifestaron que el Viagra no produjo en ellos los efectos esperados: anestesia un poco la sensibilidad y el placer, los efectos declinan con el tiempo, no la necesitan siempre o que con dosis más pequeñas también funciona. Algunos no se muestran muy entusiastas con la idea de seguir con esta medicación y esperan poder prescindir de ella, otros tienen interés en experimentar un placebo a ver qué

33.- En los casos de cáncer de próstata, algunos pacientes se ven enfrentados a la disyuntiva de optar por la cirugía con riesgo de impotencia o no, y, en general, lo tienen claro: cirugía. Aunque hubo uno que tomaba Viagra antes de un diagnostico de cáncer y rechazó la opción de la cirugía. Otro hombre que estuvo tomando Viagra y lo dejó por razones de salud, sigue con erecciones regulares, y, quiso participar en el estudio para contar que le venía bien seguir con sus disfunciones porque así exploraba otras formas de sexualidad y su propio cuerpo y que: "me siento más masculino que nunca… porque me he encontrado entero" (2004:494).

pasa. Los que han experimentado algún problema con la pastilla azul, comentaron que les hubiera gustado verlos reflejados en el prospecto o que sus médicos les hubieran advertido pero no fue ese el caso.

- Varios hombres manifiestan temer hacerse adictos al Viagra. "El Viagra para algunos hombres funciona como un seguro [….] sin embargo, para otros esto puede confundirse con dependencia o 'adicción'. Para estos últimos, el Viagra se ha convertido más en un problema que en una solución. Desde nuestro punto de vista, esto es contrario a lo que dice la publicidad, que ofrece el Viagra como una solución fácil para dificultades eréctiles" (Pott y cols. 2004: 495).

- Existen efectos negativos sobre las mujeres: se dice que unas contribuyeron a la ingesta del fármaco, apoyando a su pareja, considerando que para ellos esto es muy importante. Paralelamente hay otros puntos menos positivos: la presión para mantener relaciones sexuales, la reducción de las relaciones a la dimensión coital, la reducción del deseo que pueden/ deben expresar; a veces, estaban más felices antes de que el Viagra entrara en sus vidas. La publicidad sostiene que el Viagra restablece las relaciones destrozadas por la falta de erección. En realidad, algunas mujeres expresan sentirse bien en su relación, aun con estas disfunciones, no se sienten en desventaja.

- Se otorgan significaciones variadas a la relación sexual: el discurso promocional plantea el sexo con penetración como la relación sexual por excelencia. Pero no todos los participantes lo usan con este objetivo y los que lo toman para hacer sexo coital no lo consideran como el todo de la actividad sexual. Incluso un hombre considera mejor el sexo sin penetración; visión opuesta a las representaciones y normas implícitas en la medicalización de la sexualidad masculina. Según las autoras, la experiencia de las dificultades eréctiles para los hombres en este estudio, trastoca la noción de 'disfunción' (2004:497).

En conclusión, la diversidad observada cuestiona el concepto de 'disfuncionalidad' y el modelo médico de sexualidad masculina y su respuesta sexual universal caracterizada por la experiencia de la separación entre: deseo/ excitación/ orgasmo; el imperativo del orgasmo; la centralidad de la penetración para los hombres, la masculinidad y las relaciones sexuales. Ahora bien, se trata de una universalidad que carece de apoyo empírico. No hay estándares de la erección funcional… ni mucho menos de la disfuncional. El modelo médico homogeiniza la diversidad de las experiencias sexuales. Frente al Viagra *"success story"* están las *"multiples stories"* de los y las que lo usan.

Las narraciones discutidas en este articulo complican y desafían las concepciones medicas de un "cuerpo universal", las categorizaciones que dividen entre lo normal y lo patológico, y según las autoras, plantea aspectos cruciales para los que están comprometidos en/ preocupados con 'la industria de la perfección de la representación sexual' (Potts y cols, 2004:498).

1.3- La asistencia sexual: cuando no se tiene acceso a un compañero/a sexual

Partiendo de las dificultades de expresión/ satisfacción de los deseos sexuales de las personas tanto física como mentalmente discapacitadas, la asociación "Suiza, Sexualidad y Discapacidades Plurales", organizó en 2007 cursos de formación en acompañamiento erótico. Esta asociación ha intentado seguir un camino ya iniciado en otros países de Europa del Norte y en Estados Unidos, durante los años ochenta. Esta asociación se fundamenta en el concepto de asistencia sexual, cuyo valor consiste "en la adaptación de la respuesta dada a las necesidades sexuales teniendo en cuenta cada situación. Más que un catálogo de prestaciones definidas, se trata de proponer un acompañamiento acorde con las emociones y las expectativas sensoriales y eróticas de los beneficiarios. El marco ético de este enfoque reúne las nociones de respeto recíproco (beneficiarios/subsidiarios), la toma de conciencia del papel de los terceros en la puesta en marcha de estas prestaciones, y el respeto absoluto de la intimidad del momento" (extractos de la presentación del concepto de asistencia sexual, sitio web "Sexualité et Handicaps Pluriels" (http://www.sehp-suisse.ch/Assistance.html).

Una primera sesión de formación empezó en junio de 2008, con 12 participantes hombres y mujeres. Los requisitos para ser admitido en los cursos fueron: tener otro trabajo remunerado por lo menos el 50% del tiempo (para que dicha actividad sea accesoria), tener más de 30 años, hablar francés, tener muy claros

sus propios límites, las capacidades de escucha de su propio cuerpo y sus emociones. Los participantes serán habilitados, una vez formados, a prodigar durante una hora (por 150 francos suizos), caricias, intimidad cuerpo a cuerpo y una presencia sensual con personas que sufren una discapacidad tanto física como psíquica, sensorial o mental. Los servicios propuestos no integran a priori y de entrada actos como la felación, el cunnilingus o la penetración. Estos resultarían de una negociación entre asistente/a y beneficiario/a.

Aunque hayan movilizado puntualmente la colaboración de prostitutos/as sensibilizados/as con las discapacidades, la Sehp considera que las modalidades de trabajo de los asistentes sexuales son diferentes de los de la prostitución. La prestación es más larga (1 hora) por un precio fijo e independiente de la persona, de su discapacidad y de las prestaciones ofertadas. Sin embargo, esta diferencia no es percibida por el Ministro de las Instituciones y el colegio gubernamental. El Consejo de Estado recordó que no pueden esperar ninguna derogación a la ley vigente y que los asistentes deberán declararse al servicio anti-vicio donde serán considerados como cualquier otro trabajador del sexo.

En este programa, los asistentes no se dedican a personas mayores y de hecho estos no son discapacitados. No hablan de la pérdida de competencias físicas relacionadas con el proceso natural de envejecimiento. Y, al contrario, cuando se pone de manera mas manifiesta la relación entre prostitución y personas mayores, es para perder la dimensión sexual. Así el estado del Norte de Renania (Alemania), con ayuda de la Unión Europea, está poniendo en marcha un proyecto de conversión de las prostitutas en cuidadoras de personas mayores. Un proyecto que trata de dar solución simultáneamente a diversas problemáticas: por un lado, a la escasez de cuidadores debida, entre otras cosas, a la repugnancia de los alemanes por este tipo de empleo y al golpe dado a los trabajadores de Europa del Este ilegales en el sector y, por otro lado, al deseo de las prostitutas de salir de un mercado del sexo que no da más de sí.

