

Monográfico / Monographic

De las disfunciones a los problemas sexuales en la vejez: el quebrantamiento del saber médico desde una comparativa generacional

From dysfunctions to sexual problems at elderly: the breakdown of medical knowledge from a generational comparison

Aina Faus-Bertomeu 

Departament de Sociologia i Antropologia Social, Universitat de València.
aina.faus@uv.es

Arantxa Grau i Muñoz 

Departament de Sociologia i Antropologia Social, Universitat de València.
arantxa.grau@uv.es

Recibido / Received: 29/05/2021
Aceptado / Accepted: 18/12/2021



RESUMEN

Para las instituciones sanitarias, las disfunciones sexuales son el eje central de los programas de salud sexual de las personas mayores. Desde la Sociología se distinguen dos posicionamientos: uno basado en el modelo biomédico que las concibe como enfermedades; y en oposición a este, otro que utiliza el término "problema sexual" al posicionarse en el modelo biopsicosocial. Se indaga en la conceptualización de las disfunciones y de los problemas sexuales de la población española. Se realiza un análisis generacional y de género a través de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS, 2009), representativa para toda la población. Los resultados indican que a lo largo del ciclo vital se experimentan malestares sexuales no siendo exclusivos de la vejez, y que es el modelo sexual reproductor, fomentado por las instituciones biomédicas, el promotor de este al restringir las prácticas al coito y constreñir la expresión del deseo y placer sexual.

Palabras clave: Sociología de la salud, sociología de la sexualidad, disfunción sexual, vejez, género.

ABSTRACT

In health institutions, sexual dysfunctions are the central axis of sexual health programs for the elderly. From the sociological point of view, two approaches can be distinguished: one based on the biomedical model that conceives them as diseases; and in opposition to this, another one that uses the term "sexual problem" by adopting the biopsychosocial model. The conceptualization of sexual dysfunctions and problems in the Spanish population is explored

*Autor para correspondencia / Corresponding author: Aina Faus-Bertomeu, aina.faus@uv.es

Sugerencia de cita / Suggested citation: Faus-Bertomeu, A. y Grau i Muñoz, A. (2022). De las disfunciones a los problemas sexuales en la vejez: el quebrantamiento del saber médico desde una comparativa generacional. *Revista Española de Sociología*, 31 (2), a110. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2022.110>

in this paper. A generational and gender analysis is carried out using the National Sexual Health Survey (ENSS, 2009). This survey is representative for the whole Spanish population. The results show that sexual discomfort is experienced throughout the life course and is not exclusive to old age. The reproductive sexual model, promoted by biomedical institutions, causes sexual discomfort by restricting sexual practices to sexual intercourse and by constraining the expression of sexual desire and pleasure.

Keywords: Sociology of health, sociology of sexuality, sexual dysfunction, ageism, gender.

INTRODUCCIÓN

En el contexto del actual envejecimiento poblacional debido, entre otros, al incremento de la esperanza de vida, entender la sexualidad de las personas mayores se vuelve necesario. Los estudios realizados hasta el momento confirman que la sexualidad es un elemento que enriquece positivamente la vida y las relaciones de las personas, estando íntimamente ligado a un aumento del nivel de salud general y de la calidad de vida y el bienestar (Lindau y Gavrilova, 2010; Thorpe et al., 2015). Las investigaciones sobre la trayectoria sexual de los individuos permiten concluir que su duración se ha extendido, finalizando cada vez a edades más avanzadas (Faus-Bertomeu, 2021), aunque a medida que la edad aumenta, la frecuencia y diversidad de prácticas sexuales disminuyen (Ayuso y García, 2014), no así el interés y el placer sexual (DeLamater, 2012). Entre los mayores impedimentos para la vivencia de una sexualidad plena en cualquier etapa de la vida se encuentran las denominadas disfunciones sexuales (Laumann et al., 1999).

Existe amplia bibliografía sobre el impacto negativo de determinadas enfermedades y fármacos sobre la actividad sexual desarrollada desde una perspectiva biomédica de la salud (Mulligan y Katz, 1989). Sobre esta base se asocian las dificultades sexuales a la edad, pudiendo derivar en abstinencia sexual. Denominados según la literatura médica como “disfunciones o trastornos sexuales”, están catalogados como patologías en las distintas versiones del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) de la American Psychiatric Association (APA). No obstante, desde una perspectiva biopsicosocial y desde la teoría crítica feminista se arguye que los problemas de salud no siempre desembocan en un cese de las relaciones sexuales, que pueden aparecer a lo largo del ciclo vital y que no tienen por qué afectar a la satisfacción sexual (Tiefer, 2012). Desde esta óptica se rechazan los criterios del DSM vehiculándose al concepto de ‘problema sexual’ desde el que se entienden las contrariedades sexuales como reacciones adaptativas o comprensibles a las circunstancias estructurales, relacionales y actitudinales de las personas (Bancroft et al., 2003).

En el último programa marco sobre salud sexual desarrollado por la World Health Organization, así como sus predecesores, se menciona solamente a las personas mayores en los apartados sobre disfunciones sexuales sin otra referencia a su sexualidad y a su salud sexual (WHO, 2015). Esto fomenta un punto de vista unilateral y refuerza la difusión de modelos estigmatizantes que invisibilizan las dimensiones políticas de la salud sexual. El edadismo reflejado en la incompatibilidad percibida entre la sexualidad y la vejez conduce, en el imaginario colectivo, a la visión de las personas mayores como carentes de interés por su sexualidad (Rivera y Santiago, 2016). La imagen de la vejez, como deterioro y enfermedad, entra en conflicto con la imagen de la sexualidad, que se identifica en su vertiente juvenil como un esfuerzo físico y una corporalidad esbelta. La medicalización y la comercialización de productos farmacéuticos, en especial de la Viagra y similares, se ha generalizado no solo porque potencie los valores juveniles,

sino porque la medicina ha entrado en el campo del rendimiento y el placer sexual en la medida en que la satisfacción sexual de una población ha llegado a ser considerada como una de las preocupaciones de la salud pública (Gott et al., 2004; Tiefer, 2006). Desde posturas críticas a la medicalización de la sexualidad se indica que al tratar los malestares como disfunciones se presentan como inevitables y se patologizan, requiriendo de un tratamiento y un control médico (Gurevich et al., 2018), negando de este modo otras formas diferentes de percibir, sentir y vivir la sexualidad. Por ello, cabe preguntarse si toda disfunción sexual que experimentan los individuos presenta un origen fisiológico, si realmente es un impedimento para el deseo y placer sexual y si este malestar solamente se vivencia en las edades avanzadas o puede aparecer a lo largo de la trayectoria vital.

Tomando en consideración el objetivo principal de este análisis, contribuir al actual debate sobre la relación entre la salud y la sexualidad a lo largo del ciclo vital y, en especial en las edades adultas y avanzadas, a través de una panorámica sobre el padecimiento de disfunciones y de problemas sexuales en las cohortes nacidas entre 1920 y 1990 y considerando el sexo-género, se presentan varios objetivos específicos. Por un lado, mostrar que los malestares sexuales pueden experimentarse a lo largo de la trayectoria vital y no exclusivamente durante la vejez, así la edad no sería el detonante de las dificultades sexuales. Y por el otro, demostrar que las llamadas disfunciones sexuales no solo derivan de los cambios físicos y fisiológicos de los individuos, sino que también inciden cuestiones estructurales, relacionales y actitudinales, por lo que sería más apropiado denominarlas problemas sexuales. Ambos objetivos son importantes para promover una despatologización de los malestares sexuales, promoviendo una concepción más amplia de la sexualidad y de la salud sexual que incluyera una mirada no restringida a la sexualidad penetrativa. Para ello se hace uso de la “Encuesta Nacional de Salud Sexual” (ENSS), para observar y contraponer los elementos que repercuten en las disfunciones sexuales y los problemas sexuales en un análisis comparativo entre generaciones y géneros. Además, el estudio de las disfunciones sexuales suele enmarcarse en población que se declara enferma, el uso de estos datos incluye al público general configurándose como una muestra representativa de toda la población española.

La importancia del tema tratado radica en varios aspectos. En primer lugar, y desde el punto de vista conceptual, el trabajo reflexiona sobre la definición de “salud sexual”, que en las personas mayores sigue reducido al padecimiento de disfunciones sexuales (Gott et al., 2004). En segundo lugar, desde el punto de vista de las políticas sociosanitarias, el conocimiento generado por este estudio ofrece claves para ampliar y adaptar los programas de salud sexual atendiendo a las demandas y necesidades de las personas mayores y desde una perspectiva no solo médica. Además, en un contexto de cambio demográfico con un incremento de la población mayor se prevé que los requerimientos de asesoramiento y tratamiento de problemas sexuales se incrementen en los próximos años, siendo una oportunidad para que el personal sanitario satisfaga estas demandas de modo seguro y adaptado a las necesidades reales de cada grupo poblacional (Gott y Hinchliff, 2003; Hinchliff et al., 2020).

MARCO TEÓRICO

Es innegable el histórico papel asumido por la medicina en la definición de la sexualidad (Foucault, 1977). La salud sexual ha ido tomando relevancia en la agenda política y el concepto de salud sexual ha progresado desde la definición original de la WHO (1975). La inclusión de la salud mental, la responsabilidad y la importancia de los derechos humanos ha marcado el desarrollo más reciente. No obstante, las concepciones de la salud sexual se ven influenciadas por los contextos históricos, sociales y políticos lo que limita la realidad del concepto y su variabilidad (Gianni, 2002). En esta dirección se

alerta de la sobremedicalización de la sexualidad y de sus efectos adversos a expensas de la dinámica social e interpersonal de las relaciones sexuales (Lindau et al., 2003; Tiefer, 2006) y, en particular, del papel que juegan los factores económicos en esta medicalización (Štulhofer, 2015), con especial incidencia sobre las personas mayores y las mujeres (Leiblum, 2010; Tiefer, 2012).

