

SALUD EN LA TERCERA EDAD

3.- “El sexo en la edad avanzada”

**Dr. José Luis Neyro.
Servicio de Ginecología.
Hospital de Cruces.**

INTRODUCCION:

De forma generalizada podemos casi asegurar que **cada uno de nosotros quiere y necesita la cercanía de las demás personas**; deseamos compartir nuestras ideas, nuestros sentimientos, nuestras ilusiones, nuestras decepciones con otras personas y ansiamos tocar y ser tocados. El solo hecho de estar físicamente con alguien cerca, próximo, es importante, pero muchos de nosotros deseamos continuar esa cercanía con una vida sexual activa y satisfactoria a medida que vamos cumpliendo años y también en la medida en que la madurez va dando paso al envejecimiento.

Sin embargo, **con el paso del tiempo, la mayoría de las personas descubren que necesitan más tiempo para sentirse sexualmente excitados**; las erecciones “ya no son lo que eran” y también “vamos perdiendo el deseo”. Eso es parte del proceso normal del envejecimiento de todas las personas.

Estos cambios son generalmente universales y afectan fundamentalmente a la esfera física pero en cierta medida al menos, también a la esfera psíquica o psicológica. No hay que alarmarse. Forman parte del devenir de la vida. Vivir, suele decirse por los pesimistas, está condenado al fracaso porque siempre termina en la muerte y sin embargo **el envejecimiento debe ser aceptado como una señal de riqueza, de experiencia, de hábito de vida, de hábito saludable de vida.**

¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS NORMALES QUE AFECTAN A LA SEXUALIDAD EN ESTA ÉPOCA AVANZADA DE LA VIDA?

El envejecimiento normal trae aparejado toda una serie de **cambios físicos que se manifiestan de forma distinta pero de manera universal tanto en los hombres como en las mujeres**. Ocasionalmente estos cambios afectan nuestra capacidad para funcionar sexualmente e incluso para disfrutar del sexo con otra persona. Algunos han quedado tan solo apuntados arriba: **el deseo sexual, la pulsión libidinal en lenguaje psicoanalítico, puede ir disminuyendo conforme van pasando los años** en la medida en que las hormonas también van decayendo; las erecciones suelen ser cada vez más infrecuentes y de más corta duración con una intensidad regularmente menor; la sequedad de las mucosas puede favorecer la dificultad para el coito convencional en las mujeres a partir de un determinado número de años...

Sin embargo, es bien constatado por muchos ginecólogos y médicos en general que algunas mujeres relatan disfrutar más de su sexo a medida que se van haciendo mayores; **tras la menopausia o después de una extirpación del útero (histerectomía), muchas mujeres se sienten liberadas del temor de un embarazo no deseado, de la atadura de la fertilidad**. Ésta es la primera parte de una ecuación que termina permitiéndoles a todas ellas sentirse más libres para disfrutar del sexo. Algunas mujeres no piensan que cosas como las canas, las arrugas, la pérdida de elasticidad de la piel, la “caída” de algunos órganos las hagan menos atractivas par su pareja sexual. **El “deseo” se fabrica**. Pero si una mujer cree que el verse joven o el tener la capacidad de dar a luz, de generar vida, la hace más femenina y solo éso la hace más femenina, puede

comenzar a preocuparle qué tan deseable es sin importar cuál sea su edad. Esto puede condicionar que el sexo no resulte tan agradable para ella como sucedía hace escasamente 5 ó 10 años antes.

Una mujer puede observar también cambios en su vagina; éstos suelen ser de los primeros en ser notados. **A medida que se envejece, la vagina suele ir acortándose y estrechándose y la mucosa que la recubre se va haciendo cada vez más delgada**, más friable, más fácilmente sangrante con el roce y con menos capacidad para la lubricación normal en situaciones de excitación sexual. Este tornarse más delgadas las paredes y un poco más rígidas no significan sin embargo que no pueda disfrutarse del sexo. Sin embargo, la mayoría de ellas tendrán obligadamente, menos lubricación vaginal y ello si puede afectar el placer sexual.

En los hombres, a medida que avanza la edad la impotencia se hace más común. Podemos **definir la impotencia** como la **pérdida de la habilidad fisiológica para lograr y mantener una erección suficientemente rígida como para mantener relaciones sexuales convencionales que terminen en coito intravaginal**. Hacia los 65 años de edad, poco más o menos, entre un 15 y un 25% de los varones tienen ya este problema establecido al menos una de cada cuatro veces cuando intentan practicar el acto sexual. Toda esta frecuencia de aparición de impotencia puede verse acrecentada en hombres con problemas cardíacos, tensión arterial elevada, diabetes (bien sea debido a la propia enfermedad, y a la degeneración vascular que supone, o bien a algunos de los medicamentos que se usan para tratar dicha enfermedad), stress, empleo de fármacos de diferentes tipos.....

