

GUÍA SOBRE SEXUALIDAD EN LA MADUREZ Y EN LA VEJEZ



**DIPUTACIÓN
DE VALLADOLID**



triángulo
castilla y león

**GUÍA
SOBRE SEXUALIDAD
EN LA MADUREZ Y EN
LA VEJEZ**



GUÍA SOBRE SEXUALIDAD EN LA MADUREZ Y LA VEJEZ

EDITA: Fundación Triángulo Castilla y León
Plaza del Ocho 2, 1º D - 47001 Valladolid
Teléfono: 983 395 494 / 633 065 723
castillayleon@fundaciontriangulo.es

CON LA COLABORACIÓN Y EN CONVENIO CON:
Diputación Provincial de Valladolid

ELABORA: Juan González Romera -Sexólogo-
www.xatsexologia.es

DÉPOSITO LEGAL: VA 630-2021

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:
Marisa Rodríguez Alzola

IMPRESIÓN:
Easyprinter. Impreso en Valladolid en 2021

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
1. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SEXO?	11
2. SEXUALIDAD EN LA MADUREZ Y EN LA VEJEZ	21
a) Cambios físicos, psíquicos-sociológicos y relacionales	21
b) Dificultades eróticas más habituales	25
3. RECOMENDACIONES PARA DISFRUTAR DE UNA VIDA ERÓTICA SATISFACTORIA	35
4. FICHAS DE TRABAJO Y AUTOEVALUACIÓN	39
5. BIBLIOGRAFÍA	45



La sexualidad en general, y en particular en la etapa de la madurez y la vejez, sigue siendo una “asignatura pendiente” para gran parte de la población.

Diversos estudios en la materia indican que muchas personas de cincuenta y más años suelen encontrar dudas o dificultades en esta faceta importante de su salud física y afectiva, llevadas, además, de forma silenciosa y en solitario, incluso dentro de la esfera íntima de la pareja.

Se arrastra una laguna formativa a nivel social muy importante y los técnicos encontramos que pocas veces las personas afectadas acuden a expertos para ayudarse a salir de sus preocupaciones y dificultades, y poder así mejorar su salud sexual.

Hace falta pues información rigurosa y un trabajo socioeducativo en nuestra provincia para facilitar la superación de miedos, prejuicios, culpas y problemas que puedan estar afectando el bienestar, la salud integral y la calidad de las relaciones afectivas en esta etapa de la vida.

Esta es la finalidad principal que desde el Programa de Envejecimiento Activo de la Diputación de Valladolid se pretende al divulgar esta guía orientativa elaborada por personal experto en sexología dentro del convenio de la Diputación con la Fundación Triángulo.

Nuestro deseo es que os sea útil y ayude a mejorar vuestra calidad de vida y de comunicación con vosotros mismos y/o en las relaciones de pareja. Por eso os invitamos a leerla y acudir a las sesiones formativas e informativas que se puedan emprender desde este programa de Diputación.

David Esteban Rodríguez
Diputado de Servicios Sociales e Igualdad de Oportunidades



INTRODUCCIÓN

Hace tiempo ya que la **salud** y el bienestar psicológico, físico y sexológico son algo más que “ausencia de enfermedad”. Según la **OMS**, desde 1948, la salud se define como “un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades”. Y dentro de ese bienestar no podemos obviar todo lo relacionado con la **esfera sexual**, tanto individual como compartida con la pareja, si se tuviera.



“Entre los sexos y en sus encuentros se generan más situaciones de potencial cultivable que trastornos que requieran curación”.

Havelock Ellis (1859-1939)





1 ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SEXO?

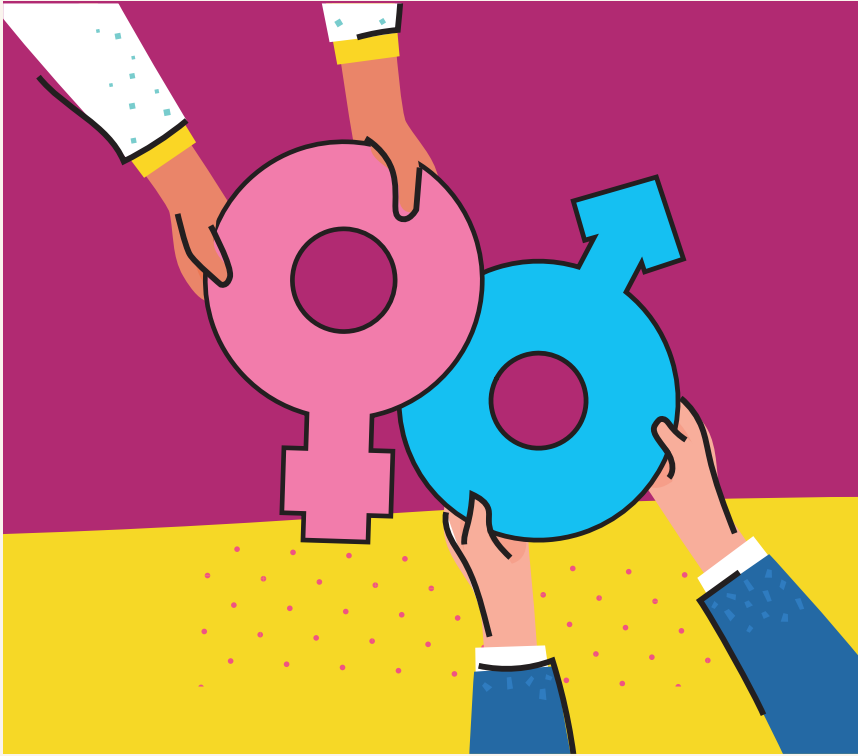
Debemos diferenciar entre tres enfoques distintos del concepto sexo, que enumeramos a continuación:

A) EXISTE UN SEXO QUE SE ES

Un sexo como condición y como autoconocimiento íntimo. Ante la pregunta “¿y tú de qué sexo eres?” todos contestamos de manera inequívoca (en una gran mayoría de los casos siendo la respuesta “masculino” o “femenino”). Esta acepción de sexo hace referencia directa al concepto de **“identidad sexual”**.