Si se trata de quitar el mercado del sexo, se considerarán las competencias y las características profesionales de las prostitutas que pueden hacer de ellas buenas cuidadoras: no disgustarse fácilmente, buenas habilidades humanas, ausencia de miedo al contacto físico; capacidades de escucha y de transmisión de sentimiento de seguridad. En otras palabras “la gente con quien hablamos necesita enterarse de que la prostitución puede ofrecer cualificaciones válidas” (Duke, BMJ.com, october 2008).

2- Cambios por llegar

Los cambios sociales pasan por cambios de mentalidad. La discriminación de los mayores se manifiesta a través de la constelación semántica vigente: soledad, dependencia, deterioro, pérdida, enfermedad .... aparecen asociados al envejecimiento en el imaginario colectivo. Sin embargo, los mayores con frecuencia desempeñan multitud de tareas en los ámbitos familiar y comunitario, cuanto menos.

Como señala Anna Freixas “no tenemos modelos que den contenido al imaginario de la edad aportando figuras positivas, eficaces y competentes” (2001:165). La progresiva invisibilidad de las personas a medida que aumenta la edad afecta a varones y mujeres pero “las mujeres desaparecen de la vista de la sociedad y del mercado sexual bastante antes que los hombres. Ello supone un doble estándar del envejecimiento, señalado por Susan Sontag, según la cual las mujeres soportan una doble afrenta: hacerse mayores y ser mujer” (2001:165). Así, las canas de los hombres son socialmente atractivas y las de las mujeres síntoma de dejadez; las arrugas de los hombres parecen interesantes y las de las mujeres deprimentes...La co-laboración de las mujeres a su propia exclusión social se lleva a cabo a través de numerosas estrategias de camuflaje estético que se imponen a sí mismas y son perdonadas a los hombres” (2001:166). Como diría Bourdieu, con sus prácticas las dominadas contribuyen a su propia dominación. Las canas, arrugas y demás signos del envejecimiento pueden ser interpretados como recuerdo de emociones compartidas, tiempos transcurridos en compañía e intimidad, surcos que indican que vivir es algo importante para todo el mundo y que hacerlo supone un plus, algo deseable. Pero las industrias cosmética[34] y farmacéutica han

34.- Lo último parecen ser los productos de estética genital para mujeres mayores, paso previo a la cirugía estética de ésta zona corporal.

encontrado un importante mercado en el ocultamiento de la edad: las mujeres deben parecer eternamente jóvenes.

Freixas apunta algunos sentimientos que las mujeres deberían cultivar para "llegar a la meta sin despeinarse": la intimidad: permite compartir sentimientos y amortiguar las pérdidas sociales; la generatividad: generar espacios para que crezcan las siguientes generaciones entorno a relaciones de reciprocidad; las ilusiones que serán nuevas y diferentes en cada edad; los proyectos comunes; ser modelo y buscar modelos; disfrutar de la libertad disponible; amar y ser amada, darse nuevas oportunidades; disfrutar de las redes de apoyo; la amistad y la adaptación a nuevas situaciones de la vida.

Estos cambios son tarea de todos. "De las mujeres jóvenes que deberán ir buscando una identidad propia, más allá de la que proporciona el ser propiedad afectiva de alguien. Superando la trampa de la media naranja y optando por ser una fruta completa en el frutero. Planteándose objetivos personales que guíen la vida desde la adolescencia [...] A las mujeres de cualquier edad, que deberán exigir un reconocimiento como sujetos no como masa... un reconocimiento de los valores femeninos, imprescindibles para el desarrollo de la vida humana y, por supuesto, 'enseñables' a los hombres. Superando el temor a la imagen de mujer mayor, quitando importancia a los pequeños cambios sin ocultarlos. Y, sobre todo apoyando a aquellas mujeres que toman opciones en un momento determinado que son diferentes a las estereotipadas para las mujeres: parejas más jóvenes, diferentes opciones sexuales, organización de vida afectiva y sexual diferente a la tradicional" (2001:168).

3- Ámbitos por investigar

Llegados a este punto es hora de hacer propuestas. Si pretendemos fomentar las relaciones sociales y sexuales de los mayores como estrategia para hacer frente a la soledad y la dependencia y aumentar su calidad de vida sería interesante conocer las estrategias empleadas por aquellos que sí mantienen esas relaciones. En esta línea, **planteamos una investigación que nos descubra cómo y dónde se conocen los mayores que consiguen rehacer sus vidas amorosas después de los 65 años.** Para ello analizaríamos desde sus disposiciones previas hasta las estrategias utilizadas y los espacios de sociabilidad. Dicho estudio contemplaría los valores, actitudes y creencias, la situación familiar, los viajes y los bailes, así como los centros de día y demás servicios comunitarios además de internet y otros espacios por descubrir, como lugares en los que los mayores se conocen y establecen nuevas relaciones. Sobre esta cuestión no hemos encontrado mucha bibliografía específica. Nos remitimos pues a testimonios directos para una primera aproximación.

3.1- Los espacios de sociabilidad de los mayores

3.1.1-Los viajes

Sostenemos que algo se esta moviendo en el campo que nos ocupa. Un paso importante en este camino fue sin duda el dado por el IMSERSO al organizar los viajes y vacaciones para mayores fuera de temporada. Los viajes del IMSERSO son hoy de todos conocidos y por muchos deseados. No es extraño escuchar a los mayores hablar con entusiasmo de sus primeros viajes a Benidorm. El IMSERSO realiza evaluaciones del programa de vacaciones (sin el enfoque sociológico desarrollado en el estudio francés que presentamos inmediatamente pero a través de las mismas técnicas) a través de un cuestionario a una muestra de 3600 usuarios y 60 entrevistas: 30 usuarios y 30 no usuarios. Se pretende averiguar cómo han conocido el programa, sus motivaciones para apuntarse, su identificación / participación con las actividades recreativas, su percepción de los diferentes servicios hoteleros y de las excursiones culturales, su satisfacción general, etc. (IPD S.A., 2005).

El estudio francés de Caradec et al (2007) está dedicado a conocer el lugar que ocupan las vacaciones en la vida de los jubilados, a partir de la explotación de 600 cuestionarios y 25 entrevistas semi-dirigidas. Se trata de jubilados que utilizan los servicios de vacaciones organizadas y, a veces, financiadas por el departamento de acción social de la caja regional de la seguridad social y la salud. El estudio buscaba precisar las características y motivaciones de esta población, analizar el sentido que tienen estas vacaciones para ellos y ver en qué medida estas constituyen un "catalizador" de las relaciones sociales (Caradec, Petite, Vannienwenhove, 2007).