Es muy común, también, que en la medida en que aparecen por encima de los 50 años **las primeras señales de una muy leve aunque incipiente impotencia, precisamente la primera aparición del hecho haga que el varón se retraiga de futuras relaciones sexuales** consiguiendo espaciarlas todavía más lo que puede condicionar a la larga, una mayor frecuencia de aparición de impotencia... y el problema se recicla. En otras ocasiones, **varones sexualmente activos, potentes de ordinario, pueden presentar ocasionales crisis de impotencia** (lo que vulgarmente se ha dado en llamar “gatillazo”), que analizadas con frialdad y desde la tranquilidad y la confianza de una pareja “cómplice” dejan de tener importancia en la siguiente relación consumadas con éxito.

En general, de todas formas, el hombre puede encontrar que **se tarda más tiempo en lograr una erección satisfactoria y suficiente**; es posible que **esta erección no sea tan firme o tan grande** como recordaba de hace escasamente 5 ó 10 años. Incluso, a veces, la **cantidad del eyaculado puede resultar menor** o subjetivamente menor. La pérdida de la erección después del orgasmo puede suceder más rápidamente y esta **detumescencia mantenerse durante más tiempo** antes de que le sea posible obtener una nueva erección que daría paso a una segunda relación sexual completa en la misma jornada. Algunos hombres descubren también, que necesitan más estimulación erótica antes de iniciar el acto sexual. **El fracaso está servido.**

Como siempre en medicina, la solución de los problemas, por serios que nos puedan parecer, pasa por su inicial reconocimiento y su posterior análisis de cara al planteamiento de la mejor solución.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS SEXUALES DE ESTA EDAD?

Son **múltiples** y, lo que es más importante, **multifactoriales**. Habrá que empezar por todas aquellas que afectan directamente al envejecimiento y que lo incrementan en la medida en que se provocan alteraciones de la fisiología normal de la erección, de la lubricación y de la actividad sexual en general y que pueden estar condicionadas por enfermedades, incapacidades o incluso por los tratamientos medicamentosos que precisan ser ingeridos para tratar un problema de salud. Todo ello puede afectar a la habilidad de tener y disfrutar del sexo. Sin embargo, aún los problemas más graves de salud, por lo regular, pueden no impedir convenientemente tratados, tener una vida sexual plena y satisfactoria también en esta edad. Repasemos algunos de esos **problemas patológicos que más frecuentemente traban a las personas de alrededor de más de 50 años:**

1.- ARTRITIS.

El dolor de las articulaciones ocasionado por la artritis puede hacer que el contacto sexual resulte incómodo. Puede ser incluso invalidante para aquella paciente que ve que sus manos se deforman, sus articulaciones se anquilosan, y se dificultan los movimientos necesarios para adoptar posiciones que hace escasamente unos años resultaban perfectamente habituales para la práctica de la actividad sexual.

Ocasionalmente la cirugía de reemplazo de las articulaciones y los **medicamentos** muy desarrollados en este campo de la medicina pueden aliviar el dolor del movimiento articular. También puede ser de utilidad el **ejercicio físico** convenientemente combinado con el descanso pautado, los **baños calientes**, los cambios de posición o de horario para la actividad sexual. Recordemos que ya hemos comentado al principio que **el deseo sexual es algo que uno se fabrica y que no “llega” desde lo alto en un momento concreto.**

2.- DOLOR CRÓNICO.

Además de la artritis y cualquiera de sus formas, un dolor que persiste durante más de un mes o que aparece y desaparece frecuentemente puede ser ocasionado por otros problemas óseos o musculares, un ataque por herpes zoster, un problema de mala circulación arterial y/o venosa, diferentes problemas de los vasos sanguíneos, fibromialgia y algunas otras formas más raras de producción de dolor crónico.

Este malestar puede a su vez ocasionar problemas que dificulten la conciliación del sueño, originar depresión, provocar aislamiento e incluso dificultad para la movilización activa de las personas. Todas estas circunstancias pueden interferir con la intimidad entre las personas mayores a la hora de intentar relacionarse sexualmente. El **dolor crónico sin embargo, no tiene por qué ser parte del envejecer**; con frecuencia puede ser estudiado, tratado e incluso con mucha frecuencia vencido al cien por ciento.

Recuerde, **un dolor que le despierta por la noche debe ser inmediatamente consultado con su médico.**

3.- DIABETES MELLITUS.