*“La identidad sexual es la construcción biográfica que determina nuestra existencia como ser sexuado (todos somos seres sexuados, ya que es imposible no tener sexo identitario). **La identidad sexual** no es sólo la etiqueta sexual que uno se da a sí mismo, sino el significado subjetivo y la conciencia biográfica con la que, cada quién, da sentido a esta etiqueta identitaria. Así pues, es la percha de la cual cuelga toda la sexualidad humana (masculinidad o feminidad)”.*

José Ramón Landarroitajauregi



B) EXISTE UN SEXO QUE SE HACE

Una conducta, una serie de prácticas que de lo que nos hablan es del encuentro con el otro o los otros. Cualquier persona puede sentirse atraída por personas de su mismo sexo, de sexo distinto o por personas tanto de su mismo sexo como de sexo distinto.

Estaríamos en este punto hablando del concepto de **“orientación sexual del deseo erótico”**.

En el lenguaje popular, cuando hablamos de orientación sexual (nos ahorraremos la coletilla final “del deseo erótico”) solemos utilizar los conceptos **“heterosexual”**, **“homosexual”** y **“bisexual”** como orientaciones más frecuentes.



C) EXISTE UN SEXO QUE SE TIENE

Nos referimos en este punto a los **caracteres sexuales** que a su vez se clasifican en primarios, secundarios y terciarios.

Los **caracteres sexuales primarios** son aquellos que distinguen por sus genes y en la manifestación externa y visible de dichos genes (fenotipo). En este caso sí que estaríamos hablando de caracteres dicotómicos (cara o cruz; blanco o negro).

Como ejemplo de diferencia genotípica hablaríamos del sexo cromosómico: un individuo **XY** se clasifica como varón, mientras que un individuo **XX** se clasifica como hembra. Como ejemplo de la manifestación externa de dicha genética tendríamos los genitales: un individuo con genotipo **XY** desarrolla y presenta **genitales masculinos (pene, escroto, testículos...)**, mientras que el genotipo **XX** desarrolla y presenta **genitales femeninos (vulva, vagina, útero...)**

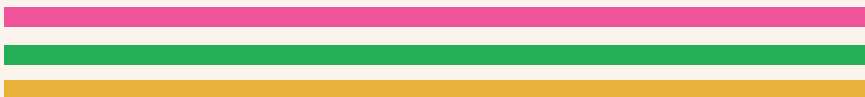
*Tenemos que detenernos en este punto para hacer una breve explicación del concepto de **TRANSEXUALIDAD**.*

No debemos entender la transexualidad como una “anomalía”, un “trastorno” o una “enfermedad”, sino como un hecho de diversidad sexual humana.

Las personas transexuales son aquellas en las que no existe una correlación entre su identidad sexual (el sexo que “se es”) y el sexo que les es asignado al nacer en virtud de los genitales que presentan (el sexo que “se tiene”).

Nuestro sistema de sexación es muy primitivo y basado únicamente en los genitales: asignamos sexo masculino a todas aquellas personas que nacen con pene y testículos mientras que asignamos sexo femenino a todas aquellas personas que nacen con vulva. Sin embargo, aunque en la mayoría de las ocasiones esa asignación es acertada (es decir, existe sintonía entre el sexo asignado y la identidad sexual manifestada), nunca aciertan en las personas transexuales.

Sólo podremos conocer la identidad sexual de una persona cuando, a través de la conquista del lenguaje, manifieste de forma inequívoca la misma: “soy un niño” o “soy una niña”. Porque la identidad sexual no se puede adivinar desde fuera, se manifiesta desde dentro como una verdad incontrovertible. Todos y cada uno de nosotros sabemos sin ningún género de dudas si somos hombres o mujeres.



El hecho de que la mayoría de los hombres tengan pene y la mayoría de las mujeres tengan vulva nos ha llevado a pensar que esto es siempre así. Y no sólo eso, sino que nos ha llevado al error de considerar que alguien “es niño porque tiene pene” o “es niña porque tiene vulva”. Sin embargo, como dice Joserra Landa “los genitales son una buena hipótesis pero un mal axioma”.

A día de hoy sabemos que esto es un error: existen mujeres con pene y hombres con vulva. Y lo que necesitan estas personas es un entorno que les escuche, les comprenda y les acepte tal y como son.



Los caracteres sexuales secundarios están relacionados con características físicas, anatómicas o de funcionalidades biológicas (altura, musculatura, densidad ósea, gravedad de la voz, cantidad de vello corporal...) mientras que los caracteres sexuales terciarios tienen que ver con las aptitudes y capacidades de los individuos (empatía, individualismo, competitividad, visión y orientación espacial, capacidad para la expresión artística, facilidad para hablar en público...)

