

Original

Salud, sexo y comportamiento sexual: la esperanza de vida sexual activa

Aina Faus-Bertomeu

Departamento de Sociología i Antropología Social, Facultat de Ciències Socials, Universitat de València, València, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de mayo de 2019

Aceptado el 12 de julio de 2019

On-line el xxx

Palabras clave:

Esperanza de vida

Esperanza de vida sexual activa

Género y salud

Salud sexual

España

R E S U M E N

Objetivo: Medir la esperanza de vida sexual activa (EVSA) para estimar la edad promedio a la que finaliza la actividad sexual en la población española, prestando especial atención a la población mayor. Asimismo, se introducen las autopercepciones de la salud y de la salud sexual para observar la variación que producen en la EVSA.

Método: Análisis descriptivo transversal. Con los datos de la Human Mortality Database y de la Encuesta Nacional de Salud Sexual para 2009 se calcula la EVSA, mediante el método de Sullivan, clasificando a la población según si ha practicado o no sexo coital en el último año. También se introduce la percepción de la salud y de la salud sexual. Se calcula de los 30 a los 80 o más años de edad, considerando el sexo y grupos quinquenales de edad.

Resultados: Los datos pronostican la continuidad de la actividad coital (para 55-59 años la EVSA es de 13,3 años en los hombres y 8 años en las mujeres) así como su asociación con la salud y la salud sexual, con divergencias en función del sexo y de la edad. Los hombres presentan una trayectoria sexual activa más extensa que las mujeres, pero también más influenciada por la buena salud (agrega 2,6 y 1 años, respectivamente) y la buena salud sexual (añade 5,2 y 4,3 años, respectivamente). La EVSA también varía al considerar una mala salud (resta 2,7 años y suma 2 años) y una mala salud sexual (resta 2,9 y 1,3 años).

Conclusiones: Los datos revelan la necesaria extensión de los programas de salud sexual a edades longevas al confirmar la continuidad de las prácticas sexuales a estas edades.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health, sex and sexual behaviour: sexually active life expectancy

A B S T R A C T

Objective: To measure sexually active life expectancy (SALE) estimating the average age at which sexually active life finishes, paying special attention to the older population. Variations in SALE according to self-rated health are examined.

Method: Descriptive analysis with cross-sectional data. SALE was calculated for the population by age group (30 to 80 years old) and sex using the Sullivan Method, with data from the Human Mortality Database and the National Survey of Sexual Health (Spain). The analysis distinguishes between individuals that have had coital sex in the last year and those who have not.

Results: Coital activity continues in those aged from 55-59 years old, the SALE is 13.3 years in males and 8 in females. Coital activity is related to health and sexual health, diverging depending on sex and age group. The males showed a more extended sexually active trajectory than the females, but were also more influenced by good general health (adding 2.6 and 1 years respectively) and good sexual health (5.2 and 4.3 years). SALE also varies when poor health (subtracting 2.7 years and adding 2 years) and poor sexual health (subtracting 2.9 and 1.3 years) are considered.

Conclusions: the results reveal that sexual health programmes must be extended to the older ages, given that it is confirmed that sexual activity continues in old age.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Life expectancy

Sexually active life expectancy

Gender and health

Sexual health

Spain

Introducción

En el contexto de envejecimiento poblacional en el que se encuentran los países demográficamente avanzados, uno de los

indicadores comúnmente utilizados para medir la longevidad de una población es la esperanza de vida. El incremento del número de personas mayores de 65 años y el desplazamiento de las enfermedades crónicas a edades avanzadas conducen a plantearse si la longevidad debe ser sinónimo de años cumplidos con discapacidad¹, lo que obliga a examinar el estado actual de las condiciones de salud. Para analizar la relación entre salud, discapacidad y longevidad se utilizan los indicadores esperanza de vida en buena

Correo electrónico: aina.faus@uv.es

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.012>

0213-9111/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

salud y esperanza de vida libre de discapacidad, con resultados más favorables para los hombres al percibir su salud en mejores términos² y vivir un mayor número de años sin discapacidad³. El incremento de la esperanza de vida también ha modificado las relaciones de pareja en las personas mayores, aumentando la duración de los matrimonios, creando nuevas uniones fruto de rupturas anteriores y transformando el comportamiento sexual.

Partiendo de estas premisas, Lindau y Gavrilova⁴ calculan la esperanza de vida sexual activa (EVSA), que se define como el número promedio de años de permanencia de vida sexual activa de los individuos. Si el indicador esperanza de vida es un reflejo de la mejora del estado de salud y del nivel social y económico de una población, la EVSA se interpreta como indicador de las transformaciones acontecidas en el comportamiento sexual. El aumento de la actividad sexual de los individuos se relaciona con el incremento de la esperanza de vida en buena salud y el retraso de la viudez^{5,6}, un cambio de valores desde la II Guerra Mundial⁷, una actitud y un comportamiento sexual más diversificado que en épocas anteriores⁸, y la reducción del prejuicio tradicional contra la sexualidad en la vejez⁵. Otros estudios concluyen que existe una disminución en la frecuencia de la actividad sexual en la vejez, que se correlaciona con la edad y el sexo⁹⁻¹², y con el peor estado de salud¹³ como consecuencia de las enfermedades crónicas¹⁴ y de la toma de medicamentos¹⁵. Atendiendo a la metodología que proponen Lindau y Gavrilova⁴ para el cálculo de la EVSA, el objetivo de este análisis es medir este nuevo indicador en la población española para estimar la edad promedio a la que finaliza la actividad sexual, considerando las relaciones coitales a partir de los 30 años y hasta los 80 o más años, puesto que interesa observar a la población mayor. Asimismo, se han atendido circunstancias que pueden alterar la continuidad sexual en la vejez, como son el estado autopercebido de salud^{11,16} y de salud sexual^{17,18}.

