

Sociocultural Determinants of Female Sexual Desire

Determinantes socioculturales del deseo sexual femenino

Aina Faus-Bertomeu and Rosa Gómez-Redondo

Key words

- Sexual Desire
- Age
- Menopause
- Women
- Sexuality

Palabras clave

- Deseo sexual
- Edad
- Menopausia
- Mujeres
- Sexualidad

Abstract

Older women are seen as asexual beings, as having old bodies that cannot be an object of desire or the author of pleasure. However, no scientific research has associated specific biological climacteric factors with the end of sexual activity and sexual desire. From an analysis of the National Survey on Sexual Health and using the biopsychosocial model of sexuality proposed by DeLamater (2002) as a reference framework, the psycho-sociocultural factors of the sex drive affecting women in the different stages of menopause are analysed. The results of this research confirm that sexual desire is influenced by a range of factors dependent on age, including having a steady partner, family responsibilities, state of health and the very definition of sexuality.

Resumen

Se concibe a las mujeres mayores como seres asexuales, donde el cuerpo anciano no puede ser objeto del deseo ni artífice de placer. Sin embargo, no existen investigaciones científicas que asocien los factores biológicos propios del climaterio con el cese de la actividad y el deseo sexual. A partir del análisis de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, y tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial del interés sexual propuesto por DeLamater (2002), se analizan los factores psicosocioculturales del deseo que afectan a las mujeres en las distintas fases de la menopausia. Los resultados confirman que el deseo sexual está mediatizado por distintos factores en función de la edad, destacando la disposición de una pareja estable, la carga familiar, el estado de salud y la propia definición de sexualidad.

Citation

Faus-Bertomeu, Aina and Gómez-Redondo, Rosa (2017). "Sociocultural Determinants of Female Sexual Desire". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 160: 61-78. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.160.61>)

Aina Faus-Bertomeu: Universidad Nacional de Educación a Distancia e Instituto Mixto de Investigación, IMIENS (UNED-Escuela Nacional de Sanidad) | afaus@der.uned.es

Rosa Gómez-Redondo: Universidad Nacional de Educación a Distancia e Instituto Mixto de Investigación, IMIENS (UNED-Escuela Nacional de Sanidad) | rgomez@poli.uned.es

INTRODUCTION

Sexuality is an important human dimension in interpersonal relationships, as well as in individual health and well-being. Sexual desire, one of the components of sexuality, is one of the pillars of our sexual identities. However, the elderly are often excluded from these axioms, as they are thought of as asexual, with bodies that cannot be desirable or bring pleasure. This ageist image is an expression of beliefs about the attitudes and behaviours of the elderly that corresponds to earlier generations, and in many cases, leads to the needs of older adults being poorly met or not recognised (Erikson, 1988). Thus, in order to better understand the process of ageing and well-being in old age, it is essential to explain how the satisfaction of sexual desire and pleasure is influencing new ways of living for the elderly.

This study¹ is based on a broad definition of sexuality that includes all the practices that contribute to giving and receiving sexual pleasure, as a historical and sociocultural act (Bozon, 2002), and understood as one more component for achieving personal well-being, and, therefore, an integral element of health. The women who were the subjects of the study were over 45, in heterosexual relationships² and were going through the climacteric stage³, a natural period in the life

cycle representing the moment of transition to old age (Arber and Ginn, 1996). Based on the Spanish National Survey of Sexual Health (Spanish acronym, ENSS), this study seeks to question the beliefs and images that associate menopause with a loss of sexual desire. From a social perspective, it analyses the expression of sexual interest and its emotional, social and cultural determinants at a time in women's lives marked by physiological changes.

Despite the little interest shown for the study of sexuality in old age, some research in Spain stands out, among which are the studies of Nieto (1995), Moiola (2005), López and Olazábal (2006), Sánchez Vera and Bote (2011), and more recently, Vázquez-Bronfman's (2006) comparative study of France and Spain, and Ayuso and García's (2014) study on the generation gap.