Muchos hombres que sufren de Diabetes Mellitus no tienen problemas sexuales pero ésta es **una de las pocas enfermedades que, en sí misma y dejada a su evolución natural, puede ser la causa de una impotencia** años más tarde del diagnóstico inicial de la enfermedad.

La patología vascular de tipo arterial mediada por la evolución degenerativa de la Diabetes Mellitus suele ser la causa de una impotencia que, en el momento actual, un adecuado tratamiento médico puede vencer de forma extraordinariamente eficaz.

4.- CARDIOPATÍAS EN GENERAL.

La reducción del calibre interno y el endurecimiento de las arterias que conocemos coloquialmente como **arterioesclerosis**, puede condicionar la aparición de muy diferentes cambios en los vasos sanguíneos e impedir que la sangre fluya libremente por ellos. Recuérdese en este punto que **la erección es fundamentalmente la inundación de los cuerpos cavernosos del pene (uno a cada lado), de una cantidad muy variable de sangre que permite su entrada en el órgano viril pero no su salida** con el mantenimiento de la erección conseguida una vez llenados los lagos venosos de dichos cuerpos cavernosos.

Los problemas cardíacos pueden condicionar problemas de erección en los hombres y pueden incluso aumentar la presión sanguínea (hipertensión arterial), que muchos médicos se ven obligados a tratar con medicaciones que pueden afectar también directa o indirectamente la capacidad eréctil del sujeto tratado.

Algunas personas que han sufrido un **ataque cardíaco**, un infarto de miocardio o en sus formas menores las famosas anginas de pecho, temen que el tener relaciones sexuales pueda ocasionarles otro ataque cardíaco. Suele ser comúnmente una falsa idea. La probabilidad de que esto suceda es, en general, muy baja. La mayoría de estas personas pueden volver a tener relaciones sexuales entre 3 y 6 semanas después de estabilizarse su ritmo cardíaco después de un infarto agudo de miocardio si el cardiólogo lo aconseja en función de las pruebas de la evolución médica. En este punto, como casi siempre, siga el consejo de su propio médico. Recuerde que, ya lo hemos dicho en otras ocasiones, **ni la mejor de las páginas Web que usted consulte en este medio novedoso de información, suplirá jamás al consejo de su médico de cabecera, de su ginecólogo, de su cardiólogo, del médico por usted elegido.**

5.- INCONTINENCIA URINARIA.

La pérdida del control de la vejiga, el escape de orina involuntario, la incontinencia urinaria de esfuerzo son problemas mucho más comunes a medida que vamos envejeciendo pero de manera muy especial en el **sexo femenino**. Hay que recordar que la pelvis femenina termina en un auténtico diafragma urogenital que con el paso de los años va cediendo en cuanto que el tono de la musculatura se va haciendo menor y, al tiempo que se van ganando kilos, los órganos genitales van descendiendo progresivamente lo que puede ocasionar la aparición de la molesta y a veces invalidante incontinencia urinaria de esfuerzo.

Es muy común que esta pérdida involuntaria de orina suceda cuando se hace ejercicio, cuando se inicia la tos, al estornudar o al levantar pequeños o medianos pesos. Debido a la presión extra que sobre el abdomen se realiza durante el acto sexual en posiciones digamos “convencionales”, la incontinencia urinaria puede conducir a que las personas lo eviten para no pasar el “mal trago” de una pérdida involuntaria de orina durante una relación sexual conseguida no sin esfuerzo. La buena noticia en este punto es que, por lo general, **la incontinencia urinaria de esfuerzo tiene tratamiento**. Abundaremos un poco más en este campo en la medida en que recientemente, ha finalizado el proceso de investigación de un fármaco que va a convertir la incontinencia de orina de esfuerzo en una patología tratable médicamente en por encima del 65% de casos respecto de lo que sucedía hasta la introducción de este medicamento (próximamente comercializado en nuestro País), en que tratábamos quirúrgicamente la inmensa mayoría de incontinencias urinarias de esfuerzo que no mejoraban con la medicación de la que disponíamos hasta hace muy poco. Aquí también los avances médicos favorecen la desaparición de un problema consustancial a la pérdida de las relaciones sexuales durante el envejecimiento.

6.- ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES.

Los neurólogos llaman accidentes cerebro-vasculares (ACVs) a todos los eventos vasculares que suceden a nivel del sistema nervioso central y que suelen incluir las hemorragias intraparenquimatosas cerebrales, las embolias vasculares a ese nivel, los infartos cerebrales y algunos otros pequeños accidentes que pueden condicionar la pérdida de diferentes capacidades incluso intelectuales del individuo. No obstante lo anterior un ACV es muy raro que afecte la capacidad de mantener relaciones sexuales aunque sí es posible tener problemas de erección una vez sucedido aquél.

