

Nuestra sociedad actual tiene hacia sus viejos una sorprendente actitud que se denomina "vejismo" y que consiste en su discriminación y consiguiente segregación. Esto se asienta fundamentalmente en el ejercicio de una amplia gama de prejuicios hacia ellos y que se prolonga y perpetúa por la ignorancia sobre lo que en realidad es la vejez, y lo que podemos y debemos esperar de ella. La sexualidad, ¿se acaba con el envejecimiento o depende de cómo ha sido ejercitada a través de toda la vida? Los viejos, ¿son todos deprimidos o la incidencia de la depresión es igual en todas las edades? El deterioro mental, la senilidad, ¿es una consecuencia inevitable del envejecimiento o sólo se la encuentra en un porcentaje menor de todos los viejos? Las psicoterapias psicoanalíticas, ¿son aplicables a los viejos o deben ser descartadas como decía Freud porque "en la medida en que las personas se acercan a la cincuentena o la sobrepasan suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos de la que depende la terapia"?

El doctor Leopoldo Salvarezza, médico psicoanalista, psiquiatra, especializado en psicogeriatría y Profesor Titular de la Cátedra de Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, desarrolla sobre estos temas el resultado de una larga experiencia clínica, tanto privada como institucional. A través de sus páginas veremos emerger una imagen de la vejez distinta de la que popularmente se tiene, una vejez saludable, con deseos, esperanzas y gratificaciones. Fundamentalmente, éste es un libro dirigido a los profesionales médicos, psicólogos y auxiliares para atraer su atención sobre este sector de la población injustamente marginado de una atención adecuada, especialmente en el campo de la Salud Mental.

Paidós
Psicología
Profunda

ISBN 950-12-4124-6



10124

PSICOGERIATRÍA

Teoría y clínica

Leopoldo Salvarezza

Paidós Psicología Profunda

2. FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIALES QUE INCIDEN EN LA PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

1. INTRODUCCION

Uno de los mayores problemas que enfrenta el estudio de la gerontología y la geriatría es la excesiva tendencia a la generalización y/o universalización de los temas que se abordan, como también la utilización de un sinnúmero de "lugares comunes" sobre la vejez y los viejos. Es probable que ambas conductas estén íntimamente relacionadas, y que el folklore y la mitología invadan el espíritu científico de los investigadores en un intento de encontrar explicaciones totalizadoras para un fenómeno psicológico que se quiere evitar y que es tomar conciencia del devenir de nuestro propio envejecimiento. Sea cual fuere la edad del que escribe sobre estos temas o del que los lee, siempre estamos hablando de nosotros mismos, de lo que somos o de lo que seremos... si el tiempo nos lo permite. Tomar conciencia de esto es el punto de partida para poder comprender los vastos, complejos e intrincados fenómenos que se presentan en el proceso de nuestro envejecimiento y las diversas conductas que surgirán de ellas, conductas que si bien representan y están integradas en un todo, tendrán su manifestación preponderante, según los casos, en el área 1 (psicológica), en el área 2 (biológica) o en el área 3 (social).

Todos los autores importantes en el campo de la geriatría (Neugarten, Bourlière, Gutmann, Bromley, Strejlevich, entre otros) insisten en la imposibilidad de esta generalización, basándose fundamentalmente en el criterio de "dispersión", esto es, la mayor disparidad de conductas o de sus rasgos que se advierten con el paso del tiempo: son más homogéneas, y por lo tanto más pasibles

de ser computadas estadísticamente, las conductas de los recién nacidos o de los chicos de 6 años que las de los viejos de 70 años. Pero no es ésta la única dificultad metodológica. La investigación gerontológica y geriátrica requeriría una mayor realización de estudios de tipo "longitudinal", es decir aquellos que permitan el estudio de los sujetos durante la mayor parte posible de su vida para poder seguir las vicisitudes de su crecimiento, desarrollo y envejecimiento; pero este procedimiento es muy difícil de realizar porque requeriría una población investigada relativamente estable y disponible, y un equipo de trabajo con la consiguiente estabilidad y persistencia a lo largo de los años. Este sería el método más recomendable objetivamente, pero no obstante tendría el inconveniente subjetivo de que investigado e investigador envejecerían al mismo tiempo, lo cual en un determinado momento podría producir interferencias y desvirtuar los resultados.

Tenemos que recurrir entonces al método "transversal", que compara una o varias funciones en grupos de igual edad cronológica. Este método es el más utilizado pero es el menos confiable científicamente en cuanto a sus resultados porque tiene el inconveniente de inducir errores al no contemplar la variable "tiempo histórico" (Neugarten, 1970). El método "transcultural", es decir el que compara individuos de la misma edad en diversas culturas (por ejemplo, Gutmann, 1977) tiene el inconveniente de desestimar la variable "tiempo social" (Neugarten, 1970). Sobre estas dos variables volveré a hablar más adelante.

Finalmente, la elección del lugar donde se realiza el muestreo de la población tiene fundamental importancia. Generalmente los investigadores empíricos en estos temas tienden a sacar sus conclusiones a partir de los consultorios privados o de las instituciones, y luego tratan de extrapolar estos resultados a la población general. Pero aquí el error es más peligroso porque hace una extensión de observaciones realizadas sobre "pacientes" — es decir, enfermos— hacia individuos sanos, sean éstos orgánicos o funcionales. Este error deriva del prejuicio más asentado sobre la población vieja y que es la utilización automática de la categoría viejo=enfermo. Las investigaciones sobre menopausia (Neugarten, 1970), sobre declinación mental (Botwinick, 1966) o sobre depresión (Palmore, 1980) entre otras, desestiman este prejuicio. Como el título de este trabajo se presta para caer en algu-

no (o en la totalidad) de los errores que señalo, corresponde acotar su intención.

El término envejecimiento de por sí puede inducir a ambigüedades sobre su ubicación temporal. De las diversas acepciones que de él se pueden dar, elegiré para esta exposición su aspecto de desarrollo, de "proceso" de transición del ser humano hacia la vejez, y para ello lo centraré en las interacciones psicológicas, biológicas y sociales de lo que últimamente los autores ingleses y americanos especialmente, han comenzado a estudiar bajo la denominación de *mediana edad* (*Middle Age*, Bromley, 1977; Butler, 1982; Howells, 1981; Norman, 1980; Jacques, 1966; Neugarten, 1977). Esta pretenderá también ser la introducción a un estudio a desarrollar todavía: la de establecer cuáles de las características descritas por los autores anglosajones se corresponden con la realidad de nuestro país, y cuál es su impacto sobre la psicología del envejecer aquí, ahora.

2. ¿QUE ES LA MEDIANA EDAD?

Una de las dificultades con el término *mediana edad* reside en que no es una fase que pueda definirse muy claramente, sino que guarda diferentes significados para la gente según su edad, sexo, status, clase social, etc. El primero en estudiarla fue E. Jacques (1966) y la situó cronológicamente de los 35 años en adelante, pero a mi juicio cometió una equivocación, pues constituían la muestra de su estudio fundamentalmente artistas de siglos pasados, cuando la expectativa de vida al nacer era mucho menor de lo que es ahora y, en consecuencia, si quisiéramos recurrir al mismo método, arbitrario por cierto, deberíamos situar actualmente este período entre los 45 y los 65 años.

Esta es la época en que la mayoría de la gente ha encontrado el modo de subsistencia propio y el de su familia, y el momento en el cual han terminado la crianza y cuidado de sus hijos, actividad que suele suplantarse con el cuidado y preocupación por los propios padres, cuando éstos aún existen. En ciertos sectores de la población, en la mediana edad se está al mando de la sociedad en términos de poder, influencia y toma de decisiones, lo cual trae aparejado suma responsabilidad en el manejo de temas tales como los relacionados con la juventud y la vejez, por ejemplo (Butler, 1982). Alrededor de las tres cuartas

partes de la producción intelectual de científicos y escritores está distribuida en el rango de edad comprendido entre los 30 y los 59 años; la mitad de los descubrimientos y desarrollos en medicina y en psicología se producen en la década de los 40 (Bromley, 1977). Entre los 30 y los 60 años se distribuye el 80 % del total de los puestos políticos, militares o industriales de la sociedad.

Estas consideraciones relativas a las clases medias y altas, tienen su correlato en las clases bajas en cuanto a status y jerarquías en sus respectivos grupos de funcionamiento e influencia. Los trabajadores manuales tienen su lugar en fábricas y/o sindicatos, en las organizaciones barriales, clubes, parroquias, etcétera.

Las personas que han adquirido un nivel socio-económico que les brinda seguridad y que mantienen un buen estado de salud, pueden sentir esta época como la "flor de la vida". La experiencia acumulada y las conductas estabilizadas en las relaciones interpersonales hacen que en general les resulte fácil responder a las demandas del entorno social y aun mantener adecuadas *performances* físicas, atléticas o deportivas, aunque sean modificadas por la experiencia y por cierto grado de limitaciones. (Por ejemplo, pueden jugar al golf en lugar de jugar al fútbol o correr dos veces por semana en lugar de jugar a la paleta, pero obteniendo, de todos modos, la satisfacción de sentirse activas y deportistas.)

Para otras personas la mediana edad constituye un "nicho ecológico" (Bromley, 1977), es decir que se han adaptado a un entorno limitado y que su ajuste a las actividades de la vida cotidiana se reduce a una rutina regular, lo cual les proporciona sentimientos de seguridad y así se sienten protegidos de los conflictos que podrían provocarles ansiedad. La experiencia los provee de la paciencia necesaria para hacer frente a los problemas y, al mismo tiempo, para sentir confianza en sí mismos. La gran profusión de contactos sociales que surgen del status y la jerarquía conseguidos hacen que se esté en condiciones óptimas de recoger la información necesaria para resolver los problemas, tanto en el campo de la investigación científica como en el mundo de los negocios. Como es fácil comprender, el objetivo de todas estas conductas es el mantenimiento de un adecuado nivel de autoestima.

Para gran parte de la gente la mediana edad es la época de la autorrealización y la gratificación, pero al mismo tiempo, para toda la gente sin excepción ésta es también la época que marca el paso inexorable hacia la vejez y, en

consecuencia, gran parte de lo que denominamos "buen o mal envejecer" está contenido en este pasaje. Pero antes de examinar qué es lo que determinará la calidad de este proceso y sus consecuencias ulteriores debemos preguntarnos si existen algunos rasgos intrínsecos y particulares de esta etapa y que puedan adscribirse a toda la población que envejece.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA MEDIANA EDAD

Aun manteniendo muchas reservas sobre las generalizaciones, tal como lo he señalado más arriba, la mayoría de los estudios, tanto los longitudinales como los transversales y transculturales, muestran la presencia de algunos rasgos intrapsíquicos con la suficiente constancia como para tomarlos como punto de partida para una futura investigación comparativa.

Partiré de la base de que en la mediana edad hay dos temas predominantes que prestan una especie de telón de fondo sobre el que aquélla se desarrolla y que son: la progresiva toma de conciencia del paso del tiempo con el consiguiente envejecimiento personal, por un lado, y por el otro, que los cambios en los patrones vitales muestran que los hijos crecen, los propios padres envejecen cada vez más y mueren, y que eso lo coloca al individuo ante la sensación ineludible de ser "el próximo en la fila". Las formas de expresión intrapsíquicas de esta temática son las siguientes:

3.1. Incremento de la interioridad

Neugarten (1970) ha sido la primera en llamar la atención, basada en estudios realizados en la Universidad de Chicago, acerca de que en la mediana edad hay un énfasis en la introspección y en el balance vital con un intento de reevaluar el sí-mismo (*self*). La preocupación por el mundo interno se intensifica; las catexis emocionales sobre personas y objetos del mundo externo decrecen; la disponibilidad para distribuir actividades y afectos en las personas del entorno se reducen; es el momento del movimiento desde el mundo externo al mundo interno. La autora insiste en que este incremento de la interioridad es un proceso *intrínseco* atribuible a la edad más que a una respuesta adaptativa a procesos de cambio, ya que puede ser medida, dice, en personas con buen funcionamiento

mental antes de que ocurran las inevitables pérdidas sociales inherentes al envejecimiento, o antes de que haya algún cambio detectable en la *performance* o competencia de los sujetos en los roles sociales adultos.

Partiendo de la similitud entre este planteo y la aseveración popular de que "en la vejez hay un aumento del narcisismo", utilicé en otro lugar (Salvarezza, 1985) la metodología psicoanalítica para confrontar ambos conceptos — interioridad y narcisismo—, y sostuve que si bien el incremento de la interioridad debe considerarse en primera instancia como un fenómeno universal, hay que verlo como el resultado de la disociación que produce el conflicto de envejecer o ciertas situaciones vitales dentro del proceso de "ser viejo". Este repliegue sobre sí mismo podrá tener las características de *reminiscencia*, en cuyo caso se conseguirá la *integridad* del sujeto, o adquirirá la forma de *nostalgia*, y al no poder establecer la integridad se transformará en *desesperación*. De cualquier manera, el narcisismo pasa a ser la consecuencia y no la causa del incremento de la interioridad (véase cap. 4).

3.2. Cambio en la percepción del tiempo

En su mediana edad la gente comienza a pensar el tiempo, su tiempo, desde una perspectiva distinta; comienza a medir el tiempo más en función de lo que falta por vivir que de lo que ha pasado desde el nacimiento. No hay solamente una inversión de la direccionalidad, sino que aparece la conciencia de que el tiempo es finito. Neugarten (1970) señala que en esta época existe una marcada dificultad para situarse en la propia edad y que cuando a algunas personas se les pregunta de improviso por su edad no pueden dar de inmediato la respuesta adecuada; interrumpen su pensamiento y frecuentemente dicen: "¿Cuántos... 51? No, 52. Sí, sí, 52".

3.3. Personalización de la muerte

Intimamente relacionado con lo anterior aparece la personalización de la muerte. La muerte de pares y amigos, especialmente los últimos, hace que ésta se convierta en una posibilidad real para uno mismo y que deje de ser la mágica o extraordinaria ocurrencia que parecía cuando éramos jóvenes.

Jacques, en su importante trabajo de 1966, al analizar las causas que provocan un cambio en la conducta de las

personas en la mitad de la vida decía: "Considero, y trataré de demostrarlo, que el hecho de que en el escenario psíquico entren la realidad y la inevitabilidad de la propia muerte personal eventual, es el rasgo central y básico de la fase de la mitad de la vida, el rasgo que precipita la naturaleza crítica de este período. La muerte — en el nivel consciente—, en lugar de ser una concepción general o un acontecimiento experimentado en términos de la pérdida de algún ser, se convierte en un problema personal, la propia muerte, la propia mortalidad real y actual". Freud (1915) describió con precisión este problema: "Estábamos preparados para sostener que la muerte era el resultado necesario de la vida... Sin embargo, en realidad, estábamos acostumbrados a comportarnos como si fuera de otra manera. Desarrollábamos una inconfundible tendencia a 'archivar' la muerte, a eliminarla de la vida. Tratábamos de ocultarla... Se trata de nuestra propia vida, por supuesto... Nadie cree en su propia muerte... En el inconsciente todos están convencidos de su propia inmortalidad."