Certain studies have revealed the complexity of sexual desire, comprised of factors that impact differently depending on age and gender. A wide range of studies have concluded that sexual desire decreases with age, a decline that is more pronounced among women (Kinsey *et al.*, 1953; DeLamater and Sill, 2005; McHugh and Interligi, 2014), and reveals the need to analyse desire from a gender perspective (Bourdieu, 1998; Bozon, 2001). Many of these studies are from a biological determinist perspective and consider sexual desire to be an innate impulse. Consequently, the decreased interest of women in sex is seen as the result of the hormonal changes caused by menopause, which reduces women's sexual health to their reproductive period. In contrast to this view, a new perspective, emerging with the pioneering studies of Masters and Johnson (1966), appeared, which affirmed that the capacity for

¹ This study is part of a broader line of research based on two projects funded by the Ministry of Science and Innovation (CSO2010-18925 and CSO2014-54669-R), whose Principal Researcher is Rosa Gómez-Redondo, and a PhD fellowship FPI (BES2011-045649), associated to the first above mentioned project and given to Aina Faus-Bertomeu.

The authors would like to thank Professor Javier Callejo (UNED) for his assistance and expert opinion on the methodology applied in this study.

² The survey does not permit comparison of the sexual identity of the women, as the sample of non-heterosexual women is not significant.

³ The climacteric is understood to be the passage from mature adulthood to old age in women. The term, meno-

pause, is commonly used, but this concept makes strict reference to the cessation of menstruation, so we have decided to refer to it as climacteric as it covers the entire ageing process.

sexual desire does not decrease with age, as argued by many authors (Moioli, 2005; García, 2005; Freixas *et al.*, 2010). Instead, it was suggested that not all women age in the same way or at the same time, but that, in fact, physiological changes occur gradually, such that it does not make sense to establish a certain age as the moment the body begins to age. In addition, not all women suffer the same symptoms in menopause, and their symptoms may be temporary or permanent (Sampedro, 2005). A new, and developing, position, found in Bajos and Bozon (2012), has found an increase in sexual satisfaction in recent decades, especially among women, and in particular after reaching 50 years of age, due to the extension of their sex lives, greater autonomy for women and other cultural transformations.

Among the factors influencing sexual desire, many authors emphasize the individual's state of health (Gervás and de Celis, 2000; Rohde *et al.*, 2014) and certain emotional states connected to circumstances related to the life cycle: the stress and fatigue caused by the weight of family responsibilities, dualisation in work and family spheres, the loss of a partner, etc. (Carmenate *et al.*, 2006). They also cite myths and social beliefs concerning sexuality, such as taboos about older people having sex or the loss of desire accompanying menopause (López and Olazábal, 2006). Likewise, an active sex life, a positive attitude about sexuality and a healthy relationship with a partner have been established as factors influencing sexual desire. Cognitive flexibility and plasticity in old age (Maciel and Laganà, 2014) are important in studies based on the active ageing paradigm. Also important are psychosocial factors such as the prevailing canons of beauty in Western societies and the perception of the body in an overly youth-conscious society with a dominant conception of sexuality focused on the act of intercourse (Freixas, 2007). From this perspective, the loss of desire should not

necessarily be viewed as a sexual problem (Karadag *et al.*, 2014), but rather, it may be a situation negatively influenced by one of these factors.

THEORETICAL FRAMEWORK

The study of sexual desire dates back to Freud, who called it libido (1921) and suggested that this element of sexual expression, linked to the biological, is a repressed instinct and therefore innate to the person. Later on, Kinsey *et al.* (1953) defined it as an accumulation of tension, resulting from a stimulus and that it required discharge. Masters and Johnson (1966) concluded that the human sexual response is made up of four stages: excitement, plateau, orgasm and resolution. And Kaplan (1977), who conceived of desire as the sensations that motivate the individual to be receptive to a sexual stimulus, introduced this concept into the model of Masters and Johnson, arguing that there is a state that exists prior to excitement, which he referred to as desire. However, this idea was rejected by Schnarch (1991), who demonstrated that desire acts at every stage. Functionalist theories of sexuality, based on impulse theory, tried to explain sexual behaviour through the biological and psychological capacities of individuals in order to develop a universal theory of human nature (Weeks, 1985). Distinguishing sexuality and society, they argued that society limited the sexual impulse in order to maintain the integrity of the family and the social system.