Además, veíamos en el capítulo 1 que en España, en 2004, fueron 1,6 millones los turistas mayores de 65 años. De ellos, el 6% viajaron al extranjero. Insistíamos allí en la extraordinaria pujanza de esta actividad entre los mayores.

3.1.2- Los Centros de Día y las Actividades Comunitarias

Los Centros de Día andaluces están abiertos a las personas mayores de 60 años o mayores de 55 si son pensionistas. Estos centros organizan numerosas actividades que tienen muy buena acogida entre la población mayor y que, en ocasiones, contribuyen a que se produzcan cambios cualitativos importantes en sus vidas, como en los casos siguientes:

Castilleja de la Cuesta, Sevilla: mujer viuda con mala experiencia sexual previa. Se tramita pensión de viudedad y se la pone en contacto con Actividades Comunitarias. De estar muy deprimida pasa a empezar a salir a las actividades, empieza a relacionarse y a ganar confianza en sí misma. Se echó un novio inglés, empezó a viajar con él, a ir a los bailes. Revivió a través de las actividades comunitarias (Informante: trabajadora social, ayuntamiento).

Granada, usuaria del Centro de día: "hemos hecho la fiesta del día de los enamorados, que estuvo muy bonito, lo hacemos en Valderrubio, pero lo que van es más parejas y, si hay algún hombre suelto es que no es capaz ni de sacarte a bailar, lo es que no se te arrima y eso de sacarle yo a bailar pues prefiero bailar sola y si se arrima bien y sino... La gente no se decide, no" (Informante: usuaria de un Centro de Día, Viuda).

Granada, enfermero de enlace: A la persona mayor lo que le aterra es la institucionalización, eso les aterra**,** porque eso es sacarte de tu medio, de tu entorno. Sin embargo, cuando descubren los centros de día, en los que pueden compartir con gente de su edad muchos aspectos que son interesantes para ellos, les gusta. Al principio son muy reacios pero después les gusta. Entonces, en vez de tener, una persona sola viviendo en un bloque en el que puedan vivir diez familias -porque lo que se ha perdido es lo que nos preocupábamos antes por los vecinos porque hoy los vecinos ni se conocen y mucho menos al mayor que vive solo-, si esa persona vive con otra persona mayor y estuvieran tutelados, si tuvieran a alguien que se preocupara por estructurar sus actividades, garantizarles unas condiciones, porque ellos tienen trastornos sensoriales, no ven bien, no ven la fecha de caducidad y se comen los productos caducados, les da igual ... y eso se ve poco en la población. (Informante: enfermero de enlace entre Servicios Comunitarios y Servicio de Salud).

3.1.3- Los salones de baile y discotecas de mayores

Ariño, reflexiona sobre los bailes de mayores en los siguientes términos: "en un estudio de los clubes de jubilados, encontramos que una de las actividades más importantes era el baile; y que algunas personas se hallaban inscritas en diversos clubes próximos para poder asistir a varios bailes a lo largo de la semana. Algunos expertos, cuando hablan de esta actividad lo justifican por la importancia que tiene para fomentar el ejercicio físico y, del mismo modo, algunos textos que hablan de la sexualidad entre las personas mayores se preguntan por su función y aluden a su contribución a la mejora del sistema inmunológico o a la salud física. No cabe duda de que estas funciones latentes existen, pero son secundarias, imbuidas todavía de la necesidad de encontrar justificación a lo que las personas realizan por otras razones más primarias:

la búsqueda del placer, del contacto con el otro y de la comunicación" (2008).

Sabemos por las entrevistas con los profesionales, que los Bailes tienen mucho éxito especialmente entre las mujeres; lo solicitan mucho. Desde los centros de día hasta las Obras Sociales organizan bailes para mayores pero también hay Discotecas privadas que tienen una clientela específica de personas mayores.

E- Qué otros sitios hay para conocerse?
C- yo ya no sé, yo no voy nada mas que desde hace dos años, na mas que allí a lo de los mayores, sí se liga, están los abueletes, je, je. Sí hay gente, en el Zaidín. Hay gente que encuentra. Mi favorito: los Ferroviarios porque yo tengo allí mi mesa reservada y...
E- Allí me decías hay pocos hombres pero hay gente que si se apaña
C- Sí, hay gente que tiene muy buena boca y con cualquiera que ven se apañan, sí
E- Me refiero a que encuentran pareja en el sentido más duradero, no de apaños
C- Pocos de esos pocos pero de encuentros hay muchos. Apaños puntuales muchos, muchos, muchos puede ser incluso en el mismo día. Yo me he quedao asombrá, hombre, asombrá entiende porque yo no lo había visto antes, y ahora cada día que voy veo más cosas, yo he visto sacar las mujeres en el Palacio de la Música a los hombres a bailar. Que están con el vasito así chuleando, na mas que así, que yo no sé a qué van y las mujeres decir, ¿quieres bailar conmigo? No, no me gustas. Y anda, por favor, una ná mas si quieres. Y ellos anda voy a bailar contigo, como haciéndonos un favor, no, yo eso tampoco [...]
C- Con las amiguillas, amiguillas, y ya está pero es que hay veces que no quieren venirse ni a bailar y me voy yo sola, yo cojo mi taxi, porque el coche yo no lo meto ahí por el centro porque es una locura, es el único gasto extra como yo digo que tengo, cojo mi taxi me voy, ya ves tú por cuatro euros que nos cuesta la entrada porque yo no bebo alcohol, yo tomo menta sin alcohol con seven-up, y tu bocadillo de jamón o de atún con patatas que te dan. Por cuatro euros estás bailando toda la tarde, cuando me canso y veo el panorama que no hay nada me voy y ya he pasao otro día. Viernes, sábado y domingo porque los demás días los tengo al completo. Y ya está (Granada, viuda, 59 años).

3.1.4- Internet

Las antiguas agencias matrimoniales están siendo sustituidas por los sitios de encuentros de Internet. El ciberespacio facilita, a través de mensajes de texto o animados, recibidos en tiempo real, entrar en contacto a personas de todo el mundo. El ciberespacio es diferente: permite el anonimato y el contacto entre personas alejadas, constituyendo nuevos lugares y espacios de sociabilidad. En la web, los actores comienzan el contacto sin disponer de toda la información que garantiza la interacción cara a cara.

Pero, ¿utilizan este servicio los mayores? Veamos. Meetic y Be2 son dos de los sitios de internet con mayor clientela y ofrecen servicios diferentes. El sector de las citas y el de las relaciones personales cubren dos necesidades diferentes, según informan en su propia web. Los servicios de citas ofrecen una búsqueda autónoma en la base de datos que, por naturaleza, sitúa el énfasis en la apariencia externa y se orientan, mayoritariamente, hacia el entretenimiento. Por el contrario, los servicios de relaciones personales se concentran en presentar a personas con la aspiración de que consigan una relación duradera y satisfactoria. Una ligera diferencia entre los clientes de uno y otro servicio es la edad de los usuarios. El sector de las citas es, principalmente, el campo de juego de grupos más jóvenes (desde los 18 hasta los 40) que persiguen pasárselo bien buscando y analizando los resultados. Por otra parte, el servicio de relaciones online atrae a un público más maduro, con edades superiores a los 25 años. De hecho, personas activas de más de 50 años muestran un interés creciente en estos servicios. Para ellos, es imprescindible recibir una selección de perfiles relevantes y establecer un rápido contacto personal con las parejas con las que encajan, en lugar de buscar ellos mismos en una base de datos.