Método

Para responder al objetivo marcado se ha utilizado la tabla de mortalidad española que proporciona la Human Mortality Database¹⁹ para el año 2009 y la Encuesta Nacional de Salud Sexual²⁰ elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas y realizada también en 2009, que aporta datos sobre comportamiento sexual, así como del estado de salud y de salud sexual. Su principal característica es no plantear un límite superior de edad²¹, y además los datos son más recientes y con muestra representativa de la población española. Este estudio cuenta con una muestra total de 7511 individuos de 30 a 80 o más años, con una distribución equitativa por sexo.

Con los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual se ha construido una nueva variable dicotómica a partir de las variables «ha realizado» (P2708) y «le han realizado» sexo vaginal (P2709)

en el último año, que agrupa, por un lado, a quienes han mantenido relaciones coitales, y por otro, resta al total de individuos de cada grupo de edad las personas que en ambas opciones responden negativamente. De este modo se entiende por actividad sexual que haya habido práctica coital en el último año, y por abstinencia, la inactividad coital en el mismo periodo de tiempo. Asimismo, para incorporar la dimensión de la calidad a la cantidad de años sexuales vividos se toman, también de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, las variables de autoevaluación sobre la percepción del estado de salud (P44) y de la salud sexual (P45), ambas con una escala gradual y recodificada de cinco a dos ítems: buena salud (incluye muy buena y buena salud) o mala salud (incluye regular, mala y muy mala salud).

Si la esperanza de vida mide los años promedio de vida de una generación de personas desde su nacimiento hasta su muerte, la esperanza de vida en buena salud se interpreta como el promedio de años con buena salud que restan a dicha generación, y la EVSA indica el promedio de años sexualmente activos. Partiendo de la esperanza de vida proporcionada en la tabla de mortalidad de la Human Mortality Database, y de modo análogo al cálculo de indicadores como la esperanza de vida en buena salud² o libre de discapacidad^{1,3}, se calcula la EVSA, esto es, siguiendo el método de Sullivan de las proporciones de prevalencia^{22,23} (véase el Apéndice online). Si para el cálculo de la esperanza de vida en buena salud se sustraen de los años vividos en una cohorte teórica de 1000 nacidos los años vividos con mala salud, para la EVSA, de los datos sobre la práctica coital, se extraen aquellos vividos en abstinencia. De este modo se calcula el número de años con y sin actividad sexual vaginal, teniendo en cuenta el sexo y grupos quinquenales de edad. Este método se detalla de manera teórica y práctica en el informe de la European Health Expectancy Monitoring Unit²⁴. Con el mismo método se miden la esperanza de vida sexual activa en buena salud (EVSABS) y la esperanza de vida sexual activa en mala salud (EVSAMS), sustrayendo de los individuos con buena/mala salud los años vividos con inactividad coital. Es decir, clasificando la muestra según el estado autopercebido de salud, se calculan estos indicadores descontando los años vividos con abstinencia sexual para conocer los años de vida con práctica sexual vaginal. De manera análoga se calculan la esperanza de vida en buena salud sexual (EVSABSS) y la esperanza de vida en mala salud sexual (EVSAMSS), que consideran también la percepción de un buen o mal estado de salud sexual (tablas 1 a 5).

Dado que lo que interesa son las personas mayores, la EVSA, así como sus variantes, se han calculado a partir de los 30 y hasta los 80 o más años, agrupados en grupos quinquenales de edad puesto que en las edades longevas las frecuencias son bajas y las tendencias obtenidas son excesivamente oscilantes para una clara interpretación. A este obstáculo se unen limitaciones derivadas de la misma técnica¹, puesto que a través del método de Sullivan solo es posible

Tabla 1
Esperanza de vida sexual activa en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años