En este punto, un rasgo importante de orden cultural parece determinar una distinta conducta según los sexos: mientras el hombre aparece preocupado por la proximidad de su muerte, la mujer está preocupada por la inminencia de su viudez.

Es importante señalar que en condiciones normales, al instalarse la vejez, de los tres rasgos intrapsíquicos mencionados, los dos últimos tienden a perder importancia y a desaparecer como factor preocupante, en tanto que el primero persiste y aun puede llegar a incrementarse considerablemente (Salvareza, 1985).

4. DISTINTOS TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

Los estudios realizados muestran que en general la mayoría de la gente se ajusta y adapta relativamente bien a los problemas y demandas que presenta la mediana edad, pero que también muchas veces ocurren dificultades en ese tránsito y aparecen las llamadas "crisis de la mediana edad". Más adelante voy a considerar si esto debe o no considerarse una "crisis", pero entre tanto, parafraseando a Butler (1982) y a H. Ey (1969) describiré las conductas más comunes que suelen presentarse en la mediana edad y que denotan sintomáticamente que el proceso de "buen envejecer" está perturbado.

H. Ey señala que el ser que envejece debe hacer un esfuerzo extra, porque al contrario del niño o del adulto, debe adaptarse no solamente al medio sino, además, a su propia vejez. La imposibilidad de aceptar las nuevas condiciones que impone el envejecimiento puede llevar a que aparezca una "reacción global de rechazo"; rechazo de admitir el envejecimiento de las capacidades intelectuales, el envejecimiento físico o la disminución de la sexualidad. Este rechazo puede convertirse en una auténtica formación reactiva que se traducirá en la adopción de rasgos, maneras y conductas inapropiadas, correspondientes a otra época, en un intento de "detener el reloj". La frustración libidinal puede llevar al sujeto que envejece a sentirse inferior a los jóvenes, puede fomentar sentimientos de envidia, lo cual se traducirá en un rechazo global de todo lo relacionado con la juventud y el sujeto se mostrará impaciente, agresivo, autoritario y crítico hacia las generaciones menores. La preocupación por los cambios corporales inevitables puede llegar a ser exagerada, y aparecerá en forma de trastornos hipocondríacos, con depresión, alcoholismo o algún otro tipo de adicción — especialmente medicamentosa— como posibles consecuencias. El temor a los cambios, especialmente en lo corporal, relacionado con el funcionamiento sexual, puede producir dos tipos de reacciones opuestas: por un lado, promiscuidad sexual al tratar de probar que aún se es joven y atractivo. Esto puede conducir a intempestivas rupturas matrimoniales o, por otro lado, a convertir la relación de pareja en una torturante situación de aburrimiento e insoportable rutina.

La mediana edad, ya lo he dicho, puede ser —y de hecho para mucha gente lo es— la "flor de la vida", pero necesariamente se verá amenazada por múltiples conflictos cuya resolución dará lugar a alteraciones superficiales y reversibles o bien profundas, de difícil solución, que rotularemos como patológicas.

¿De qué depende que se tome uno u otro camino? "Se envejecerá de acuerdo a cómo se ha vivido", decía Ajuria-guerra. Sí, pero, ¿qué quiere decir esto exactamente? ¿Qué esquema teórico usamos para conceptualizar el envejecimiento? Veamos primero el aspecto psicológico.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
INSTITUTO DE INVESTIGACION Y
BIBLIOTECA

5. FACTORES PSICOLÓGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Múltiples son las teorías que se han propuesto para explicar el envejecimiento psicológico y/o la reacción psicológica de los individuos ante el envejecimiento, y obviamente esta multiplicidad de puntos de vista dependerá de las teorías donde estén asentadas. No voy a hacer aquí un estudio comparativo porque excedería los límites y propósitos de este trabajo; los interesados pueden consultar los estudios exhaustivos en los libros de Busse y Blazer (1980), Birren y Shaie (1977), Birren y Sloane (1980), y Bromley (1977).

Mi formación en psicoanálisis y en psiquiatría dinámica naturalmente me lleva a privilegiar los estudios y conceptos surgidos de estos campos, fundamentalmente dos de ellos. Uno es de Erikson (1968). A este autor le corresponde el ser citado como el primer psicoanalista que se ocupó específicamente del tema del envejecimiento y la vejez y que lo hizo formando parte de su teoría epigenética, que describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales. Esta teoría propone un eslabonamiento de ciclos vitales — ocho en total— que están determinados por la relación del individuo en crecimiento y la realidad social que actúa por medio de representantes institucionales diversos y que son los encargados de permitir o facilitar ese desarrollo. Cada ciclo comporta tareas evolutivas que el individuo debe resolver, y su acierto o desacierto en hallar las soluciones necesarias determinará su destino.

En la edad que nos ocupa, el conflicto principal, según Erikson, se plantea entre *generatividad* y *estancamiento*. La primera debemos entenderla fundamentalmente como la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, sin que se refiera esto, por supuesto, solamente a una relación con personas de filiación directa. Este concepto incluye los otros más estrechos de productividad y creatividad. "La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y de las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del yo y a un vuelco de catexia libidinal hacia aquello que se está generando" (Erikson, 1968). Pero cuando este enriquecimiento falla hay una regresión a una necesidad obsesiva de *seudointimidad* acompañada por un sentimiento de *estancamiento*, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. "En

estos casos los individuos comienzan a gratificarse como si fueran sus propios hijos únicos — o los de otros— y, cuando se dan las condiciones favorables, la invalidez precoz, física o psicológica, se convierte en el vehículo de la preocupación por sí mismos" (ibíd.).

La resolución, satisfactoria o no, del conflicto planteado en este estadio dará lugar al último, que se planteará entre la *integridad* y la *desesperación*. La primera es el fruto de los otros siete ciclos vitales, y madura gradualmente en las personas que envejecen, pero sólo en aquellas "que se han ocupado de las cosas y de la gente y se han adaptado a los triunfos y a los desengaños de ser, por necesidad, el que ha dado origen a otros y ha producido objetos e ideas" (Erikson, 1968; Salvarezza, 1985). El fracaso de ésta lleva al sentimiento de desesperación, que expresa "el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para iniciar el intento de otro tipo de vida que lleve a la integridad".

Este esquema epigenético es muy útil, y de hecho ha satisfecho las preguntas de muchos investigadores en nuestro campo geriátrico, como se puede comprobar consultando los índices de autores de la mayoría de los libros importantes sobre el tema. Para mi gusto es un poco generalizador y abarcativo y da respuestas globales, que si bien abren el camino, no terminan de explicar el destino personal y subjetivo de *nuestro* propio envejecimiento. Si —volviendo a Ajuriaguerra— cada uno envejece de acuerdo a como ha vivido, habrá que buscar otro elemento teórico que nos permita entender cómo hemos vivido y qué determina los cambios de dirección de nuestro ciclo vital.

El psicoanálisis ha privilegiado el encuadre histórico individual (psicosocial); en éste, la historia es una explicación del presente por el pasado; más especialmente, del presente adulto por el pasado infantil. Para entender la operatividad de este concepto hay que recurrir a la formulación de las *series complementarias* (Freud, 1916). En ellas hay tres series de causas que no actúan independientemente sino que, en realidad, lo que actúa es la resultante de su interacción (Bleger, 1963). Una primera serie está constituida por factores hereditarios y congénitos; entre los primeros están los transmitidos por herencia, por los genes, y entre los segundos los que derivan del período intrauterino. Esta serie también se denomina componente constitucional. La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles que, como se com-

prenderá, son de importancia fundamental porque ocurren en los primeros momentos de la formación de la persona. Los factores actuales o desencadenantes constituyen la tercera serie. Estos actúan sobre la disposición, es decir sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie.

La reciprocidad en la actuación de unas series con otras permite explicar tanto el desarrollo psicológico de los individuos como sus eventuales estructuraciones psicopatológicas, y también las categorías de *endógeno* y *exógeno*. Para entender su funcionamiento hay que recurrir al principio de la proporcionalidad inversa, es decir que una disposición "fuerte" estará en condiciones de absorber adecuadamente y sin mayor complicación reiteradas situaciones conflictivas — factores desencadenantes o actuales—, en tanto que en disposiciones "débiles" o debilitadas por reiterados sufrimientos, factores actuales mínimos pueden desencadenar catástrofes al constituirse en verdaderas situaciones traumáticas difíciles o imposibles de manejar.

Este esquema, sencillo en su formulación pero sumamente profundo en sus alcances, permite entender el desarrollo psicológico de los seres humanos y, en el caso específico que estamos tratando, nos permitirá comprender las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad (constitucional + disposicional) y por la acción de los factores actuales que sobre ella inciden, tales como los biológicos y los sociales, y poder determinar en qué momento éstos se convertirán en traumáticos.

Pero quiero aclarar bien un concepto. En otro lugar (Salvarezza, 1973) he sostenido que cada cultura produce su propio tipo de envejecimiento, pero ahora quiero agregar que dentro de cada una de ellas cada viejo es el producto de sus propias series complementarias. Creo que esta formulación tiene la enorme ventaja de proveernos las bases para una adecuada prevención primaria tendiente a producir "mejores envejecimientos". Pero esto será tema de otro trabajo.

6. FACTORES BIOLÓGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Sin entrar a terciar en la conocida discusión sobre si la vejez es el resultado de aspectos biológicos deficitarios o viceversa, lo cierto es que en la mediana edad comienza

a notarse que estos aspectos estarán siempre presentes aunque su desarrollo no será cronológicamente idéntico para cada capacidad (envejecimiento diferencial) ni para cada individuo.

Los estudios muestran que los mejores resultados obtenidos para el conjunto de las aptitudes corporales se sitúan alrededor de los 30 años (edad crítica de los deportistas), y que a partir de allí se asiste a un deterioro progresivo *fisiológico*, pero es sólo en la mediana edad cuando las curvas de los estudios realizados se desvían evidentemente y toman estado clínico.

El aspecto general refleja el envejecimiento (Ey, 1969); la silueta se pone pesada por la gordura que predomina en ciertas regiones (vientre, caderas). La piel pierde su hidratación y su elasticidad, se arruga; las varicosidades se acusan, las venas sobresalen, los cabellos encanecen y se hacen escasos. A esto se suman las alteraciones autoperceptibles de las funciones oculares y auditivas, el incremento de la fatigabilidad muscular y un cambio en la velocidad de respuesta adaptativa a ciertos estímulos (por ejemplo, sexuales). Por supuesto, estas modificaciones muchas veces pueden corroborarse mediante el estudio de las alteraciones producidas en las moléculas, en las células, tejidos, órganos y aparatos tal como lo demuestran los trabajos publicados en el excelente libro de Finch y Hayflick (1977).

Ahora bien, todas estas modificaciones que, insisto, deben ser consideradas fisiológicas en tanto no derivan de problemas patológicos definidos, tendrán repercusiones personales y serán vividas de manera totalmente distinta por los individuos que las padecen y que dependerá, como lo señalé más arriba, de la personalidad previa de cada uno y del rol socioeconómico que desempeñe.

La pérdida de la belleza y del encanto físico no tendrá el mismo efecto en una personalidad narcisista — sea hombre o mujer— que en una depresiva, pero tampoco será lo mismo si la persona es actor, actriz o modelo publicitario que si es taquígrafo o panadero. La declinación de la fuerza muscular no tendrá el mismo efecto en un estibador que en un cajero de banco, y la disminución de la audición puede tener efectos perniciosos en un crítico musical o en un psicoanalista pero no revestir importancia en un dibujante. Como es obvio, las combinaciones de personalidades, profesiones y roles sociales multiplican las posibilidades casi hasta el infinito, lo cual, una vez más, hace sumamente difícil, cuando no ilusoria, la pre-

tensión de establecer generalidades sobre el proceso de envejecimiento.

Igual parámetro hay que tomar para considerar la eclosión de patología somática en la mediana edad. No creo que nadie esté contento ni que tome con naturalidad las enfermedades, pero aquí sí la observación clínica institucional o privada nos permite ver la desemejanza de reacciones personales que se registran en este terreno. Desde la resignación al suicidio, toda la gama estará presente.

Volviendo a lo señalado anteriormente: en las personas de mediana edad tanto las modificaciones biológicas fisiológicas, como las patológicas entran a formar parte de las series complementarias como el factor actual o desencadenante que, al obrar sobre los factores constitucionales y disposicionales, determinará el tipo de envejecimiento de cada persona. Pero las cosas no terminan allí, porque hay aun otro tipo de factores a considerar, de suma importancia.

7. FACTORES SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO

El hombre es fundamentalmente un ser social, y Freud (1921) decía que la psicología es ante todo psicología social; por lo tanto, toda consideración sobre la psicología del envejecimiento debe hacerse dentro del encuadre social en donde se desarrolla y con la interacción entre ambos. Para considerar esta interacción de tan vastos alcances y consecuencias voy a referirme solamente a tres aspectos que considero de fundamental importancia.

7.1. Así como en muchas sociedades ciertos grupos raciales sufren discriminaciones por el color de su piel; así como otros grupos son discriminados por su religión y las mujeres por su sexo, los viejos en nuestra sociedad son discriminados por su edad. Esto se llama viejismo y corresponde definirlo simplemente como el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos.

El viejismo es un concepto relativamente nuevo y fue descripto y estudiado en profundidad por Robert Butler a comienzos de la década de 1970. Por esta razón y porque forma parte de "nuestra manera de ser" (Salvarezza, 1982), muchas de sus manifestaciones son inconscientes o no son registradas como tales por sus portadores. En és-

tos, su prejuicio suele estar mucho más defendido porque, a diferencia de los demás prejuicios en los cuales no hay nada que temer porque no es posible que alguien cambie el color de su piel ni es probable que cambie de sexo, en este caso, si tenemos el tiempo suficiente todos llegaremos a ser viejos y pasaremos a convertirnos en las víctimas de nuestro propio prejuicio. Por el mero hecho de desconocerlo no deja de ser real ni deja de tener un severo efecto pernicioso sobre la salud y la felicidad de la población víctima del prejuicio. A esta conducta prejuiciosa debe imputarse una gran parte, si no todos los problemas del envejecimiento (Palmore, 1980).

Las personas víctimas del viejismo se consideran desde el punto de vista social como enfermas, seniles, deprimidas, rígidas, asexuadas, pasadas de moda y una multitud de rótulos descalificatorios más. Sus problemas físicos y mentales tienden a ser fácilmente ignorados y con frecuencia no se tienen en cuenta sus necesidades económicas y sociales. El viejismo lleva a las generaciones jóvenes a ver a los viejos como diferentes, a no considerarlos como seres humanos con iguales derechos y, lo que es peor, no les permite a ellos — a los jóvenes— identificarse con los viejos. Resultado: se tiende a ver la vejez como algo que no nos pertenece, como algo que está allá, en un futuro muy lejano y, por lo tanto, al no sentir que nos concierne, no nos permite prepararnos para enfrentar nuestro propio envejecimiento.