Para hablar de ellos debemos hacer tres puntualizaciones:

- No estamos hablando de características, funcionalidades, aptitudes o capacidades que sean dicotómicas ni excluyentes. Es decir, si imaginásemos una línea que va del 0 al 10, cada individuo, al autoanalizar esa capacidad o característica, se situará en el nivel que más le identifique dentro de ese continuo (al que llamaremos **“continuo intersexual”**).
- El hecho de que algún carácter sexual secundario o terciario se asocie de manera mayoritaria a alguno de los dos sexos, no implica que todos los individuos de dicho sexo lo posean ni que los individuos del sexo opuesto carezcan de ese carácter.

Utilizaremos como ejemplo explicativo de caracteres sexuales secundarios la mayor o menor presencia de vello corporal: una mayor presencia de vello corporal viene originada a nivel biológico por una mayor cantidad de testosterona en el organismo. Siendo los hombres (XY) productores de mayores niveles de testosterona que las mujeres (XX), existe una correlación entre ser hombre y presentar una mayor cantidad de vello corporal.

¿Esto implica que no existan mujeres con una cantidad abundante de vello corporal? No. ¿Quiere esto decir que como tienen mucho vello corporal son menos mujeres? Tampoco. Quiere decir que dentro de la diversidad sexual existen hombres con mucho vello y hombres con muy poco vello y de la misma forma mujeres con mucho vello y mujeres con muy poco vello.

Eso sí, los condicionantes marcados por los estereotipos de género provocan que las mujeres con mucho vello se sometan a depilación para encajar con la imagen de feminidad que socialmente tenemos construida (como veremos a continuación).

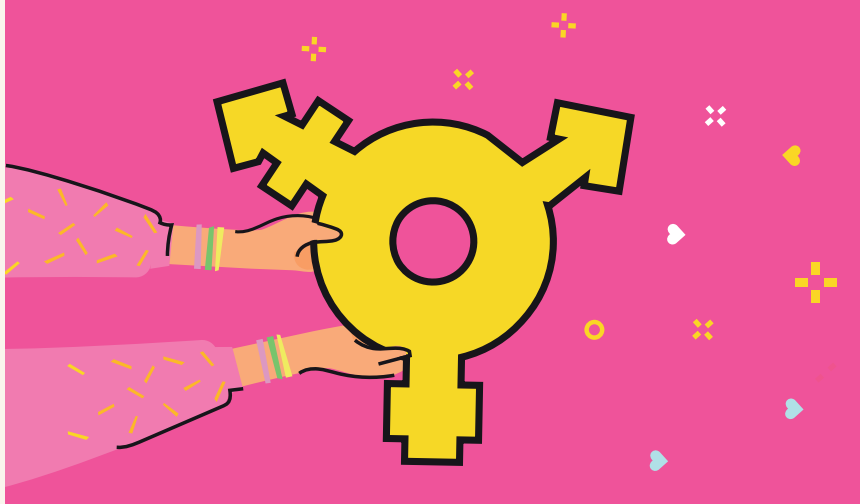


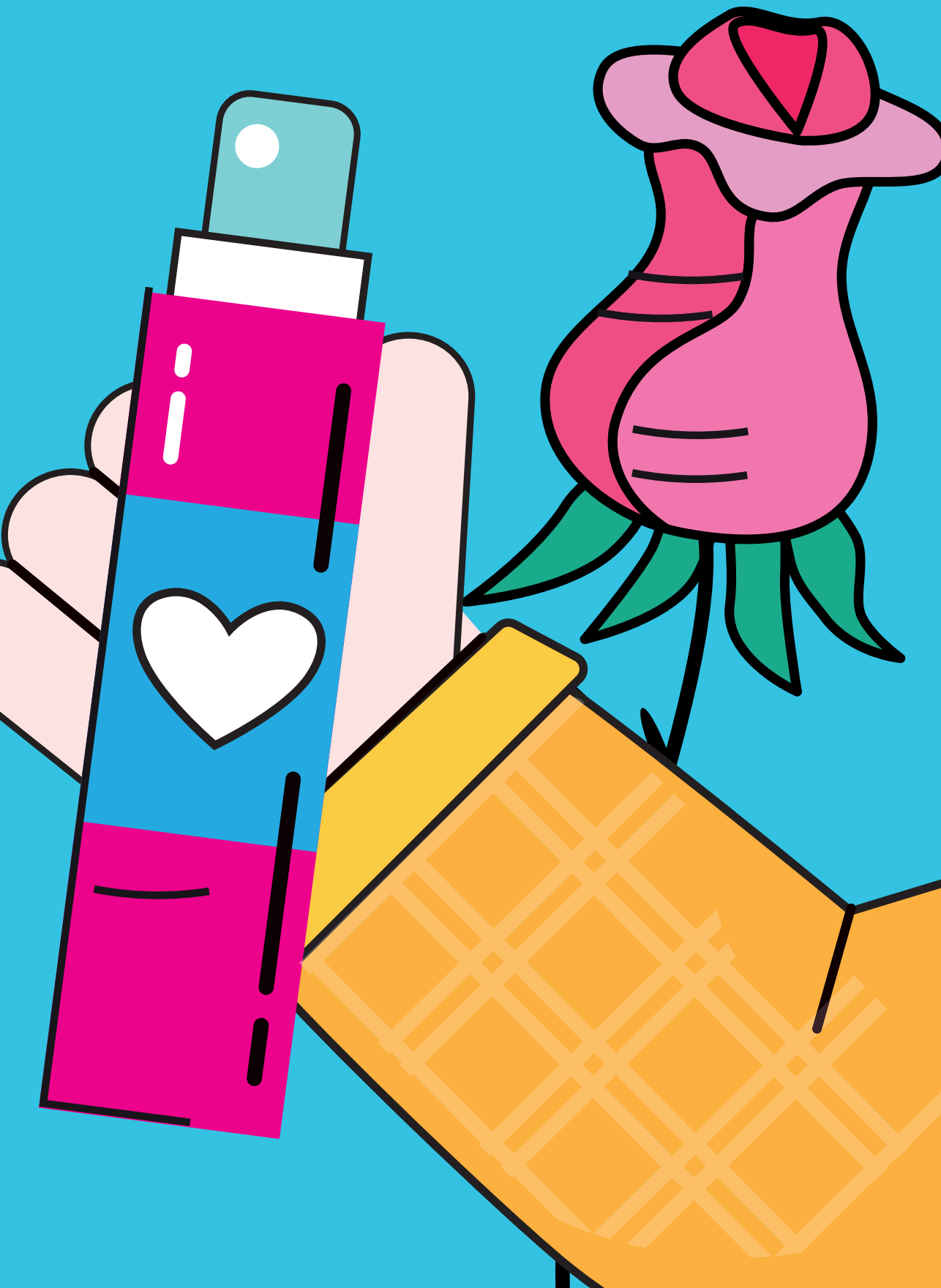
- El mayor o menor desarrollo y manifestación de esos caracteres está condicionado por las expectativas sociales, la educación y la promoción que les demos. Es en este punto donde entramos en conflicto con los estereotipos de género. Como ejemplo, si una niña presenta más vello corporal del que consideramos que es socialmente aceptable, comenzaremos por decolorarlo hasta a llegar a eliminarlo mediante la depilación.