Hombres						Edad (años)	Mujeres					
e _x	EVSA	n	% Abst	IC95%			e _x	EVSA	n	% Abst	IC95%	
49,4	30,3	467	22,1	29,6	31,0	30-34	55,2	26,4	472	19,7	25,7	27,1
44,5	26,5	426	23,2	25,8	27,2	35-39	50,3	22,4	445	21,6	21,8	23,1
39,7	22,8	423	22,2	22,2	23,5	40-44	45,4	18,6	406	20,9	17,9	19,2
35,1	19,1	434	28,1	18,5	19,7	45-49	40,6	14,7	447	24,6	14,1	15,3
30,5	15,8	376	22,9	15,2	16,4	50-54	35,9	11,1	373	36,5	10,5	11,6
26,2	12,3	385	29,4	11,7	12,8	55-59	31,2	8,0	390	46,2	7,5	8,6
22,0	9,1	396	37,1	8,6	9,6	60-64	26,6	5,5	386	54,1	5,0	6,0
18,1	6,4	262	42,0	5,9	6,9	65-69	22,1	3,4	266	64,3	2,9	3,8
14,4	3,9	232	55,6	3,5	4,4	70-74	17,7	1,7	241	75,5	1,4	2,0
11,0	2,2	176	65,3	1,8	2,6	75-79	13,6	0,6	190	90,5	0,4	0,8
8,1	0,7	158	84,8	0,4	0,9	80 +	9,9	0,2	160	96,3	0,0	0,3

% Abst: porcentaje de individuos con abstinencia sexual; EVSA: esperanza de vida sexual activa; e_x: esperanza de vida; n: muestra; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

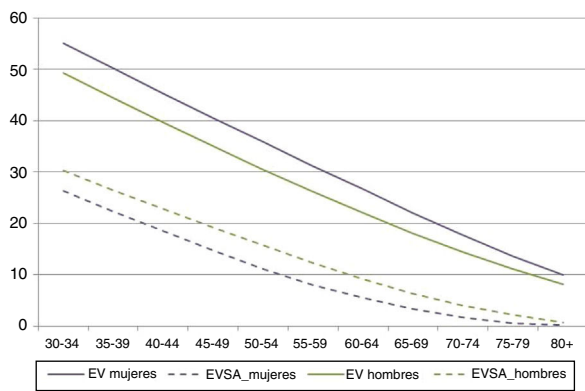


Figura 1. Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida sexual activa (EVSA) en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años (2009).

interpretar la EVSA como los años que en promedio pueden esperar vivir con actividad sexual los individuos de una sociedad en un momento dado y a una edad concreta si se mantienen las condiciones de mortalidad y comportamiento sexual constantes. Asimismo, no se dispone de datos transversales que permitan observar la evolución de la EVSA, limitando el análisis a su medición para el año 2009 y sin posibilidad de mencionar una tendencia de desplazamiento creciente o decreciente. En este sentido, dada la escasez de estudios con un objeto similar, se ha tomado como referencia comparativa el análisis de Lindau y Gavrilova⁴ en población estadounidense.

Resultados

Esperanza de vida y esperanza de vida sexual activa

Las tablas de vida calculadas para la EVSA indican que los años de vida sexuales disminuyen progresivamente en paralelo al incremento de la edad, tal como ocurre con la esperanza de vida, aunque los valores de esta son más elevados, especialmente en las mujeres (fig. 1). Sugieren también que los varones disponen de un mayor número de años sexualmente activos en todas las edades, puesto que presentan una mayor EVSA. La distancia entre la esperanza de vida y la EVSA a los 30-34 años es de 19,1 años en los hombres y de 27,9 años en las mujeres; diferencias que se reducen al ritmo que avanza el ciclo vital: 12,9 años y 21,1 años para 55-59 años, y 7,4 y 9,8 años para 75-79 años, respectivamente. La EVSA de los hombres disminuye alrededor de 1 año de grupo en grupo de edad hasta los 75-79 años, cuando desciende 7,1 años. En las mujeres, el decrecimiento de la EVSA es más pausado: desciende 1 año hasta

los 55-59 años, 2 años hasta los 65-69 años y 3 años a partir de los 70-74 años.

La esperanza de vida sexual activa en buena y mala salud general

La introducción de la autopercepción del estado de salud en el análisis de la longevidad sexual muestra la variación en la EVSA cuando se considera una buena o mala salud (tablas 2 y 3): la EVSA aumenta al considerar la buena salud y disminuye en los hombres cuando se considera la mala salud (fig. 2).

Al incorporar la buena salud en la EVSA, esta aumenta de manera divergente entre sexos: en los hombres de 30-34 años suma 3,2 años, en los de 55-59 años agrega 2,6 años y en los de 75-79 años añade 0,9 años; en las mujeres, el incremento es de alrededor de 1 año hasta los 70-74 años. Las distancias entre la EVSA y la EVSABS se incrementan en ambos sexos tal como avanza el ciclo vital, pero la buena salud aporta un mayor número de años sexualmente activos a los hombres.

La EVSAMB de los hombres es menor que su EVSA, especialmente en las edades adultas. La mala salud reduce la EVSA en 4,1 años a los 30-34 años, en 2,7 años a los 55-59 años y en 1 año a los 75-79 años. En las mujeres, la EVSAMS es ligeramente superior a la EVSA, aportando menos de 1 año sexualmente activo en todos los grupos de edad. La EVSAMS de los hombres se aproxima a la EVSA de las mujeres, puesto que la mala salud les resta años de vida.