El psicoanálisis nos ha enseñado el movimiento dialéctico de las identificaciones. Tendemos a identificarnos con las personas significativas de nuestro entorno — o con aspectos parciales de ellas—, pero también nos identificamos con la imagen que estas personas tienen de nosotros. Este último aspecto es particularmente significativo — y peligroso a la vez— en la mediana edad, porque en una sociedad orientada hacia y para la juventud y la competencia, como es la nuestra actualmente, las personas que envejecen pueden fácilmente hacer suyas las imágenes prejuiciosas de los otros y sentirse y/o funcionar como ciudadanos perimidos de segunda categoría.

7.2. En el capítulo 1 he explicado en detalle la teoría del desapego de Cummings y Henry (1961) en la cual se consideran componentes típicos del proceso de envejecimiento el apartamiento natural y normal del geronte de sus actividades y roles sociales, el incremento de la preocupación por sí mismo y el decrecimiento del interés en

su relación con los demás. En una reciente revisión del destino de esta teoría, Atchley (1987) señala que este desapego individual fue concebido, en primer lugar, como un proceso psicológico que comprendía tanto el apartamiento del interés como del compromiso. El distanciamiento social se vio como una consecuencia del desapego individual conectado con la falta de oportunidades que brinda la sociedad y el escaso interés que manifiesta por las contribuciones de los viejos. Luego, parafraseando a Hochschild (1975), Atchley señala que para comprender esta teoría debe ubicársela dentro del contexto histórico en donde surgió, esto es, que daba cuenta del problema de adaptación de las personas viejas de la década de 1950, en una situación social mucho más adversa que la de 1980, tanto respecto de los beneficios previsionales estatales, como del cambio de las actitudes sociales hacia ellas. Tal vez en aquella época había mucha gente que quería desapegarse, cosa que no ocurre en la actualidad.

Al postular la "normalidad" del desapego, esta teoría impulsó una enorme cantidad de investigaciones conexas porque cambió súbitamente la imagen tradicional: que mantenerse activo era la mejor forma de envejecer. Justamente para refutar la teoría de Cummings y Henry se profundizó este último concepto y se sentaron las bases de la teoría de la actividad (Maddox, 1963, 1964; Bromley, 1966; Havinghurst, 1968; Andrés y Gastrón, 1979). Neugarten (1987) menciona un problema adicional en relación con este tema, cuando señala que estas teorías caen en el error de postularse como modelos óptimos de envejecimiento, y que al hacerlo omiten otros aspectos tales como el tipo de personalidad previa, la actividad, el ejercicio de los roles sociales, la forma de obtener satisfacción, etc. De esta manera, ambas teorías se convierten en reduccionistas al centralizar el envejecimiento en un solo aspecto. Hoy, después de 30 años de investigaciones, está claro que el desapego no es ni natural ni inevitable, y cuando ocurre es por la falta de oportunidades que la sociedad brinda a los viejos para que puedan seguir ejerciendo sus roles sociales con un buen grado de compromiso. Ahora bien, a pesar de que existen innegables pruebas científicas para refutar la teoría del desapego, no ocurre lo mismo en el nivel popular. El hecho de que la teoría de Cummings y Henry haya tenido tan vasto alcance se debe a que refleja un sentimiento social muy extendido señalado más arriba (viejismo). Este sentimiento es pernicioso porque creyendo y/o practicando esta teoría, uno

se inclina a adoptar una política de segregación o de indiferencia hacia los viejos, o a desarrollar una actitud nihilista en la cual la vejez carece de valor (Bromley, 1966; Salvarezza, 1982). Al igual que lo señalado en el punto 7.1, aquí también las identificaciones con la mirada de los demás pueden tener consecuencias catastróficas en el individuo que envejece.

7.3. Para entender adecuadamente la interacción sociopsicológica de la transición que va de la mediana edad hacia la vejez, hay que referirse a los conceptos de Neugarten (1970) sobre el factor *tiempo*, que describo extensamente en el capítulo 7. Esta autora considera que todos los individuos, no importa el grupo social al que pertenezcan, desarrollan la idea de un "ciclo vital normal y esperable", es decir, que ciertos eventos deben ocurrir en determinados momentos de la vida, y que un reloj mental interno les va señalando si "están en tiempo" o si están "fuera de tiempo". La existencia de estos relojes se demuestra por la facilidad y adecuación con que la gente se refiere a ellos frente a un interlocutor; rápidamente le comentan cuál es para ellos la mejor edad para casarse, para tener hijos, para convertirse en abuelos, cuándo un hombre debe estar asentado en su trabajo, cuándo cree que debe alcanzar el rango más alto, cuándo debe jubilarse y, además, cuáles deben ser las características sobresalientes en las sucesivas edades. "Estar en tiempo o fuera de tiempo es una autoimposición apremiante. Hombres y mujeres se comparan con sus amigos, hermanos, compañeros de trabajo, con sus padres, para decidir si han hecho bien, pero siempre teniendo en mente la línea del tiempo. El llegar a los 40, 50 ó 60 años no es en sí mismo tan importante, sino más bien el preguntarse ¿estoy haciendo lo que corresponde a mi edad?" (Neugarten, 1979).

Desde esta perspectiva se puede argumentar que los eventos normales y esperables no deben constituirse en sí mismos en "crisis", y que debe reservarse este término para aquellos que no son esperables o que alteran el ritmo y la secuencia del ciclo vital. Dejar la casa paterna, casarse, la paternidad, la realización profesional, el climaterio, el convertirse en abuelos, la jubilación, son todos puntos decisivos a lo largo de la vida, la marcan puntualmente y exigen cambios en el concepto que se tiene de sí mismo y de la propia identidad; pero que se vuelvan o no críticos depende fundamentalmente, para esta autora,

de su *timing*. Estas observaciones no niegan el hecho de que los eventos esperables puedan producir crisis en algunas personas, y tampoco pretenden negar que la mayoría de los grandes acontecimientos personales que ocurren durante la mediana edad y en la vejez están constituidos por pérdidas individuales unidas a la pena natural que desencadenan. Pero cuando estos eventos ocurren "en tiempo" pueden anticiparse, y al estar preparados, el trabajo de duelo puede elaborarse adecuadamente sin que se destruya el sentido de continuidad del ciclo vital del individuo.

Luego de hacer una serie de consideraciones sobre los aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento que he mencionado más arriba — incremento de la interioridad, cambio en la perspectiva del tiempo y personalización de la muerte—, hace un detallado estudio estadístico y psicológico en donde demuestra que la menopausia en sí misma no constituye necesariamente una etapa crítica en la vida de la mujer, sino que este período debe verse en relación con la personalidad previa (serie complementaria) y con la salud mental, y agrega que la "teoría de la crisis de la menopausia" que se sustenta generalmente en la literatura es el resultado de la extrapolación de los ejemplos clínicos a la totalidad de la población.

La conclusión de Neugarten sobre este tema es que, a causa de que las preguntas sobre el *timing* son centrales para la construcción de la autoestima, especialmente en aquellos individuos que se encuentran en la mediana edad y haciendo el balance de sus vidas, los cambios en las normas relacionadas con la edad y en los "horarios" deberán ser significativos, especialmente para los psiquiatras que observan la lucha de sus pacientes para decidir "cuál es la edad apropiada para" o "qué deben hacer para actuar acorde a su edad". Desde esta perspectiva, la psicología del ciclo vital no es la psicología de las crisis de la conducta, sino la psicología del tiempo.

8. CONCLUSIONES

En el proceso de envejecimiento los factores psicológicos, biológicos y sociales, más que pensarlos como actuando unos sobre otros, hay que verlos en la totalidad de su interacción y en las resultantes, entendiendo por esto último el envejecimiento individual.

En este tema las generalizaciones pueden llegar a con-

fundir más que a esclarecer los conceptos; pero como muchas veces es imposible sustraerse a ellas, es necesario que tengamos presente que sólo deben servir de telón de fondo de un escenario donde se desarrolla la verdadera escena: nuestro propio envejecimiento.

9. BIBLIOGRAFIA

- Andrés, H. y Gastrón, L. B.: "Críticas a la teoría del desapego. El hospital de día como una alternativa de integración", *Rev. Española de Gerontología y Geriatria*, XIV, 5, 1979.
- Atchley, R.: "Disengagement", en George Maddox (comp.), *The encyclopedia of aging*, Nueva York, Springer Publishing Co., 1987.
- Birren, J. E. y Schaie, K. W.: *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Company Ed., 1977.
- Birren, J. E. y Sloane, R. B.: *Handbook of mental health and aging*, Nueva Jersey, Prentice-Hold, Inc., 1980.
- Bleger, J. (1963): *Psicología de la conducta*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Botwinick, J. y Thompson, L. W.: "Components of reaction time in relation to age and sex", *Journal of gerontology*, 11, 1966.
- Bourlière, F.: "Envejecimiento, vejez y enfermedades asociadas", Buenos Aires, *Medicina de la tercera edad*, 2, 1986.
- Bromley, D. B.: (1966) *The psychology of human ageing*, 2a. ed., Inglaterra, Penguin Books, 1977.
- Busse, E. W. y Blazer, D.: "The theories and processes of aging", en Busse, E. W. y Blazer, D., *Handbook of geriatric psychiatry*, Nueva York, Van Nostrand and Reinhold Company Ed., 1980.
- Butler, R. N. y Lewis, M. I.: *Aging and mental health*, 3a. ed., St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1982.
- Cummings, E. y Henry, W. E. (1961): *Growing old: the process of disengagement*, Nueva York, Basic Books, 1961.
- Erikson, E.: *Identity, youth and crisis*, Nueva York, W. W. Norton & Company, 1968.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch.: *Tratado de psiquiatria*, Madrid, Toray-Mason, 1969.
- Finch, C. E. y Hayflick, L.: *Handbook of the biology of aging*, Nueva York, Van Nostrand and Reinhold Company, 1977.

- Freud, S.: *Sobre la guerra y la muerte*, O.C., XVIII, Buenos Aires, Santiago Rueda Ed., 1915.
- Freud, S.: *Introducción al psicoanálisis*, O.C., V, Buenos Aires, Santiago Rueda Ed., 1916.
- Freud, S.: *Psicología de las masas y análisis del yo*, O.C., IX, Buenos Aires, Santiago Rueda Ed., 1921.
- Gutmann, D. : "The cross-cultural perspective: notes toward a comparative psychology of aging", en Birrent, J.E. y Shaie, K.W., *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand and Reinhold Company Ed., 1977.
- Havinghurst, R. I.; Neugarten, W. y Tobin, S. S.: "Disengagement and patterns of aging", en Neugarten, B. L. (comp.), *Middle age and aging*, Chicago, University of Chicago Press, 1968.
- Hochschild, A. R.: "Disengagement theory: a critique and proposal", *American Sociological Review*, 40, 1975.
- Howells, J. G.: *Modern perspectives in the psychiatry of middle age*, Nueva York, Brunner and Mazel Publishers, 1981.
- Jacques, E.: "La muerte y la crisis de la mitad de la vida", Buenos Aires, *Rev. de Psicoanal.*, XXIII, 4, 1966.
- Maddox, G.: "Disengagement theory. A critical evaluation", Nueva York, *Gerontologist*, IV, 1964.
- Maddox, G.: "Activity and morale: a longitudinal study of selected elderly subjects", Nueva Jersey, Soc. Forces, 1963.
- Neugarten, B. L.: "Dynamics of transition of middle age to old age. Adaptation and the life cycle", Nueva York, *J. of Geriatric Psychiatry*, IV, 1, 1970.
- Neugarten, B. L.: "Personality and aging", en Birren, J. E. y Shaie, K. W., *Handbook of the psychology of aging*, Nueva York, Van Nostrand and Reinhold Company Ed., 1977.
- Neugarten, B. L.: "Time, age, and the life cycle", *Am. J. Psychiatry*, 7, 1979.
- Neugarten, B. L.: "The Kansas City Studies", en Maddox, G. (comp.), *The encyclopedia of aging*, Nueva York, Springer Publishing Co., 1987.
- Norman, W. H. y Scaramella, T. J.: *Mid life. Developmental and clinical issues*, Nueva York, Brunner and Mazel Publishers, 1980.
- Palmore, E.: "The social factors in aging", en Busse, E. y Blazer, D. G., *Handbook of geriatric psychiatry*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold Company Ed., 1980.

- Salvarezza, L.: "Psicogeriatría: ¿Por qué es un campo inexplorado?", en *Psicología argentina, hoy*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1973.
- Salvarezza, L.: "Carta abierta a todos los médicos que trabajan con viejos", Buenos Aires, *Medicina de la tercera edad*, N° 7-8, 1982.
- Salvarezza, L.: "El concepto de narcisismo en la vejez y su conexión con las depresiones", trabajo inédito presentado ante el Jurado para proveer el cargo de Profesor Titular de la Cátedra de "Tercera edad y vejez" en la Facultad de Psicología, UBA, 1985.
- Strejilevich, M.: "Vejez", en Vidal, G., Bleichmar, H. y Usandivaras, R., *Enciclopedia de psiquiatría*, Buenos Aires, El Ateneo, 1977.

5. LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

1. INTRODUCCION

Hace un tiempo fui invitado a dar una conferencia sobre temas generales de psicogeriatría en una prestigiosa universidad de Buenos Aires como parte de su programa de psicología evolutiva. Como la profesora me había advertido que los alumnos estaban muy entusiasmados con el tema y que querían saber lo más posible sobre la problemática de los viejos no encaré ningún punto en especial, sino que planteé mi participación informalmente, les solicité a los oyentes que trataran de establecer un diálogo a partir de sus deseos y dudas y que, en función de sus preguntas, yo iba a tratar de devolverles mi experiencia clínica. Como podría esperarse del público que tenía, la exposición se fue desarrollando en un nivel muy adecuado, pero habiendo transcurrido un poco más de una hora de diálogo me di cuenta de que aún no había sido formulada una pregunta fundamental, a pesar de que tangencialmente yo había tocado algunos puntos que hubieran dado pie para introducir el tema. Obviamente, el tema evitado era el correspondiente a la forma y función de la sexualidad en los viejos.

Cuento aquí esta anécdota porque muestra en todo su dramatismo la gravedad de las dificultades para encarar este tópico. El público era un calificado auditorio de gente joven, universitaria y, más aun, de una carrera en la cual el tema de la sexualidad se trata en forma exhaustiva. Pero aun así, esta gente se abstenía de preguntar, de saber, de investigar sobre la sexualidad de los viejos, lo cual llevado a sus últimas consecuencias significa negarse a reconocerse como los depositarios de un cuerpo que inevi-

tablemente, y en un determinado momento, va a tener que reorganizar su relación consigo mismo y con los otros cuando la primacía de la genitalidad haya dejado de ser dominante en la organización sexual.