Desde la entrada de las Ciencias Sociales en el campo de las sexualidades, y más específicamente de la salud sexual, se diferencian dos corrientes opuestas. La primera, cuya máxima expresión son los estudios de Edward Laumann y su equipo, cercana al modelo biomédico y desde el que se identifican los malestares sexuales con patologías, denominándolas “disfunciones sexuales”. Y la segunda, encabezada por Leonor Tiefer, que prefiere utilizar el término de “problema sexual” al posicionarse en el modelo biopsicosocial de la salud y desde el que se pone de relieve el carácter multidimensional de la sexualidad. En el fondo de este debate transita el cómo comprender y cómo analizar la prevalencia de los malestares sexuales en la población.

El debate epistemológico: de las disfunciones a los problemas sexuales

El primer tema de controversia, cómo definir los malestares sexuales, centra la discusión en el origen de estos y se bifurca según el modelo de salud-enfermedad sobre el que se asienta. El sistema de diagnóstico de las disfunciones sexuales del DSM se basa en las teorías funcionalistas de la sexualidad, que fundamentadas en la teoría del impulso, tratan de explicar el comportamiento sexual a través de las capacidades biológicas y psicológicas con un modelo lineal de respuesta sexual (Weeks, 1990). Apoyadas en el modelo biomédico de la enfermedad, entienden que esta se produce en la dualidad cuerpo-mente y en la dicotomía salud-enfermedad, como si se tratara de un continuum en cuyos extremos se ubicaría cada uno de los dos estados. Así la enfermedad se debe a un desorden en el funcionamiento corporal y la salud es la ausencia de estos signos. Análogamente, se produce la disfunción, que es entendida como enfermedad.

El DSM-5 define las disfunciones como “un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan típicamente por una alteración clínicamente significativa en la capacidad de una persona para responder sexualmente o experimentar placer sexual” (APA, 2013, p. 423). Incluye cuestiones tan variadas como la eyaculación precoz y retardada, el trastorno eréctil, la anorgasmia, la falta de interés y deseo sexual o el dolor en la penetración. La clasificación del DSM se basa en la fenomenología clínica, y a través de estos criterios establece el comportamiento sexual normal –aquella en la que la práctica coital es placentera– y el no normal –aquella en la que sería insatisfactoria– (DeRogatis y Burnett, 2008). Para esta corriente, la edad se presenta como elemento determinante para la experimentación de las disfunciones sexuales, que no solo afecta a la vida sexual sino también a la calidad de vida (Laumann et al, 1999).

Las principales críticas al diagnóstico del DSM derivan de tres cuestiones interrelacionadas. La primera, des de la distinta concepción de salud-enfermedad, que ahora se aborda desde el modelo biopsicosocial en el que se incluyen las dimensiones psicológicas y sociales de la enfermedad (Engel, 1997). La segunda, y que proviene de la crítica feminista al modelo heteronormativo de la sexualidad, señala que el DSM entiende que la función sexual es “normal” cuando el coito con penetración se produce de manera placentera en una relación heterosexual, estigmatizando y patologizando otras identidades y prácticas sexuales (Leiblum, 2010). Además, se aboga por la inclusión de una perspectiva interseccional. Y la tercera, desde la sociología crítica de las sexualidades se denuncia que el DSM es una herramienta para la medicalización de la sexualidad, al crear desinformación y distraer la atención de las explicaciones sociales y culturales de los comportamientos, arguyendo además que los malestares sexuales pueden acontecer en cualquier momento del ciclo vital.

El paso del modelo biomédico al modelo biopsicosocial de la salud-enfermedad supera la limitación que supone concebirla como un estado, que ahora se contempla como el resultado de un proceso que sigue un sistema integrado sobre las tres vertientes que conforman la vida: lo biológico-orgánico, lo psicológico-afectivo y lo social. La salud pasa a concebirse como sinónimo de calidad de vida. Sobre esta base se asientan la corriente que denomina a los malestares como problemas sexuales y que son definidos como "Descontento o insatisfacción con cualquier emoción, aspecto físico o relacional de la experiencia sexual" (Tiefer, 2002, p. 130). Al mismo tiempo se respalda desde las teorías estructuralistas de la sexualidad, donde se conciben las sexualidades como construcciones sociales y se teorizan los procesos de significación e interacción sexual (Foucault, 1977; Gagnon y Simon, 1973), se destaca su carácter multidimensional (Plummer, 1991) y las circunstancias sociales y culturales que caracterizan a cada generación (Plummer, 2010).

Desde estos postulados se arguye que en la experiencia sexual se involucran una serie de elementos en una interacción compleja. Es decir, se incluye el contexto estructural y relacional del individuo: las condiciones de vida, factores culturales y políticos, esto es, inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual como la religión y factores estructurales que crean desigualdades como el sexo-género, la raza, la diversidad funcional o la clase social; la interacción afectiva y sexual con la/s pareja/s, comunicación, uso del tiempo compartido, (in)satisfacción y prácticas; y las propias actitudes individuales, es decir factores de vulnerabilidad como los cambios físicos y la imagen corporal. También se debe atender a la violencia sexual, a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y a la educación sexual (Tiefer, 2006). Por ello, es importante analizar los problemas sexuales, considerando los factores fisiológicos, pero especialmente los contextos sociales, culturales, históricos e interpersonales en los que se manifiestan estos problemas, para entender cómo las condiciones socioculturales y económicas construyen las experiencias íntimas de los individuos, lo que permite comprender las vicisitudes y la reordenación de los significados de la sexualidad (Tolman y Diamond, 2001; Levinson, 2012).

El debate metodológico: ¿cómo analizar los malestares sexuales?

Ligado al debate epistemológico y a la denominación de los malestares sexuales, aparece una segunda cuestión metodológica sobre su medición y prevalencia.

Un amplio espectro de trabajos consensua los problemas de erección y la fuerza de la eyaculación como principales problemas sexuales en los varones mayores. En el estudio de Laumann et al. (1999), se concluía que el 17% de los hombres estadounidenses de 50-59 años experimentan problemas de erección. Diez años más tarde, ubicaban esta prevalencia en el 31%, incrementándose en los grupos de mayor edad (Laumann y Waite, 2008). Para los hombres franceses, Levinson (2012) resuelve que padecen problemas de erección el 38% de 50-59 años y el 42% de 60-69 años, y además, el 33% de los hombres de 60 o más años también experimentaron eyaculación precoz. Los datos finlandeses indican que el 8% de hombres de 45-54 años, el 16% de 55-64 años y el 30% de 65-74 años padecen de disfunciones eréctiles (Kontula y Haavio-Mannila, 2009). Para la población española, según el estudio de López y Olazábal (2006) se calculaba una prevalencia de problemas sexuales del 67% de los hombres mayores de 65 años, siendo la más frecuente la disfunción eréctil (el 55%) y en segundo lugar el retardo en la eyaculación (el 22%).

En algunos de estos estudios se presentan los problemas de erección como obstáculos para la actividad sexual y se vinculan a la edad (Kontula y Haavio-Mannila, 2009; Laumann et al, 1999, 2008). En otras investigaciones la asociación entre la edad y el cese de la actividad sexual por motivos de disfunción eréctil no se muestra de forma tan clara (Kaiser, 1991). Además, con unas tasas de prevalencia tan dispares su comparación es compleja. El propio concepto de disfunción eréctil y eyaculación

precoz/tardía, los instrumentos utilizados, la naturaleza y las edades de la muestra así como las diferencias culturales pueden encontrarse detrás de resultados tan variables (McCabe et al., 2016). En este sentido, Laumann y sus colaboradores (1999) a lo largo de sus estudios han desarrollado en sus encuestas distintos formatos de pregunta, a pesar de su aproximación a la definición del DSM. Y DeLamater (2012) argumenta que, si se plantea una pregunta abierta acerca de los problemas sexuales masculinos, sólo entre el 2% y el 4% de los hombres americanos responde "impotencia", por lo que las dificultades eréctiles no parecen ser un problema para las relaciones sexuales que no conlleven penetración.

Las disfunciones sexuales más citadas en las mujeres son la falta de deseo sexual y el dolor genital en la relación coital, que se entienden como las causantes de la escasa lubricación y la anorgasmia. Al igual que en las disfunciones eréctiles, la prevalencia de las disfunciones femeninas muestra una versatilidad de resultados. A modo de ejemplo, y respecto al deseo sexual, los datos estadounidenses revelan falta de interés sexual en el 44% de mujeres de 57-64 años, el 38% de 65-74 años y el 49% de 75-85 años (Waite et al., 2009). En el contexto francés, el 32% de las mujeres de 50-59 años presentan una pérdida de deseo, al igual que el 26% de 60-69 años (Levinson, 2012). Y en el contexto español los datos de la ENSS establecen una prevalencia de falta de motivación sexual del 26% en mujeres de 45-50 años, del 36% de 51-59 años y del 20% en más de 60 años (Faus-Bertomeu y Gómez-Redondo, 2017).