Debemos tener muy clara la diferencia entre estos tres diferentes sexos que hemos mencionado ya que, aunque están relacionados, operan en planos diferentes, lo que provoca una inmensa riqueza y diversidad en la esfera de la sexualidad humana. Como hemos señalado anteriormente, el sexo que se tiene no define el sexo que se es ni el sexo que se hace. Se pueden tener genitales masculinos y ser una mujer. Y esa mujer con genitales masculinos podría ser heterosexual, homosexual o bisexual.

No existen límites a la diversidad dentro de la sexualidad humana.

Hay tantas formas de ser hombre como hombres hay en el mundo y tantas formas de ser mujer como mujeres hay en el mundo.





2 SEXUALIDAD EN LA MADUREZ Y EN LA VEJEZ

Vamos a centrarnos ahora en ciertas peculiaridades que pueden presentarse cuando la sexualidad y la vejez entran en contacto.

A) CAMBIOS FÍSICOS, PSÍQUICOS-SOCIOLÓGICOS Y RELACIONALES:

■ FÍSICOS:

Con el paso de los años nuestro cuerpo cambia. Como sociedad no estamos acostumbrados a ver cuerpos maduros. Vivimos en un modelo de sociedad con cuerpos deseables muy estereotipados: jóvenes, bronceados, musculados... por lo que tendemos a pensar que las personas maduras pierden su capacidad de ser deseados y deseantes. Por ello se evita mostrar de forma activa nuestro deseo por miedo a no ser correspondido o a que nuestro comportamiento no sea el oportuno. Esto es un error de base. El deseo permanece independientemente de la edad física (o como dice el refrán “Dios te quita la fuerza, pero no las ganas”).

“El cuerpo del mayor tiene su propio modelo de belleza. No es sensato tener una imagen estática del propio cuerpo ni una mirada estática hacia el otro cuerpo. Si la mirada hacia sí mismo y hacia el otro no cambian, el viaje nos llevará al circo de la cirugía estética, a la asimetría cronológica relacional, al rostro estirado/inexpresivo y a convivir con un doble miedo: envejecer y ser una persona poco atractiva. Aceptar los cambios físicos no significa necesariamente que tengan que gustarte; significa que tu mirada, tu gesto, tu presencia, tu madurez y tu cuerpo funcionan con diferentes registros”.

Santiago Frago. “La erótica del invierno”



Por otro lado, los problemas de salud y los fármacos influyen de manera importante en las dificultades eróticas que puedan aparecer (principalmente, problemas de lubricación en las mujeres; problemas para conseguir y mantener la erección y relacionados con el control eyaculatorio en los hombres).

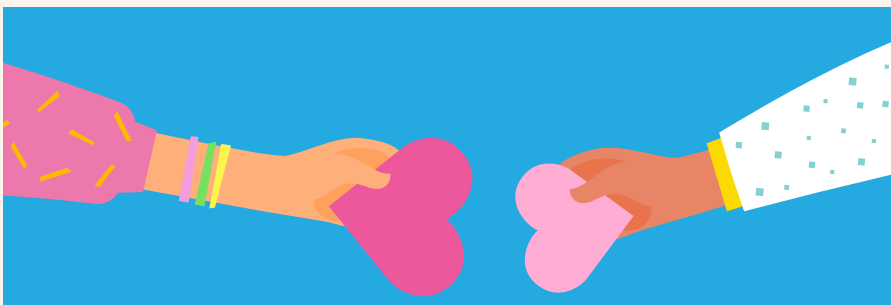
■ PSÍQUICOS Y SOCIOLÓGICOS:

Un buen objetivo para esta etapa sería no “llenar la vida de años”, sino “llenar los años de vida” en el sentido de conseguir una madurez y vejez agradable, feliz y placentera en todos los ámbitos de la vida.