Es poco probable no obstante, que el acto sexual pueda ocasionar otro ACV una vez tenido el primero. Alguien con debilidad o parálisis causada por un ACV puede tratar de usar diferentes posiciones o dispositivos médicos que le permitan continuar practicando el sexo si éso es parte de su deseo; aquí también, la medicina ha avanzado de manera extraordinaria como para facilitar la comunicación sexual con su pareja en el caso de que usted haya sufrido un ACV como el que mencionamos más arriba.

¿PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD LOS TRATAMIENTOS MEDICOS Y/O QUIRURGICOS?

Es muy común que para los 50-60 años, cada uno de nosotros haya recibido algunos tratamientos médicos y no es infrecuente que al menos 1 ó 2 intervenciones quirúrgicas de muy diferente índole. Hay que recordar en este punto que la histerectomía (la extirpación del útero de la mujer), es la intervención quirúrgica más frecuentemente realizada en los Estados Unidos de Norteamérica incluso por encima de la vulgar amigdalectomía (extirpación de las amígdalas). Por tanto, no es excepcional pensar que los tratamientos médicos y las diferentes intervenciones quirúrgicas puedan afectar de alguna forma a la capacidad de mantener relaciones sexuales a partir de un determinado número de años. **Repasemos pues algunas de estas circunstancias:**

A.- CIRUGÍA.

A muchos de nosotros nos preocupa someternos a cualquier tipo de intervención quirúrgica y este hecho es especialmente preocupante cuando ésta incluye la zona perineal, el aparato genital o va a afectar siquiera limitadamente a nuestra capacidad de mantener relaciones sexuales. Afortunadamente, **la mayoría de las personas que salen de un quirófano vuelven a tener el mismo tipo de vida sexual que disfrutaban antes de la cirugía.**

De hecho, ya lo anunciábamos al principio de este artículo, **la histerectomía (esto es, la extirpación del útero de la mujer, incluyendo o no los anejos uterinos – ovarios y trompas), puede representar para muchas mujeres una fuente de liberación del temido embarazo** que les ha mantenido pendiente de la posibilidad de concebir durante los últimos años de su vida reproductiva. Afortunadamente, por lo tanto, la extirpación del útero puede representar para todas ellas una liberación de dicho temor y además, se ha comprobado que **no interfiere en absoluto con el funcionamiento sexual de una mujer plenamente llena de deseo.** En caso de que una histerectomía aparentemente cause a la mujer la imposibilidad de disfrutar de las relaciones sexuales, debe ponerse en contacto con su ginecólogo fundamentalmente por el beneficio que va a obtener de la explicación de que ambas situaciones (histerectomía y dificultades para el sexo), normalmente no tienen por qué estar relacionadas.

A los hombres que sienten que su pareja es “menos femenina” después de que le hayan practicado una histerectomía, también les convendría ponerse en contacto con el **ginecólogo de su mujer** o con su propio médico de cabecera porque necesitan la ayuda psicológica que va a suponer la explicación de que el útero y el sexo normalmente, no tienen nada que ver.

Una índole distinta tiene el caso de la **mastectomía**, de la **extirpación de una mama con ocasión de un tratamiento de un cáncer de mama.** Aquí también las noticias son buenas para los pacientes afectados de esta temible patología: en el momento actual, la **inmensa mayoría de las pacientes con cáncer de mama conservan su glándula mamaria** después de finalizado el tratamiento quirúrgico en la medida en que por encima del 72-78% de las pacientes con cáncer de mama solo sufren cirugía de exéresis de la tumoración conservando la mama prácticamente íntegra. Es menester insistir en que el cuerpo sigue teniendo la misma capacidad de respuesta sexual de siempre aunque usted haya podido perder incluso una mama completamente; sin embargo hay que reconocer que si usted ha sido tratada de un cáncer de mama puede perder su deseo sexual o la sensación de ser deseada en la medida en que se sienta acomplejada por la situación. En ocasiones resulta conveniente **hablar con otras mujeres** que hayan sido sometidas a esta cirugía y proliferan por todo nuestro País las **Asociaciones de Mujeres Mastectomizadas** que pueden prestar una insustituible ayuda en el devenir psicológico de la recuperación de las intervenciones por cáncer de mama.

Existen en todo el mundo programas como los relacionados con “**alcanzar la recuperación post-mastectomía**” de la Sociedad Americana del Cáncer que pueden ser muy útiles y ayudar tanto a las mujeres como a los hombres que les son próximos para entender la psique de la nueva situación una vez completado el tratamiento quirúrgico. Existe también la posibilidad, otra buena noticia, de iniciar un proceso de

reconstrucción mamaria que hay que debatir con el cirujano o el ginecólogo que interviene a la paciente tan pronto pueda ser realizada hasta el extremo de que, en ocasiones, la reconstrucción mamaria puede hacerse de forma inmediata durante el mismo acto quirúrgico en el que se trata la neoplasia mamaria.