La esperanza de vida sexual activa en buena y mala salud sexual

La autopercepción del estado de salud sexual afecta a la EVSA de un modo similar a como lo hace el estado de salud, aunque con más intensidad. La EVSABSS pronostica un mayor número de años sexualmente activos que la EVSABS, y la EVSAMSS resta más años que la EVSAMS, tendencia observable para ambos sexos y en todos los grupos de edad (tablas 4 y 5, y fig. 3).

En los hombres de 30-34 años, la buena salud sexual aporta 6,3 años a la EVSA, en los de 50-54 años añade 5,2 años y en los de 75-79 años suma 3,7 años; en las mujeres añade, respectivamente, 5,5, 4,3 y 2,9 años. Por lo tanto, la buena salud sexual aporta un mayor número de años con actividad coital a los hombres. No obstante, la EVSABSS de las mujeres supera a la EVSA de los hombres hasta los 50-54 años, edad a partir de la cual transitan en paralelo.

La mala salud sexual resta años sexuales activos en ambos sexos, pero especialmente en los hombres y en las edades adultas: a los 30-34 años elimina 7,3 años de la EVSA en los hombres y 5,3 en las mujeres; a los 55-59 años resta 2,9 y 1,3 años, respectivamente; y a los 75-79 años sustrae 0,2 y 0,1 años, respectivamente.

Tabla 2

Esperanza de vida sexual activa en buena salud en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años

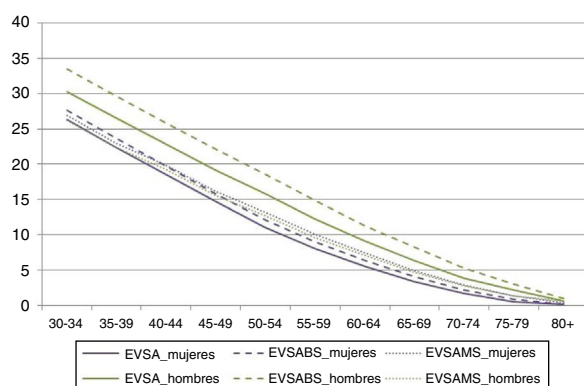
Hombres					Edad (años)		Mujeres				
EVSABS	n	% Abst	IC95%				EVSABS	n	% Abst	IC95%	
30,5	426	22,0	32,6	34,4	30-34	27,6	408	19,6	26,7	28,5	
29,7	375	36,0	28,8	30,6	35-39	23,6	368	20,4	22,7	27,5	
25,8	359	23,8	25,0	26,7	40-44	19,7	314	19,4	18,9	26,5	
22,1	337	36,6	21,2	22,9	45-49	15,8	316	23,4	14,9	25,6	
18,5	304	33,3	17,7	19,4	50-54	12,1	250	34,4	11,3	24,6	
14,8	287	45,4	14,0	15,6	55-59	9,0	256	43,8	8,2	23,0	
11,3	266	44,6	10,5	12,1	60-64	6,4	211	50,2	5,6	21,0	
8,3	160	55,4	7,6	9,1	65-69	4,1	131	58,8	3,3	18,8	
5,3	122	65,4	4,6	6,0	70-74	2,2	93	72,0	1,5	16,2	
3,1	85	78,0	2,5	3,7	75-79	0,9	58	84,5	0,4	13,2	
1,0	72	90,6	0,6	1,4	80 +	0,2	66	95,5	0,0	10,0	

% Abst: porcentaje de individuos con abstinencia sexual; EVSABS: esperanza de vida sexual activa en buena salud; e_x: esperanza de vida; IC95%: intervalo de confianza del 95%; n: muestra.

Tabla 3
Esperanza de vida sexual activa en mala salud en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años

Hombres					Edad (años)		Mujeres				
EVSAMS	n	% Abst	IC95%				EVSAMS	n	% Abst	IC95%	
26,2	41	22,0	24,6	27,7	30-34		26,9	64	22,0	25,6	29,6
22,4	50	36,0	21,0	23,7	35-39		23,0	76	36,0	21,8	28,4
19,3	63	23,8	18,0	20,5	40-44		19,9	89	23,8	18,8	26,5
15,6	93	36,6	14,5	16,8	45-49		16,2	130	36,6	15,2	25,4
12,7	72	33,3	11,7	13,7	50-54		13,2	122	33,3	12,3	23,6
9,6	97	45,4	8,7	10,5	55-59		10,0	132	45,4	9,2	22,0
7,2	130	44,6	6,4	7,9	60-64		7,5	172	44,6	6,8	19,8
4,7	101	55,4	4,0	5,4	65-69		4,9	135	55,4	4,3	17,8
2,8	107	65,4	2,2	3,4	70-74		2,9	144	65,4	2,4	15,3
1,4	91	78,0	0,9	1,9	75-79		1,4	132	78,0	1,0	12,7
0,6	85	90,6	0,2	1,0	80+		0,4	93	90,6	0,2	9,8

% Abst: porcentaje de individuos con abstinencia sexual; EVSAMS: esperanza de vida sexual activa en mala salud; e_x : esperanza de vida; IC95%: intervalo de confianza del 95%; n: muestra.