Una de las maneras de llenar esos años de vida está muy relacionada con la vida en pareja. La idea de contar con alguien que acompañe en la vida resulta muy atractiva para la gran mayoría de las personas mayores de cara a compartir el tiempo, las aficiones, las labores del hogar, los cuidados, etc.

Es importante que las parejas convivientes gestionen bien los conflictos que pueden derivar de la adaptación a la nueva situación de jubilación, las relaciones sociales, el reparto de responsabilidades, etc.

Las parejas que mejor funcionan no son las que siempre están de acuerdo, sino las que gestionan sus desacuerdos de la forma más eficaz posible.



■ RELACIONALES-ERÓTICOS:

Lo habitual es que se observe una disminución de la actividad erótica con el paso de los años. Las causas de esta disminución son tanto biológicas como biográficas, relacionales y sociales.

Muchas veces encontramos que las personas mayores autocensuran sus deseos y sus apetencias eróticas o sexuales porque temen un juicio de valor negativo por parte de familiares o incluso por sus iguales.

Si a esto le añadimos el tabú que supone hablar con franqueza de la erótica de las personas mayores, nos encontramos con la dificultad que puede presentar una mujer mayor para consultar en cualquier ámbito inquietudes, dudas o preocupaciones que tenga sobre su vida sexual.

Es especialmente grave en el caso de las mujeres, que sufren un doble juicio social a la hora de hacer explícitos sus deseos: por mujeres y por mayores. Hemos de ser conscientes de la sanción social a la que se han visto sometidas (y en muchos casos aún se ven) las mujeres a la hora de manifestar de forma abierta y explícita su deseo sexual. Hemos vivido (y en cierto modo, seguimos viviendo) en una sociedad que sólo dejaba a las mujeres dos posiciones en las que situarse en lo relacionado con su erótica: “o Santa, o puta”.

B) DIFICULTADES ERÓTICAS MÁS HABITUALES:

La primera dificultad deriva de la concepción que a nivel social se tiene de la vejez como un periodo carente de relaciones eróticas.

La actividad erótica de las personas no desaparece con la llegada de la vejez, pero sí ha de transformarse para afrontar con éxito las peculiaridades derivadas de esta etapa concreta. Si bien es cierto que en esta etapa se produce una involución en los órganos genitales, conviene recordar que la erótica no se manifiesta de manera única y exclusiva a través de los genitales o del coito.

Deberemos trabajar en otras conductas igualmente placenteras que no dependan de manera exclusiva de ellos.

La vida erótica en la vejez es mejor si las experiencias eróticas previas a la llegada a esta etapa han sido buenas (es decir, si la vida erótica durante su vida ha sido activa y rica) y si se mantienen relaciones eróticas con regularidad. Otro factor de vital importancia es la existencia o no de pareja, ya que el hecho de que personas de edad avanzada formen nuevas parejas (debido a separaciones o a haber enviudado) muchas veces provoca rechazos en los ámbitos sociales y, sobre todo, familiares.

Los cambios más significativos en cuanto a la respuesta sexual son los siguientes:

■ **EN LA MUJER:**

Hay una disminución de la lubricación vaginal.

■ **EN EL HOMBRE:**

Se tarda más en conseguir una erección (aunque su duración puede ser mayor).

Disminuye la turgencia de la erección.

El orgasmo es más breve.

El periodo refractario aumenta, es decir, pasa más tiempo desde el final de una relación erótica hasta que el cuerpo está preparado para tener la siguiente relación.



DIFICULTADES ERÓTICAS MÁS FRECUENTES:



DISFUNCIÓN ERÉCTIL: ausencia o pérdida de erección.

EYACULACIÓN PRECOZ: pérdida del control eyaculatorio.



VAGINISMO: contracción involuntaria de la musculatura perivaginal.

DISPAURENIA: dolor en el coito.



FALTA DE DESEO: disminución de las “ganas” de tener encuentros eróticos.

ANORGASMIA: dificultad o imposibilidad para alcanzar el orgasmo.

■ **VAGINISMO:** entendemos por vaginismo una contracción involuntaria de la musculatura perivaginal que impide o dificulta la penetración. Es bastante frecuente que esta dificultad se deba a condicionantes psicológicos (miedo a la penetración, relaciones dolorosas previas, situaciones de ansiedad...), aunque también podrían darse causas orgánicas como la vulvovaginitis, endometriosis, inflamación de las glándulas de Bartolino, problemas en la musculatura del suelo pélvico... Una mejora en la lubricación puede ayudar a aliviar el problema, pero de igual modo que en la dispaurenia, recomendamos la visita al médico de familia para tratar de averiguar las causas de esta dificultad y descartar problemas físicos importantes.

■ **DISPAURENIA:** se define como dolor a la hora de practicar el coito. En este caso, la disminución de la lubricación se origina por la disminución de la producción de estrógenos asociada a la menopausia, y puede provocar un nivel de sequedad vaginal que dificulte la penetración o provoque molestias una vez que esta sucede. A día de hoy, la utilización de lubricantes ayuda a solucionar este problema. En cualquier caso, no es la sequedad vaginal el único causante de esta dispaurenia, que podría deberse a otros motivos como un prolapso uterino, endometriosis, problemas en la tonificación de la musculatura del suelo pélvico... por lo que la mejor opción sería consultar con el médico de familia de cara a averiguar las causas de este malestar.