En las disfunciones sexuales femeninas el debate también gira alrededor de la influencia de la edad, con resultados y posiciones dispares. Respecto a la pérdida del deseo, Waite et al. (2009) no hallan una asociación significativa entre un menor interés sexual y la edad, al igual que Kontula y Haavio-Mannila (2009). Levinson (2012) concluye que es un problema sexual que se da de forma aislada, es decir, sin relación con otras dificultades sexuales, y en todas las etapas de la vida femenina. No obstante, Laumann y Waite (2008) encuentran una relación estadísticamente significativa entre la pérdida de deseo y la edad, pero observan un patrón diferente al esperado: son las mujeres más jóvenes las más propensas a informar de un sexo no placentero, mayor ansiedad sexual y dolor en sus relaciones. Los estudios desarrollados desde una aproximación al modelo biopsicosocial deducen que no es la edad o el estado de salud el único inhibidor del placer sexual. También se vincula a una mala calidad de la relación de pareja, a la salud emocional y a la insatisfacción sexual (Bancroft et al, 2003; Leiblum, 2010). El estudio desarrollado a través de la ENSS no haya relación entre el deseo y la edad; y además resuelve que este está mediado por distintos factores sociales y culturales en función de las generaciones (Faus-Bertomeu y Gómez-Redondo, 2017). Ante resultados tan variables, parece evidente la necesidad de acordar también un modo uniforme para analizar las llamadas disfunciones/problemas sexuales que permita una aproximación a su estudio y una comparabilidad.

La investigación biopsicosocial revela relaciones más complejas al vincular factores psicosociales y biológicos con problemas de salud, considerando la multidimensionalidad de la sexualidad. Sin embargo, tampoco escapa a la críticas ante un sistema no consensuado de conceptos y por el complejo diseño de investigación requerido para recopilar y analizar datos provenientes de distintas disciplinas (Havelka et al, 2009; Schubert, 2010).

METODOLOGÍA

Fuente de datos

El análisis se elabora siguiendo una aproximación al modelo biopsicosocial de salud sexual de DeLamater (2012) con los datos de la ENSS (nº 2780, 2009). La ENSS, elaborada

por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), permite conocer la satisfacción de la población con su sexualidad y determinar las fuentes de placer y malestar. La muestra se compone de 9.850 individuos, diferenciados en dos sexos-géneros, a partir de los 16 años y sin límite superior de edad (Tabla 1). La ENSS presenta los últimos datos representativos disponibles sobre sexualidad en nuestro territorio, lo que permite realizar una perspectiva generacional y evita el sesgo médico al implicar a la población general y no solo a personas diagnosticadas. Esta cuestión es relevante dado que las últimas investigaciones sobre disfunciones sexuales se han desarrollado desde centros de atención primaria de salud y a grupos concretos de personas usuarias con enfermedades endocrinas (Portillo et al., 2017) o tumores (López-Rubio et al., 2020).

Se aplica una óptica generacional al utilizar la configuración de una cohorte ficticia a partir de datos transversales, que permite el análisis comparativo entre generaciones y entre géneros. La población ha sido agrupada en décadas generacionales de nacimiento dando lugar a seis grupos etarios. El grupo de menor edad comprende individuos desde los 16 años (nacidos en 1992) hasta los 31 años y el de mayor aglutina a personas de más de 71 años (nacidos en 1937); en las edades extremas las frecuencias son bajas y se requiere de una mayor muestra para una clara interpretación. De la combinación de la edad y el sexo-género resultan 12 grupos a observar (Tabla 1).

Se aborda el análisis utilizando dos variables principales. Por un lado, y con formato dummy, se pregunta sobre la preocupación por la salud sexual en algún momento de la vida (P43). A los individuos que responden afirmativamente se indaga en los motivos sobre tal dificultad incluyendo elementos vinculados a problemas con la pareja, emocionales, laborales, de salud y violencia sexual (P43b). Puesto que las razones de la preocupación sexual se enlazan con cuestiones socioculturales, interactivas y contextuales, se utiliza esta variable para el estudio de la expresión de los “problemas sexuales”. Y por otro lado, y solo a las personas que manifiestan padecer alguna enfermedad, y actuando esta variable de filtro, se consulta si estas dolencias crean limitaciones en la actividad sexual (P46b). Se utiliza una escala análoga al índice GALI (Global Activity Limitation Index), herramienta habitual para el estudio de la prevalencia de la discapacidad (Robine et al., 2002), y que ha sido recodificada de sus tres categorías de respuesta originales a una variable también dicotómica: padece discapacidad sexual (“Sí, completamente” y “Sí, hasta cierto punto”) o no la padece (“No”). Así para el estudio de la “disfunción sexual” se toma esta variable puesto que su formulación y su ubicación en el cuestionario –tras las cuestiones fisio-biológicas– permiten esta semejanza.

Se ha utilizado la totalidad de las variables incluidas en el cuestionario, que han sido clasificadas en 6 dimensiones según la propuesta de DeLamater (2012) (Tablas 2 y 3): variables sociodemográficas (nivel de estudios, ocupación, religión, clase social,...), estado de salud (estado de salud, discapacidad, enfermedades y medicamentos), estado emocional (en relación al apoyo social y a la percepción del propio cuerpo), representaciones de la sexualidad (grado de información, actitudes sexuales, significado, influencia de la religión y del amor), comportamiento sexual actual (frecuencia de las prácticas, satisfacción, actividad sexual, sentimientos tras las prácticas), y trayectoria sexual anterior (primera relación sexual y violencia sexual experimentada). Estas dimensiones actúan de variables independientes.

Técnicas de análisis

Primeramente se realiza un análisis de correlación, herramienta estadística que permite conocer si dos o más variables son interdependientes. Se ha establecido que el vínculo entre dos variables sea estadísticamente significativa si $p \leq 0,05$. Para conocer la intensidad de la relación y dado que las variables dependientes son dicotómicas, se usa V de Cramer (para tablas diferentes de 2x2) y el coeficiente de contingencia

(para tablas de 2x2). La escala en ambos estadísticos indica independencia en los valores próximos al 0 y máxima correlación en 1. Para la interpretación de las tablas de contingencia se toman como valores significativos aquellos en los que $n \geq 45$ y los residuos tipificados corregidos son $\pm 1,96$ (Sánchez-Carrión, 1989). El análisis se ha realizado de forma independiente a la variable “disfunción sexual” y “problema sexual”, y a las 12 agrupaciones tras haberse ponderado la muestra de cada grupo. De este modo se conocen los elementos que se vinculan a los problemas y a las disfunciones a cada edad y sexo-género (Tablas 2 y 3).

Dado el objetivo del estudio, mostrar que las disfunciones no solo tienen una base fisiológica, y puesto que un porcentaje importante de población dice padecer simultáneamente de problemas y disfunciones sexuales (Tabla 1), se ha desarrollado un análisis de regresión logística binaria mediante la inclusión de variables «hacia adelante» de Ward (Tabla 4). La variable “problema” y “disfunción” sexual han sido fusionadas en una única variable para distinguir entre los individuos que no presentan malestares sexuales y los que sí. A través del análisis de correlación realizado anteriormente se han seleccionado las variables óptimas para cada grupo analizado (Jovell, 1995), incluyendo aquellas que eran significativas bien para los problemas sexuales o bien para las disfunciones. Se pretende explicar cuál es la probabilidad de presentar malestares sexuales en función de las variables independientes seleccionadas, observando así su naturaleza (biológica, social, cultural, etc). Este análisis también se ha realizado a cada grupo observado. Dada la cantidad de variables incluidas en cada modelo, solo se incluyen aquellas que cumplen la condición $p \leq 0,000$. Cabe aclarar que los porcentajes globales que explican cada modelo no son excesivamente elevados, no obstante, el análisis pretende esclarecer los elementos que median en los malestares sexuales más que la previsión de estos.

Limitaciones de la fuente de datos

La ENSS cuenta con los últimos datos disponibles sobre sexualidad para la población española y está elaborada desde una perspectiva de género (CIS, 2009). Además, es representativa para toda la población, lo que presenta la ventaja de incluir tanto a personas diagnosticadas de enfermedades como a las sanas. No obstante, presenta algunas limitaciones en su estructura y contenido. El principal obstáculo para la realización de este análisis se concreta en la no inclusión de problemas específicos sobre las modificaciones en la respuesta sexual (disfunción sexual), la importancia otorgada a la discapacidad sexual y su efecto real en las prácticas sexuales. Tan solo se explicita la falta de deseo sexual a aquellas personas que dicen haberse preocupado por su sexualidad. Respecto al análisis a las disfunciones sexuales, solo pueden responder aquellos individuos que dicen padecer alguna enfermedad. Ambos obstáculos han sido resueltos en la regresión al combinar en una única variable el padecimiento de problemas y disfunciones sexuales. También, se excluye de responder a personas que no disponen de pareja estable una parte del bloque que indaga sobre las representaciones de la sexualidad y el comportamiento sexual lo que ha obligado, en el análisis de regresión, a eliminar determinadas variables –como los sentimientos experimentados tras las prácticas sexuales– para no verse reducida la muestra excesivamente. Otro de los grandes obstáculos del cuestionario, considerando que principalmente trata la sexualidad en pareja, es que no permite indagar en aspectos esenciales de las relaciones personales como es la intimidad física y emocional, el respeto, la comunicación, el afecto y la negociación con la/s otra/s persona/s o la penetración en los aspectos de la vida cotidiana.