**Figura 2.** Esperanza de vida sexual activa (EVSA) en buena salud (EVSABS) y en mala salud (EVSAMS) en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años (2009).

Discusión

Son varios los estudios que han abordado la sexualidad en la vejez^{10-12,25,26}, pero este es el primero en el que se mide la EVSA en población española. Al igual que en los estudios citados, los resultados confirman la presencia de actividad sexual a edades longevas, además de la asociación de la salud y de la salud sexual en el comportamiento sexual a estas edades. Los datos señalan que los hombres viven una proporción significativamente mayor de su vida sexualmente activa, y que tanto la salud como la salud sexual interfieren en su comportamiento sexual en mayor medida que en las mujeres: con buena salud incorporan más años sexualmente activos, y con mala salud restan más años de actividad coital que las mujeres.

La mayor esperanza de vida se traduce también en un aumento de la EVSA, a pesar de su disminución según avanza el ciclo vital y de las diferencias entre sexos. No obstante, la tendencia que presentan la esperanza de vida y la EVSA se invierte en función del sexo: mientras la esperanza de vida es mayor en las mujeres, la EVSA es mayor en los hombres, se incluyan o no elementos como la salud o la salud sexual. De este modo, nos encontramos ante la paradoja de que la longevidad diferencial por sexo se invierte al abordar el comportamiento sexual, lo que se traduce en una trayectoria sexual más prolongada en los hombres y un periodo más extenso de vida en abstinencia sexual en las mujeres. Los cálculos de la EVSA realizados en los Estados Unidos por Lindau y Gavrilo⁴ muestran un aumento en la EVSA y una trayectoria sexual más larga en los hombres: estiman, para ellos, una esperanza de vida en 30-34 años de 44,8 años y una EVSA de 34,7 años, y para ellas, de 50,6 años y 30,7 años, respectivamente; y en 55-59

años, de 23 años y 14,9 años, y de 27,4 años y 10,6 años, respectivamente. Comparando estos datos con los obtenidos en la presente investigación, se observa que, mientras la población española vive un mayor número de años, la población estadounidense presenta una trayectoria vital con prácticas coitales más prolongada.

La EVSA se ha calculado teniendo en cuenta también la autopercepción del estado de salud y de salud sexual. El padecimiento de limitaciones físicas y de dolor interviene en la valoración subjetiva de la salud^{14,15,26}, y el padecimiento de discapacidad y de problemas sexuales interviene en la autopercepción de la salud sexual²⁶. Al incorporar el estado de salud en la EVSA, tanto los hombres como las mujeres con buena salud presentan una mayor expectativa de vida sexualmente activa en comparación con las personas con mala salud. Y esta tendencia es mucho más marcada en los hombres tanto si se incorpora la buena salud (sumando muchos más años sexualmente activos que las mujeres) como si se observa la mala salud (también se sustraen más años). Al añadir la salud sexual se observa la misma tendencia, aunque con efectos más marcados: la buena salud sexual incrementa los años de vida sexual, y la mala salud resta un mayor número de años sexualmente activos, principalmente en los hombres. El estudio de Lindau y Gavrilo⁴ indica que los hombres americanos de 30-34 años y con buena salud añaden 2 años a la EVSA, y 3,2 años las mujeres; a la edad de 55-59 años, los hombres ganan 2 años sexualmente activos y las mujeres ganan 2,3 años. La mala salud resta en el primer grupo de edad 3,8 años en los hombres y 1,6 en las mujeres, y en el segundo grupo de edad resta 3,4 y 0,5 años, respectivamente. La comparación de los datos de la población estadounidense y la española, por un lado, confirma la relación entre la salud y el comportamiento sexual, y por otro, unos resultados más favorables para la población estadounidense al sumar mayor número de años a la EVSA en ambos sexos; es decir, la inclusión de la buena salud tiene una mayor repercusión en la población estadounidense, en especial en las mujeres. Dos cuestiones se desprenden de estos datos: la primera, que si bien la EVSA es más larga en los hombres, su trayectoria sexual está más condicionada por el estado de salud, ganando más años al considerar una buena salud, pero perdiendo muchos más años al incluir la mala salud; y la segunda, que la comparación entre poblaciones confirma una EVSA y una EVSABS más largas para los estadounidenses, hecho que podría explicarse por una mejor percepción de su salud subjetiva.

El vínculo entre una buena salud subjetiva y la continuidad de la actividad sexual se confirma en diversos estudios^{4,16,17}. El estudio de Wiley y Bortz²⁷ en población masculina estadounidense mayor de 50 años señala el efecto negativo de la salud física y emocional. Lindau et al.²⁸ afirman que las personas con una salud percibida regular o mala son más propensas a ser sexualmente inactivas y a padecer más problemas sexuales. Es también el caso

Tabla 4

Esperanza de vida sexual activa en buena salud sexual en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años