Be2 ofrece el servicio de relaciones personales desde abril de 2004, con la página alemana www.be2.de. Rápidamente fue introduciendo sus servicios en otros países y hoy está representada en 32 países de los distintos continentes. Be2 es, según su web, el servicio más importante de relaciones personales online, con la tasa de crecimiento más rápida del mundo (Nielsen Net Ratings, Abril de 2008; ComScore, Marzo de 2008). En 2006, realizaron ventas por valor de 243 millones (Jupiter Research), los servicios de citas y de relaciones personales europeos se sitúan en el cuarto puesto del ranking de todos los servicios de

pago por Internet, por detrás de los sectores de "contenido para adultos", "juegos de azar" y "música". Los investigadores de mercado prevén unas tasas de crecimiento anual de más del 30% para el sector de las relaciones personales. Las ventas mundiales en dicho mercado alcanzaron el billón de dólares en 2007.

Actualmente, be2 cuenta con más de 11 millones de usuarios en todo el mundo (11.758.633 ; 43% hombres y 57% mujeres a día 18/10/2008, www.be2.es) y con una tasa de más de 20.000 nuevos usuarios al día. Sólo en 2008, be2 tiene previsto expandir sus operaciones a 10 nuevos países, entre ellos varios del Extremo Oriente.

Meetic ofrece el servicio de citas que, en principio, está más orientado a jóvenes. No obstante, son más de mil los hombres de 65-80 años apuntados a Meetic en España[35]. Pero no hay estadísticas precisas. Hay que hacer el recuento a mano y provincia por provincia. Así hemos observado que en toda Andalucía hay 445 (menos que Barcelona con 503). La distribución de los mayores apuntados en las provincias andaluzas es: Almería 32, Córdoba 32, Granada 54, Huelva 27, Jaén 40, Málaga 159 y Sevilla 101. La mayoría son hombres entre 65 y 70, edad máxima 75 años. Por ejemplo, en Granada hay: 34 hasta 69 y 20 entre 70-75 años. En Málaga se observa la presencia de extranjeros: alemanes e ingleses.

No todos ponen su foto. Tampoco todos ponen un mensaje de presentación, entre los que sí lo escriben destacamos este: "*Hola. Espero que cuando terminemos la comprobación esté todavía vivo porque llevo media hora escribiendo (70 años*)".

Algunos buscan mujeres jóvenes (hasta 20 años menos que ellos) son los mas "jóvenes" y, quizás, los que ya han vivido ese tipo de relación. Así, un alemán que cuenta que tenía una mujer más joven que él y que se murió...etc., y los que buscan sexo "puro" pero no se sabe bien porque se vigila el contenido de los mensajes. No obstante, la mayoría parecen haber interiorizado la modestia... y buscan mas o menos una señora de su edad o casi, que sea sencilla, para compartir buenos momentos de la vida, por amistad para empezar y ya se verá.

Respecto a las mujeres de edades comprendidas entre los 65 y 80 años, apuntadas a Meetic, encontramos que son 212, en Andalucía. La mayoría se concentran en Málaga (91 de ellas), algunas son extranjeras. La inmensa mayoría busca una persona de su edad o incluso mayor.

Un caso concreto: el testimonio de una usuaria de Meetic

En el contexto de esté trabajo exploratorio entrevistamos a Carla, tiene 59 años, vive en una capital de provincia andaluza y está viuda desde hace 5 años. Tiene cinco hijos pero todos viven fuera de la casa familiar; están independizados. Carla fue tan amable de contarnos como funciona Meetic y cómo lo utiliza ella para buscar hombres tanto para sí misma como para sus amigas.

"E- Lo de internet para conocer gente lo has probado?
C- ¿Meetic? Sí, claro que sí, claro que también. Es otra forma también de conocer a gente, mira, a uno de Valladolid también lo conocí y mi niña lo conoció que era viudo.
E- Qué vino a conocerte?
C- Sí, vino en la Feria a verme

35.- Sobre las relaciones de los mayores con las nuevas tecnologías contamos con información referente a España y Francia. La Encuesta de tecnología de la información en los hogares (INE, 2008) señala que el 51% de los hogares de al menos un miembro de 16 a 74 años tienen acceso a internet y el 63,6% dispone de ordenador en 2008. De las personas que han utilizado internet en los últimos 3 meses, destacamos: en total son el 56,7% y del grupo de edad mayor (65 a 74 años) fueron el 8,9%. De Francia, destacamos las investigaciones cualitativas de Caradec (2001) porque muestran que la relación de los mayores con las NT es más compleja de lo que el enfoque dualista imperante (incompatibilidad/familiaridad) puede dar a entender. Caradec muestra, a través de sus entrevistas, que los mayores no son hostiles a las nuevas tecnologías pero que las adoptan solamente si les atribuyen una utilidad en el marco de su modo de vida actual. También que los mayores llegan a las nuevas tecnologías a través de otra persona: los hijos, mayoritariamente. Aunque, la proporción de jubilados con ordenador en casa fuera baja, se observa el deseo de algunos de aprender para, por ejemplo, mantener la relación con sus nietos y/o no sentirse "apartados", fuera de la modernidad (Caradec, 2001).