The main challenge to a positivist conception of sexuality came from symbolic interactionism, which tried to undermine it by arguing that sexuality is a social construction. The focus was transferred to the concept of "learning", arguing that each interaction provides a socialisation experience, and theorising the processes through which sexual meanings were negotiated, embodied in the notion of *sexual scripts* and *scenarios*

(Gagnon and Simon, 1973). Identity Theory would try to demonstrate how social norms limit and shape the sexual impulse of individuals who, as active agents, negotiate sexual behaviours through social interaction. Homosexuality, as with other non-normative sexualities, would cease to be a deviation and would be understood as a question of personal identity, a social category, the result of freely choosing a lifestyle linked to social relationships and belonging to a group (Henslin, 1971). However, the structuralist model of sexuality does not explain at the micro level why individuals adopt one or another identity; that is, the link between needs and desires and individual identity. And at the macro level, it also does not clarify where the cultural scenarios come from and how they are transformed, underestimating the degree to which certain groups maintain the capacity to legitimise “normal” sexual patterns and stigmatise others (Stein, 1989).

Foucault (1976) clearly stands out within the social constructivist tradition, concluding that not only the particular forms of regulating sexual behaviour and sexual scripts, but even the notion of sexuality itself, is a social construction. Thus he extended the model of the interactionists, incorporating the notion of power and trying to show how institutional discourses, expressed through experts with a monopoly on “truth”, construct sexual subjectivity. This repressive hypothesis implies that sexuality and, therefore, pleasure, are constructed through processes of individualisation and normalisation, which act as mechanisms of control providing a definition of cultural meanings specific to historical periods. The main critiques of Foucault’s proposal come from his loose concept of power, from the difficulty in developing a conception of causality and from the rejection of notions of agency and structure that impede the understanding of social change.

Different models of sexuality within sociology focus on different factors, which is an obstacle to our use of a previous model or of

complementing it (Stein, 1989). This and consequently, a lack of theoretical consensus in defining the concept of sexual desire has led us to consider the bio-psychosocial model of sexual interest proposed by DeLamater (2002) as the most appropriate for carrying out this study, given its objective of distinguishing between organic, social and cultural effects on sexual desire. This perspective combines biological elements, such as hormonal and vascular illnesses; emotional influences, which include variables such as mental health, the importance given to sexuality or the level of sexual knowledge; as well as social variables, such as having a partner and the quality of the relationship. In an attempt to specify to a greater extent the influence of these sociocultural and relationship variables, these dimensions have been reformulated into seven different aspects, as explained in the section on methodology.

HYPOTHESIS AND OBJECTIVES

Recent research has concluded that sexual practices continue to be a normal part of life in old age, as the capacity to enjoy sex lasts throughout life and in the right situation can be an element that enriches the lives of the elderly (López and Olazábal, 2006; Freixas, 2007; Angelini *et al.*, 2012). In this context, our starting hypothesis is that the physiological changes that occur in old age do not prevent an individual from being able to have pleasurable sexual experiences, but that this, just like sexual desire, depends as much or more on cultural, social and attitudinal factors. Given the multi-dimensional origin of desire, it is to be expected that at each stage of the end of the reproductive cycle, with their particular associated lifestyles and specific social norms, sexual desire is mediated by different factors. Thus, for example, in pre-menopausal women with dependent children, childcare may have an influence on desire; in peri-menopausal women, with an empty nest, the relationship with their partner

may be the key element in sexual motivation, and in post-menopausal women, the break from the restrictive model of sexuality in which they were socialised can promote sexual desire.