Hombres					Edad (años)		Mujeres				
EVSABSS	n	% Abst	IC95%				EVSABSS	n	% Abst	IC95%	
36,6	423	19,9	35,6	37,6	30-34		31,9	411	17,3	30,8	33,0
32,7	376	20,2	31,7	33,6	35-39		27,8	381	18,4	26,7	28,9
28,8	362	19,3	27,8	29,7	40-44		23,8	332	15,4	22,7	24,9
24,9	360	24,4	23,9	25,9	45-49		19,7	333	20,7	18,6	20,8
21,3	297	16,8	20,4	22,3	50-54		15,9	240	23,8	14,9	17,0
17,5	282	22,7	16,6	18,4	55-59		12,3	230	33,9	11,3	13,4
14,0	249	29,3	13,1	14,9	60-64		9,3	193	37,3	8,2	10,3
10,9	140	25,0	10,0	11,8	65-69		6,4	117	47,9	5,4	7,4
7,6	97	35,1	6,7	8,5	70-74		4,1	77	53,2	3,1	5,0
4,9	61	29,5	4,1	5,7	75-79		2,0	32	68,8	1,1	2,8
1,9	32	56,3	1,2	2,7	80+		0,6	35	85,7	0,1	1,1

% Abst: porcentaje de individuos con abstinencia sexual; EVSABSS: esperanza de vida sexual activa en buena salud sexual; e_x: esperanza de vida; IC95%: intervalo de confianza del 95%; n: muestra.

Tabla 5

Esperanza de vida sexual activa en mala salud sexual en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años

Hombres					Edad (años)		Mujeres				
EVSAMSS	n	% Abst	IC95%				EVSAMSS	n	% Abst	IC95%	
23,0	37	43,2	21,3	24,8	30-34		21,1	54	37,0	19,6	22,6
20,2	41	48,8	18,7	21,8	35-39		18,0	62	38,7	16,7	19,4
17,7	53	41,5	16,4	19,1	40-44		15,0	64	42,2	13,8	16,2
14,9	68	42,6	13,7	16,1	45-49		12,2	96	31,3	11,2	13,2
12,2	70	41,4	11,1	13,3	50-54		8,9	112	54,5	7,9	9,8
9,4	88	46,6	8,5	10,3	55-59		6,7	124	58,1	5,9	7,5
6,9	136	47,1	6,1	7,7	60-64		4,7	138	63,0	4,0	5,5
4,5	108	59,3	3,8	5,2	65-69		3,0	103	68,9	2,4	3,7
2,6	112	68,8	2,1	3,2	70-74		1,6	98	76,5	1,1	2,1
1,2	93	81,7	0,8	1,7	75-79		0,5	83	90,4	0,2	0,8
0,4	98	89,8	0,2	0,7	80+		0,1	60	98,3	0,1	0,2

% Abst: porcentaje de individuos con abstinencia sexual; EVSAMSS: esperanza de vida sexual activa en mala salud sexual; e_x: esperanza de vida; IC95%: intervalo de confianza del 95%; n: muestra.

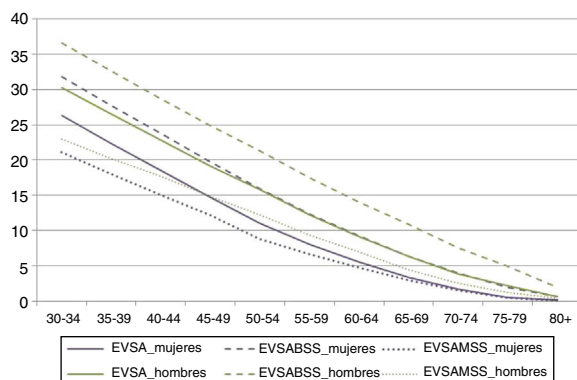


Figura 3. Esperanza de vida sexual activa (EVSA) en buena salud sexual (EVSABSS) y en mala salud sexual (EVSAMSS) en hombres y mujeres de 30 a 80 o más años (2009).

de la investigación de Kontula y Haavio-Mannila²⁹, en la que se especifica además que la buena salud y una trayectoria sexual activa son elementos predictores de la actividad sexual en los hombres, mientras en las mujeres se configuran como variables determinantes el deseo sexual y tener una pareja sana. Gaymu y Delbès⁸ corroboran que la mala salud subjetiva influye en mayor medida en los hombres que en las mujeres. Los efectos de la mala salud pueden explicarse en los hombres por el padecimiento de enfermedades como las cardiovasculares y las reumatológicas, y sus tratamientos, con gran incidencia sobre el comportamiento sexual³⁰. La influencia de la mala salud sexual se vincula con problemas sexuales tales como los de erección, que impedirían la práctica del coito y tendrían un efecto sobre la salud emocional³¹.

La incidencia de la salud y de la mala salud en las mujeres se vincula con aspectos más cualitativos de la sexualidad, es decir, con la insatisfacción con la pareja y la falta de deseo³², y no con la frecuencia de práctica^{33,34}, y por ello no tiene tanta repercusión en la EVSA.