E- Y, ¿de qué edad los buscas?
C- A partir de 60, si son bastante mayores que yo, no me importa
E- Y ¿jovencillos?
C- No, no eso jamás en la vida, no, me daría una vergüenza, parecerían mis hijos, y yo sé por ejemplo, una amiga que tengo aquí, que tiene 75 años, esa no le gusta más que los jovencillos que pueden ser sus nietos, yo no puedo, no puedo ni bailar con ellos, parecerían mis hijos, no, yo con gente joven no
E- Entonces a través de Meetic ¿a quién has conocido?
C- Varios, he conocido a varios y me hablo con algunos de ellos, no me importa si son separaos o divorciaos o viudos, solteros no porque entonces es que son tontos, si son solteros y con 65 años, muy listos no son y pa tontos bastante hay conmigo. Es que a mi me ha salido un soltero y qué quieres que te diga, que lástima. Si un tío está con 65 años soltero es que algo hay, vaya 65 años que perdió tu madre. Esos que hay que dicen que están separaos pero viven en la misma casa y dicen es que no nos llevamos bien, no, esos no. Que si yo tengo que ir a su casa que pueda ir con tranquilidad. ¿Entiendes? Así conocí a uno, no es que me agradara mucho así su presencia pero digo, bueno a ver tú tampoco eres ningún primor, y me presentó a sus hijos y too, y mis hijos: ¿divorciado?, pues mamá inténtalo. Pero es una persona que no le gusta mucho trabajar que se da de baja y que le gusta comer todos los días en la calle y que siempre se le olvidaba la cartera. Pero todos los días yo no puedo estar comiendo, desayunando y cenando en la calle. Un día, uh, se me ha olvidado la cartera, vale no pasa nada, tengo yo, pago yo. Otro día, uf, se me ha olvidado la tarjeta, vale pago yo, hasta que otro día que se le olvidó la cartera digo pues mira hoy se ha olvidado a mi que no me queda ya nada. Después le llamé y dije qué se me ha olvidado la cartera a mi y ya no hay relación. ¿Sabes que te digo? Que ese hombre tenía que ser más humilde porque ese señor era impotente, y te lo puedo asegurar porque él me lo dijo, no porque me hubiera acostado con él porque tampoco podía, pero yo no me lo creía pero me dijo que sí que le acompañara al médico y me dijo que sí que hay personas que llegan a 60 años, y yo, si pero es que no es mayor. Me dijo, mire señora es que el tabaco y unas pastillas que estaba tomando que, que no podía ni con el Viagra ni con nada y digo, pues hijo, a ver si tiene usted algo más fuerte. Porque no me lo creía, yo dije eso es mentira
E- ¿Cuánto tiempo estuviste con él?
C- Cuatro o cinco meses y aguanté mucho, que yo lo hablé con él, todavía me hablo con él, por internet, él me llama. Yo le dije, mira A. no pasa nada, si tu tienes ese problema no pasa nada siempre que tengamos un poco de cariño, respeto sobre todo, a mi no me importa mientras tu me respetes y me sepas valorar como mujer, como compañera y como amante y como de todo. Me sepas valorar y me respetes –sino hay respeto no hay nada-. A mi no me importa, es lo que yo pensé. Bueno, en mi vida no he tenido mucho respeto, soy una persona que sé hacer de todo, yo no me ahogo en un vaso de agua porque yo sé salir de todo. Y si ahora tampoco, porque el sexo es muy importante en una pareja y la que diga que no se está engañando, ¿eh? Pero bueno, si tienes lo otro, si hay un poco de cariño pues lo uno por lo otro. Pero si tampoco hay ni eso y encima me sacó el dinero que tenía a escondidas pues apaga y vamos.
E- ¿Cómo está de extendido el meetic entre vosotras?
C- Ninguna tiene internet, ninguna, yo se lo busco a ellas. Ellas no saben. No ves que tienen muchas faltas de ortografía. Eso si lo miro yo, ¿ves tú? Pero en fin, lo podría dejar también pasar. Este último es que era imposible, tenías que leer las cosas siete u ocho veces para enterarte de lo que había puesto. Decía yo pues cómo hable como escribe ya hemos dao de mano. Pero que en fin, ellas no saben pues no me cuesta ningún trabajo abrirles un correo pero las pillaron, nos pillaron.
E- ¿Cómo que os pillaron?
C- Sí porque yo escribo de una manera como hablo, como soy pero si tu hablas de otra manera distinta a mi, entonces luego decían: qué raro tu hablas muy dulcemente, de una forma bonita, según dicen ellos bonita, -yo creo que no tengo, es posible que me salga alguna falta o algún acentillo pero no se dan cuenta, la mayoría no se dan cuenta-. Entonces yo les llegaba, cómo te llamas, ¿cuántos años tienes? Lo que ellas me decían, cuando llegaban a conocerlas a ellas es distinto porque es distinta su manera de hablar, su manera de comportarse. ¿Entiendes? Entonces decían ellos, yo extraño aquí una cosa mucho: hablas bonito por internet pero luego por fuera eres totalmente distinta.
E- Ya entiendo, y, ¿en los centros de día no tenéis ordenadores, internet?
C- Estoy apuntá, estoy en lista de espera, la segunda pero yo quería que me enseñen a hacer visuales, las portadas para los libros y cosas de esas. No lo sé, el año pasado no me llegó el turno y este año estoy apuntada la segunda pero es que no puedo estar mas que en dos cosas y estoy en ocho o nueve.
[...]
C- Que va, mis amigas pillan todas antes que yo
E- Pero ¿dónde pillan?
C- Allí en los mismos sititos, en los que yo les presento por internet
E- Entonces internet es lo que más funciona, mejor que los viajes, que las discotecas,
C- Mis amigas todas tienen, que eran para mi, yo voy a todos los encuentros pero vaya nos presentamos, nos decimos más o menos como eres, yo digo voy con un coche tal y cual y yo voy y cuando aparco el coche y le veo, digo uffff pero bueno, digo, a lo mejor lo mismo hablando, yo no quiero una gran cosa pero por lo menos un poco similar a ti pero mira, sin embargo, con mis amigas sí funciona".

3.2- Las actitudes y las prácticas de la población hacia la sexualidad de los mayores

Otro ámbito que nos parece aún inexplorado a la vez que interesante es el de las actitudes (y las acciones) de la población hacia la sexualidad de sus mayores. Hemos visto en la literatura presentada que los condicionantes sociales son barreras que afectan directamente a la vivencia de la sexualidad: el miedo a las críticas de los hijos (es un condicionante que aparece en numerosas investigaciones), amigos y vecinos... también de los médicos y enfermeras... dificultan hablar del tema.

En este contexto, una investigación para indagar sobre esas actitudes y opiniones contribuiría a romper el hielo y cuestionar los prejuicios subyacentes. En esta fase exploratoria preguntamos al alumnado de un grupo de 3º de Sociología, en clase: una investigación sobre la sexualidad de los mayores, ¿qué os parece?. Sus caras mostraban sorpresa y rechazo. El primer alumno que habló fue para decir: "*me lo creo pero no me lo quiero imaginar*". Es sólo un indicio de lo que podemos encontrar pero, sin duda, hace pensar.

4- Posibles líneas de actuación

Algunas de las investigaciones revisadas apuntaban ideas para seguir avanzando e investigando en este campo. En otras ocasiones, como en el caso de la dominación masculina o la difusión de la información y las estrategias para la imposición del tema en la esfera del debate público, nosotras hemos aportado lo que consideramos sería viable hacer. En conjunto, esas posibles líneas de actuación son las que presentamos a continuación:

- Informar sobre los procesos de envejecimiento y sexualidad: cuestionar mitos y creencias; permitir una respuesta adaptativa a los cambios; potenciar las condiciones para un mejor nivel de salud afectivo-sexual.

- Se precisan cambios en la conducta afectiva de los varones: dando importancia a aspectos como la ternura, la comunicación…preocupándose, por fin, por el disfrute y la satisfacción de la pareja.

- Las mujeres también podrían liberarse de mitos y prejuicios: aceptando sus cambios sin disimularlos, aceptando sus deseos sin avergonzarse y satisfaciéndolos sin sentirse culpables.

- Desde el ámbito clínico y docente cabe señalar como primer eslabón la formación de los propios mayores y, como segundo, la de los profesionales de la salud[36], (Conrad, 1995) que les atienden y los familiares con los que convivan.