Tanto para dispaurenia como para vaginismo, recomendamos abandonar la concepción centrada en el coito de las relaciones eróticas.

Debemos pensar en la penetración como una posibilidad más de disfrutar de las relaciones eróticas y no como el acto central e inexcusable de dicha relación. Invertir tiempo en aumentar los niveles de excitación de la mujer puede ser una buena forma de evitar o disminuir las dificultades de las que acabamos de hablar. Caricias, masajes, besos, tocamientos... cualquier interacción (incluidas las palabras, los besos, las risas...) que resulte placentera y ayude a que la mujer se encuentre más excitada facilitará su relajación y aumentará las posibilidades de que la penetración sea placentera y satisfactoria para ambos.

Insistimos en la “no obligatoriedad” de la penetración. Si se realiza porque ambos integrantes de la pareja lo desean, estupendo. Si no se realiza y la relación ha sido igualmente satisfactoria, no pensemos que nos ha “faltado algo”.

El fin último de las relaciones eróticas es que sean placenteras para sus participantes, no realizar una coreografía en la que no hay que saltarse ningún paso.

- **DISFUNCIÓN ERÉCTIL:** entendemos por disfunción eréctil la incapacidad para lograr una erección con la suficiente turgencia como para poder practicar una relación con penetración que resulte placentera. Las causas pueden ser múltiples: desde un problema de ansiedad por un “fallo” previo (“como el otro día no lo conseguí, hoy tampoco”), efectos secundarios de alguna medicación (ansiolíticos, antidepresivos, antihistamínicos, medicamentos para la hipertensión, quimioterapia... pueden provocar estos efectos adversos) o problemas vasculares.
- **EYACULACIÓN PRECOZ:** definimos esta dificultad como una pérdida del control que provoca una eyaculación rápida que acorta significativamente la duración esperada del coito. Sus causas más habituales son psicológicas (estrés, ansiedad, baja frecuencia en relaciones eróticas, déficit en educación sexual...), aunque pueden presentarse también condicionantes físicos como la hipersensibilidad o problemas circulatorios. Como venimos recomendando en las anteriores dificultades, una visita al médico de familia para descartar dificultades fisiológicas siempre es una buena opción.

En estos casos, redundamos en la idea de no pensar en la penetración como única vía posible para la práctica de encuentros eróticos satisfactorios. Si en un determinado momento el pene “no funciona” como esperábamos, ni es el fin del mundo, ni es el fin de la relación erótica. Podemos continuar con caricias mutuas, besos, masajes o incluso ayudarnos de juguetes eróticos.

Como ya se ha señalado anteriormente, el fin de la relación no es la penetración, ni tampoco el orgasmo: el fin de la relación es la relación en sí misma y disfrutar del encuentro, la intimidad y del espacio y el tiempo compartido con nuestra pareja.

No hay nada que nos aleje más de conseguir una erección y/o un orgasmo que considerar que ambas cosas son obligatorias. Nada desactiva más rápido el deseo que la obligación.



- **ANORGASMIA:** se define como la “imposibilidad recurrente o persistente de alcanzar el orgasmo (o cuando el orgasmo está muy retrasado en el tiempo”) y aunque se presenta tanto en hombres como en mujeres, tiene una mayor incidencia en ellas. Se debe mayoritariamente a factores psicológicos o educacionales (sentimientos de culpabilidad, estados depresivos, experiencias sexuales traumáticas, aburrimiento o monotonía en las prácticas sexuales...), aunque también concurren causas fisiológicas (alteraciones neurológicas, metabólicas y/o endocrinológicas, interacción con drogas o fármacos, enfermedades crónicas como cardiopatías o afecciones hepáticas). De nuevo, una visita al médico de familia nos ayudará a aclarar el panorama y a elegir el método más correcto para solventar esta dificultad.
- **FALTA DE DESEO:** (o deseo hipoactivo). En palabras del médico y sexólogo Francisco Cabello, se trata de una disminución o ausencia de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de adecuados inductores del deseo. Las causas podrían ser físicas (desajustes hormonales, efectos secundarios de medicación, enfermedades crónicas de larga duración) o psicológicas (problemas de pareja, dificultades eróticas previas que provocan evitación de los encuentros para no repetir la sensación de fracaso por no haber conseguido un

desarrollo satisfactorio de las mismas, desmotivación o trastornos del estado de ánimo como ansiedad o estados depresivos).

En lo referido a estas dos últimas dificultades, señalar que hemos de ser conscientes de que el deseo se entrena y que la mejor forma de tener unas relaciones satisfactorias es que haya una frecuencia alta de encuentros eróticos.

El deseo alimenta al deseo. En cuanto al orgasmo, como ya hemos comentado anteriormente, no ha de convertirse en la meta última de nuestros encuentros eróticos, sino en una fase más de la relación erótica que podrá llegar o no, dependiendo de muchos factores como los que hemos enumerado. Obsesionarse con conseguir un orgasmo es una buena manera de asegurarnos no conseguirlo. Es preferible poner todo de nuestra parte para que llegue (es decir, tener una relación erótica satisfactoria) pero siendo conscientes de que puede que esto no ocurra y que si no ocurre, al menos hayamos disfrutado de una búsqueda satisfactoria.