Una dificultad que entraña cualquier estudio sobre el comportamiento sexual es la propia definición de sexualidad³⁵, es decir, cómo definir qué prácticas sexuales deben considerarse, puesto que tradicionalmente estas se reducen a la genitalidad y el coito. Con el objeto de superar dicha limitación, y como líneas de investigación futuras, sería necesario estimar la EVSA desde una visión más holística de la sexualidad, esto es, incluyendo besos, caricias y masturbación mutua, que son prácticas de mayor frecuencia^{10,32,33} y que se correlacionan con una mayor satisfacción sexual²⁶ en las edades longevas. Asimismo, puesto que en las mujeres mayores el mantenimiento de la actividad sexual se vincula a la disposición de una pareja^{4,5,8}, elemento no considerado aquí, lo propio sería observar también la variación en la EVSA que introduce esta variable. A pesar de ello, los datos revelan el mantenimiento de la actividad sexual hasta edades avanzadas y la consecuente obligatoria intervención en la salud sexual de las personas mayores para garantizar su bienestar sexual. La gran influencia de la mala salud sobre la actividad sexual, en especial en los hombres, manifiesta la necesaria actuación en el campo de la salud y de la educación sexual, puesto que las expectativas sobre la duración de la vida sexual activa pueden influir en los comportamientos saludables de los individuos.

Las estimaciones de la actividad sexual en las personas mayores son una fuente de información para el diseño de políticas relativas a la expresión y a los derechos sexuales de este grupo de población, puesto que las expectativas sobre la duración de la vida sexual activa condicionan los comportamientos saludables de los

individuos³⁶, pues la EVSA se define como un nuevo indicador con aplicación clínica y de salud pública.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El concepto de salud sexual ha progresado desde la definición original de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975. La inclusión de la salud mental, la responsabilidad y la importancia de los derechos humanos para la salud sexual ha marcado el desarrollo más reciente. No obstante, las concepciones de la salud sexual se ven influenciadas por los contextos históricos, sociales y políticos, lo que limita la realidad del concepto y su variabilidad. Así ocurre con la sexualidad en la vejez, que constantemente es subestimada desde instituciones internacionales y estatales. A modo de ejemplo, en el último programa marco sobre salud sexual desarrollado por la OMS en 2010 solo se menciona a las personas mayores en los apartados sobre disfunciones sexuales, sin otra referencia a su sexualidad y su salud sexual. Asimismo ocurre en el ámbito estatal con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011), y en los programas de las distintas comunidades autónomas, como la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana (Generalitat Valenciana, 2016), cuyo objetivo es la promoción efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas en todas las etapas de la vida, aunque no existe mención al estado de la salud sexual de las personas mayores alegando desconocimiento sobre el tema. La reducción de la salud sexual de este grupo de edad a las disfunciones sexuales y su invisibilización han conducido, tanto en el imaginario colectivo como en las agendas de investigación y política, a la visión de las personas mayores como seres asexuales.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Cada etapa de la vida tiene sus características, y por lo tanto la sexualidad debe ser observada dentro del contexto histórico y social y del comportamiento de los individuos, en especial en su vertiente estructural, emocional y relacional. La inclusión de las personas mayores en la definición de salud sexual no solo debe concebirse dentro de los programas y políticas existentes, sino que dadas las propias características de este grupo heterogéneo y diversificado deben desarrollarse otros que permitan alcanzar su bienestar sexual. El incremento de la esperanza de vida ha modificado las relaciones de pareja, extendiendo su duración hasta edades avanzadas y, por ende, transformando el comportamiento sexual. Este trabajo muestra que se mantienen relaciones sexuales hasta edades longevas, y que el estado de salud y de salud sexual autopercebidos son elementos que mediatizan las relaciones sexuales en la vejez, especialmente en los hombres. En las mujeres, la menor influencia de estos elementos plantea la necesidad de un conocimiento más profundo de su comportamiento sexual.

Editora responsable del artículo

María Teresa Ruiz Cantero.

Declaración de transparencia

La autora (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, y que no se han omitido aspectos importantes del estudio.

Contribuciones de autoría

A. Faus-Bertomeu es la única autora del artículo.

Agradecimientos

Se agradece el apoyo de la catedrática Rosa Gómez Redondo, investigadora principal del proyecto I+D+i y directora de la tesis anteriormente citados. Asimismo, a Ramon Domènech Giménez por su ayuda en los cálculos, y a la Dra. Celia Fernández-Carro por la revisión y las sugerencias en versiones preliminares. Un trabajo más extenso que el expuesto en este artículo será presentado en el Congreso de la Federación Española de Sociología (FES), que se celebrará en Valencia los días 3 a 6 de junio de 2019.

Financiación

El presente estudio se ha financiado mediante una ayuda para contratos predoctorales para la formación de doctores (FPI, BES 2011-045649) vinculada al proyecto I+D+i «Las transformaciones del envejecimiento, la longevidad y la vejez en España. De 50 a 100 y más. Presente y futuro» (CSO2010-18925), sufragado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2019.07.012.