- Romper el tabú y hablar de la sexualidad con los mayores: desde los Servicios Sociales de Barrio, los Centros Culturales, las consultas médicas, la familia.

- Introducir las cuestiones de salud sexual en el historial de los usuarios de los servicios de salud. De este modo, los profesionales sanitarios hablarán de la sexualidad con los mayores.

- Organizar ciclos de cine, proyectando películas como: Los puentes de Madisson; Flores de otro mundo; Kinsey; Lady Chetterley; Tierra; Sexo por compasión y, La vida empieza hoy[37].

- Ciclos de Documentales de TVE (disponibles en la web): Salir del armario a los 60, Un amor singular

36.- "Más que por el tabú, no se aborda por falta de conocimiento que podemos tener. Hoy en día ya tenemos sexólogos y hay gente que está muy formada. Se supone que el médico, el enfermero tiene que saber de todo pero esa no es la realidad. Nos dedicamos a trabajar en esferas muy concretas de lo que es nuestra disciplina. Eso me lleva que si a mi una persona con 75 años en mi consulta, me plantea un problema de sexualidad igual no sé solucionarlo. Como son temas de afrontamiento, aceptación de discapacidades eso son cosas que hay que abordarlas, lo cual no quiere decir que con una buena formación y con profesionales interesados no se pueda seguir avanzando" (Entrevista a Antonio Rivas, enfermero de enlace).

37.- El reciente interés por el campo que nos ocupa se manifiesta también en el cine. Bajo la dirección de Laura Mañás se está rodando "La vida empieza hoy", película sobre la sexualidad después de los 60 años, en clave de humor. Estará protagonizada por Rosa Mª Sardá, Pilar Bardem y José Sacristán.

(diferencias de edad, discapacidad), Locos por el pene (la centralidad del símbolo viril en la vida de los varones), Toda una vida (sin él) sobre el significado de ser viuda en España, y Vídeos: "La erótica del otoño".

- Desarrollar desde las políticas públicas programas integrales que se complementen con otros más amplios como el cuidado del cuerpo, la alimentación, ejercicio físico y rehabilitación, es decir, un estilo de vida saludable.

- Desarrollar e implantar un servicio de compañía con contactos físicos. Recordar los ejemplos de: Suiza (asistencia erótica a personas con discapacidad) y Alemania (la reconversión profesional de las prostitutas en trabajadoras de servicios sexuales para mayores y personas con discapacidad).

- Investigar sobre las actitudes de la población general y utilizar los resultados alcanzados para diseñar campañas de sensibilización social.

- Editar y distribuir publicaciones que recojan las creencias y vivencias relacionadas con la sexualidad, narradas por mayores. Ver: "Tiernas arrugas. La sexualidad en la vejez" (de Larraitz Arando, Servicio de Sexología del Ayuntamiento de Mondragón).

- Considerar la idea de realizar algún documental intergeneracional en el que se debata sobre sexualidad.

- Fomentar el tacto y contacto de aquellos profesionales que trabajan con mayores y dependientes.

- Apostar por una visión holística que integre la perspectiva biomédica con las aportaciones del resto de disciplinas (sociología, sexología, antropología, historia...).

- Imponer el tema en la esfera del debate público. ¿Cómo? Investigando y difundiendo masivamente los resultados alcanzados. Simultáneamente, promocionando y organizando el desarrollo cultural en este ámbito: obras de teatro, cine, encuentros, talleres, conferencias e informando a los medios de comunicación para que difundan tanto las convocatorias como la acogida dada a los diferentes eventos.

Además, en las Residencias de Mayores sería preciso que se adoptaran diferentes medidas de promoción de la salud afectivo-sexual.

- "Proporcionar intimidad a todas las personas
- Respeto a la libertad sexual de cada persona
- Garantizar la privacidad en las habitaciones
- Respetar el derecho a compartir habitación, cuando lo deseen los implicados
- Facilitar el establecimiento de relaciones a través de actividades lúdicas (bailes, charlas, encuentros, talleres, salidas, viajes...) tanto dentro de la institución como entre instituciones
- Disponer de profesionales que puedan informar adecuadamente y asesorar individualmente o en pareja a quienes lo deseen (Lo Piccolo, 1991; Chantada,V, 1995)
- Favorecer el estudio y la investigación en este campo" (cf. García, 2005:32-33)

En suma, con una mayor formación académica de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general, junto con la realización de programas de educación sexual para los mayores, fomentando la investigación y difundiendo los resultados, se lograría una mayor sensibilización hacia estos aspectos olvidados de los mayores, contribuyendo directamente a una mayor satisfacción y bienestar de muchos de ellos. Sin olvidar que el desarrollo de este ámbito es un antídoto contra la soledad y la dependencia. El presupuesto económico necesario para cubrir las necesidades derivadas del envejecimiento de la población podría dispararse de no actuar ahora. Esta propuesta sería perfectamente enmarcable dentro de la perspectiva del Envejecimiento Activo.

Como destaca Herrera (2003:18) el primer paso para una consideración ética sobre el papel de la sexualidad al envejecer pasa ineludiblemente por reconsiderar las actitudes que, ocultando la existencia del problema, dificultan enormemente su remedio.

BIBLIOGRAFÍA

Adroher, S. (coord.) (2000), *Mayores y familia*, Madrid, IMSERSO.

Arando Ilarduria, Larraitz (2007), *Tiernas arrugas. La sexualidad en la vejez*, Sexología Zerbitzua

Aries, Philippe (2000), "Una historia de la vejez", en *Vejez, divino tesoro*. *Archipiélago*, 4.

Ariño Villaroya, Francisco (2008), *Autonomia personal en la edad avanzada*. Caja mediterráneo. Obras sociales. [http://obrasocial.cam.es]

Bajos Nathalie y Bozon Michel (1999), « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation: le Viagra » . *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, p. 33-37.

Beckman, Nils; Waem, Margda; Gustafson, Deborah and Skoog, Ingman (2008), "Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 years old: cross sectional survey of four populations, 1971-2001", *BMJ 2008*;337:a279 (bmj.com)

Bozon Michel (2005), *Sociologie de la sexualité*, Sociologie 128, Paris, Armand Colin.

Brotman, Shari; Ryan, Bill; Cormier Robert (2003) "The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada." *The Gerontologist,* 43, p.192-202.

Butler R.N. (1995), "Amor y sexo después de los 60: cómo los cambios físicos afectan a la expresión íntima". *Modern Geriatrics* (edic española), 5, p. 75-80.

Caradec, Vincent ; Petite, Ségolène ; Vannienwenhove, Thomas (2007), *Quand les retraités partent en vacances*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion.

Caradec, Vincent (2001), « Générations anciennes et technologies nouvelles», *Gérontologie et société*, Avoir 20 ans en l'an 2000, n° especial, p.71-91.

Cayo Ríos, Gregorio et al. (2003), La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo", Ponencia 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14-18 Julio.