¿Por qué ocurre esto? ¿Por qué los seres humanos, en nuestra individualidad o en nuestras organizaciones sociales, reprimimos tan férreamente nuestra relación con la sexualidad de los viejos?

En primer lugar, podríamos decir que tal vez no sea una excepción, sino que forma parte de una dificultad generalizada para llegar al conocimiento último, científico, de la sexualidad en sus aspectos fisiológicos, psicológicos o sociales, y seguramente no estaríamos errados. Es conocido por todos la enorme cantidad de trabas, internas unas, externas las otras que a lo largo de la historia del desarrollo científico se han opuesto a su conocimiento.

"Todas las evidencias indican con claridad que, tanto en lo individual como en lo colectivo, nuestra inestabilidad sexual, culturalmente inducida, ha traspasado los límites concernientes a la profesión... ¿De qué modo pueden los biólogos, los partidarios de esta teoría, los teólogos y los educadores insistir a conciencia sobre la continuación de un estado masivo de ignorancia de la respuesta sexual humana, en detrimento del bienestar de millones de individuos? ¿Por qué las bases de la fisiología sexual humana deben crear altos niveles de disconformidad personal entre cada hombre y mujer responsables de la dirección de nuestra cultura? No existe hombre ni mujer que no tenga que encararse alguna vez con las tensiones sexuales. ¿Puede permitirse que esta fase de nuestra vida, que afecta a más personas que ninguna otra respuesta fisiológica y es tan necesaria a nuestra existencia, deba permanecer sin el beneficio del análisis objetivo y científico? ¿Por qué entonces la ciencia y los científicos continúan dominados por el miedo — miedo a la opinión pública, a las consecuencias sociales, a la intolerancia religiosa, a la presión política y, por sobre todo, al fanatismo y al prejuicio— tanto dentro como fuera del mundo profesional?" (Masters, W.H. y Johnson, V.E., 1978).

Afortunadamente, la capacidad, el tesón y la falta de temor, tanto de los autores citados como de Krafft-Ebing, Havelock Ellis, Van de Velde, Dickinson, Kinsey, Calderone y, sobre todo, Freud y sus continuadores, nos han permitido modificar, aunque muy lentamente, este estado de cosas y poco a poco hemos podido ir estructurando

nuestros conocimientos en un cuerpo de doctrinas que, gracias a la interconexión de diversas disciplinas, al modificar nuestros prejuicios posibilitan establecer sólidos conocimientos científicos. En la medida que esto se ha desarrollado, paralelamente y como consecuencia lógica, se ha producido una modificación paulatina de la conducta sexual humana manifiesta, aunque, necesario es reconocerlo, también ha proliferado, como un subproducto inevitable, una considerable industria de la pornografía en razón directa del grado de represión anterior. Afortunadamente, esto último será sólo transitorio en tanto el auténtico conocimiento científico seguirá su desarrollo.

Hoy conocemos las intrincadas fantasías que configuran el mundo imaginario de la relación del sujeto-niño con las pulsiones sexuales y las zonas erógenas; la compleja relación simbólica del sujeto-adolescente con su necesidad de afirmarse en su identidad sexual atrapado en la dialéctica de su deseo; y la ominosa presencia de una borrosa realidad cultural preexistente que determina al sujeto-adulto en la más variada búsqueda de alivio a tensiones sexuales que generalmente escapan a su posibilidad de conductas instrumentales adecuadas. Sin embargo, una mano misteriosa parece haber detenido las cosas en este punto, y lo referente a la relación del sujeto-vejejo con su sexualidad, en cualquiera de sus órdenes, sigue siendo inexplorado y una espesa cortina de prejuicios, falacias y cientificismo vician nuestra visión. Pero se necesita algo más que la simple determinación consciente para solucionar este déficit.

Cuando comenzamos a trabajar en el Centro de Salud Mental N° 1 confeccionamos una hoja que servía de guía para las primeras entrevistas que debíamos realizar con los pacientes viejos y, a pesar de que en ella constaban expresamente preguntas sobre el manejo de la sexualidad, nos llevó algo más de un año conseguir que los entrevistadores — médicos y psicólogos con muchos años de experiencia — las formularan. Siempre había excusas de algún tipo: "No tuve tiempo", "Me olvidé", "Estaba sobreentendido", etcétera.

¿Cómo debemos entender esto? Ciertamente no hay una respuesta unívoca. Una serie de factores de diversa índole confluyen para explicarlo.

En primer lugar veamos lo que concierne a los viejos en sí mismos. Hay que reconocer que aún hoy subsiste una fuerte ola de puritanismo que se enraíza — en nuestra

cultura judeo-cristiana — con la fuerte influencia victoriana de fines de siglo pasado. Esto es especialmente notable en los pacientes que vemos hoy en nuestra práctica clínica. En 1988, las personas viejas han nacido en el primer cuarto de este siglo y, por lo tanto, gran parte de ellas provienen de familias constituidas en el siglo pasado. El psicoanálisis nos ha familiarizado con la noción de que el individuo construye su identidad por identificación con las figuras significativas de su infancia. Este proceso de identificación es muy complejo e incluye formas y grados distintos, pero hay una especialmente significativa y es la que se refiere a la identificación con las conductas normativas (superyó) y que se establece en relación con las conductas normativas de los padres. Por consiguiente, estas conductas que abarcan todo lo que el sujeto "debe ser" y todo lo que "no debe ser", y que incluyen la constitución de una escala de valores en cuyo extremo superior está el yo ideal (narcisismo) y en el otro extremo el negativo del yo ideal, se establecen con normas y valores vigentes en el siglo pasado, muy difíciles de modificar por sí solas.

— Esta visión puritana de la sociedad despliega sus aspectos moralistas en conceptos tales como que la sexualidad en los viejos no es ni posible ni necesaria, y si ocurre, no es normal. Se constituye así un doble juicio de valores. Por un lado se niega la sexualidad y la idea de su presencia escandaliza, y por el otro se torna fuerte el clisé de "viejo verde". El viejo queda de esta manera atrapado en la disyuntiva de no tenerla o tenerla, pero ser desplazado por enfermo. Simone de Beauvoir (1970) dice: "Otra barrera es la presión de la opinión. La persona de edad se pliega al ideal convencional que le es propuesto. Teme al escándalo o simplemente al ridículo. Se vuelve esclava del qué dirán. Se imbuye de las consignas de decencia, de castidad, impuestas por la sociedad. Sus propios deseos le avergüenzan, los niega; se rehúsa a ser ante sus propios ojos un viejo lúbrico, una vieja desvergonzada. Se defiende de sus impulsos sexuales al punto de reprimirlos en el inconsciente".

Para entender esto es preciso señalar que lo que aquí aparece denominado como opinión pública, desde el sujeto pertenece al orden imaginario del deseo en el cual éste es el deseo del "otro" al mismo tiempo que se desea ser deseado por el otro. Dentro de esta perspectiva, el acatamiento por el sujeto de lo que cree que el otro espera de él adquiere capital importancia para su equilibrio narcisís-

ta, sobre todo tratándose de una edad en la cual el individuo se ve afectado — real o fantásticamente— por una sensación de pérdida permanente en sus relaciones objetales y por el temor de dejar de ser deseado.

Esta moral puritana impone al mismo tiempo la prohibición de verbalizar esta problemática, lo que implica que a la angustia proveniente de la conflictiva individual se le suma la imposibilidad de buscar ayuda. Con la propia pareja no se habla de estas cosas; o se tiene relaciones o no se las tiene, pero no se habla. Con los amigos no se puede por el temor al ridículo, y si se pudiera no serviría de mucho, atrapados ellos mismos en problemáticas similares. Los hijos suelen ser malos receptores de estos conflictos, dado que la angustia que en ellos se genera suele traducirse en escapismo o en conductas reactivas altamente desfavorables. El consejo religioso indicará resignación. Sólo queda el médico. Pero muchas veces, cuando empujados por una tensión sexual insostenible o por conflictos de pareja por desavenencias sexuales, algunos viejos se deciden a consultar abiertamente, suelen chocar con el silencio cómplice de los profesionales. Sobre este punto volveremos más adelante.

Ahora bien, la impronta que esta moralidad ha dejado en la generación vieja no es la misma para los hombres que para las mujeres. Durante cinco años de trabajo en nuestro servicio, de 102 hombres entrevistados el 6 % manifestó consultar por problemas de índole sexual, incluido uno de 80 años a quien se le había prohibido tener relaciones por un infarto reciente, y que alegaba que su mujer había convencido al médico que lo atendía y que aprovechaba la circunstancia para negarse sexualmente. En cambio sólo el 0,9 % de 218 mujeres entrevistadas consultó por ese problema; el resto, cuando eran interrogadas activamente por los entrevistadores sobre si tenían relaciones sexuales, manifestaban, como respuesta tipo: "¡Ah no!, por suerte ya no más". Más adelante veremos que estas estadísticas nuestras concuerdan bastante con las realizadas en otros lugares y por otros investigadores. Entre tanto tratemos de explicar por qué se produce esta discrepancia.

Nuestra cultura está hecha por los hombres y para los hombres y por lo tanto podemos hablar de una cultura falocéntrica. La mujer ha sido considerada a través de los tiempos como un individuo de segunda categoría. Desde cierto grado de ignorancia popular hasta el portentoso pensamiento científico de algunos grandes sabios, pasan-

do por legisladores y poetas, casi todos han caído en esta trampa que ha acarreado graves consecuencias. Los mismos movimientos de reivindicación feminista en sus comienzos no pudieron sustraerse a la ideología de su época, y cuando hoy estudiamos la historia de sus organizaciones y sus ideales, vemos muy claramente que éstos consistían simplemente en ser como los hombres, *ser hombres*. Se partía, por supuesto, de la idea de que los hombres *eran* superiores y hacia esa superioridad igualitaria se tendía.

En ninguna conducta humana se ve con tanta claridad esta distinción en dos categorías distintas como en lo concerniente a la sexualidad. "Como se puede imaginar a priori, dada la diferencia de su destino biológico y su status social, el caso de los hombres es muy diferente del de las mujeres. Biológicamente, los hombres están en mayor desventaja; socialmente, la condición de objeto erótico desfavorece a la mujer. Enraizado en un hecho biológico, el hombre, desde niño encuentra en su pene un objeto valorizado y valorizante de su personalidad y sobre la valorización de este objeto primero y de su función después, estructura gran parte de su narcisismo. En su pene se reconoce el hombre toda su vida y en él se siente en peligro. El traumatismo narcisista que teme es una falla de su sexo: la imposibilidad de llegar a la erección, de mantenerla, de satisfacer a su compañera" (Simone de Beauvoir, 1970).

Se comprende que la tensión narcisista de ciertos hombres ante las características particulares que el envejecimiento impone a su función sexual, se traduzca en severas crisis de ansiedad y en fuente de crecientes dificultades en su relación intersubjetiva con sus "objetos" eróticos. De esta desventaja biológica no se puede escapar: *al hombre se le nota* y no hay simulación posible. Es fácil comprender la enorme trascendencia sobre los desajustes psicológicos que este hecho tiene, sobre todo en culturas como la nuestra donde el falocentrismo mencionado se traduce en el conocido "machismo".

Si bien la mujer — como veremos en detalle más adelante— es más estable biológicamente, su desventaja social es tremenda. Las viejas que actualmente vemos en la clínica, aun con diferencias particulares dependientes de su ubicación social, presentan un cuadro con bastantes similitudes. Casada muy joven, sin experiencia sexual previa, sin apoyo materno significativo en cuanto al aprendizaje y, lo que es peor, con una madre que frecuen-

temente se ha presentado ante ella como un modelo de identificación sexual negativa, afronta el matrimonio con una clara situación de desventaja con respecto a su marido y con una frecuente sensación de temor, allí donde no debería haber más que deseo erotizado y expectativa placentera. Lamentablemente este temor se ve muchas veces confirmado por la actitud ignorante, inhibida, desconsiderada o brutal —según los casos— de su pareja, y la búsqueda de placer y satisfacción a las tensiones sexuales, poco a poco va dejando paso a una actitud de resignación y de aceptación pasiva de un papel de simple objeto para satisfacción sexual del marido. Se comprende así que una gran mayoría de las mujeres viejas que vemos actualmente en la consulta vivan la interrupción de la sexualidad como un alivio, como una liberación de un sometimiento sufrido durante gran parte de su vida. No es de extrañar entonces que según el doctor Eric Pfeiffer (1969), conductor del Centro para el Estudio del Envejecimiento y Desarrollo Humano de la Universidad de Duke, EEUU, "el 48 % de las mujeres entrevistadas y seguidas durante un periodo de 15 años, habían detenido su actividad sexual cuando sus maridos caían severamente enfermos, se volvían impotentes o morían".

Pero si esta moralidad puritana de mantenimiento en la oscuridad de este tema, aun a costa de las enormes consecuencias psicosociales que acarrea, es particularmente notoria en los viejos que vemos actualmente, no por eso es menos importante en quienes debemos tenerlos a nuestro cuidado. Me refiero a los profesionales médicos, psicólogos, enfermeros o asistentes sociales. A las razones que hemos señalado más arriba, todas ellas valederas y aplicables en este caso, hay que añadir algunas otras, derivadas del hecho de que, generalmente los profesionales somos más jóvenes que nuestros pacientes, llegando a configurarse diferencias mayores de treinta o cuarenta años. Esta diferencia necesariamente introduce puntos de vista distintos, puesto que, si como señalé más arriba, aquéllos han nacido en el primer cuarto de siglo, los últimos son de la segunda mitad y herederos del tremendo avance tecnológico que, como sabemos, ha superado en lo que va del siglo a lo conseguido con anterioridad en toda la historia de la humanidad. La convivencia cotidiana con estos desarrollos que sienten como suyos propios, marca la diferencia con los viejos, que difícilmente puedan adaptarse y quedan, al decir de Margaret Mead

(1971), convertidos en "inmigrantes perpetuos" en el mundo en que viven.

A esto se agrega el enorme vuelco que a partir de la década de 1960 ha experimentado la condición de la juventud en todos los órdenes del contexto social. Súbitamente la juventud fue catapultada al primer plano de las artes, deportes, política y negocios, y como consecuencia, estos jóvenes exitosos se ofrecieron como modelos de identificación horizontal de su generación, desplazando a los mayores, quienes hasta entonces habían ocupado ese lugar.