RESULTADOS

Prevalencia de problemas y disfunciones sexuales

Los datos de la ENSS manifiestan que uno de cada cuatro individuos declara haber sentido preocupación por algún aspecto relacionado con su vida sexual (el 25%) (Tabla 1), y 1 de cada 10 padece disfunciones sexuales (10,3%). Además existen individuos que declaran padecer problemas y disfunciones sexuales simultáneamente. Si nos fijamos en el sexo-género, los problemas presentan la misma prevalencia en ambos grupos, aunque una cifra similar de hombres expresa padecer disfunciones sexuales (28%) y su predominio en las mujeres es más elevado (37,5%). El análisis generacional descubre un trasvase en las edades en los individuos que dicen haber experimentado obstáculos sexuales: los problemas sexuales predominan en las cohortes nacidas antes de 1958-1967 (41-50 años), momento a partir del cual la discapacidad sexual es más habitual, con un incremento considerable en las personas nacidas a partir de 1947 (más de 61 años). La expresión de problemas sexuales en los hombres se mantiene relativamente estable hasta los 51-60 años (alrededor del 26%), momento en el que disminuye (17%). Una cuantía similar de mujeres jóvenes (25%) declara obstáculos sexuales, prevalencia que se incrementa (30%) en las edades adultas (31-50 años) y decrece en las avanzadas (16%). En la declaración de disfunciones sexuales, la edad 61-70 años aparece como umbral de aceleración a partir del cual casi la mitad de los individuos dice experimentarlas. Hasta entonces, la prevalencia en las mujeres (alrededor del 35%) es mayor que la de los varones (próximo al 20%), lo que indica un aumento abrupto en estos últimos.

El análisis al malestar sexual confirma que este, en forma de problema o de disfunción, se manifiesta a lo largo del ciclo vital, corroborándose que los obstáculos sexuales no solo se experimentan en la vejez.

Elementos que inciden en el malestar sexual

Siguiendo los objetivos marcados en la investigación, en el próximo epígrafe se observan los elementos vinculados con el malestar sexual tratando de explicar su origen. Para ello, y a través del análisis de correlación se han seleccionado aquellas variables que presentan asociación con el padecimiento de problemas y disfunciones sexuales (Tablas 2 y 3), y que han sido incorporadas al análisis de regresión (Tabla 4). Con el objeto de enfatizar en la naturaleza del malestar, se exponen los resultados atendiendo a las 6 dimensiones mencionadas con anterioridad.

La primera dimensión, la sociodemográfica, muestra resultados de interdependencia fuerte del malestar sexual con el nivel de estudios, especialmente en las mujeres y en las edades jóvenes. Así, aquellas mujeres de 16-30 años y de 31-40 años con estudios primarios tienen un 73,5% y 67,7%, respectivamente, de presentar obstáculos sexuales respecto a quienes disponen de estudios superiores. En los hombres jóvenes (16-30 años) y las mujeres adultas (51-60 años), esta probabilidad supera el 80%. Existe una degradación en la posibilidad de manifestar inquietudes sexuales tal y como desciende el grado de instrucción. Tolman y Diamond (2001) sugieren que el nivel educativo se vincula a la situación laboral y al estatus socioeconómico, que al estar relacionadas con las dificultades emocionales y el estrés inciden negativamente en varios aspectos de la vida, entre ellos la experiencia sexual. En las mujeres de 41-50 años, además, el no disponer de pareja incrementa un 82,5% la expresión de problemas sexuales.

Tabla 1. Descripción de la muestra: Expresión de problemas, disfunciones sexuales o ambos.

Edad (cohorte)	Género	Total individ.	Discapacidad Sexual				Problema Sexual				Discapacidad y problema sexual	
			Sí		No		Sí		No		n**	%
			n*	%	n*	%	n*	%	n*	%		
16 a 30 (1992-1978)	Mujeres	1121	69	6,1	134	12,0	284	25,4	825	73,6	93	32,7
	Hombres	1197	32	2,7	139	11,6	294	24,6	898	75,1	49	16,7
31 a 40 (1977-1968)	Mujeres	1026	101	9,8	198	19,3	338	33,0	679	66,2	145	42,8
	Hombres	1065	46	4,4	168	15,8	292	27,5	765	71,9	86	29,6
41 a 50 (1967-1958)	Mujeres	854	126	14,7	219	25,6	269	31,5	574	67,2	142	52,7
	Hombres	879	62	7,1	209	23,8	233	26,5	638	72,6	97	41,6
51 a 60 (1957-1948)	Mujeres	646	105	16,2	189	29,2	163	25,2	481	74,5	109	67,3
	Hombres	624	55	8,9	219	35,1	161	25,9	453	72,7	72	44,7
61 a 70 (1947-1938)	Mujeres	666	126	18,9	176	26,5	97	14,6	556	83,4	69	70,7
	Hombres	557	99	17,9	178	31,9	147	26,3	400	71,8	75	51,1
70 o más (antes de 1937)	Mujeres	703	74	10,6	83	11,9	80	11,3	597	85,0	30	38,1
	Hombres	510	118	23,1	126	24,7	84	16,5	419	82,1	47	55,5
Total	Mujeres	5017	600	12,0	999	19,9	1231	24,5	3713	74,0	588	47,8
	Hombres	4833	413	8,6	1039	21,5	1212	25,1	3574	73,9	426	35,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSS.

Nota: *Los porcentajes se calculan considerando el total de individuos de cada grupo.

**Los porcentajes se calculan considerando el total de individuos con problemas sexuales

Tabla 2. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Mujeres.

Variables		Mujeres											
		16 a 30 (1992-1978)		31 a 40 (1977-1968)		41 a 50 (1967-1958)		51 a 60 (1957-1948)		61 a 70 (1947-1938)		70 o más (1937-)	
		P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D
Sociodemográfica	Nivel de estudios (P59)	0.15		0.1		0.11	0.11	0.14	0.34	0.13			
	Escala ideológica (P51)				0.14	0.11			0.42				
	Grado de religiosidad (P50a)					0.11		0.18	0.28				
	Situación laboral (P63 y P61)						0.18	0.13		0.12			
	Tiene pareja estable (P52)			0.11		0.11					0.12		
	Composición del hogar (P54)			0.1		0.12							

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 2. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Mujeres. (Continuación).

Estado de salud	Estado de salud subjetivo (P44)		0.16	0.12	0.31	0.13	0.35		0.6	0.12	0.28	0.33	
	Estado de salud sexual (P45)	0.2	0.23	0.18	0.27	0.2	0.51	0.19		0.15	0.26	0.17	0.36
	No padece enfermedades (P4610)	0.15		0.22		0.16			0.15	0.11		0.11	
	Trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad (P4601)	0.14	0.13	0.24	0.24	0.13	0.15	0.14	0.24	0.18		0.12	
	Enfermedades cardiovasculares (P4602)				0.13				0.17				0.21
	Enfermedades del metabolismo de las grasas (P4605)								0.29				
	Enfermedades reumatológicas (P4606)						0.12		0.17		0.24		0.27
	Discapacidad (P46a)	0.12	0.54	0.19	0.57	0.1	0.6	0.14	0.23		0.63		0.66
	Discapacidad sexual (P46b)	0.13	-	0.19	-	0.19	-	0.22		0.12	-	0.15	-
	Toma medicamentos (P47)	0.1		0.14		0.15	0.16	0.1			0.14		
	Medicamentos para el dolor (P47a01)		0.25	0.13	0.2	0.1	0.25	0.11			0.29		0.18
	Tranquilizantes (P47a05)			0.13	0.14	0.12	0.18				0.25		
	Medicamentos para el reuma (P47a06)										0.21		0.29
	Medicamentos para el corazón (P47a07)								0.45		0.15		0.26
	Antidepresivos (P47a10)			0.16	0.19	0.14	0.13	0.12	0.22		0.16		
	Alguna vez se ha sentido preocupado/a por su salud sexual (P43a)	-		-	0.15	-	0.18	-	0.17	-		-	
	Cuando ha sentido preocupación (P43a)		0.2		0.2								
	Motivo principal por el que le ha preocupado su salud sexual (P43b01)				0.33				0.58				
	Motivo secundario por el que le ha preocupado su salud sexual (P43b02)												

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 2. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Mujeres. (Continuación).

Representaciones	Me siento bien conmigo misma (P2306)	0.1	0.18	0.16	0.14	0.1	0.19	0.21	0.19	0.12	0.2	
	Anteponer el cuidado de los otros al propio (P4804)	0.19		0.1	0.2		0.2				0.27	
	Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede (P4805)					0.1		0.11				
	Se ha sentido discriminado por padecer alguna discapacidad (P905)											
	Utilidad de la información (P4)											
	Opinión cambio de orientación a lo largo de la vida (P604)				0.14							
	Importancia otorgada a la sexualidad (P8)						0.21		0.18			
	Conocimiento sobre el propio cuerpo (P24)										0.29	
	Valoración global de la experiencia sexual (P20)		0.21		0.15		0.22				0.15	
	El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo (P2302)					0.1		0.13	0.2	0.11	0.13	0.35
	Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad (P2303)					0.1	0.12			0.11	0.1	0.21
	Reprime sus deseos y placeres (P2804)			0.19	0.19	0.11	0.16		0.18			0.32
	Piensa en fantasías para aumentar su excitación (P2805)	0.14		0.13		0.21						
	Piensa “que se acabe cuanto antes” (P2808)	0.15	0.23	0.13	0.18	0.21	0.23		0.11			0.24

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 2. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Mujeres. (Continuación).

Trayectoria sexual	Sentimiento tras la práctica: Satisfacción vs. Insatisfacción (P1701)		0.1		0.13		0.13		0.13	0.28
	Sentimiento tras la práctica: Culpa vs. Bienestar (P1703)	0.24	0.11	0.14			0.2			0.18
	Sentimiento tras la práctica: Tranquilidad vs. Miedo (P1704)	0.19	0.11		0.13			0.16		
	Sentimiento tras la práctica: Alegría vs. Tristeza (P1705)				0.13	0.14		0.14		0.12
	Sentimiento tras la práctica: Confianza vs. Desconfianza (P1706)	0.12	0.24	0.11		0.12		0.16		0.18
	Ha sufrido abusos sexuales y/o violaciones (P2203)	0.23	0.13		0.19		0.13	0.14		0.2
	Ha mantenido relaciones contra su voluntad (P2204)	0.18	0.14		0.19	0.14	0.16	0.22	0.18	0.17

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 3. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Hombres.