Thus, the main objective of this study, which considers women's sexual experiences in the climacteric period⁴, is to analyse the expression of sexual desire (and the lack of it as well) and, in addition, its psycho-sociocultural determinants. On the one hand, this means disconnecting sexual motivation from the cessation of sexual activity, and on the other, observing the sociocultural elements affecting sexual interest at each stage of women's non-reproductive sexual cycle. To do this, we have classified women over 45 years of age by the different stages of the climacteric. This biological organisation also allows us to classify them by generations and to locate them socially by the context in which they were socialised, thus, making it possible to look at the predominant sociocultural elements in each age group.

SOURCES AND METHODOLOGY

The sample selected from the ENSS consists of 1,359 women over 45 years of age, whom we have divided into age groups. This distribution is based on a classification of stages at the end of the reproductive cycle (Table 1). The first stage, pre-menopause, between 45 and 50 years of age, is characterised by longer intervals between periods. Peri-menopause, between 51 and 59, is defined as a stage marked by the appearance of clinical,

biological and hormonal symptoms before menstruation ends, and finally, menopause, which is when *amenorrhoea* (absence of a menstrual period) lasts for over a year, is a characteristic of women over 60 years of age (Carmenate *et al.*, 2006).

These women have also been grouped according to whether they continue to have sexual desire or not. This was done using two variables. We took into account those women with sexual abstinence who stated they lacked sexual desire⁵, to which we added those who continue having sex but who stated that during their sexual experiences they think "I hope it ends as quickly as possible" with a frequency of always, almost always and sometimes⁶. This is a clear expression of lack of sexual motivation. After applying a correlation analysis between this constructed variable, which includes both profiles and the independent variables, it was concluded that there are no statistically significant differences between the two typologies, so they were included in the same group. In this way we obtained one group of women with very little or no sexual motivation and another group of women with desire (who "never" or "almost never" think "I hope it ends as quickly as possible"), a group that decreases as age increases. Thus, the dependent variable, "Persistence of sexual desire", is constituted and operationalised as a *dummy* variable (Table 1).

In addition, in order to make the construct, "sexual desire", operative, following the bio-psychosocial model proposed by DeLamater (2002), we constructed six dimensions, which acted as independent variables

⁴ The lack of a scientific consensus regarding the term to designate the physical transformations that occur in men, their causes, symptoms and physiological effects, as well as their stages (García, 2005), leaves men out of this analysis. In addition, rarely are these age-related modifications considered to be related to their sexual interests and practices, which reveals the greater level of mythification and prejudice toward women's sexuality.

⁵ The ENSS includes the question "What is the reason you have not had sexual relations in the last 12 months?", and one of the possible responses is "for lack of sexual desire".

⁶ Also in the ENSS, for a series of questions, the following formulation was introduced, "Thinking, I hope it ends as soon as possible", and the possible responses are: Always, Almost always, Sometimes, Never.

in the analyses carried out. They include sociodemographic variables (education level, social class and importance of religion), with the aim of measuring their influence on sexual interest; however, no significant results were obtained from these.

The second dimension is state of health and is comprised of objective (illnesses, disability and medications) and subjective (self-evaluation) variables in order to observe how state of health affects sexual practices. From the literature consulted, we can deduce that state of health is decisive for remaining sexually active in old age (López and Olazábal, 2006; Rohde *et al.*, 2014). In this regard, certain conditions can affect the development of a full sex life, especially those related to hormonal alterations: osteoporosis and rheumatoid disorders, ischemic heart disease and neoplastic processes, as well as pharmacological treatments that inhibit desire (Gervás and de Celis, 2000). In addition, it is obvious that at older ages, suffering from and the seriousness of illnesses will increase, as will the use of pharmaceuticals and the degree of disability and, therefore, their influence on sexual activity.