Bibliografía

1. Goerlich F, Pinilla R. Esperanzas de vida libres de discapacidad por sexo y comunidad autónoma: 2004-2006. IVIE. 2009;46.
2. Gómez-Redondo R, Fernández-Carro C. Personas mayores, discapacidad y dependencia. En: Norberto J, coordinador. Informe 2014: Las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO; 2015. p. 290-332.
3. Escobar-Bravo MA, Puga-González MD, Martín-Baranera M. Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: de la madurez a la vejez. Gac Sanit. 2012;26:330-5.
4. Lindau S, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. BMJ. 2010;340:c810.
5. Bajos N, Bozon M. Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans: un vieillissement genré. Genre, Sexualité & Société. 2012;35 (Consultado el 16/9/2016.) Disponible en: <http://journals.openedition.org/gss/2165>.
6. Bozon M. Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte. En: Maruani M, directora, editores. Femmes, genre et société. L'état des savoirs. Paris: La Découverte; 2005. p. 105-13.
7. Burgess E. Sexuality in midlife and later life couples. En: Harvey J, Wenzel A, Sprecher S, editores. The handbook of sexuality in close relationships. Psychology Press; 2004. p. 447-64.
8. Gaymu J, Delbès C. L'automne de l'amour: la vie sexuelle après 50 ans. Population. 1997;52:1439-83.
9. Ayuso A, García Faroldi L. Los españoles y la sexualidad en el siglo XX. Madrid: CIS; 2014. p. 261.
10. Nieto JA. La sexualidad de las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO; 1995. p. 501.
11. Moio B. Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez. Sexología Integral. 2005;2:26-7.
12. Bretin H, Gómez Bueno C. Du tabou à l'incitation. Vieillesse et redéfinition des relations de genre en Espagne. Genre, Sexualité & Société. 2012;35 (Consultado el 16/9/2016.) Disponible en: <http://journals.openedition.org/gss/2101>.
13. Edwards W, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Arch Sex Behav. 2004;33:189-95.
14. Marumo K, Murai M. Aging and erectile dysfunction: the role of aging and comorbid chronic illness. Int J Urol. 2001;8:50-7.
15. Trudel G, Turgeon L, Piché L. Marital and sexual aspects of old age. Sex Relation Ther. 2010;25:316-41.
16. Butler R, Lewis M. The new love and sex after 60: completely revised and updated. Nueva York: Ballantine Books; 2011. p. 400.

17. Rohde G, Berg K, Haugeberg G. Perceived effects of health status on sexual activity in women and men older than 50 years. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:43.
18. Le Van C, Ferrand M, Levinson S. Absence of sexuality: singularities of a heterogeneous population. En: Bajos N, Bozon M, editores. *Sexuality in France. Practiques, gender and health*. Oxford: The Bardwell Press; 2012. p. 333–58.
19. Human Mortality Database. Life Tables 1980–2012. Spain, 2009. (Consultado el 2/7/2019.) Disponible en: <https://www.mortality.org>.
20. Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS). Estudio n.º 2780. Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009. (Consultado el 2/7/2019.) Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/CA/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9702.
21. Centro de Investigaciones Sociológicas. Informe metodológico. Encuesta Nacional de Salud Sexual n.º 2780. 2009. (Consultado el 20/2/2012). Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2780_2799/2780/IM2780.pdf.
22. Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*. 1971;86:347–54.
23. Gómez Redondo R, Génova R, Robles E. Mortality compression and equilibrium trend in health: the Spanish case. En: VV.AA. *Living longer but healthier lives*. Paris: Institut des Sciences de la Santé. Europe Blanche XXVI; 2005. p. 65–82.
24. European Health Expectancy Monitoring Unit (EHMU). Health expectancy calculation by the Sullivan method: a practical guide. EHMEU Technical Report; 2007. 44 p.
25. Vázquez-Bronfman A. Amor y sexualidad en las personas mayores. *Transgresiones y secretos*. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 299.
26. Faus-Bertomeu A. Salud, sexualidad y bienestar en las personas mayores. [Tesis doctoral]. Madrid: UNED; 2017.
27. Wiley D, Bortz W. Sexuality and aging — usual and successful. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1996;51:142–6.
28. Lindau S, Schumm P, Laumann E, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357:762–74.
29. Kontula O, Haavio-Mannila E. The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *J Sex Res*. 2009;46:46–56.
30. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res*. 2012;49:125–41.
31. Levinson S. Difficulties with sexual function: contexts, determinants and meanings. En: Bajos N, Bozon M, editores. *Sexuality in France. Practiques, gender and health*. Oxford: The Bardwell Press; 2012. p. 449–70.
32. Faus-Bertomeu A, Gómez-Redondo R. Sociocultural determinants of female sexual desire. *Reis. Rev Esp Investig Sociol*. 2017;61–78.
33. Freixas A, Luque B, Reina A. Secretos y silencios en torno a la sexualidad de las mujeres mayores. *Debate Feminista*. 2010;42:35–51.
34. Spring L. Older women and sexuality — are we still just talking lube? *Sex Relation Ther*. 2015;30:4–9.
35. Bellamy G, Gott M, Hinchliff S, et al. Contemporary women's understandings of female sexuality: findings from an in-depth interview study. *Sex Relation Ther*. 2011;26:84–95.
36. Kismödi E, Cottingham J, Gruskin S, et al. Advancing sexual health through human rights: the role of the law. *Glob Public Health*. 2015;10:252–67.