Variables	Hombres											
	16 a 30 (1992-1978)		31 a 40 (1977-1968)		41 a 50 (1967-1958)		51 a 60 (1957-1948)		61 a 70 (1947-1938)		70 o más (1937-)	
	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D
Sociodemográfica												
	Nivel de estudios (P59)	0.16		0.18				0.1		0.14	0.14	
	Escala ideológica (P51)											
	Grado de religiosidad (P50a)	0.11		0.12								0.22
	Situación laboral (P63 y P61)	0.11					0.13		0.21		0.13	0.2
	Tiene pareja estable (P52)			0.1		0.12	0.24					
	Composición del hogar (P54)				0.23	0.14	0.23		0.15			

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 3. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Hombres. (Continuación).

Estado de salud	Estado de salud subjetivo (P44)		0.21	0.1	0.15	0.09	0.23	0.1	0.35	0.1	0.46	0.38		
	Estado de salud sexual (P45)	0.14	0.36	0.22	0.21	0.18	0.34	0.19	0.49	0.19	0.49	0.14	0.47	
	No padece enfermedades (P4610)	0.13		0.16			0.19	0.14		0.15		0.11		
	Trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad (P4601)	0.15	0.24	0.17	0.24	0.19	0.12	0.18	0.12	0.18		0.11		
	Enfermedades cardiovasculares (P4602)				0.13							0.1		
	Enfermedades del metabolismo de las grasas (P4605)				0.2			0.15	0.11	0.15				
	Enfermedades reumatológicas (P4606)													
	Discapacidad (P46a)	0.11	0.62	0.16	0.52	0.11	0.54	0.13	0.63	0.13	0.68	0.12	0.62	
	Discapacidad sexual (P46b)	0.1	-	0.16	-	0.14	-	0.16	-	0.16	-	0.2	-	
	Toma medicamentos (P47)			0.12	0.18			0.14	0.14	0.14				
	Medicamentos para el dolor (P47a01)				0.13		0.17		0.18		0.2		0.16	
	Tranquilizantes (P47a05)			0.12	0.13	0.16	0.18	0.1	0.13	0.1	0.16		0.11	
	Medicamentos para el reuma (P47a06)		0.16						0.12		0.19		0.2	
	Medicamentos para el corazón (P47a07)								0.2		0.13	0.1		
	Antidepresivos (P47a10)						0.16	0.13	0.2	0.13	0.12	0.17		
	Alguna vez se ha sentido preocupado/a por su salud sexual (P43a)	-	-	0.2	-	0.14	-	0.16	-	0.16	-	0.29	-	0.16
	Cuando ha sentido preocupación (P43a)						0.37		0.3		0.33			
	Motivo principal por el que le ha preocupado su salud sexual (P43b01)						0.44				0.12			
	Motivo secundario por el que le ha preocupado su salud sexual (P43b02)						0.5							

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 3. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Hombres. (Continuación).

Representaciones	Me siento bien conmigo misma (P2306)	0.1	0.26	0.1	0.23	0.18	0.15	0.15	0.28	0.15	0.15
	Anteponer el cuidado de los otros al propio (P4804)				0.19						0.18
	Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede (P4805)				0.28						
	Se ha sentido discriminado por padecer alguna discapacidad (P905)		0.16		0.14	0.22					
	Utilidad de la información (P4)							0.24			
	Opinión cambio de orientación a lo largo de la vida (P604)					0.19		0.16		0.24	
	Importancia otorgada a la sexualidad (P8)					0.19		0.17		0.21	0.14
	Conocimiento sobre el propio cuerpo (P24)		0.23		0.13						0.18
	Valoración global de la experiencia sexual (P20)					0.2					
	El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo (P2302)	0.11		0.1		0.1					
	Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad (P2303)			0.12				0.12			
	Reprime sus deseos y placeres (P2804)	0.1		0.1				0.13		0.11	0.13
	Piensa en fantasías para aumentar su excitación (P2805)	0.1		0.12		0.13					0.12
	Piensa “que se acabe cuanto antes” (P2808)	0.1		0.11				0.1		0.1	0.12

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 3. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Hombres. (Continuación).

Comportamiento	Ha mantenido relaciones en el último año	0.39			0.15	0.12	0.25	0.11	0.38	0.11	0.21	0.37
	Frecuencia con la que mantiene relaciones (P29)	0.1		0.12		0.1						
	Frecuencia con la que le gustaría mantener relaciones (P30)			0.13		0.11		0.13			0.21	0.2
	Número de parejas en el último año (P32)	0.12							0.26		0.16	0.32
	Prácticas realizadas: Besos y caricias (P2701)					0.1	0.12		0.24		0.17	0.26
	Prácticas realizadas: Sexo oral (P2704/05)					0.1			0.23		0.13	0.1
	Prácticas realizadas: Sexo vaginal (P2708/09)				0.12		0.19	0.1		0.18	0.1	0.18
	Satisfacción con su pareja estable	0.1	0.22	0.13								
	Satisfacción que le produce el contenido erótico o pornográfico (P1901)			0.14		0.13					0.19	
	Satisfacción que le produce acariciar el cuerpo (P1906/07)		0.25		0.2				0.11		0.14	0.12
	Satisfacción que le produce besarse apasionadamente (P1908)											
	Sentimiento tras la práctica: Satisfacción vs. Insatisfacción (P3101)											
	Sentimiento tras la práctica: Culpa vs. Bienestar (P3103)		0.17	0.1								
	Sentimiento tras la práctica: Tranquilidad vs. Miedo (P3104)	0.11	0.31	0.12	0.19							0.16
	Sentimiento tras la práctica: Alegría vs. Tristeza (P3105)				0.11							
	Sentimiento tras la práctica: Confianza vs. Desconfianza (P3106)	0.14	0.25	0.1								

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Tabla 3. Resultados análisis de correlación entre la disfunción y los problemas sexuales y las 6 dimensiones. Hombres. (Continuación).

Trayectoria sexual	Sentimiento tras la práctica: Satisfacción vs. Insatisfacción (P1701)	0.01	0.13	0.15		
	Sentimiento tras la práctica: Culpa vs. Bienestar (P1703)	0.22				0.13
	Sentimiento tras la práctica: Tranquilidad vs. Miedo (P1704)		0.11			
	Sentimiento tras la práctica: Alegría vs. Tristeza (P1705)	0.29				0.16
	Sentimiento tras la práctica: Confianza vs. Desconfianza (P1706)					0.16
	Ha sufrido abusos sexuales y/o violaciones (P2203)	0.19	0.14		0.12	0.12
	Ha mantenido relaciones contra su voluntad (P2204)		0.15		0.16	

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSS.

Nota: * El análisis de correlación se realiza a las 6 dimensiones indicadas en la metodología, no obstante, en la tabla solo se exponen los resultados de las asociaciones significativas y en las que los estadísticos resuelven puntuaciones mayores de 0,2 puntos en alguno de los grupos observados.

** Se señalan en negrita las puntuaciones con correlación mayor a 0,3 puntos.

Sería esperable que las variables incluidas en la dimensión “estado de salud”, presentaran gran asociación y probabilidad en la expresión de los obstáculos sexuales, puesto corroboraría el origen fisiológico de estos. Sin embargo, una percepción negativa del estado de salud solo incide en el malestar en las mujeres adultas –para quienes la probabilidad de inquietud sexual se incrementa el 29,4% y el 32,8% en 41-50 años y 61-70 años, respectivamente– y en las generaciones longevas de hombres –el 32,8% en 61-70 años y el 36,2% en 70 y más años. En los hombres de mayor edad (61 y más años), la toma continuada de fármacos asciende también la aparición del malestar (34,3%). Dolencias concretas como las reumatológicas, incrementan la probabilidad de padecer malestares en las mujeres de 61-70 años (68,9%). Y asimismo, el consumo de medicamentos específicos como los antidepresivos en los hombres de 51-60 años (95,2%), los tranquilizantes en los de 41-50 años (81,9%) y para el corazón en las mujeres de más de 71 años (88,4%), también elevan la probabilidad de las inquietudes sexuales. En este sentido, cabe destacar las enfermedades asociadas al ritmo de vida (estrés, insomnio, trastornos alimenticios) que afectan de manera relevante en la manifestación de obstáculos sexuales en los varones de diferentes edades: de 16-30 años (72,6%) y de 31-40 años (74,5%) y de 51-60 años (70,1%).

El tercer aspecto observado, el estado de salud emocional, presenta resultados destacables en el análisis de correlaciones. Así, tanto las disfunciones como los problemas sexuales disminuyen tal y como los individuos se aceptan así mismos/as física y en su personalidad, y cuando se sienten acompañados/as. Sentirse bien consigo mismo/a disminuye la posibilidad de aparición de malestar sexuales en las mujeres longevas (19,1%) y en los hombres adultos (de 51-60 años, 28,6%).

La expresión del malestar sexual está directamente vinculada al propio significado de sexualidad, la cuarta dimensión analizada. El análisis de regresión resuelve la implicación en las contrariedades sexuales de varios elementos relacionados con la expresión del deseo y el placer, que se manifiestan según edad y sexo-género. La afirmación “Piensa en fantasías para aumentar su excitación” implica a las generaciones jóvenes, especialmente a las mujeres: rechazar esta enunciación disminuye la aparición del malestar en las mujeres de 16-30 años (38,5%), de 31-40 años (69,6%) y de 41-50 años (77,8%), así como en hombres de 31-40 años (67,1%). En el mismo sentido es destacable también oponerse a la formulación “Piensa «que se acabe cuanto antes»”, que desciende (33,2%) la expresión de obstáculos sexuales. Por su parte, y en los varones, desestimar la afirmación “Reprime e inhibe sus placeres sexuales”, reduce la expresión de obstáculos sexuales de manera destacable en los varones de 31-40 años (90,7%), de 51-60 años (35,9%) y de 60-71 años (38,2%).