En otro trabajo (1973) he señalado que "en lo cotidiano hay un hecho de objetivación muy simple a la par que divertido: no hace muchos años, los jóvenes querían llegar rápidamente a ser 'grandes' para vestirse como sus padres (sombbrero, tacos altos), en tanto que hoy en día la moda la impone la juventud, pues son los padres los que están compelidos a copiarlos so pena de quedar obsoletos. Como ocurre con toda manifestación destacable en nuestra cultura actual el mercado de consumo se apropió de este encomiable avance y lo comercializó en *slogans* tales como "la generación de Pepsi" o "el mundo de Coca-Cola". Lobsenz (1974) señala: "Otra fuente de puritanismo sexual contra la vejez son los clisés de una sociedad fijada a la juventud. Los avisos comerciales de la televisión nos dañan un estereotipo en el que la sexualidad existe sólo para la gente linda con músculos duros y cuerpos ágiles; la idea de personas viejas gozando —fofas, arrugadas y todo lo demás— se nos aparece primero como lúbrico y luego como repugnante". Influenciada por los medios masivos de comunicación la juventud ha terminado por creerse la depositaria de la totalidad de la sexualidad y del placer, negando y descalificando la de los viejos. La doctora Mary Calderone, Directora Ejecutiva del Consejo de Educación y de Información Sexual de EEUU y una de las autoridades mundiales en educación sexual, fue llamada en una oportunidad para responder a preguntas sobre el tema, ante una audiencia de jóvenes de colegios secundarios. Cuando un desprejuiciado joven le preguntó sorprendentemente "¿Cuántos años tiene usted?... ¿Es usted casada?... ¿Todavía tiene relaciones sexuales?", los estudiantes prorrumpieron en risotadas. La doctora Calderone, portadora de una personalidad caracterológicamente fuerte, cuando las risas se aplacaron, dijo: "La respuesta a la primera pregunta es 64... y la respuesta a las otras dos es sí". Luego agregó: "La juventud no tiene el monopolio de

Prof
de
Culpolumi

la sexualidad... eso es algo que irá con ustedes toda la vida" (1960).

Al negarse a reconocer la sexualidad de los viejos, los jóvenes y los adultos se niegan a reconocerse a sí mismos en los viejos que serán, en sus deseos y en sus posibilidades, y esto, si no lo modifican, inevitablemente les acarrearán tremendas consecuencias cuando no sepan cómo lidiar con la vejez. Para comprender las dificultades que enfrentan los profesionales jóvenes para abordar el tema de la sexualidad y la vejez, a estas razones ideológicas hay que agregarles otras, psicológicamente más profundas.

El conflicto triangular edípico, con todo el interjuego de alianzas erotizadas y exclusiones; las fantasías de la pareja combinada, el ataque intrusivo por parte del niño y la posterior renuncia represiva a la que tiene que someterse para poder asumir su propia identidad, retornarán luego desde el inconsciente como una negación casi universal de la sexualidad de los propios padres, y por desplazamiento defensivo se extenderán a todas las personas mayores. Aceptar la sexualidad de los viejos implicará aceptar la de los propios padres y, al hacerlo, reinstalará el primitivo objeto del deseo infantil; entonces el joven deberá enfrentarse con una nueva puesta en escena de un conflicto temido a la vez que doloroso, ya que lleva el sello ineluctable de la primera derrota.

En la persistencia activa de este conflicto inconsciente debemos buscar las razones profundas de nuestras dificultades profesionales —y también como individuos— para comprender y desarrollar científicamente el conocimiento sobre la sexualidad en la vejez. Pero debemos saber que si no conseguimos hacerlo estamos expuestos a sufrir una segunda y definitiva derrota: no poder comprender ni manejar nuestra propia sexualidad cuando nuestras limitaciones psicofisiológicas nos muestren que hemos llegado a la vejez.

Resumiendo, la persistencia de conflictos infantiles inconscientes en relación con nuestros propios padres —reales o imaginarios—; la persistencia de concepciones ideológicas moralistas, transmitidas por el interjuego de las identificaciones primarias y la reactualización represiva impuesta por factores dominantes en nuestra cultura actual, se conjugan para mantener una conducta de negación activa sobre el conocimiento psicobiosocial de la sexualidad de los viejos, convirtiéndola, de hecho, en un problema. En lugar de poder acceder a ella con un auténti-

co conocimiento científico sólo podemos manejarlos con pseudoconocimientos, mezcla de prejuicios y falacias. Para romper esta visión errónea debemos comenzar por revisar cuidadosamente las investigaciones realizadas hasta el momento, las que nos marcarán cuál es la realidad que subyace en la intimidad de la vejez.

2. DATOS ESTADÍSTICOS

En la década de 1940, Alfred Kinsey, profesor de zoología de la Universidad de Indiana, EEUU, emprendió por primera vez la enorme tarea de estudiar la conducta sexual humana, y sus resultados fueron presentados en 1948 y 1953 en libros separados, con conclusiones sobre hombres y mujeres, respectivamente. Su método consistió en entrevistar a 12.000 personas (5300 hombres y 6700 mujeres) y aplicando luego tablas y gráficos de tabulación estadística, de manera que los datos que poseemos son de naturaleza fundamentalmente sociológica y casi no dan cuenta de los aspectos psicológicos ni fisiológicos involucrados. No hay demasiados datos en lo que a la vejez se refiere, dado el escaso número de viejos entrevistados (126 hombres y 56 mujeres mayores de 60 años). El hecho de que solamente el 1,5 % de los entrevistados fueran mayores de 60 años, en tanto que la población mayor de 60 constituía entonces el 14 % de la población total de EEUU, ejemplifica muy claramente la dificultad que señalé más arriba. Pero hay otro hecho más interesante y significativo. Mientras el estudio estadístico de los hombres, sin ser demasiado amplio, arroja algunos datos importantes, no ocurre lo mismo con el de las mujeres. Casi no se puede recoger algo que vaya más allá del problema de la menopausia y de sus consecuencias.

Para lo que concierne a nuestro estudio sólo voy a señalar que, según este informe, el trazado de la curva que mide en los hombres la relación de la impotencia con la edad es la siguiente: 55 años, 8 %; 60 años, 10 %; 65 años, 25 %; 70 años, 27 %; 75 años, 57 % y 80 años, 75 %.

Años más tarde, en el Centro de Estudios para el Conocimiento de la Vejez en la Universidad de Duke, EEUU, el doctor Eric Pfeiffer realizó un estudio longitudinal, es decir de entrevistas realizadas con los mismos individuos durante 15 a 20 años. Si bien los resultados no son fáciles de obtener y además son de compleja interpreta-

ción, hay algunas cosas que mencionar y que refuerzan y valoran el estudio de Kinsey.

Aquí encontramos que 2 de cada 3 hombres mayores de 65 años y que 1 de cada 5 mayores de 80 años son activos sexualmente y que en los últimos, si bien su actividad declina, su interés continúa. La mitad del grupo de 80-90 años manifestó un moderado grado de interés. Estos datos fueron confirmados por un interesante e inquietante estudio realizado por el doctor Charles Fisher en el laboratorio para el Estudio del Sueño del Mount Sinai Hospital de Nueva York. Este investigador desarrolló técnicas para estudiar los periodos de sueños que se producen durante el dormir y por la aplicación de una compleja red de electrodos detectó que durante el soñar, los sujetos mueven los ojos siguiendo la dirección de la escena en la que se desenvuelve el sueño. A esto lo denominó periodos REM (*rapid eyes movement*). Estos experimentos han sido ampliamente difundidos y se conocen universalmente, de manera que no me extenderé sobre ellos. Pero hay uno que nos interesa especialmente.

El doctor Fisher desarrolló técnicas para detectar y medir las erecciones penianas que se producen durante los periodos REM. Luego reunió un grupo de 21 hombres entre 71 y 96 años, los cuales pasaron varias noches durmiendo con los aparatos que registraban el trazado electroencefalográfico y la posible erección peniana. Durante los periodos REM, el 75 % de los hombres — incluido el de 96 años— tuvo erecciones. Todos los sueños que luego fueron relatados tenían algo que ver con temas sexuales. Volviendo al estudio de la Universidad de Duke, las cifras de las mujeres son totalmente distintas y revelan muy claramente las diferencias que para ambos sexos he señalado más arriba; como ejemplo digamos que una de cada 3 mayores de 60 años comunica interés sexual pero sólo una de cada 5 tiene relaciones.

Otro punto que es importante señalar y acerca del cual hay coincidencias en los estudios de Kinsey y de Pfeiffer es que existen diferencias notorias en el comportamiento sexual, según la clase social a la que se pertenezca. En general, los sujetos pertenecientes a las clases media baja y baja son más activos sexualmente que los de las clases media alta y alta, y los hombres de campo lo son más que los de las ciudades. "La condición social del sujeto influye en sus actividades sexuales. Estas se prolongan más entre los trabajadores manuales que entre los intelectuales, en los hombres cuyo nivel de vida es más bajo que en los de

las clases acomodadas. Los obreros, los campesinos tienen deseos más directos, menos sometidos a los mitos eróticos de los burgueses; los cuerpos de sus mujeres se estropean rápidamente sin que cesen de tener relaciones con ellas; viejas, les parecerán menos arruinadas que en el caso de los privilegiados. Además, se imaginan menos a sí mismos que los empleados de oficina. Y se sienten menos molestos por la censura social. A medida que se baja en la escala social, aumenta la indiferencia a la opinión. Los viejos que viven al margen de las convenciones — linyeras y vagabundos, pensionistas de asilo— tienen relaciones sexuales sin avergonzarse, incluso delante de testigos" (Simone de Beauvoir, 1970).

3. DATOS FISIOLÓGICOS

Los datos de estas encuestas, si bien deben servirnos como referencia, tienen el inconveniente de que desnaturalizan un tanto las observaciones por el afán de forzar las comparaciones estadísticas. Eran necesarias nuevas investigaciones, realizadas con análoga minuciosidad pero que no se atuvieran solamente a los aspectos sociológicos del problema, sino que incluyeran los datos de la fisiología, y esto se logró más de 20 años después de aparecer estos trabajos pioneros.

William H. Masters y Virginia E. Johnson, investigadores de The Reproductive Biology Research Foundation de St. Louis, Missouri, fueron los encargados de un estudio minucioso y profundo sobre la fisiología de la respuesta sexual humana en sus más variadas formas. Para ello no sólo apelaron al interrogatorio de un elevado número de personas de ambos sexos y variadas edades, sino que en sus laboratorios observaron directamente las respuestas de los sujetos durante el desarrollo de las funciones mismas. Se pudo así, por primera vez, tener un acceso directo al estudio científico de las funciones fisiológicas que son parte de conductas que hasta entonces habían estado reservadas sólo a la intimidad de las alcobas o a la promiscuidad de la pornografía.

A pesar de que los resultados de sus investigaciones han sido ampliamente difundidos en varios libros de capital importancia, en este punto me extenderé en la reproducción y consideración de algunos de sus descubrimientos por dos razones fundamentales: 1) porque parece increíble que, no obstante la seriedad e importancia de

estos estudios, la enorme mayoría de los psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras continúan ignorándolos a pesar de que — o tal vez a causa de que— muchas de las teorías sexuales que integran sus esquemas referenciales han dejado de tener preeminencia a la luz de estos resultados. En esto se le hace muy flaco favor al genio investigador, abierto y dúctil de Freud, quien sostenía: "Debería aclararse con toda precisión que lo incierto de nuestras teorías ha aumentado la necesidad de indagar en las ciencias biológicas. La biología es verdaderamente un campo de posibilidades ilimitadas. Podemos esperar de ella la información más sorprendente, pero no conjeturar qué respuestas podrá darnos en algunas docenas de años a las preguntas que le hemos hecho. Es posible que éstas destruyan por completo las estructuras artificiales de nuestra hipótesis" (1905); 2) porque en el aspecto específico de la psicogeriatría, la función del especialista no debe ser solamente comprender la problemática sexual que nos plantean nuestros pacientes, sino, además, pedagógica en el sentido más amplio de la palabra. Para esto debemos comenzar por saber cómo es la respuesta sexual fisiológica de los viejos para poder entender luego las conductas de interrelación que a partir de ellas se harán posibles.

El estudio de Masters y Johnson se realizó con la participación activa de 382 mujeres comprendidas entre 18 y 80 años, de las cuales 34 (8,9 %) eran mayores de 51, y de 312 hombres entre 21 y 90 años, con 39 (12,5 %) mayores de 51; con posterioridad se incorporaron al estudio 276 matrimonios. Además de la observación directa, el estudio se completó con entrevistas realizadas a 619 mujeres, 192 de ellas (24,5 %) mayores de 51, y 654 hombres, con 252 (38,5 %) mayores de 51.

Aunque como se notará, el grupo geriátrico era pequeño, su contribución fue muy amplia y cooperaron durante más de cuatro años en la investigación. "Será necesario un período de otros diez años para obtener la colaboración de un número suficiente de personas añosas, de manera que la investigación tenga valor estadístico. Con el material existente puede sugerirse una impresión clínica más que establecer un hecho biológico" (Masters y Johnson, 1978).

En el estudio directo sobre la participación activa de las mujeres se observaron con sumo detalle las respuestas de los órganos genitales internos y externos como así también los extragenitales (senos, piel, músculos, uretra,

vejiga y recto). A los fines aquí considerados voy a resumir las principales características.

Con la edad disminuye la reacción normal de vasodilatación de los senos frente al aumento de la tensión sexual y, por consiguiente, no se produce su característico aumento de tamaño. Sin embargo, la erección del pezón como signo externo de elevada tensión sexual, se mantiene, y su respuesta a cualquier tipo de estímulo específico efectivo se produce con facilidad. La vasodilatación superficial que se traduce en enrojecimiento de algunas partes del cuerpo y el aumento de la tensión muscular estriada en respuesta al estímulo sexual van disminuyendo con la edad. La respuesta clitorideana — aumento del cuerpo esponjoso por vasodilatación— continúa en el grupo de mujeres de 70 años, pero la reducción del nivel hormonal produce una pérdida del tejido adiposo y elástico de los labios mayores, así como una pérdida de la reacción de la piel de los labios menores. La secreción de las glándulas de Bartholin es más lenta desde el envejecimiento y decrece paulatinamente desde entonces, hasta extinguirse. De cualquier manera, siempre es mucho menor que en la mujer joven.