El fin de la relación erótica es la propia relación erótica.





3 RECOMENDACIONES PARA DISFRUTAR DE UNA VIDA ERÓTICA SATISFACTORIA

1. ASUME LOS CAMBIOS:

Tu cuerpo no es como antes y por lo tanto su respuesta tampoco es la misma. Adáptate a esos cambios y busca soluciones. Si tus erecciones no son tan firmes, busca alternativas placenteras a la penetración. Si te cuesta más lubricar, date más tiempo para estar más excitada hasta conseguir la lubricación que necesitas. No tengáis miedo a utilizar ayudas como lubricantes artificiales. Además, el salir de la idea de que toda relación sexual debe incluir (o acabar) con una penetración, enriquece nuestra erótica.

En esta edad no hay que preocuparse de embarazos no planificados y se dispone de más tiempo. Aprovechadlo para disfrutar de vuestra pareja de maneras en las que no lo habíais hecho hasta ahora: caricias, masajes, besos...



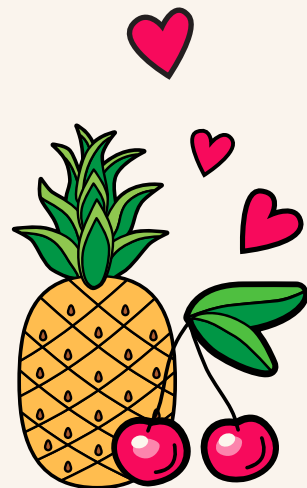
2. CONÓCETE:

Muchas mujeres nunca se han autoexplorado. Algunas veces por vergüenza, otras por miedo, otras porque se han educado en la creencia de que eso era algo “sucio” o “pecaminoso”. Siempre es buena edad para comenzar con el autocuidado y esta práctica no tiene más que ventajas. Además, las personas que se conocen a sí mismos tienen más capacidad de explicar a su pareja que es lo que les gusta y que es lo que no, provocando esta comunicación que las relaciones sean más placenteras para ambos.

Pasa exactamente igual con los hombres, aunque ellos no hayan visto tan censurada esta conducta a lo largo de la historia. La masturbación es una práctica beneficiosa que se puede incorporar a las prácticas eróticas tanto solitarias como en compañía.

3. HAZ EJERCICIO Y COME SANO:

Mantener un buen estado de salud, favorece que las relaciones eróticas sean más satisfactorias. Visita al médico, hazte chequeos periódicamente y vigila tu estado de salud. Cuanta más salud tengamos, más vitalidad habrá y más propensión a tener encuentros eróticos.



4. DEJA DE LADO LOS PREJUICIOS:

Desinhibirse y ser capaz de buscar el propio placer es un buen objetivo. Sé tu mismo en todos los aspectos, incluido el erótico- sexual y comparte estas inquietudes con tu pareja. Experimenta tu sexualidad y disfruta de la erótica sin ningún remordimiento.

5. ALIMENTA EL DESEO:

El deseo se retroalimenta. Si se practica una relación erótica de manera satisfactoria, se provoca un refuerzo positivo de esa conducta. Y si ya se es consciente de que un encuentro erótico provoca sensaciones positivas, ¿por qué no hacerlo más a menudo? Hay que intentar no dejarse arrastrar por la rutina e invertir en nuestra salud y nuestro bienestar. Los encuentros eróticos son una fuente de la que emanan ambas cosas.

6. ACUDE A UN ESPECIALISTA:

En caso de dudas, inquietudes o preocupaciones, acude a un profesional. La única duda tonta que existe es la que no se resuelve. Ponerse en manos de especialistas que nos asesoren siempre es una buena decisión.





4 FICHAS DE TRABAJO AUTOEVALUACIÓN

SOPA DE LETRAS:

Encuentra 12 términos relacionados con sexo y sexualidad que se han empleado a lo largo de esta guía.

O	R	I	E	N	T	A	C	I	O	N	A	S	S	E	R	R	T	U	M
T	U	L	R	Ñ	U	D	A	S	F	R	E	E	E	S	D	E	A	N	E
E	Y	E	E	E	S	T	A	N	C	U	I	O	W	S	Y	P	S	N	N
E	N	R	C	O	I	T	O	O	E	B	P	Y	O	R	G	A	S	M	O
D	D	A	C	S	E	A	E	E	R	Y	U	A	A	S	R	E	T	K	P
I	S	S	I	X	S	A	A	S	W	A	I	M	S	A	G	R	O	N	A
S	T	D	O	E	F	D	T	I	E	R	S	A	S	I	S	O	T	A	U
P	H	E	N	F	G	H	G	Y	R	J	T	A	U	R	U	S	E	X	S
A	I	A	G	E	W	I	A	S	D	R	I	O	T	T	R	Q	S	Q	I
U	S	U	T	A	Q	D	Y	E	P	A	L	O	B	O	G	I	N	A	A
R	A	T	E	S	H	E	T	E	R	O	S	E	X	U	A	L	W	S	A
E	C	H	S	A	N	N	E	R	T	A	E	T	Y	U	I	P	D	A	B
N	H	I	A	E	S	T	R	O	G	E	N	O	S	S	F	J	F	F	A
I	K	J	E	R	T	I	T	J	I	O	H	D	W	G	T	U	O	P	R
A	O	C	S	R	T	D	E	S	E	O	A	F	R	Y	S	A	P	O	R
B	E	C	A	V	G	A	Y	U	I	O	P	E	B	U	O	U	S	W	E
W	A	A	R	F	T	D	S	D	E	R	T	A	A	R	E	R	Q	D	A
A	S	X	D	R	R	T	A	T	E	S	T	O	S	T	E	R	O	N	A