Ligada también a las representaciones sociales de la sexualidad, aparece la influencia de la religión y el modelo cointocentrista como elementos para la expresión del malestar sexual. Por un lado, la aceptación del enunciado “El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo” refuerza la aparición de problemas sexuales en los hombres jóvenes (de 31-40 años, 60,8%) y adultos (41-50 años, 59,5%) y en las mujeres adultas (51-60 años, 52,9%). Por el otro, la conformidad con la frase “Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad” incrementa la manifestación de preocupación sexual en las mujeres de mayor edad: de 51-60 años (54,6%), de 61-70 años (28%) y en más de 71 años (30,7%). En esta dimensión se incluye también el conocimiento sobre aspectos que envuelven la sexualidad, resolviendo los datos obtenidos que, en los hombres mayores, el no haber recibido información incrementa la probabilidad de experimentar problemas sexuales (de 51-60 años el 32,9% y de 61-70 años el 32,8%). Del mismo modo, el desconocimiento del propio cuerpo para dar y proporcionar placer también acentúa

el malestar sexual: en las mujeres, a edades longevas (más de 71 años, 26,5%), mientras que en los hombres en edades jóvenes, de 16 a 30 años (39,3%) y de 31-40 años (65,5%), lo que podría explicarse por la carencia de familiaridad con en el propio cuerpo o el de la/s pareja/s, por su transformación física según el momento del ciclo vital (Levinson, 2012).

Las prácticas sexuales, la quinta de las dimensiones analizadas, interceden asimismo en la expresión de las dificultades sexuales, manifestadas de forma divergente según el grupo observado. Para las mujeres jóvenes, la no realización de sexo oral incrementa la probabilidad de presentar problemas sexuales (en 16-30 años del 63,7% y en 31-40 años en 66,1%). Y en los hombres jóvenes (16-30 años) la probabilidad de aparición de contrariedades sexuales se incrementa al sentir insatisfacción cuando sus parejas les acarician el cuerpo con la boca, las manos, la lengua. En las edades adultas, la insatisfacción al visualizar contenido erótico o pornográfico (en libros, películas, etc) incrementa el malestar sexual, tanto en mujeres (de 31-40 años, 62%) como en hombres (de 41-50 años, 60,8%). Además, en los hombres longevos (71 y más años) haber tenido prácticas con una sola pareja sexual eleva la expresión de las inquietudes sexuales (un 72,9%). Respecto a la frecuencia, en los hombres de 41-50 años, tener prácticas una vez cada dos o tres semanas fomenta los obstáculos sexuales sobre quienes tienen sexo una o dos veces por semana (63,9%). Y en las mujeres jóvenes el deseo de una mayor frecuencia en las prácticas incide en la disminución del malestar (61,9%).

La última de las dimensiones observadas, la trayectoria sexual, de los elementos referidos a la primera relación sexual, el análisis de correlación destaca en las mujeres de todas las edades que sensaciones como culpa, tristeza y desconfianza se vinculan al padecimiento de discapacidad. La regresión resuelve que la experiencia de violencia sexual, en concreto haber sufrido abusos, acrecienta la probabilidad de expresar malestar sexual, especialmente en las edades adultas y en las mujeres: un 70,5% en mujeres de 41-50 años y un 72,5% de 51-60 años, así como un 83,5% en los hombres de 41-50 años.

El análisis realizado constata que el malestar sexual debe ser entendido desde su faceta multidimensional. El estado de salud puede incrementar la probabilidad de aparición de inquietudes sexuales, especialmente determinadas dolencias y el consumo de fármacos concretos influyen en la sensación de discapacidad sexual, con fuerza intensidad en las edades avanzadas. No obstante, la definición de la sexualidad se erige como la dimensión más influyente –en número de elementos destacados e intensidad en su probabilidad– para la expresión de obstáculos sexuales, en ambos sexo-géneros y todas las edades. Además, la discapacidad sexual no debería entenderse como obstáculo para la expresión sexual sino, todo lo contrario, como oportunidad para socavar el modelo cultural sexual genital-reproductor.

Los problemas sexuales en los varones se establecen en el campo de lo físico con aquellos aspectos que expresan dificultades para desarrollar actividades coitales, pero también en una demanda para ampliar el “guión sexual” (Gagnon y Simon, 1973) que obliga el modelo sexual reproductor. Burgess (2004) señala que, en un contexto cultural que equipara el rendimiento sexual de los hombres con el rendimiento del pene, un hombre con una respuesta diferente a cuando era más joven puede creer que tiene una respuesta sexual inadecuada, lo que explicaría la importancia otorgada por los varones al sexo con penetración y a la frecuencia de esta práctica. Y ello constata, una vez más, que el origen del malestar no se establece en relación a lo físico o fisiológico sino a lo relacional y cultural.

Tabla 4. Resultados análisis de la regresión logística binaria: Elementos que incrementan el malestar sexual.

Variables	MUJERES		HOMBRES			
		sig.	Odds ratio	Variables	sig.	Odds ratio
16 a 30 años	Nivel de estudios: universitarios (P59 y P59a)		ref	Nivel de estudios: universitarios (P59 y P59a)		ref
	Nivel de estudios: primaria	***p < 0,000	0,470	Nivel de estudios: primaria	***p < 0,000	0,237
	Nivel de estudios: secundaria	***p < 0,000	0,477	Nivel de estudios: secundaria	***p < 0,000	0,533
	Nivel de estudios: FP	***p < 0,000	0,364	Padecimiento de trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad: (P47a01): No		ref
	Afirmación "Piensa en para aumentar su excitación" (P2805): De acuerdo		ref	Padecimiento de trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad: (P47a01): Sí	***p < 0,000	0,378
	Afirmación "Piensa en fantasías para aumentar su excitación": Desacuerdo	***p < 0,000	1,599	Conoce su cuerpo para dar y recibir placer (P24): muy y bastante bien		ref
	Frecuencia con la que le gustaría mantener relaciones sexuales (P30): Mayor frecuencia		ref	Conoce su cuerpo para dar y recibir placer: nada y poco	***p < 0,000	1,545
	Frecuencia con la que le gustaría mantener relaciones sexuales: Menor frecuencia	***p < 0,000	0,621	Que su pareja le acaricie el cuerpo con boca, manos, lengua, etc (P1907): Satisfacción		ref
	Le realizaron sexo oral (P2704): Sí		ref	Que su pareja le acaricie el cuerpo con boca, manos, lengua, etc: Insatisfacción	***p < 0,000	0,164
	Le realizaron sexo oral: No	***p < 0,000	0,571			
	N		953 (76,6%)	N		1029 (81,6%)
	Chi-cuadrado		170,08	Chi-cuadrado		99,97
	2log de verosimilitud		913,192a	2log de verosimilitud		1039,963a
	porcentaje global		75,30%	porcentaje global		75,80%

Tabla 4. Resultados análisis de la regresión logística binaria: Elementos que incrementan el malestar sexual (Continuación).

31 a 40 años	Nivel de estudios: universitarios (P59 y P59a)	ref	Padecimiento de trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad: (P47a01): No	ref		
	Nivel de estudios: secundaria	***p < 0,000	0,552	Padecimiento de trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad: (P47a01): Sí	***p < 0,000	0,343
	Nivel de estudios: FP	***p < 0,000	0,489	Conoce su cuerpo para dar y recibir placer (p24): muy y bastante bien		ref
	Afirmación "Piensa en fantasías para aumentar su excitación" (P2805): De acuerdo		ref	Conoce su cuerpo para dar y recibir placer: nada y poco	***p < 0,000	0,524
	Afirmación "Piensa en fantasías para aumentar su excitación" (P2805): Desacuerdo	***p < 0,000	0,439	Afirmación "El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo" (P2302): Desacuerdo		ref
	Ver espectáculos, películas, leer revistas, libros de Contenido erótico y pornográfico (P1901): Satisfacción		ref	Afirmación "El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo": De acuerdo	***p < 0,000	0,656
	Ver espectáculos, películas, leer revistas, libros de Contenido erótico y pornográfico Insatisfacción	***p < 0,000	0,614	Afirmación "Reprime e inhibe sus placeres sexuales" (P2804): Desacuerdo		ref
	Le realizaron sexo oral (P2704): Sí		ref	Afirmación " Reprime e inhibe sus placeres sexuales": De acuerdo	***p < 0,000	0,102
	No le realizaron sexo oral: No	***p < 0,000	0,512	Afirmación "Piensa en fantasías para aumentar su excitación" (P2805): De acuerdo		ref
	Afirmación "Reprime e inhibe sus placeres sexuales" (P2804): Desacuerdo		ref			
	Afirmación " Reprime e inhibe sus placeres sexuales": De acuerdo	***p < 0,000	2,321	Afirmación "Piensa en fantasías para aumentar su excitación": Desacuerdo	***p < 0,000	0,489
	N		608 (65,7%)	N		738 (80,9%)
	Chi-cuadrado		182,91	Chi-cuadrado		176,03
	2log de verosimilitud		708,585a	2log de verosimilitud		875,482a
	porcentaje global		73,30%	porcentaje global		76,40%

Tabla 4. Resultados análisis de la regresión logística binaria: Elementos que incrementan el malestar sexual (Continuación).