Normalmente consideramos que el cáncer de mama es exclusivo de las mujeres y sin embargo es menester recordar que cada año, al menos en Estados Unidos, con una población de más de 250 millones de personas, unos 1.500 hombres pueden desarrollar cáncer de mama, en ellos la enfermedad puede hacer que su organismo produzca un exceso de hormonas femeninas de tal manera que ellas pueden incluso reducir considerablemente el deseo sexual. Esta es una circunstancia que también puede afectar de manera por lo menos parcial a las relaciones sexuales del varón afecto por cáncer de mama.

Capítulo aparte en la cirugía hay que dedicar a la **prostatectomía**; la **extirpación total o parcial de la próstata a un hombre** de una determinada edad puede ocasionar que durante el procedimiento se lleve a cabo la pérdida total o parcial de la capacidad de erección que el paciente tenía de forma preoperatoria. El agrandamiento de la próstata muchas veces no puede ser tratado médicamente y cuando se inicia la sintomatología típica del síndrome prostático (con múltiples micciones a lo largo del día, con múltiples micciones también durante la noche..., con la sensación imperiosa continuada de necesitar seguir orinado, con la emisión muy escasa de unas gotas de orina...), el tratamiento quirúrgico puede ser requerido. Lo diabólico del asunto es que dicho **tratamiento quirúrgico puede ocasionar incontinencia urinaria e incluso impotencia**.

Si se requiere la extirpación de la glándula prostática en forma de prostatectomía radical, por lo regular los cirujanos urológicos pueden salvar los nervios que van hasta el pene facilitando así el mantenimiento de las erecciones posteriores. Si está usted en esta situación, **debe hablar previamente con su médico antes de la cirugía para asegurarse de si después volverá a tener una vida sexual completamente satisfactoria o si debe acostumbrarse a otras formas de relación sexual que no incluyan la erección** al ser imposible después de la cirugía ablativa radical.

B.- MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS.

Algunas drogas de las administradas como consecuencia de muy diferentes enfermedades pueden originar múltiples problemas sexuales. Entre todas ellas se incluyen algunos medicamentos que se utilizan comúnmente para el **tratamiento de la hipertensión arterial, antihistamínicos para la resolución de problemas alérgicos, medicinas supresoras o moduladoras del apetito, drogas diferentes para la diabetes o para la úlcera péptica...** Algunos medicamentos pueden producir impotencia de forma directa o dificultarle al hombre la capacidad de eyaculación seminal. Algunos medicamentos incluso, pueden disminuir el deseo sexual en las mujeres.

Consulte a su médico también por estos motivos. Frecuentemente se podrá **intentar utilizar un medicamento diferente que no tenga estos efectos colaterales** o bien que sean minimizados con ocasión de una **diferente dosificación o de una diferente pauta posológica**.

C.- ALCOHOL.

Capítulo aparte merece esta cuestión del alcohol porque **no es de ninguna forma una medicación** que pueda tratar ningún problema médico establecido; de hecho, **es falsa** esa creencia popular de que “tomar una copita cada día puede ayudar a mantener la tensión”. La ingesta excesiva de alcohol, lamentablemente muy frecuente en nuestro País, **puede ocasionar problemas de erección en los hombres e incluso retardar el orgasmo en las mujeres.**

Es menester recordar aquí que la **primera fase de la intoxicación etílica** no estimula, más bien desinhibe, con lo cual puede provocar un **incremento del deseo sexual al que sin embargo después no sigue de manera universal ni una buena erección ni una adecuada capacidad de orgasmo en el caso de la mujer.** Por tanto, podríamos concluir que la función del alcohol durante la actividad sexual es diabólicamente contradictoria: puede inicialmente desinhibir con lo que uno “se atreve a más” para finalizar jugándonos la mala pasada de no conseguirse la erección o disminuir la capacidad de orgasmo que es uno de los fines de cualquier grado de actividad sexual.