Pero donde se manifiestan las mayores modificaciones y que son las que en definitiva producen los mayores trastornos, es en la vagina. Estas son consecuencia directa de la disminución de esteroides que se producen con el aumento de la edad. Después de que el ovario disminuye o cesa su producción, las paredes vaginales comienzan a involucionar. En lugar del aspecto rugoso, grueso, rojo purpúreo de la vagina bien estimulada, se observa un adelgazamiento de las paredes, que pierden rugosidad y toman un color rosado pálido. Las paredes de la vagina senil son tan delgadas que dan la impresión de que pudiera verse a su través. Además disminuye en longitud y en anchura y revela disminución de la expansividad por el menor grosor de las paredes. La plataforma orgásmica, cuyas contracciones son responsables de las reacciones correspondientes al orgasmo, ocurren en la mujer de edad de la misma manera que en la mujer joven, con la diferencia de que duran menos tiempo. En tanto que en ésta se producen de 5 a 10 veces (popularmente 5 a 10 orgasmos), en la mujer postmenopáusica se repiten entre 3 y 5 veces. Masters y Johnson encontraron entre las mujeres estudiadas que en dos de ellas, ambas de 60 años, y en una de 70, que mantenían una actividad sexual normal con regularidad, estas contracciones se repetían hasta siete

veces. El útero involucre con el tiempo notablemente en su tamaño; sin embargo, las contracciones uterinas que acompañan al orgasmo siguen produciéndose y pueden exteriorizarse en calambres dolorosos.

Es preciso señalar que si bien todas estas modificaciones constituyen la prueba de la falta de hormonas sexuales en la postmenopausia y que, por lo general la intensidad de las reacciones fisiológicas y la duración de la respuesta anatómica a la estimulación sexual efectiva se reduce con los años, esto de ninguna manera implica asumir que la mujer vieja no pueda mantener una capacidad amatoria que satisfaga plenamente sus deseos, los que estarán determinados por su edad, su experiencia y capacidad de goce previo y, sobre todo, por la ejercitación regular de su sexualidad. "A pesar de los cambios involutivos de los órganos reproductores, la mujer añosa puede presentar una respuesta sexual normal al nivel orgásmico de tensión sexual, en particular si se expone de manera regular a una estimulación sexual efectiva. La falta de esteroides reduce en primer término la rapidez e intensidad de la respuesta fisiológica. Cuando existe reducción en el nivel de tensión psicológica, por lo general es secundaria a la pérdida de la capacidad fisiológica y no efecto directo de la falta de esteroides" (Masters y Johnson, 1978).

En los hombres, más que en las mujeres, una palabra puede ser utilizada para definir la acción del paso del tiempo sobre la respuesta sexual: lentificación. "En el hombre de edad, las mayores diferencias en la respuesta sexual se relacionan con la duración de cada una de las fases del ciclo sexual. En oposición al joven, que presenta una erección casi inmediata, rápido acoplamiento y rápida eyaculación, el hombre añoso (en particular después de los 60) es lento en la erección, en el acoplamiento y en la eyaculación... muchos hombres en la mitad de su cincuentena, al final de ésta o en los 60, advierten que no pueden desarrollar erección peneal por un período de 12-24 horas después de una eyaculación" (Masters y Johnson, 1978). A medida que envejece el hombre es más lento para llegar a la erección y esto con independencia de la efectividad de la técnica estimuladora empleada. Una vez alcanzada, esta erección puede mantenerse durante largos períodos antes de la eyaculación. Esto, por supuesto, no incluye a aquellos que han tenido eyaculación precoz a lo largo de su vida. Una vez alcanzada esta erección completa, si por alguna razón se pierde sin que haya ocurrido la eyaculación, se hace sumamente difícil retornar

a la fase de excitación y recuperar la erección. Hay que señalar que la erección peneal completa en el hombre viejo no se obtiene hasta los momentos previos a la eyaculación. El orgasmo masculino tiene su expresión biológica en la expulsión del semen por los órganos primarios y secundarios de la reproducción. Esto se realiza en dos etapas: 1) la expulsión del semen desde los órganos accesorios hacia la uretra prostática, y 2) el progreso del semen a través de la uretra membranosa y esponjosa hasta llegar al meato uretral. Desde el punto de vista subjetivo, en la primera etapa se produce la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, de que "la eyaculación se aproxima". En este momento ya no se puede ni demorar ni controlar el proceso y entre éste y la salida del semen al exterior hay un breve intervalo de dos o tres segundos.

A medida que el hombre envejece, el proceso de eyaculación se reduce en su eficiencia fisiológica. La eyaculación no sólo se altera en su integridad fisiológica sino también en la progresión subjetiva. En otros términos, en lugar del proceso en dos tiempos que he señalado, en el viejo se produce una única etapa de expulsión seminal. Suele no producirse la sensación de inevitabilidad eyaculatoria y puede no existir la satisfacción psicosexual de las contracciones peneanas.

Vemos aquí, al igual que lo hemos señalado más arriba para la mujer, que las variaciones fisiológicas que determinan la mayor lentitud, de ninguna manera deben implicar la apreciación de que el hombre no puede obtener satisfacción y placer en el ejercicio de su actividad sexual, como veremos enseguida.

4. CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS

Toda consideración psicológica sobre el tópico que estamos tratando debe partir de algo que, por muy sabido, muchas veces se olvida o confunde: "De acuerdo con la concepción corriente, la vida sexual humana consiste esencialmente en el impulso de poner los órganos genitales propios en contacto con los de una persona del sexo opuesto", pero "Es necesario establecer una neta distinción entre los conceptos de lo 'sexual' y lo 'genital'. El primero es un concepto más amplio y comprende muchas actividades que no guardan relación alguna con los órganos genitales" (Freud, 1938).

Es sabido que el concepto de sexualidad adquiere capi-

tal importancia en la estructura de la teoría psicoanalítica y que tiene un papel de pivote estructurante de ella. Por esa razón, por estar en el eje, se convierte en tan fundamental que hace difícil su delimitación conceptual. No obstante, intentaré ordenar algunos conocimientos que nos sirvan para orientarnos en nuestro tema.

Psicológicamente, la sexualidad ha sido definida como el conjunto de los impulsos, conductas, emociones y sensaciones que están intrínsecamente relacionados con la actividad reproductiva o con el uso de los órganos genitales como fuente de satisfacción. En tal forma fue conceptualizada antes de los descubrimientos trascendentales del psicoanálisis, que llamaron la atención sobre el hecho de que la sexualidad adulta tiene su precursor en una sexualidad infantil, que existe desde la constitución misma del individuo en forma de una pulsión ubicada en el límite entre lo psíquico y lo somático, es decir, como una conducta predeterminada en sus posibilidades de acceder a objetos y fines más o menos específicos. La energía de esta pulsión fue definida por Freud como destinada a la búsqueda de placer y posteriormente por Fairbairn y seguidores, como buscadora de objetos.

Cualquiera que sea el punto de vista teórico que se adopte hay, sí, una cosa en común: la sexualidad infantil es contemporánea con el desarrollo del sujeto y se manifiesta en sus primeros años de una forma polimorfa, sin centrarse específicamente en los órganos genitales. Cualquier parte del sujeto puede constituirse en sí y por sí en una zona erógena capaz de ser asiento de una excitación de tipo sexual. Paulatinamente y luego de un largo y difícil recorrido en el cual el sujeto, para constituirse como tal, debe soportar prohibiciones y aceptar sacrificios, estas pulsiones van confluyendo en la erotización, tanto de los órganos genitales como de su función. A partir de allí se instaura la genitalidad adulta que desde la pubertad en adelante, será la exteriorización más visible de la sexualidad, pero que siempre estará dominada en sus manifestaciones por las vicisitudes que ésta haya sufrido en el desarrollo de la inserción del sujeto dentro del orden simbólico sociocultural. De esta forma, la genitalidad queda subsumida en el movimiento más abarcativo de la sexualidad, de la cual sólo es un representante, pero no el único.

Los individuos que soportan una disminución o desaparición de sus funciones genitales no por eso son asexuados y deberán realizar su sexualidad a pesar de sus limita-

ciones. Justamente, éste es el problema del viejo. Por esta razón y a pesar de que los estudios citados anteriormente — Kinsey, Pfeiffer y Masters y Johnson— parecen centrados en la función genital, prefiero mantener la expresión *sexualidad* porque nos permitirá descubrir y describir la dimensión psicológica que subyace a las diversas formas de su funcionalidad.

Así definida, la sexualidad puede aumentar, disminuir, desplazarse, dando contenido a infinidad de conductas que, para un observador no advertido, podrían pasar desapercibidas o llevarlo a pensar que nada tienen que ver con ella. Simone de Beauvoir (1970) da una descripción que merece ser citada *in extenso*, tanto por su concepto como por su forma. "Las actividades sexuales tienen una pluralidad de fines. Apuntan a resolver la tensión creada por el impulso sexual y que — sobre todo en la juventud— tiene la violencia de una necesidad. Más tarde, salvo en el caso de que padezca en ese plano de una grave frustración, el individuo busca más que una liberación, un placer positivo; lo alcanza en el orgasmo; éste va precedido y acompañado de un cortejo de sensaciones, imágenes, mitos que procuran al sujeto 'placeres preliminares' resultantes de la descarga de 'impulsos parciales' arraigados en la infancia, y que pueden tener para el sujeto tanto o más valor que el orgasmo mismo. Esta búsqueda de placer rara vez se reduce al simple ejercicio de una función; por lo común es una aventura en que cada miembro de la pareja realiza su existencia y la del otro de una manera singular; en el deseo, la turbación, la conciencia se hace cuerpo para alcanzar al otro como cuerpo, fascinarlo y poseerlo; hay una doble encarnación recíproca y transformación del mundo del deseo. La tentativa de posesión fracasa fatalmente, puesto que el otro sigue siendo sujeto; pero antes de concluir, el drama de la reciprocidad es vivido en el abrazo bajo una de sus formas más extremas y más reveladoras. Si adopta la figura de una lucha, engendra hostilidad; las más de las veces implica una complicidad que inclina a la ternura. En una pareja que se ama con un amor en que se suprime la distancia del yo al otro, aun el fracaso es superado". Pero no sólo está involucrada esta relación con el otro, sino que la relación con uno mismo, narcisista, está ampliamente determinada por la sexualidad. No sólo se reconocen y valorizan en sus atributos masculinos o femeninos sino que el ejercicio de la función se erotiza y ordena el curso de la actividad amorosa.

Se comprende que así definida, la sexualidad no tiene límite de edad para su exteriorización; desde el nacimiento hasta la muerte siempre estará con nosotros. Podrán variar sus manifestaciones, pero sólo eso. Ya sea que se busque la descarga de tensión, o el placer con el otro, o una afirmación narcisista de sí mismo o todos estos fines al mismo tiempo, la dialéctica del deseo no se interrumpe nunca; sólo la represión, interna o cultural, la distorsiona de manera nefasta, produciendo no sólo los graves trastornos que vemos diariamente en los viejos privados del deseo de desear, sino también nuestras absurdas creencias prejuiciosas sobre ellos.

5. CONSIDERACIONES CLINICAS

Un estudio detallado de las aportaciones de los campos de la sociología, la fisiología y la psicología, sumado a la experiencia clínica diaria, nos permiten extraer tres premisas fundamentales que es importante recalcar de entrada para poder contraponerles luego las desviaciones que deberemos considerar como diversos grados de perturbación o patología.

A.) No hay ninguna causa para que un sujeto, en un razonable buen estado de salud general, no pueda continuar experimentando deseos sexuales y ejercitando su función genital hasta estadios de edad muy avanzados.

B. La posibilidad de que esto ocurra efectivamente está en razón directa de la actitud que el sujeto haya tenido para con su sexualidad a lo largo de toda su vida. Aquellos que han sabido gozar de ella, convirtiéndola en fuente de placer en el goce compartido y de autoafirmación de su identidad deseante más allá de los tabúes, prejuicios e imposiciones socioculturales, son los que se mantienen activos durante más tiempo. Por el contrario, los que han actuado con temor, repugnancia o rechazo y los que la han acatado sólo como imposición, son los que antes invocarán las razones de la edad para retirarse.

C.) En ningún caso debe tomarse comparativamente como medida de normalidad la actividad de la juventud o la adultez joven. Cada momento de la vida tiene sus propias posibilidades funcionales. Así como un sujeto joven puede jugar sin mayor esfuerzo cuatro o más partidos de

tenis seguidos, cuando llegue a viejo seguramente no podrá hacerlo y tendrá que dedicarse a jugar 18 hoyos de golf a paso tranquilo, que no por eso será menos placentero. Con la sexualidad pasa lo mismo. Kinsey ha demostrado que la frecuencia promedio de las relaciones sexuales a los 30 años es de 3 veces por semana y que disminuye a 1 a los 60 años y a 0,3 a los 75. Pero esto no tiene nada que ver con el placer; éste se obtiene del ejercicio de la función y no de la cantidad. Una vez cada 20 días a los 75 años es tan satisfactorio y placentero como tres o más a la semana a los 30. A este respecto no hay que olvidarse que el peor enemigo del viejo lo encuentra en la comparación con él mismo cuando joven.

Como ya hemos visto, las modificaciones fisiológicas que la vejez impone, son lo suficientemente importantes como para provocar trastornos funcionales si el sujeto no cuenta con un adecuado desarrollo psicológico que le permita sobreponerse a este déficit, a la par que enfrentar las condiciones desventajosas que su inserción sociocultural le determina. Veamos cómo se presentan las cosas desde el ángulo de la clínica.

Es evidente, está comprobada y medida, la disminución de esteroides que se produce en la mujer a partir de la menopausia; sin embargo, el grado de influencia que esta reducción tiene sobre las funciones sexuales no se ha establecido aún con precisión. No obstante es frecuente, tanto en los pacientes como en muchos médicos atribuir todas las molestias físicas y trastornos psicológicos a esta causa. Gran cantidad de mitos rodean el concepto de menopausia, incluyendo el temor a la locura, el final del deseo, la pérdida del atractivo femenino y, sobre todo, la idea de la inevitable depresión. Conviene leer conceptos controvertidos tales como los de Helene Deutsch, Thérèse Benedek, Marie Langer y Bernice Neugarten. Especialmente esta última (1970) insiste en que la mayoría de las mujeres experimentan solamente problemas mínimos, pero como están condicionadas por expectativas culturales en contra, es muy frecuente que presenten reacciones psicológicas adversas. Lo único que podemos afirmar por el momento es que este factor posee sólo una acción indirecta sobre la capacidad e impulso sexuales, pero de ninguna manera un control absoluto. Esta acción indirecta se manifiesta a través de los factores mecánicos que resultan del desajuste endocrino. Muchas mujeres con una actividad sexual normal durante toda su vida comienzan a sentir malestar físico durante o inmediata-

mente después del coito a partir de la menopausia. Se quejan de dolor a la penetración o si el coito es muy prolongado; sensación vaginal quemante; dolor pelviano permanente o de tipo contractivo. Puede ser seguido de sensación de irritación al orinar que dura hasta 24-36 horas después de la relación. Esta dispareunia y disuria adquiridas son provocadas por los factores que he señalado más arriba: al adelgazar las paredes vaginales y disminuir la lubricación, éstas se hacen más fácilmente irritables; la disminución del tamaño de la vagina, sumada a lo anterior disminuye la protección que los tejidos elásticos brindan normalmente a la uretra; las contracciones uterinas se hacen espasmódicas en el orgasmo y duelen. Estas modificaciones afectan tanto a las mujeres mayores de 55 años, que frecuentemente suelen evitar la experiencia del orgasmo y aun el coito mismo.