-ORIENTACIÓN
-ORGASMO
-DISPAURENIA

-ESTRÓGENOS
-ERECCIÓN
-COITO

-IDENTIDAD
-DESEO
-MENOPAUSIA

-ANORGASMIA
-HETEROSEXUAL
-TESTOSTERONA

TEST DE CONOCIMIENTOS:

Responde correctamente a estas 10 preguntas sobre el contenido de la guía:

1. A las personas que se sienten atraídas únicamente por personas de su mismo sexo se les denomina comúnmente:

- a. Heterosexuales.
- b. Bisexuales.
- c. Homosexuales.

2. Definimos como anorgasmia:

- a. Imposibilidad recurrente o persistente de alcanzar el orgasmo.
- b. No haber experimentado orgasmos en ninguna relación a lo largo de la vida sexual.
- c. Orgasmo que se experimenta mediante la estimulación del ano.

3. La disminución de lubricación vaginal asociada a la menopausia se produce por una disminución en el nivel de:

- a. pH vaginal.
- b. Estrógenos.
- c. Ingesta de alimentos ricos en proteínas.

4. Uno de estos cambios en la respuesta sexual masculina ocasionados por la llegada a la madurez es falso, ¿cuál?

- a. Se tarda más en conseguir una erección.
- b. Los orgasmos son menos intensos, pero más prolongados en el tiempo.
- c. Disminuye la turgencia de la erección.

5. La vida erótica en la vejez es mejor si las experiencias eróticas previas a la llegada de esta etapa han sido buenas.

- a. Verdadero.
- b. Verdadero si hablamos de hombres, pero falso en las mujeres.
- c. Falso.

6. ¿Cuál de estos sería un carácter sexual terciario?

- a. Estatura.
- b. Tono de voz grave.
- c. Alto nivel de orientación espacial.

7. Una mayor o menor cantidad de vello corporal es un carácter sexual:

- a. Primario.
- b. Secundario.
- c. Terciario.

8. Una persona con genotipo XX presentará genitales:

- a. Masculinos.
- b. Ambiguos.
- c. Femeninos.

9. La penetración vaginal...

- a. Es la finalidad de cualquier interacción erótica.
- b. Sólo debe realizarse con fines reproductivos.
- c. Es una posibilidad más para disfrutar de una relación erótica pero no la única opción.

10. La masturbación es una práctica que resulta beneficiosa, tanto practicada en solitario como en compañía.

- a. Verdadero.
- b. Falso.
- c. Sólo en las épocas previas a la menopausia.

SOLUCIONES:

SOPA DE LETRAS:

A	N	O	R	E	R	O	S	T	O	S	T	O	S	T	E	S	T	A	T	A	R	R	D	R	X	S	A	V	
A	D	A	R	E	R	O	A	R	E	A	R	T	A	R	T	E	R	D	S	D	E	R	T	A	R	F	T	D	W
E	S	W	E	O	U	S	B	U	O	P	E	B	U	O	U	I	O	P	A	Y	U	I	O	G	A	V	G	B	
R	O	R	A	P	O	R	A	F	R	Y	S	A	P	O	R	O	E	S	E	O	A	F	O	R	D	E	S	A	
R	O	P	R	O	P	R	W	G	T	U	O	P	R	O	P	R	I	T	J	I	O	H	D	W	J	E	R	T	I
F	F	F	F	F	F	F	S	F	J	F	F	F	F	F	F	N	H	I	A	E	S	T	R	O	G	E	N	O	S
B	A	B	A	B	A	B	Y	U	I	P	D	A	B	A	B	N	E	R	T	A	E	T	Y	U	I	P	D	A	B
A	S	A	L	W	S	A	X	U	A	L	W	S	A	A	S	E	H	E	S	H	E	S	H	E	S	H	E	S	H
A	A	A	A	A	A	A	O	B	O	G	I	N	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O
S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X
U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A
A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N
A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N
M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U

TEST DE CONOCIMIENTOS:

1c – 2a – 3b – 4b – 5a – 6c – 7b – 8c – 9c – 10a



5 BIBLIOGRAFÍA

(1) Landarroitajauregi, Joserra. “Genus: genitales y generación” (Editorial ISESUS).

Landarroitajauregi, Joserra. “Homos y heteros: andrerastas y ginerastas” (Editorial ISESUS).

(2) Frago Valls, Santiago. “La erótica del invierno”. Anuario de Sexología Vol. 11. Editado por la AEPS (Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología).

(3) Cabello Santamaría, Francisco. “Manual de sexología y terapia sexual”. Editorial Síntesis.

(4) Sáez Sesma, Silberio. “Sexo básico. De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez”. Editorial Fundamentos.



The background is a solid blue color with scattered decorative elements. There are several yellow hearts of various sizes and orientations, as well as yellow and white crosses made of small squares. A single light blue heart is also present.

GUÍA SOBRE SEXUALIDAD EN LA MADUREZ Y EN LA VEJEZ



**DIPUTACIÓN
DE VALLADOLID**



triángulo
castilla y león