41 a 50 años	Tiene pareja estable (P52): Sí		ref	Toma de tranquilizantes (P47a05): No		ref
	Tiene pareja estable: No	***p < 0,000	0,210	Toma de medicamentos: tranquilizantes: Sí	***p < 0,000	0,221
	Afirmación "Piensa en fantasías para aumentar su excitación" (P2805): De acuerdo		ref	Afirmación "El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo" (P2302): Desacuerdo		ref
	Afirmación "Piensa en fantasías para aumentar su excitación": Desacuerdo	***p < 0,000	0,297	Afirmación "El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo": De acuerdo	***p < 0,000	0,682
	Afirmación "Piensa 'que se acabe cuanto antes'"(P2808): En desacuerdo		Ref.	Frecuencia con la que mantiene relaciones (P29): 1 o más veces por semana		ref
	Afirmación "Piensa 'que se acabe cuanto antes'": De acuerdo	***p < 0,000	2,014	Frecuencia con la que mantiene relaciones: 1 vez cada 2 o 3 semanas	***p < 0,000	0,564
	Estado de salud (P44): Bueno		ref	Ver espectáculos, películas, leer revistas, libros de Contenido erótico y pornográfico (P1901): Satisfacción		ref
	Estado de salud: Regular	***p < 0,000	1,920	Ver espectáculos, películas, leer revistas, libros de Contenido erótico y pornográfico: Insatisfacción	***p < 0,000	0,644
	No ha sufrido abusos sexuales (P2203): No		ref	Ha sufrido abusos sexuales (P2203):: No		ref
	Ha sufrido abusos sexuales: Sí	***p < 0,000	0,419	Ha sufrido abusos sexuales. Sí	***p < 0,000	0,197
	N		601 (70,4%)	N		647 (75,8%)
	Chi-cuadrado		182,88	Chi-cuadrado		111,90
	2log de verosimilitud		630,081a	2log de verosimilitud		696,020a
	porcentaje global		75,00%	porcentaje global		74,90%

Tabla 4. Resultados análisis de la regresión logística binaria: Elementos que incrementan el malestar sexual (Continuación).

51 a 60 años	Nivel de estudios: universitarios (P59 y P59a)		ref	Utilidad de la información recibida (P4): Muy útil		ref
	Nivel de estudios: sin estudios	***p < 0,000	0,195	Utilidad de la información: No ha recibido	***p < 0,000	2,037
	Nivel de estudios: primaria	***p < 0,000	0,305	Toma de antidepresivos (P47a10): No		ref
	Nivel de estudios: secundaria	***p < 0,000	0,506	Toma de antidepresivos: Sí	***p < 0,000	0,050
	Nivel de estudios: FP	***p < 0,000	0,403	Afirmación "Me siento bien conmigo misma" (P2306): De acuerdo		ref
	Afirmación "El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo" (P2302): Desacuerdo		ref	Afirmación "Me siento bien conmigo misma": Desacuerdo	***p < 0,000	2,498
	Afirmación "El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo": De acuerdo	***p < 0,000	0,889	Padecimiento de trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad: (P47a01): No		ref
	Afirmación "Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad" (P2303): Desacuerdo		ref	Padecimiento de trastornos del sueño, alimentarios, depresión, ansiedad: (P47a01): Sí	***p < 0,000	0,426
	Afirmación "Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad": de acuerdo	***p < 0,000	0,830	Afirmación "Reprime e inhibe sus placeres sexuales" (P2804): Desacuerdo		ref
	Ha sufrido abusos sexuales (P2203): No		ref	Afirmación Reprime e inhibe sus placeres sexuales": De acuerdo	***p < 0,000	1,787
	Ha sufrido abusos sexuales: Sí	***p < 0,000	0,379			
	N			N		535 (72,2%)
	Chi-cuadrado			Chi-cuadrado		85,66
	2log de verosimilitud			2log de verosimilitud		448,185a
	porcentaje global			porcentaje global		76,50%

Tabla 4. Resultados análisis de la regresión logística binaria: Elementos que incrementan el malestar sexual (Continuación).

61 a 70 años	Estado de salud subjetivo (P44): Bueno	ref	Estado de salud subjetivo (P44): Bueno	ref		
	Estado de salud subjetivo: Malo	***p < 0,000	0,195	Estado de salud subjetivo: Malo	***p < 0,000	2,051
	Padecimiento de enfermedades reumatológicas (P4606): No	ref		Afirmación "Reprime e inhibe sus placeres sexuales" (P2804): Desacuerdo	ref	
	Padecimiento de enfermedades reumatológicas: Sí	***p < 0,000	0,450	Afirmación "Reprime e inhibe sus placeres sexuales": De acuerdo	***p < 0,000	1,620
	Afirmación " Sólo puedo tener relaciones si estoy enamorada" (P2803): Desacuerdo	ref		Utilidad de la información recibid (P24): Muy útil	ref	
	Afirmación " Sólo puedo tener relaciones si estoy enamorada": Desacuerdo	***p < 0,000	0,337	Utilidad de la información: No ha recibido información	***p < 0,000	2,053
	Afirmación "Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad" (P2303): Desacuerdo	ref		Frecuencia con la que le gustaría mantener relaciones (P30): Mayor frecuencia	ref	
	Afirmación "Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad" (P2303): De acuerdo	***p < 0,000	0,257	Frecuencia con la que le gustaría mantener relaciones: Menor frecuencia	***p < 0,000	0,445
				Toma de medicamentos de forma continuada (P47): No	ref	
				Toma de medicamentos de forma continuada: Sí	***p < 0,000	1,913
		N	376 (60,1%)	N	387 (69,5%)	
		Chi-cuadrado	150,11	Chi-cuadrado	71,22	
		2log de verosimilitud	369,244a	2log de verosimilitud	370,926a	
		porcentaje global	77,80%	porcentaje global	73,90%	

Tabla 4. Resultados análisis de la regresión logística binaria: Elementos que incrementan el malestar sexual (Continuación).

71 y más años	Toma de medicamentos para el corazón (P47a07): No	ref	Número de parejas en el último año (P32): 3 o más	ref		
	Toma de medicamentos para el corazón: Sí	***p < 0,000	0,131	Número de parejas en el último año: Ninguna	***p < 0,000	0,376
	Afirmación "Me siento bien conmigo misma" (P2306): De acuerdo	ref		Estado de salud subjetivo (P44): Bueno	ref	
	Afirmación "Me siento bien conmigo misma": Desacuerdo	***p < 0,000	4,236	Estado de salud subjetivo: Regular	***p < 0,000	16,013
	Conoce su cuerpo para dar y recibir placer (P24): muy y bastante bien	ref		Estado de salud subjetivo: Malo	***p < 0,000	1,766
	Conoce su cuerpo para dar y recibir placer: nada y poco	***p < 0,000	2,788	Padece enfermedades (P4610): No	ref	
	Afirmación "Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad" (P2303): Desacuerdo	ref		Padece enfermedades: Sí	***p < 0,000	12,516
	Afirmación "Mis creencias religiosas influyen en mi sexualidad": De acuerdo	***p < 0,000	2,254			
	N		368 (68,3%)	N		320 (62,7%)
	Chi-cuadrado		127,61	Chi-cuadrado		138,40
	2log de verosimilitud		153,052a	2log de verosimilitud		292,581a
	porcentaje global		78,20%	porcentaje global		69,20%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSS

Y en las mujeres los elementos que explican los malestares se vinculan a la dificultad para expresar el deseo erótico: en las jóvenes a través de la demanda explícita de mostrar excitación (fantasías), y en las adultas y mayores con la ruptura de la sexualidad promulgada desde la religión cristiana. En ambos casos se traduce en una libre manifestación de la sexualidad sin constreñimientos, como sujetas de deseo y despojándose de sensaciones como la culpa, la desconfianza o el miedo. Y ello confirma, una vez más, que el origen del malestar no se establece en relación a lo físico o fisiológico sino a lo relacional y cultural. Los problemas sexuales femeninos, arguye [Tiefer \(2002\)](#), se originan en la dominación masculina y el modelo sexual reproductor que niega el deseo femenino.

CONCLUSIONES

La literatura muestra una gran proporción de investigaciones biomédicas en las que se concluye la elevada prevalencia de disfunciones sexuales en las personas mayores. La medicalización de la vejez, y por extensión de la sexualidad, adquiere el rol creador de representaciones en las que se vincula el incremento de problemas sexuales al aumento de la edad, debido a las transformaciones fisiológicas que acontecen en este periodo del ciclo vital. No obstante, al igual que otros procesos psicofisiológicos como la salud-enfermedad, la sexualidad se caracteriza por una alta variabilidad en tiempo e intensidad de cambios a lo largo del curso de vida. Los malestares sexuales, en forma de disfunción o problema sexual, no son propios de las edades longevas sino y, como indican los resultados obtenidos, pueden darse en cualquier etapa del ciclo vital. Además, los estudios desde la sociología de las sexualidades advierten del carácter estructural, cultural y relacional de la sexualidad.