CIS-IMSERSO (1998), *La soledad de las personas mayores*, Estudio 2.279.

Conrad, J. y col. (1995), "Health care educations knowledge and attitudes regarding sexuality in the age", *Educational Gerontology*, 21, p. 731-733.

Cortina, Adela; Viña, José; Navarro, Vicent y otros (2006), *El mundo que viene. Una sociedad que envejece*, Fundación Santander Central Hispano

Duke, Katy (2006) "Project retrains prostitutes as care workers for elderly people", *BMJ* (332), p. 685. bmj.com

Dupras, André; Soucis P. (2008), "La sexualidad de las personas mayores: balance de las investigaciones quebequenses", *Sexologies*, 17, p.190-198.

Dupras, André; Viens M.J. (2008), "La educación a la sexualidad de las personas mayores: elementos de sexogerontología", *Sexologies*, 17, p. 135-142.

Elias, Norbert (1993), *La sociedad cortesana,* Madrid, Fondo de Cultura Económica.

EUROSTAT
-Censos nacionales. Ronda de 2001. (EUROSTAT - Database, Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round)
-Database. Population and Social Conditions. Living Conditions and Welfare. Social Protection, http://epp.eurostat.cec.eu.int/.
-Database. Population and Social Conditions. Tourism
-Database. Population and social conditions. Demography. National Data. Marriage and Divorce.
-Library. DSIS: Time use surveys group (TUS). National tables (http://forum.europe.eu.int)
-2005, *Eurostat Yearbook*

Freixas, Anna (2001), "Nos envejecen las ideas, no el cuerpo", *Rev. Mult. Gerontol* 11(4), p. 164-168.

García, José Luis (2005), *La sexualidad y la afectividad en la vejez,* Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 41.

Giami, Alain (2000), « Médicalisation de la sexualité et médicalisation de la société ». In A. Jardin, P Queneau e F. Giuliano (dirs), *Progrès thérapeutiques: la médicalisation de la sexualité en question*. Paris, Libbey, 2000.

Giddens, Anthony (2000), *La transformación de la intimidad en el siglo XX. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid, Cátedra.

Gott, Merryn; Hinchliff, Sharron (2003), "How important is sex in later life? The views of older people", *Social Science & Medicine*, 56, p. 1617-1628

Gott, Merryn; Hinchliff, Sharron (2003b), "Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people" *Family Practice,* 20, p. 690–695.

Gott, Merryn; Hinchliff, Sharron; Galena, Elisabeth (2004), "General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people".*Social Science & Medicine,* 58, p. 2093-2103.

Gott, Merryn; Galena, Elisabeth; Hinchliff, Sharron and Elford, Helen (2004b), " 'Opening a can of worms': GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care", *Family Practice*, 21, p. 528–536.

Guyard, Laurence (2008), *La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique.* Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Sociologie. Université Paris X Nanterre, soutenue le 09 décembre.

Herrera, P. Adela (2003), Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68 (2), p. 150-162.

IMSERSO
-2004, *Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores*, Observatorio de Personas Mayores.
-2004, Atención a las personas en situación de dependencia, (Coord. Cobo Galvez, P.) MTAS. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, familias y discapacidad, Madrid.
-2006, *Las personas mayores en España*, DOC, Serie Documentos de trabajo, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística,
-2004, “Cambios en la composición de los hogares”, Boletín informativo.
-2008, España en Cifras
-*Encuesta de Población Activa. Resultados anuales y Resultados detallados nacionales y autonómicos.* Anual
-*Encuesta de Condiciones de Vida. Resultados nacionales, desde 2004.*
-*Encuesta de Tecnologías de la información en los hogares, desde 2004*
-Estadísticas judiciales
-*INEBASE.* Bases de datos de actualización permanente de todas las estadísticas producidas en el INE.
Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
-Estadísticas. *Pensiones y Pensionistas* (http://www.seg-social.es)
IPD S.A. (2004), *Evaluación del programa de vacaciones del IMSERSO* [http://www.seg-social.es/imserso/investigacion/estud2004/evaluacprgrvac20032004.pdf]

Laumann, E. O., Paik, A. M.A. y Rosen R.C. (1999), “Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA, 281 (6), p. 537-544.

Lenoir, Rémi (1993) “Objeto sociológico y problema social”, en Champagne, Patrick, Remi Lenoir, Dominique Merllié, Louis Pinto, *Iniciación a la práctica sociológica*, Madrid, s XXI.

Lindau, S.T.; Leitsch, S.A.; Lundberg, K.L; Jerome, J. (2006), “Older women’s attitudes, behaviour, and communication about sex and HIV: a community based study”, *Journal of Women’s Health,* 15, p. 747-53.

Lindau, S. T., Schumm L. P., Laumann E. O., Levinson W., O’Muircheartaigh C. A., and. Waite L. J. (2007), “A study of sexuality and health among older adults in the United States”, *New England Journal of Medicine,* 357, p. 762-774.

López Sánchez Félix (2008) “En la cama, los tabúes pesan más que los años”. Artículo publicado por *El País* el día 10/7/2008, que recoge algunas de las aportaciones de López Sánchez.

López Sánchez, Felix y Olazábal, Ulacia (2001) *Sexualidad en la vejez*. Madrid, Pirámide

MacNab, F. (1994) *The thirty vital years*. New York: Wiley.

Ministerio de Economía y Hacienda
Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas - MEH, http://www.clasespasivas.sgpg.pap.meh.es/ClasesPasivas/Cln_Principal/PensionesPrestaciones/EstadisticasdeClasesPasivas.htm.

Ministerio de Sanidad y Consumo,
-2003, Encuesta Nacional de Salud . Bianual

Moioli, Bruno (2005), “Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez”, *Sexología Integral*, 2 (1), p. 26-27. Instituto de Psicología del Desarrollo Afectivo Sexual, Sevilla.

Navarro, Vicent y Pérez Díaz, Victor (2006), “Una sociedad de viejos en una sociedad de jóvenes”, en Cortina, Adela y otros: *El mundo que viene. Una sociedad que envejece*, Fundación Santander Central Hispano

Nieto Piñeroba, José Antonio (1989*), Cultura y sociedad en las prácticas sexuales*, UNED-Fundación Universidad Empresa.

Nieto Piñeroba, José Antonio (1995), *La sexualidad de las personas mayores en España,* Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.

Nusbaum, Margaret R.H; Singh, Amrit R. y Pyles Amanda A. (2004), "Sexual Healthcare Needs of Women Aged 65 and Older", *Journal of the American Geriatrics Society, (52) 1: 117-122.*

OMS- Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. (2002) Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 37 (S2): 74-105.

OPM-Alboma 2000 (2006), «Servicios Sociales para personas mayores en España», *Perfiles y Tendencias*, n° 22, abril de 2006.

Pénafiel M. (1989), « Attitudes et connaissances des intervenants(es) par rapport à la sexualité des personnes du troisième âge ». In : L. Plouffe, L. Plamandon (eds), *Sexualité et Vieillissement*. Montréal : Editions du Méridien, p. 193-205.