SEXUALIDAD SIN RIESGOS ADICIONALES

Hemos comentado en otro artículo de esta misma serie que la capacidad de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por otros tipos de gérmenes causantes de enfermedades de transmisión sexual, pueden darse también ¿cómo no? después de los 50 años. El **sexo sin riesgos** es importante para cualquier persona en cualquiera edad que consideremos. Pero aquí tendríamos que hablar de un riesgo adicional del que muchas mujeres se liberan después de la menopausia. A medida que se acerca esta última regla, los períodos menstruales pueden ser más irregulares. Aún así y **aunque la probabilidad de embarazo es progresivamente más pequeña, usted puede quedar también ocasionalmente embarazada.** De hecho, el embarazo continúa siendo una posibilidad real hasta que su ginecólogo confirme que ya pasó su menopausia y ésto, ya lo sabemos, no acontecerá hasta haber pasado 12 meses sin la regla después de ocurrida aquella última menstruación. Recuerde por tanto aquí también, que **la menopausia no es un status, una forma de ser o de estar en la vida, sino tan solo el nombre de una regla, la última, después de la cual han de transcurrir 12 meses para que consideremos que aquélla fue realmente la menopausia.**

La edad no protege contra enfermedades de transmisión sexual, ya lo decíamos; los jóvenes están en general más expuestos al riesgo de estas enfermedades como sífilis, gonococia, clamydiasis, herpes genital, hepatitis B, verrugas genitales, trychomoniasis... y muchas otras. Sin embargo, todas estas enfermedades y algunas otras más pueden presentarse y de hecho sucede, en personas mayores que sean sexualmente activas.

Casi todas las personas que siguen manteniendo una vida sexualmente activa corren el riesgo de ser infectadas con la enfermedad de transmisión sexual más grave de todas cual es el ataque del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) – (Ver artículo en esta misma web, www.neyro.com/articulos/saludyterceraedad referido al tema de

SIDA Y TERCERA EDAD). **El número de personas mayores con VIH / SIDA va en aumento de forma progresiva** hasta el extremo de que una de cada 10 personas a quien se ha diagnosticado SIDA en los Estados Unidos de Norteamérica en los últimos 5 años tenía más de 50 años en el momento del diagnóstico. Por eso, sin alarmarle, nos vemos obligados a considerar que **usted puede correr riesgo de contraer VIH si tiene más de una pareja sexual, o si se divorció o enviudó recientemente y ha comenzado a salir y tener relaciones sexuales con nuevas parejas sin protección adecuada**. Utilice SIEMPRE un preservativo de látex en el caso de los masculinos o de poliuretano en el caso de los femeninos durante el acto sexual y consulte con su ginecólogo sobre otras formas de protección más íntimas contra todas las enfermedades de transmisión sexual.

Nunca como en este epígrafe **es más importante prevenir que curar** y nunca se es demasiado mayor para evitar exponerse a un riesgo no deseado de enfermedades consecutivas a una mala práctica sexual.

LAS EMOCIONES DE LOS MAYORES

La sexualidad con frecuencia implica un equilibrio delicado entre los aspectos emocionales, físicos y libidinales. **Nos gusta decir que la sexualidad es seguramente, una forma mejor y más perfecta de relación entre adultos que incluye el juego**; de hecho el juego habitual durante la práctica sexual es una de las pocas circunstancias en que los adultos jugamos con nuestros cuerpos a comunicar emociones mediante el contacto físico establecido.

La forma en que usted se siente puede afectar a lo que es capaz de hacer... a cualquier edad. Por ejemplo, **los hombres pueden temer que la impotencia se convierta en un problema más común a medida que se va envejeciendo** y cumpliendo años; sin embargo, la excesiva preocupación por esa posibilidad (ya lo apuntábamos más arriba) puede causar un stress suficiente como para ocasionar un nuevo ataque de impotencia en el siguiente intento de relaciones sexuales. Podríamos decir que un episodio de impotencia puede generar nuevos episodios de impotencia. La mujer que se preocupa por sus cambios de apariencia física y que va viendo que en la medida en que va cumpliendo años se redistribuye su grasa, y va ganando ocasionalmente algún kilo de más, puede pensar que su compañero ya no la encuentra atractiva o, lo que es peor, sexualmente deseable. **Concentrarse en la belleza física, juvenil, pasajera, puede interferir de forma definitiva con su forma de disfrutar su relación sexual**.

Las parejas mayores se enfrentan habitualmente a las mismas tensiones diarias que afectan a las personas de cualquier edad; ocasionalmente más, si cabe, en la medida en que **con los años se va incrementando también la responsabilidad y la dependencia que otras personas, negocios o actividades tienen respecto de uno**. Pueden además, tener las preocupaciones adicionales relacionadas con su edad, con sus enfermedades, con la jubilación e incluso con otros tipos de cambios que van a modificar su estilo de vida en común; estas preocupaciones pueden causar de forma sobreañadida dificultades sexuales. **Hable abiertamente con su pareja, consulte relajadamente con su ginecólogo, solicite consejo, no se aisle, el sexo no tiene edad**. Con frecuencia, los profesionales de la ginecología y de la salud en general pueden ayudarle también a modular este tipo de presión que dificulta su actividad sexual.