El modelo sexual promovido por las instituciones biomédicas responde a una finalidad reproductora en la que la práctica coital es la norma. La medicina, como institución de control sexual, entiende que “toda buena «práctica sexual completa» que se precie, debe pasar indiscutiblemente por una «penetración peneana-vaginal»” ([Arnau Ripollés, 2017:21](#)). En este sentido el discurso biomédico es “reproductivo” porque solo concibe aquellas prácticas sexuales cuya finalidad es la procreación; es “heterosexual” dado que tradicionalmente ha sentenciado las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y; es “moral”, a pesar de que emplea razones hipotéticamente científicas para desaprobado las diferencias sexuales ([Guasch, 1993](#)). No solo la gran mayoría de prácticas sexuales no tienen como objetivo la procreación –especialmente en las personas mayores–, sino que además la sexualidad es mucho más que reproducción. La sexualidad debe entenderse como un conjunto de procesos y vivencias guiadas por pautas sociales y culturales ([Guash y Osborne, 2003](#)), que pretende la expresión del placer y el deseo sexual. Así, el término disfunción sexual implica un concepto medicalizado de la sexualidad que además se restringe a la práctica coital. Como señala la corriente encabezada por Leonore Tiefer es necesario despatologizar las sexualidades.

En este sentido, se reclama un incremento de estudios desde la perspectiva social, en los que la experiencia y malestar sexual se conciban desde una óptica socio-cultural y relacional, que permita entender las transformaciones en las formas del deseo y el placer, en la relación entre géneros y en las múltiples prácticas sexuales. De este modo se produciría la ruptura con el modelo biomédico de la sexualidad y de los estereotipos que recaen no solo sobre la población de edades avanzadas, sino para entender la diversidad sexual en su plenitud. En este sentido es necesario, por un lado desarrollar investigaciones desde la metodología cualitativa que ayuden a profundizar en las formas específicas de vivir y sentir las sexualidades de las personas mayores. Y por el otro, se

demanda el desarrollo de nuevas encuestas, más actuales, en los que se introduzcan también los aspectos emergentes de las nuevas realidades sexuales y que permitan estudios longitudinales para observar los cambios en las distintas generaciones.

A través de este estudio, además, se subraya la necesidad de redefinir y adaptar el término “salud sexual” tanto en sus contenidos como en las actuaciones en materia de salud pública. El desarrollo de una perspectiva biopsicosocial proporcionaría un conocimiento más amplio sobre los problemas sexuales de las personas mayores. Conocimiento fundamental para la implementación de políticas sociosanitarias que ayuden a mantener y mejorar su bienestar. Además, conduciría a reflexionar acerca del significado que engloban las prácticas culturales en relación a las sexualidades y a la edad en las consultas médicas, pretendiendo difuminar los obstáculos en la comunicación entre el personal sanitario y las personas usuarias, así como para el desarrollo de programas e intervenciones adaptadas para la promoción de la salud sexual de este grupo etario.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edition)*. Arlington.
- Arnau Ripollés, S. (2017). El modelo de la asistencia sexual como derecho humano al autoerotismo y el acceso al propio cuerpo: un nuevo desafío para la plena implementación de la filosofía de vida independiente. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 11(1), 19-37.
- Ayuso, L. y García, L. (2014). *Los españoles y la sexualidad en el siglo XXI*. CIS.
- Bancroft, J., Loftus, J. y Long, S. (2003). Distress About sex: A national Survey of Women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior*, 32(3), 193-208.
- Burgess, E. (2004). Sexuality in midlife and later life couples. En J. Harvey, y A. Wenzel (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 437-454). Psychology Press.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2009). *Encuesta Nacional de Salud Sexual*. http://www.cis.es/cis/open/cm/CA/1_encuestas/estudios/ver.jsp?&estudio=9702
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2009). *Encuesta Nacional de Salud Sexual. Informe metodológico*. [en línea] http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2780_2799/2780/IM2780.pdf
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 125-141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>
- DeRogatis, L. y Burnett, A. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 289-300. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x>
- Engel, G. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38(6), 521-528. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71396-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71396-3)
- Faus-Bertomeu, A. y Gómez-Redondo, R. (2017). Determinantes socioculturales del deseo sexual femenino. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (160), 61-78. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.160.61>
- Faus-Bertomeu, A. (2021). Salud, sexo y comportamiento sexual: la esperanza de vida sexual activa. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.012>

- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber* (Vol. 1). Siglo XXI (Edición 2009).
- Gagnon, J., y Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Transaction Publishers (Edición 2011).
- Giami, A. (2002). Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. *Annual review of sex research*, 13(1), 1-35. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559801>
- Gott, M., Hinchliff, S. y Galena, E. (2004). A qualitative study to explore GP attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Sciences & Medicine*, 58(11), 2093-2103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.025>
- Gott, M. y Hinchliff, S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*, 20(6), 690-695. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>
- Guasch, O. (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (64), 105-122.
- Guasch, O. y Osborne, R. (2003). *Sociología de la sexualidad*. CIS.
- Gurevich, M., Cormier, N., Leedham, U. & Brown-Bowers, A. (2018). Sexual dysfunction or sexual discipline? Sexuopharmaceutical use by men as prevention and proficiency. *Feminism & Psychology*, 28(3), 309-330. <https://doi.org/10.1177/0959353517750682>
- Havelka, M., Lučanin, J., y Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model- The integrated approach to health and disease. *Collegium Anthropologicum*, 33(1), 303-310.
- Hinchliff, S., Carvalheira, A., Štulhofer, A., Janssen, E., Hald, G., y Træen, B. (2020). 'Seeking help for sexual difficulties: findings from a study with older adults in four European countries'. *European journal of ageing*, 17, 185-195. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00536-8>
- Jovell, A. (1995). *Análisis de regresión logística*. CIS.
- Kaiser, F. (1991). 'Sexuality and impotence in the aging man'. *Clinics in geriatric medicine*, 7(1), 63-72. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30565-2](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30565-2)
- Kontula, O., y Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of sex research*, 46, 46-56. <https://doi.org/10.1080/00224490802624414>
- Laumann, E., Paik, A., y Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama* 281(6), 537-544 <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- Laumann, E., y Waite, L. (2008). Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative US probability sample of men and women 57-85 years of age'. *The journal of sexual medicine* 5(10), 2300-2311. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x>
- Levinson, S. (2012). Difficulties with sexual function: Contexts, determinants and meanings. En N. Bajos y M. Bozon, *Sexuality in France. Practices, gender and health*. The Bardwell Press (pp. 449-470)
- Lindau, S., y Gavriloiva, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ* 340:c810. <https://doi.org/10.1136/bmj.c810>

- Lindau S., Laumann E., Levinson, W., y Waite, L. (2003). Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 586.
- Leiblum, S. (2010). Reconsidering gender differences in sexual desire: An update. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(1), 57-68. <https://doi.org/10.1080/14681990220108027>
- López, F., y Olazábal, J. (2006). *Sexualidad en la vejez*. Pirámide.
- López-Rubio, M., Tárraga, P., Melero, A., y Moya, A. (2020). Salud sexual en mujeres con cáncer de mama tratadas con Tamoxifeno. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(12), 1528-1537. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3982>
- McCabe, M., Sharlip, I., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A., ... y Segraves, R. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015'. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- Mulligan, T., y Katz, G. (1989). 'Why aged men become impotent'. *Archives of internal medicine*, 149(6), 1365-1366. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- Portillo, S., Pérez, T., y Rayeuela, A. (2017). Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 320-327
- Plummer, K. (1991). 'La diversidad sexual. Una perspectiva sociológica'. En J. Nieto (Coord.) *La sexualidad en la sociedad contemporánea. Lecturas antropológicas* (pp. 151-193). Fundación Universidad-Empresa.
- Plummer, K. (2010). 'Generational sexualities, subterranean traditions, and the hauntings of the sexual world: Some preliminary remarks'. *Symbolic Interaction*, 33(2), 163-190. <https://doi.org/10.1525/si.2010.33.2.163>
- Rivera, R., y Santiago, Z. (2016). Sexualidad y Disfunción Sexual en Hombres Mayores de 60 años de Edad: Estudio de Casos. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 116-132.
- Robine, J. M., Jagger, C., y Romieu, I. (2002). *Selection of a coherent set of health indicators for the European Union. Phase II: final report*. Euro-REVES.
- Sánchez-Carrión, J. (1989). *Análisis de tablas de contingencia: el uso de los porcentajes en las ciencias sociales*. CIS.
- Schubert, C. (2010). Letter to the editor: Biopsychosocial research revisited. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 389-390. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.018>
- Štulhofer, A. (2015). Medicalization of sexuality. En M. Guha (Ed.), *The International Encyclopedia of Human Sexuality* (pp. 721-817). <https://doi.org/10.1002/9781118896877>
- Tiefer, L. (2012). Medicalizations and demedicalizations of sexuality therapies. *Journal of Sex Research*, 49(4), 311-318. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.678948>
- Tiefer, L. (2006). The Viagra phenomenon. *Sexualities*, 9(3), 273-294. <https://doi.org/10.1177/1363460706065049>
- Tiefer, L. (2002). Beyond the medical model of women's sexual problems: A campaign to resist the promotion of 'female sexual dysfunction'. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 127-135. <https://doi.org/10.1080/14681990220121248>

- Tolman, D., y Diamond, L. (2001). Desegregating Sexuality Research: Cultural and Biological Perspectives on Gender and Desire. *Annual Review of Sex Research*, 12(1), 33-74. <http://dx.doi.org/10.1080/10532528.2001.10559793>
- Thorpe, R., Fileborn, B., Hawkes, G., Pitts, M., y Minichiello, V. (2015). Old and desirable: older women's accounts of ageing bodies in intimate relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 156-166. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.959307>
- Waite, L, Laumann, E., Das, A., y Schumm, L. (2009). Sexuality: measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the national social life, health, and aging study. *Journal of Gerontology*, 64B(1), i56-i66, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp038>
- Weeks, J. (1990). Sexuality and history revisited. En L. Jamieson y H. Corr (Ed.) *State, private life and political change* (pp. 31-49). Palgrave Macmillan.
- WHO (2018). *Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach*. WHO Press
- WHO (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Technical report, series nº 572.