Pero esta aceptación pasiva del malestar se produce sólo en aquellas mujeres que, como he dicho, han tomado la relación sexual no como fuente de amor y placer, sino simplemente como formando parte de los "deberes conyugales". Llegado este momento pueden invocar las molestias —generalmente magnificándolas— para desligarse poco a poco de la actividad sexual. Pero es necesario saber que todas estas molestias tienen un remedio relativamente fácil con la institución de una terapia hormonal balanceada de estrógenos y progesterona. Muchos de los trastornos mecánicos no desaparecerán, pero si se conseguirá que desaparezcan las molestias que ocasionan, lo que equivale a decir que no van a dar pie para el apoyo de conductas de rechazo neurótico. Por otra parte, hay que señalar que la terapéutica hormonal no produce por sí misma un aumento del erotismo o de la respuesta sexual, como muchas personas parecen creer. Lo que ocurre es que al disminuir los trastornos mecánicos, secundariamente se alivian los malestares y es posible recobrar el nivel de excitabilidad y goce que había disminuido o desaparecido por completo.

Stern y Prados (1946) sostienen que no existe correlación entre la intensidad de los síntomas físicos y la disminución hormonal, y que la oportunidad y forma de estos trastornos se ven afectadas por graves problemas de desajuste psicológico, lo cual se comprueba por el hecho de las enormes variaciones individuales que se registran, tanto en las mujeres seguidas en los estudios anteriormente señalados como en la clínica privada. No hay que olvidar, por ejemplo, que en las mujeres con una práctica

sexual regular y sostenida es más raro encontrar estas dificultades. Todos los autores están acordes en señalar la importancia que tiene la actividad sexual regular sobre la prevención de la aparición de trastornos en el desempeño sexual de las mujeres viejas.

Masters y Johnson (1978) señalan que en tres mujeres mayores de 60 años se observó repetidas veces la expansión y lubricación vaginal a pesar del adelgazamiento senil de las paredes vaginales y el encogimiento de los labios mayores. Estas mujeres mantenían una actividad sexual regular una o dos veces por semana.

Kinsey (1953) señala que las mujeres que tuvieron un matrimonio feliz, bien ajustado y estimulante, continúan en los años de menopausia y aun posteriormente su actividad sexual con poca o ninguna interrupción. Pfeiffer (1969), que estudió a un grupo de personas durante 15 a 20 años, sostiene que si la mujer ha sido frígida o si su actividad no ha sido regular, es razonable esperar o una disminución o conductas de franca intolerancia hacia toda forma de actividad sexual.

Se puede decir sin temor a equivocarse que la enorme mayoría de los trastornos que se observan en la menopausia son consecuencia directa de desórdenes neuróticos que han pautado la vida de la paciente con anterioridad a este período. La falta de sensación de bienestar y los trastornos físicos sólo contribuyen a aumentar y reactivar patrones de conducta anteriores.

Numerosos autores señalan que muchos de estos problemas tienen relación directa con las funciones imaginarias relacionadas con el embarazo y la maternidad. Toda la gama de conflictos posibles pueden hacer eclosión en este preciso momento, en el cual la posibilidad real se enfrenta con lo irreversible.

En ciertos estratos sociales, ya sea por pensamiento primitivo o por falta de educación, o por ambas cosas a la vez, existe la creencia arraigada entre las mujeres de que con la menopausia se interrumpe la actividad sexual, y la adscripción a esta creencia determina que generalmente ocurra.

Un factor que hay que tener en cuenta es el estado civil de la mujer. Aquellas que están casadas o mantienen una relación de pareja estable tienen más probabilidades de mantenerse regularmente activas sexualmente que las que no lo están. El problema en estas mujeres se suele presentar por otro lado. Estadísticamente la mujer es cuatro años menor que el marido y muchos de ellos, en virtud de

su edad, suelen presentar todos los tipos de trastornos que hemos señalado más arriba y que le quitan atractivo a la actividad sexual o hacen imposible su regularidad, cuando no desaparece totalmente. Obviamente en nuestra cultura las relaciones extramatrimoniales para estas mujeres son prácticamente imposibles; lo mismo puede afirmarse para las solteras, viudas o separadas. La condición sexual de la mujer vieja y sola es terrible y las diferencias con los hombres son notables. Gustan menos a los hombres jóvenes que los viejos a las jóvenes. "Un hombre joven puede desear a una mujer lo suficientemente grande como para ser su madre, pero no su abuela", dice Simone de Beauvoir (1970), y desgraciadamente la realidad confirma esta magnífica ironía.

Los informes señalados muestran que en la medida en que los contactos sexuales se reducen por viudez o divorcio, las mujeres suelen retomar hábitos masturbatorios anteriores, como un intento de salida de la penosa situación de frustración de sus deseos activos.

Masters y Johnson (1978) señalan que "Debe considerarse la tendencia de nuestra población hacia una sociedad senil de mujeres sin hombres. Alrededor del 10 % de las mujeres no se casan nunca. Además, la longevidad no es igual en ambos sexos. Como resultado de esto, cada vez es mayor el número de mujeres que pasan sus últimos días sin esposo. Muchos miembros de este grupo revelan su inseguridad básica dedicándose de lleno a la religión, al trabajo social voluntario o sobrevigilando a sus hijos o nietos. Privadas de la salida sexual normal, se agotan físicamente en un esfuerzo consciente o inconsciente para disipar la tensión sexual acumulada y a menudo no reconocida". Butler (1973) agrega que muchos de los llamados problemas de la vejez en realidad son los problemas del enorme número de mujeres viejas que en cantidad cada vez mayor viven sin un hombre a su lado.

Puede decirse razonablemente que la vejez, especialmente entre los muy viejos es mayormente un problema para las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo. En EEUU, en la actualidad la relación entre las personas mayores de 65 años es de 80 hombres por cada 100 mujeres, pero para 1990 se estima que la relación será de 68 a 100.

Finalmente hay que mencionar otro factor de suma importancia en la consideración de la sexualidad de la mujer. En muchas de ellas, la escala de valores que determina la medida de su narcisismo incluye un yo ideal de

características físicas hermosas y siempre joven. La búsqueda de satisfacer este ideal provoca en ellas una desmesurada conducta ansiosa con preocupación permanente por su apariencia física, cuidado personal y por su posibilidad de seducción. Cuando el paso del tiempo comienza a traer los signos irreversibles del proceso de envejecimiento — arrugas, pérdida de tersura en la piel, manchas seniles, gordura selectiva, várices etc.—, suelen generarse fuertes sensaciones de tensión narcisista que acarrear serios trastornos de la personalidad y que pueden organizarse en variados cuadros psicopatológicos. Pero aquí importa señalar actitudes opuestas y extremas que tienen suma importancia para el desarrollo de la relación sexual con su pareja. Una puede tener un colapso reactivo y producir un ataque vuelto contra sí misma, llegando a una situación de descuido, desaliño, gordura y suciedad. La otra puede llegar a exagerar grotescamente su intención de mantener la apariencia de juventud y se pintarraja o viste con ropas inadecuadas. En ambos casos, toda la actividad, la observación y la valoración está colocada sobre sí misma con una desconsideración total por el objeto — su marido o su pareja habitual— y el resultado será el mismo: dejará de ser un objeto deseado y sexualmente estimulante.

En lo que respecta a los hombres, ya he señalado la evidente situación de desventaja biológica en que se encuentran con respecto a las mujeres, a lo que hay que agregar su mayor sensibilidad a la influencia negativa de los problemas psicológicos, físicos y sociales. No existen dudas — como hemos visto— con respecto a la disminución de la respuesta sexual del hombre a medida que envejece, pero hay una enorme disparidad de respuestas de un individuo a otro y aun en un mismo individuo en distintos periodos de su vida. Tanto Kinsey como Masters y Johnson señalan que la mayor influencia geriátrica sobre la respuesta sexual es inherente al medio social en el cual vive el sujeto y a sus años sexualmente formativos. En el hombre, como en la mujer, el factor más importante para el mantenimiento de una sexualidad activa hasta edad avanzada es la regularidad de las relaciones, pudiendo llegar activo hasta los 80 años o más. El estado civil influye mucho. Los hombres casados o con relación de pareja estable tienen mayor oportunidad de mantenerse activos, y de hecho las estadísticas mencionadas así lo demuestran. Pero si llegan a enviudar o a separarse, al igual que los solteros, las oportunidades que se les presentan

son muy distintas de las de las mujeres en iguales condiciones. Tradicionalmente al hombre le está permitida la actividad sexual extramatrimonial, los amores venales y el acercamiento a mujeres mucho más jóvenes que él. Esta circunstancia favorece la posibilidad de rehacer el contacto sexual cuando por diversas razones el objeto habitual se pierde. No obstante, no hay que pensar que ésta sea la regla. Con el correr de los años el poder de seducción se debilita o se pierde por completo. Si buscan aventuras, el temor al fracaso y la sensación de ridículo los ponen en peligro. Si enviudan suelen temer la crítica o la reprobación de sus hijos, cosa que según mi experiencia clínica generalmente no ocurre. Por el contrario, éstos suelen mostrarse satisfechos cuando sienten que sus padres rehacen su vida sexual; desaparecido uno de los miembros del triángulo edípico, la rivalidad y el temor se alivian y la alianza con el que sobrevive se fortifica. Pero los viejos muchas veces hacen caso omiso de esta permisividad y siguen proyectando sobre sus hijos temores y prohibiciones que sólo a ellos les pertenece.

Por otra parte, un número bastante grande de hombres casados tiene su actividad reducida o anulada. La impotencia secundaria es bastante frecuente después de los 50 años, cosa que todos sabemos. Pero lo que muchos ignoran es que esta perturbación puede remediarse en un elevadísimo porcentaje de los casos, así como puede mejorarse la habilidad de respuesta y restituirla si el sujeto desea volver a practicar el coito y tiene una compañera interesada en la actuación sexual.

¿Cuáles son los factores psicológicos, fisiológicos y sociales que determinan la pérdida progresiva de la función sexual en los seres humanos? Las respuestas que se pueden dar a esta pregunta deberán ser cuidadosamente evaluadas para comprender y tratar los problemas de la sexualidad de los viejos, sobre todo porque, aunque no lo exprese en forma manifiesta, en gran parte la vida del sujeto viejo está determinada en su aspecto psicosocial por los desajustes sexuales que padece. Casi todos los autores consultados enumeran razones bastante similares, que pueden agruparse en las siguientes categorías comunes.

5.1. Temor por el desempeño

Como señalan Masters y Johnson (1978), "no existen palabras para destacar la importancia que el factor del temor por el desempeño tiene en la finalización de la ac-

tividad sexual del hombre". Muchos de ellos toleran mal o malinterpretan el proceso de lentificación que se produce por el envejecimiento y reaccionan con lo que se conoce con el nombre de *pars pro toto*, es decir, toman el hecho de necesitar más tiempo para llegar a la erección como una señal de impotencia. Allí comienza un círculo vicioso que puede acarrear graves consecuencias. El sujeto se pone ansioso y no tolera la espera; intenta la penetración con el pene en semierección pero suele encontrarse con que su compañera presenta las modificaciones que he señalado más arriba — poco lubricada, con temor al dolor— la penetración se dificulta y allí pierde la poca erección que tenía, la cual, como ya sabemos, o no se recupera fácilmente o no se consigue. Lo invade una sensación de fracaso y la ansiedad ante el colapso narcisista aumenta. Esto lleva luego a que tenga temor a exponerse a nuevas experiencias frustrantes y comienza a esgrimir diversas racionalizaciones, en las que finalmente termina por creer y que convierten un factor involutivo normal y superable en un cuadro francamente patológico.

5.2. Problemas derivados de la inserción socioeconómica

He señalado más arriba que las estadísticas muestran que a medida que se asciende en la escala social, el manejo de la sexualidad se torna más problemático. Es que este ascenso social determina el sometimiento a una estructura competitiva, consumista, que exige del sujeto un enorme esfuerzo desgastante en su afán de conseguir seguridad económica o la preservación de su status. Sujetos que no se resignan a aceptar su proceso de envejecimiento se sobrecargan de actividades en un vano intento, fantástico, de detener el paso del tiempo y tratando de establecer una competencia ruinosa con sus colegas más jóvenes. La búsqueda de prestigio y honores consume su actividad diaria, transformada en una actuación narcisista de la cual no hace partícipe al cónyuge. Este interés del hombre fuera del hogar, al mismo tiempo que va desgastando sus capacidades mentales al sobrecargarlas de tensiones conflictivas, va reduciendo el tiempo necesario para su pareja. Cuando el hombre "tiene un mal día", cuando sus asuntos "no le funcionan bien", en general el interés sexual disminuye sepultado por la presión de la tensión narcisista.

No quiero ser mal interpretado. Esto no quiere decir que el hombre deba abandonar sus actividades habituales

con la edad. ¡De ninguna manera! Aquí me estoy refiriendo a los que realizan sus actividades bajo el peso de la tensión narcisista, que los coloca en una perpetua situación de insatisfacción por no poder alcanzar un yo ideal que siempre aparece colocado un paso "más allá" de las posibilidades instrumentales del sujeto.

5.3. Enfermedades

Cualquier deterioro, agudo o crónico, que se manifieste en el ámbito de la mente o del cuerpo, que actúe reduciendo las condiciones generales del sujeto o la eficiencia de su economía orgánica, puede estar en relación con el descenso o ausencia de las pulsiones sexuales. Cualquier perturbación física o mental, aguda o crónica, puede complicar, y de hecho lo hace, la capacidad de respuesta sexual del hombre. Cuando el problema es agudo, la complicación será transitoria, y si el sujeto no presenta una estructura de personalidad muy ansiosa, suele tolerarla bien; cuando es crónico o se desarrolla muy lentamente, la reducción de la capacidad de respuesta es consecuencia directa de la disminución de la eficacia física. Ahora bien, como dice Butler (1973), la mayoría de los estudios sobre la sexualidad están basados en la población saludable más que en la que presenta problemas, lo cual distorsiona las conclusiones.

La actividad sexual puede actuar tanto en función terapéutica como preventiva. Hay alguna evidencia, por ejemplo, de que la actividad sexual ayuda a los artríticos, probablemente por la producción de cortisona por la glándula suprarrenal. El acto sexual es, en sí mismo, una forma de actividad física y ayuda a la gente a estar en buenas condiciones, al mismo tiempo que reduce las tensiones, tanto físicas como psicológicas.