Sea como fuere, no se culpe en cualquier caso de las mínimas dificultades sexuales que puedan tener usted y su pareja. **Si sus emociones están encontradas y caminan por senderos comunes, si su comunicación es la adecuada, la sexualidad puede variar pero no se verá entorpecida por el envejecimiento.** Si en la pareja el hombre tiene problemas de impotencia o la mujer puede estar menos interesada en el sexo a partir de un determinado número de años, ni él ni ella deben suponer que su respectiva pareja ya no tiene atractivo sexual; puede haber muchas causas físicas de sus problemas y, casi todas ellas, ser solucionables.

En este punto, conviene recordar por ejemplo, que **algunos estudios científicos catalogan a los varones seniles en dos grandes grupos:** los que mantienen la ilusión por vivir, los que tienen pulsión libidinal, los que mantienen deseo sexual con la frecuencia que les permiten sus escasas erecciones a partir de la 7ª, 8ª ó incluso 9ª década de la vida y todos aquellos que por unas circunstancias o por otras dejaron de tener relaciones sexuales a partir a de los 50 ó 60 años por viudedad, separación o por un problema sexual relacionado con el envejecimiento. Los primeros siguen manteniendo relaciones sexuales con sus parejas con la frecuencia que sus erecciones les permiten. Los segundos serán impotentes de por vida. No lo olvide, el sexo es algo para lo que estamos entrenados y el entrenamiento no se relaciona con la edad, se relaciona con la intensidad. La actividad sexual es una forma de relacionarse también entre los mayores. **No existe la jubilación sexual.**

TRATAMIENTO

A.- Planteamiento general de actividad:

Existen muy diferentes cosas que usted puede hacer por sí mismo para mantener una vida sexual activa por encima de los 50 ó 60 años; recuerde que el sexo no tiene por qué implicar necesariamente el coito, el acto sexual tradicionalmente concebido; **haga de su pareja la prioridad fundamental.** Póngale atención a sus necesidades, a sus deseos, a sus confidencias, a sus cuitas... Tómese el tiempo necesario para entender los cambios que ambos están experimentando: ambos envejecen; ambos pierden elasticidad en sus pieles; ambos tienen que sufrir la ley de la gravedad.

Ensayen diferentes posiciones, nuevos horarios, encuentros diferentes por la mañana que posiblemente, después del sueño, sea el momento del día en el que los dos tienen más energía... No se afanen porque puede ser que usted o su pareja necesiten dedicarle más tiempo a tocarse para lograr excitarse totalmente en conseguir una rápida erección; a veces **el tiempo es una bonita forma de enfrentar una sexualidad que va cambiando con el paso de los años.** Recuerde que la masturbación en solitario o compartida, es una actividad sexual que puede ser perfectamente satisfactoria para algunas personas de edad, especialmente mujeres y hombres solteros o viudos o divorciados o cuyas parejas están lejos o están enfermas...

Algunas personas de estas edades, especialmente mujeres, pueden tener problemas para encontrar incluso una pareja con quien puedan compartir cualquier clase de intimidad; las mujeres en general viven más tiempo que los hombres y particularmente eso es una realidad en nuestro país que alberga en este momento la esperanza de vida media más longeva de toda la Europa Occidental; sobremanera ésto

es así entre las mujeres del País Vasco donde la esperanza de vida al nacer se cifra en alrededor de 84,3 años para las mujeres que nacen mientras usted lee este artículo. En el año 2.000 el número de mujeres mayores de 65 años superó ampliamente al de los hombres mayores en una relación de 100 a 70. Ésto no son opiniones, son hechos estadísticamente incontrovertibles. Realizar actividades que otras personas mayores disfrutaran o asistir a lugares donde se reúnen otras personas mayores también son formas de relación y de conocimiento de nuevas personalidades.

Algunas ideas novedosas pueden incluir pasear por centros comerciales, asistir a centros para la Tercera Edad, matricularse en la Universidad de la Tercera Edad, tomar clases para adultos en una escuela relacionada con su Comunidad, participar en paseos de un día patrocinados por su ciudad o por el Departamento de Ocio de su Provincia o Comunidad Autónoma. **Manténgase activo. Manténgase activa. Manténganse activos en común.** La sexualidad formará parte de esa actividad.