Pérez Leiros, Claudia (2005), "Medicamentos para el estilo de vida (y para el debate)", *Revista Química Viva*, 2, (4), p. 46-51. (www.quimicaviva.qb.fcen.uba.ar).

Potts, Annie; Gavey, Nicola; Grace, Victoria M. and Vares, Tiina (2003), " The downside of Viagra: women's experiences and concerns", *Sociology of Health & Illness* (25) 7, p. 697–719.

Potts, Annie; Grace, Victoria M.; Gavey, Nicola; Vares, Tiina (2004) " 'Viagra stories'': challenging 'erectile dysfunction' ", *Social Science & Medicine* 59, p. 489–499.

Rathé , C. ; Lauzon, J. ; Filion, M. (1989) Rapport d'un sondage mené auprès des administrateurs et du personnel de centres d'accueil. In : L. Plouffe, L. Plamandon (eds.), *Sexualité et Vieillissement,* Montréal, Editions du Méridien, p. 111-121.

Rosalez, E. y cols. (2000), "Andropausia y sexualidad ¿una paradoja?", *Colombia Med*, 31, p. 9-16.

Royal, Ségolène (1987) *La primavera de los abuelos*, Barcelona, La luciérnaga.

Sánchez Vera, Pedro y Bote Díaz, Marcos (2007), *Los mayores y el amor. Una perspectiva sociológica*, Valencia, Nau Libres

Sandfort, Theo; Brongersma, Edwards y van Naerssen, Alex (eds) (1991), *Male intergeneracional intimacy: historical, socio-psychological, and legal perspectives*, New York: Harrington Park Press. Recensionado en *Journal of Intergenerational Relationships*, 2005, vol.3, nº 4.

Sarkadi, Anna y Rosenqvist, Urban (2001), "Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts"*, Family Practice* (18) 2, p. 161-166.

SHARE-*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2004.*

Börsch-Supan, A. (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. http://www.mea.uni-mannheim.de.

United Nations (2004) *World Population Prospects:The 2004 Revision*

Vasquez-Bronfman, Ana (2006), *Amor y sexualidad en las personas mayores : transgresiones y secretos*. Barcelona, Gedisa.

Vázquez, Francisco y Moreno, Andrés (1997), *Sexo y razón. Una genealogía de la sexualidad en España, sXVI-XX*, Madrid, Akal

Villar, Villamizar y López-Chivrall (2005) "Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*

Viña, José (2006), "¿A quién corresponde el cuidado de los ancianos?", en Cortina, Adela y otros: *El mundo que viene. Una sociedad que envejece*, Fundación Santander Central hispano.

Algunos sitios web consultados

http://www.imsersomayores.csic.es/
Portal científico de acceso libre y gratuito especializado en Gerontología y Geriatría, desarrollado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y dirigido al ámbito académico y científico, los profesionales de los servicios sociales, los propios mayores y la sociedad en general.

http://www.seg-social.es/imserso/index.html
IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Entidad de la Seguridad Social para la gestión de los Servicios Sociales complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, y en materia de personas mayores y personas en situación de dependencia.

http://www.foam.es/
La Federación de Organizaciones Andaluzas de Mayores (FOAM), es una organización no gubernamental, independiente, abierta y reivindicativa, creada por y para la defensa de los intereses de los mayores andaluces.

http://www.envelliment.org/index_cat.php
El Institut de l'Envelliment de la UAB (IE-UAB) es una fundación privada regida por un patronato formado por la Universitat Autònoma de Barcelona, la Fundació Universitat Autònoma de Barcelona y la Agrupació Mútua del Comerç i de la Indústria.

http://www.sexologiazerbitzua.com/
Servicio municipal de sexología del ayuntamiento de Mondragon. Larraitz Arando, técnico del Servicio Municipal de Sexología es autora de "Tiernas arrugas: la sexualidad en la vejez". El libro -en euskara y castellano esta distribuido gratuitamente entre los socios de los cuatro hogares del jubilado de la localidad.

http://www.obrasocialcajamadrid.org/?origen_cm=W1_P1258_S1678
Encontramos aquí la entrada en el tema "Mayores" de la Obra social de Caja Madrid.

http://obrasocial.lacaixa.es/personasmayores/personasmayores_es.html
Encontramos aquí el tema dedicado a las personas mayores de La Caixa con sus diversos programas.

http://www.lavidaaciertaedad.es/
Programa de Caja Mediterráneo dedicado a los mayores, en catalán y castellano. Ver también las publicaciones de uno de los programas de la Obras Sociales titulado "Solidaridad y desarrollo social" para encontrar "autonomía en edad avanzada".

http://www.consumer.es/guias/
Entre otros la guía "sexo y salud" editado por la Fundación Eroski. Ver también el tema salud de la revista on line Consumer Eroski http://www.consumer.es/salud/

www.viudashispania.org
Sitio de la Confederación de Federaciones y Asociaciones de Viudas Hispania. Además de ofrecer información de servicio para mujeres viudas, contiene un informe sobre la situación social de las viudas en España.

http://www.seniorsite.com/sex/index.asp
SeniorSite.com™, a privately held company based in New York City, was The first online "HealthStyle™" community designed for adults 55 and older and their families and continues to be the leader in Internet destinations devoted to Seniors and caregivers.

http://www.inia.org.mt/
The International Institute on Ageing is an autonomous body under the auspices of the United Nations, established en Malta.

http://www2.hu-berlin.de/sexology/index.html
Humboldt-Universität zu Berlin. Magnus Hirschfeld Archive for Sexology. Se presenta como el mayor sitio web mundial sobre sexualidad humana. Documentos en 11 idiomas.

http://www.konkursbuch.com/html/muellera.html encontramos entre otros libros de fotografías: Ana Müller, "Sechzig +".

Algunos libros más

Cunqueiro Álvaro (1991), *La bella del dragón*, Tusquets, Barcelona.

Elise Fischer (2002), *Le dernier amour d'Auguste*. Fayard, Paris.

Grafeille Nadine y Fauveau Nicolas (2006), *L'amour longtemps : la sexualité des seniors*. Plon, Paris

Müller, Anja (2002), *Sechzig+. Erotische Fotografíen* (alemán) [60+. Fotografías eróticas]. Konkursbuchverlag. Tuebigen.

Algunas películas

"*El séptimo cielo",* de Andreas Dresen, 2008.

"*Trop jeunes pour mourir",* de Park Jin-Pyo, 2008.

"Los puentes de Madison", de Clint Esatwood, 1995.

"Flores de Otro Mundo", de Iciar Bollain, 1999.

"Kinsey", de Bill Condon, 2004.

"Lady Chatterley", de Pascale Ferran, 2006.

"Tierra", de Julio Medem, 1996.

"Sexo por compasión", de Laura Maña, 2000.

"La vida empieza hoy", de Laura Maña (en rodaje).

Documentos TV
DOCUMENTOS TV2, martes 4 de marzo de 2008 *"Locos por el pene"*, Productora: MARKHAM STREET FILMS (Reino Unido). Duración: 52'