Los accidentes cerebrovasculares y los ataques coronarios suelen traer preocupación, pero esto es así porque los pacientes y los médicos no hablan claramente sobre cuándo y cómo retomar la actividad sexual, aunque en este tópico hay que señalar que la mayor responsabilidad corresponde al médico. El consumo de oxígeno durante el acto sexual es equivalente al de subir un breve tramo de escaleras o caminar deprisa. El ritmo cardíaco sube a 90-150 pulsaciones, con un promedio de 120, es decir el equivalente a un esfuerzo físico moderado. Todavía no hay datos suficientes como para estimar la ocurrencia de muerte súbita durante el coito; probablemente sucede mu-

cho menos de lo que los pacientes temen, pero más de lo que se comunica. Una estimación conservadora señala que el 1% de las muertes coronarias súbitas ocurre durante el coito. La potencia sexual puede ser afectada psicológicamente, no sólo porque la enfermedad cardíaca es atemorizante por sí misma, sino porque tiende a restringir la confianza del sujeto en sus capacidades físicas. Es interesante que el autor citado, al referirse a estos temores, recuerda la acepción francesa del término orgasmo, "*petit mort*", y señala que este temor a la muerte durante el ejercicio de la sexualidad, muchas veces lleva a las parejas a adquirir camas o cuartos separados y a un hábito de abstinencia no justificado médicamente y que, finalmente, terminan en los conocidos síntomas de la sexualidad inhibida tales como ansiedad, depresión y hostilidad. Para muchas personas, la ansiedad generada por la restricción sexual puede ser más perniciosa que el riesgo físico posible.

Enfermedades muy comunes en la vejez, como la diabetes, suelen causar impotencia; la proporción de impotentes es de 2 a 5 veces mayor entre los diabéticos que en la población general, aun cuando el interés y el deseo persistan. En los diabéticos no controlados, una adecuada medicación puede mejorar la impotencia, pero cuando un enfermo bien controlado desarrolla impotencia, el problema se vuelve de difícil solución. No es conocida la acción de la diabetes sobre la sexualidad de la mujer.

Es necesario planificar muy cuidadosamente la estrategia quirúrgica ante un caso de prostatectomía para evitar consecuencias psicológicas secundarias innecesarias, teniendo en cuenta que más del 70 % de los hombres operados conservan su potencia. Como sabemos, hay tres tipos de vías de abordaje: 1) *suprapúbica*: la incisión se hace a través del abdomen; 2) *perineal*: la incisión se hace entre el escroto y el ano; 3) *transuretral*: se realiza a través de la uretra penénea intubada. En esta última, el tejido puede volver a crecer, por lo que la intervención está especialmente indicada para hombres mayores de 70 años. Después de la prostatectomía, el semen se deposita en la vejiga en lugar de ser eyaculado y luego sale mezclado con la orina. Esto se llama *eyaculación retrógrada* y suele traer desconcierto primero, y trastornos psicológicos después, cuando el profesional no advierte a su paciente, antes de la operación, de lo que le puede suceder. La secuela de impotencia física está frecuentemente asociada con la operación por vía perineal, en tanto que las

otras dos raramente afectan la potencia. Cuando la impotencia aparece después de las operaciones realizadas por las vías mencionadas como inocuas, generalmente se debe a factores psicológicos ligados a la angustia de castración inconsciente que se reactualiza en el acto quirúrgico. Por esto considero de suma importancia el esclarecimiento exhaustivo antes de la operación y, cuando sea necesario, con la ayuda de un psicoterapeuta. De más está decir que en nuestro medio esto generalmente no se realiza, con las consecuencias que solemos ver a posteriori y que, sin ninguna duda, podemos calificar de iatrogénicas. No hay evidencias de que la histerectomía, con o sin ooforectomía, produzca algún cambio en el deseo o posibilidad de tener relaciones sexuales. Cuando ello ocurre se debe a factores psicológicos similares a los que he descrito para los hombres. La aparición de alguna enfermedad que reduzca la capacidad de respuesta sexual en cualquiera de los cónyuges suele acarrear consecuencias deteriorantes para el funcionamiento de la pareja, toda vez que, como ya dijimos, la clave para el mantenimiento de una buena sexualidad hasta edad avanzada es su constancia y regularidad. En algunos cuadros de involución producida por la demencia senil o senil suelen aparecer trastornos diversos del funcionamiento sexual, sumamente variables de un individuo a otro, sin que hayan podido determinarse con exactitud sus causas.

5.4. Excesos en la comida y en la bebida

La excesiva ingesta de alimentos y el sobrepeso consecuente que se observa con relativa frecuencia en los sujetos viejos tiende a reducir el deseo tanto como la capacidad de goce sexual. Por supuesto que no hay que pensar solamente en función de la cantidad de comida ingerida sino en función del tipo de estructura de personalidad ansiosa, oral-dependiente, sobre la que aquélla se apoya. Pero este problema es mínimo en relación con el que se produce con el alcoholismo. Afortunadamente entre nosotros el índice de adicción no es tan elevado como en otros países más desarrollados, pero en los casos comprobables las consecuencias son similares: la impotencia secundaria en el alcoholismo es sumamente común. Los sujetos en esta condición suelen fallar en conseguir o mantener una erección adecuada, pero muy pocas veces asocian este problema con la ingesta de alcohol. Por el contrario, traumatizados por las repetidas frustraciones

que experimentan por su incapacidad sexual aumentan la cantidad de la bebida; se desarrolla así un círculo vicioso que finalmente termina en el cuadro que todos conocemos: dependencia total del alcohol e impotencia sexual absoluta.

5.5. Moratoria en la relación sexual

Masters y Johnson (1978) han llamado la atención sobre la evidencia de que la pérdida de interés en el coito debida al aburrimiento en la relación sexual es el factor más constante en la disminución de la frecuencia de los contactos sexuales con su pareja que se produce en el individuo de edad avanzada.

Si bien esto es así, no estoy de acuerdo con la ubicación que los investigadores citados hacen de este problema, error, por otra parte, común a casi todos los estudios hechos por otros autores. Casi sin excepción se intenta caracterizar el problema como *sufrido* por el hombre frente a una actitud poco estimuladora y seductora por parte de la mujer. Para justificarlo se apela a una parte del desarrollo histórico durante el cual la sociedad patriarcal permitía al hombre la poligamia no aceptada en cambio para la mujer; además, se pretende dar a este hecho — sin lugar a dudas cultural— una apariencia de estar enraizado en una necesidad biológica diferencial.

Presentar los hechos con estas argumentaciones es una falacia engendrada por la ideología falocéntrica que domina nuestra sociedad. De ninguna manera se puede decir que la monotonía en una relación sexual prolongada se debe a la actitud de la mujer exclusivamente. Masters y Johnson señalan que "la mujer puede perder su efecto estimulativo, ya que cada uno de sus deseos, intereses y expresiones se conocen con anterioridad". Pero me pregunto, ¿esto mismo no vale también para el hombre? Muchas veces éste es tanto o más culpable que aquélla, aunque creo que en este aspecto, como en casi todos los que se refieren a la psicología del ser humano, no se puede ni se debe generalizar; hay que observar los hechos tal como se nos presentan, con todas las circunstancias que los rodean.

He señalado más arriba las causas que determinan que la mujer se retire antes que el hombre de la actividad sexual. En estos casos, seguramente la actitud de la mujer dejará de ser seductora y estimulante; desviará su accionar hacia los hijos o nietos, hacia actividades sociales o

profesionales o a cualquier combinación de intereses ajenos al matrimonio, y se rehusará a aceptar al marido. Pero también esto último vale para el varón, el cual muchas veces queda atrapado en las redes de intereses profesionales competitivos que desviarán su interés sexual y que sólo se manifestará de tanto en tanto como una necesidad fisiológica compulsiva, pero con una total desconsideración por su compañera. Cuando Masters y Johnson dicen que "Muchos hombres interrogados no demostraron ni admitieron tener más interés sexual por sus esposas", no hay que entender, como los autores pretenden que esto se debe solamente a la monotonía o al aburrimiento en la pareja vieja y que "esta actitud es la que el hombre siente, por lo menos a nivel inconsciente. Y el ego del sujeto de edad es muy susceptible a esta actitud, sea real o imaginaria". La mujer puede no tener interés en su compañero porque, por diversas razones, nunca lo tuvo a lo largo de su vida; pero también puede ser porque éste no ha sabido seducirla, estimularla y, porque además, está gordo, enfermo, deprimido o alcoholizado y ha dejado de ser un objeto erótico para ella. Un hombre en estas condiciones puede tener una imagen "poco masculina" y, en consecuencia, deberá considerarse de igual importancia a la afirmación de los autores citados cuando dicen: "El poco cuidado personal en estos años postmenopáusicos puede otorgarle una aureola 'poco femenina', con el resultado de que cesa de presentar atractivo sexual para el hombre".

El problema debe ser considerado absolutamente igual para ambos sexos; lo que no es igual — y a veces engaña — es la solución que ambos pueden llegar a instrumentar. La mujer no busca un sustituto fuera de la pareja; el hombre, sí. Entonces parece como que éste tiene conservada su capacidad de respuesta sexual y aquélla no. Nada más equivocado. Una vez más el aparato sociocultural hace sentir aquí su peso sobre el eslabón más débil de la cadena, y la mujer debe pagar el precio por la represión de sus deseos: los problemas neuróticos, trastornos de personalidad y depresiones son más frecuentes en la vejez en las mujeres que en los hombres.

6. CONCLUSIONES

Creo que con lo expuesto hasta aquí tenemos la suficiente evidencia como para refutar la creencia popular

que coloca a los viejos al margen de la sexualidad y, por el contrario, es posible afirmar sin ninguna duda que *en los viejos la sexualidad no sólo es posible sino que es necesaria*. Posible porque, si bien la fisiología nos muestra diferencias con los sujetos más jóvenes, la satisfacción psicológica que proviene del ejercicio de la función no se altera; y es necesaria porque el ejercicio regular de la misma es el factor de mayor importancia en su mantenimiento, según el consenso generalizado de todos los investigadores.

Planteadas así las cosas, sólo nos queda por delante la tremenda tarea de vencer la resistencia que proviene de la sociedad con toda su cohorte de prejuicios, prohibiciones y sanciones que se abaten sobre los viejos privándolos del ejercicio de una parte de su vida. La sociedad se arroga el derecho de disponer sobre ellos como antaño lo hacía con los esclavos y con los negros, imponiendo la ley del blanco o del más fuerte según los casos; hoy impone la de los más jóvenes... o la de los más reprimidos. Para el caso es lo mismo.

El problema radica en cómo hacemos para modificar este estado de cosas, que involucra tanto a los viejos como a los responsables de su atención y cuidado. Para comenzar debemos acostumbrarnos a la idea de que la sexualidad existe incluso pasados los 65 años, pero todavía deberemos recorrer un largo camino para poder ayudar a los viejos a expresarse abiertamente o a manejarse con sus sentimientos hacia ella. Esta es la opinión de Robert N. Butler (1973), el cual además señaló que lo que se necesita fundamentalmente es una campaña de educación sexual específica destinada a los viejos. Personalmente comparto esta opinión, pero creo que hay que hacerle un agregado importante. Ningún plan de salud que se dedique a reparar hechos consumados puede ser de utilidad a largo plazo porque demanda una inversión de tiempo y trabajo de los especialistas que tarde o temprano termina por desgastarlos y torna infructuoso su esfuerzo. Todo este esfuerzo debería estar colocado en una labor de psicohigiene, en el sentido definido por José Bleger (1966): "El psicólogo clínico debe salir en busca de su 'cliente': la gente en el curso de su quehacer cotidiano. El gran paso en psicohigiene consiste en esto: no esperar que venga a consultar gente enferma, sino salir a tratar y a intervenir en los procesos psicológicos que gravitan y afectan la estructura de la personalidad, y — por lo tanto — las relaciones entre los seres humanos, motivando con ello al público a

que pueda concurrir a solicitar sus servicios en condiciones que no impliquen enfermedad"... "El objetivo históricamente más reciente en la higiene mental ya no se refiere tan sólo a la enfermedad o a su profilaxis, sino también a la promoción de un mayor equilibrio, de un mejor nivel de salud en la población. De esta manera ya no interesa solamente la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad total. El énfasis de la higiene mental se traslada así de la enfermedad a la salud y, con ello, a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos".

Si compartimos esta posición, la conclusión es obvia: no se puede pretender obtener muchos resultados dedicando el esfuerzo sólo a una campaña de educación sexual para los viejos; la acción debe emprenderse desde la temprana infancia tratando de que el ser humano pueda sentir sus deseos sexuales cotidianos como algo no sólo natural sino saludable y necesario. En este sentido los mayores, responsables de su orientación y formación, no deben ejercer sobre los niños una acción represiva — siempre negativa— y deben ofrecerse como un modelo de identificación positiva para el placer compartido.

Mientras trabajamos tratando de llegar a esta meta, difícil de alcanzar por el momento, sólo nos queda comprender y hacerle entender a los viejos que la sexualidad va más allá del simple ejercicio de la función genital; en la autoafirmación de la feminidad y de la masculinidad la sensación cotidiana de sentirse buscado, necesitado y querido dará una perspectiva distinta a esta etapa de la vida tan compleja y tan difícil de vivir.

7. BIBLIOGRAFIA

- Bleger, J.: *Psicohigiene y psicología institucional*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- Butler, R.N. y Lewis, M.I. (1973): *Ageing and mental health: Positive Psychosocial and biomedical approaches*, Saint Louis, C.V. Mosby Co., 1982.
- Calderone, M.S.: *Release from sexual tensions*, Nueva York, Random House, 1960.
- De Beauvoir, S.: *La vejez*, Buenos Aires, Sudamericana, 1970.
- Freud, S.: "Sobre psicoterapia", O.C. XIV, Buenos Aires, Santiago Rueda Editores, 1905.

- Freud S.: "Compendio de psicoanálisis" O.C., XXI, Buenos Aires, Santiago Rueda Editores, 1938.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., y Martin C.E.: *Sexual behavior in the human male*, Filadelfia, W.B. Saunders Co., 1948.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C.E. y Gebhard, P.H.: *Sexual behavior in the human female*, Filadelfia, W.B. Saunders Co. 1953.
- Lobsenz, N.N.: "Sex and the senior citizen", Nueva York, *The New York Times*, 1974.
- Masters, W. y Johnson, V.E.: *Respuesta sexual humana*, Buenos Aires, Inter-Médica, 1978.
- Mead, M.: *La fosse des générations*, París, Denoël-Gonthier, 1971.
- Neugarten, B.L.: "Adaptation and the Life Cycle", *J. of Geriatric Psychiatry*, Vol IV, Nº 1, Nueva York, 1970.
- Pfeiffer E.: "Geriatric sex behavior", *Medical aspects of Human Sexuality*, 3: 19-28, Nueva York, 1969.
- Salvarezza, L.: "Psicogeriatría: ¿Por qué es un campo inexplorado?", en *Psicología argentina, hoy*, Buenos Aires, Ed. Búsqueda, 1973.
- Stern, K. y Prados, M.: "Personality Studies in Menopausal women", *Amer J. Psychiatry*, 1946.