B.- Ayuda de profesionales-fármacos específicos:

Si usted parece tener un problema que le está afectando su vida sexual **no deje de hablar con su ginecólogo o con su médico de cabecera**, comente con aquél de los especialistas que inició el tratamiento que usted cree le está perjudicando en el momento actual. Cualquiera de estos profesionales de la salud puede sugerirle una diferente dosificación, modificar la posología o incluso sustituir el medicamento problemático por otro que tenga menos dificultades a la hora de la actividad sexual. Por ejemplo, la dificultad sexual más frecuente en las mujeres mayores es la **dispareunia, el dolor relacionado con el coito** normalmente ocasionado por una deficiente lubricación vaginal durante la actividad sexual y por una estrechez continuada y creciente de la vagina. Es muy sencillo revertir esta sintomatología con una **adecuada estrogenización** local que, se ha demostrado ampliamente, no tiene ningún efecto secundario a nivel sistémico en la medida en que los estrógenos actúan localmente sin prácticamente repercusión general en otros lugares del organismo. Además, existen multitud de **lubrificantes** de muy diferente composición que pueden ayudar también en el momento clave de iniciar la penetración.

Si el problema está causado por la **impotencia** en el caso del varón, con frecuencia puede manejarse y en muchísimos casos, revertirse completamente. En este momento, disponemos en el mercado nacional producto de innumerables investigaciones, suficiente número de **fármacos** incluso con diferentes mecanismos de acción como para que la impotencia masculina asociada al envejecimiento, a la patología vascular degenerativa, sea un problema menor perfectamente solucionable en el día a día. Básicamente estamos hablando de los derivados del fármaco que inició la nueva era de la impotencia en el siglo XXI: Sildenafil (comercializado en nuestro país con el nombre de Viagra®) y fundamentalmente algunos derivados más activos que aquél como el Tadalafilo (comercializado con el nombre de Cialis®). Bien es verdad que **ninguno de estos dos fármacos debe ser administrado a ningún hombre que tome medicamentos que contengan nitritos** como por ejemplo la Nitroglicerina para el tratamiento de los espasmos coronarios, la angina de pecho o la época posterior al infarto agudo de miocardio. En estos casos, aunque puede no estar contraindicado el tratamiento de manera absoluta, **es absolutamente imprescindible consultar con el cardiólogo de referencia** antes de iniciar un tratamiento médico para la impotencia con

estos fármacos. De hecho, estas píldoras pueden tener muchos efectos colaterales en este tipo de pacientes. Sin embargo, considerando que la tasa de impotencia por encima de los 50 años no es nada despreciable y que sin embargo la cardiopatía no es universal a partir de esta edad, todo un enorme abanico de posibilidades se abre para el varón impotente al comienzo de las últimas décadas de su vida.

Existen no obstante lo anterior otros tratamientos para la impotencia que incluyen los antiguos dispositivos de vacío, la **autoinyección** en los cuerpos cavernosos de determinadas drogas (sea la Papaverina o derivados de las Prostaglandinas E, e incluso en versión quirúrgica más avanzada y complicada los implantes de pene. Se trata de prótesis de muy diferentes tipos y con diferentes mecanismos de actuación que son insertados de manera definitiva por el urólogo en quirófano, para sustituir la deteriorada maquinaria de los cuerpos cavernosos del pene del varón afecto de impotencia.

C.- Abordaje integral del problema:

Por lo tanto **es mucho lo que usted puede hacer para continuar con una vida sexual activa**; seguramente lo fundamental es considerar que **nuestra sexualidad no radica en los órganos genitales sino fundamentalmente en nuestra imaginación**. Recuerde lo que se decía más arriba: el deseo se fabrica; el sexo....para el que lo trabaja.

Continúe con un **estilo de vida saludable**; haga ejercicio físico regular, mantenga una buena alimentación; beba suficiente cantidad de líquidos como agua o zumos de fruta natural; no fume en ninguna circunstancia; evite el abuso de alcohol. Si además procura usted reducir el stress a lo largo de su vida y visita regularmente a su médico o a su ginecólogo probablemente es que tenga ya una visión positiva de la vida. Recuerde, como en anteriores ocasiones, que **una vez conseguido haberle dado años a la vida se trata, entre todos, de darle vida a esos años**.

¿DÓNDE SABER MÁS?

Seguramente el presente artículo se le ha quedado corto en el nivel de información que usted buscaba. Es nuestra intención tan solo abrir un muy amplio abanico de posibilidades para iniciar la curiosidad y el conocimiento sobre los temas de la sexualidad en edades superiores a los 50 años. A continuación le sugerimos algunas direcciones de Internet en las que puede obtener más información:

- [Http://www.cancer.org](http://www.cancer.org)
 - <http://www.impotenceworld.org>
 - <http://www.nih.gov/ni>
 - [Http://www.levitra-es.com](http://www.levitra-es.com)
 - [Http://www.cialis.com/index.jsp](http://www.cialis.com/index.jsp)
 - [Http://www.36horas.com](http://www.36horas.com)
- <http://www.afud.org>
[Http://www.nibpk.nih.gov](http://www.nibpk.nih.gov)