With the same objective, we present a third dimension, which examines state of mind or psychological state, using information on individuals' self-definition and their physical and emotional self-acceptance, evaluating how these factors interact with sexual interest. In modern societies beauty is associated with youth and femininity with fertility. The changes in the body linked to menopause and how women evaluate them become stress factors, due to their negative repercussions on self-esteem and identity when interpreted as loss of physical beauty (Thorpe *et al.*, 2015). Likewise, anxiety and depression are emotional states that have a negative impact on sexual desire (Santos-Iglesias *et al.*, 2013; Karadag *et al.*, 2014). As body image and identity crises have a decisive effect on individuals' psychological state, the lack of sexual desire may be associa-

ted with –more than with hormonal issues– a depressed emotional state, the result of its negative influence on eroticism.

We have also incorporated a dimension referring to “family and couple relationships”, in which we can observe if lifestyle, the distribution of domestic tasks and care, and the relationship with the partner have an influence on the experience of sexuality. Given family structure and employment situation, our hypothesis is that women's economic independence and an egalitarian relationship between partners is associated with greater sexual desire, as inequality undermines the quality of life for women and as a result, the well-being of couples, with implications for the quality of affective relationships and desire (Meil, 2005).

In addition, we have examined the beliefs associated with sexuality and their relationship to pleasure. Given the historical and social context, it is to be expected that the most elderly women would have what we might refer to as a traditional definition of sexuality, as they were socialized in the post civil-war period and under the Franco dictatorship, with Catholic values that promoted a conception of sexuality reduced to its procreative function, institutionalized in marriage and where the norm was heterosexual relationships (Pérez, 2002). In other women, on the other hand, we might find a broader definition, fostered by the sexual and contraceptive revolution that separated procreation from sexuality and its free expression (Osborne, 1993). Previous studies (DeLamater and Sill, 2005; Faus-Bertomeu, 2013) have shown that the degree and usefulness of information received about sex, the importance given to sexuality, knowledge about the body and an acceptance of homosexual relationships foster sexual satisfaction at older ages; these are variables that are also included in this study.

We have also analysed sexual attitudes and their association with sexual satisfaction. There is a clear link between having an

TABLE 1. *Women classified by age group, whether they continue to feel sexual desire and if they have a stable partner*

			Women without a stable partner		Women with a stable partner		TOTAL
			n	%	n	%	
Pre-menopausal: From 45-50 years of age	Without sexual desire	They continue: "Get it over with"	3		104		
		Interrupted because of lack of desire	4		0		
		Total	7	28.0	104	25.7	111
	With sexual desire		11	44.0	300	74.3	311
	Total		25	100	404	100	429
Peri-menopausal: From 51 to 59	Without sexual desire	They continue: "Get it over with"	6		150		
		Interrupted because of lack of desire	10		0		
		Total	16	51.6	150	36.2	166
	With sexual desire		15	48.4	264	63.8	279
	Total		31	100	414	100	445
Post-menopausal women: Over 60	Without sexual desire	They continue: "Get it over with"	4		48		
		Interrupted because of lack of desire	71		0		
		Total	75	97.4	48	19.8	123
	With sexual desire		2	2.6	194	80.2	196
	Total		77	100	242	100	319

Source: By authors based on the ENSS.

active sexual attitude and an increase in sexual desire, and the inverse, as that attitude is the very expression of the sexual (Maciel and Laganà, 2014). This dimension includes behaviours such as expressing desire or taking the initiative, and related to that, satisfaction with particular sexual practices with one's partner. The hypothesis to be considered is that the greater the level of well-being with the partner is, the greater sexual desire will be. However, it is not possible through the ENSS to analyse the state of the relationship with the partner, so the analysis has been limited to the desire experienced in relation to certain sexual practices with him.

A final dimension has been included on sexual behaviours to examine their correlation with sexual motivation. The ENSS shows that the frequency and diversity of sexual practices in relationships diminishes with age (Faus-Bertomeu, 2013; Ayuso and García, 2014). Thus, it would be expected that desire would be greater among women with an ac-

tive sex life and with a wide range of practices that have a seductive, intimate, sensual and romantic component.

To meet the objectives of this study, we have used binary and multivariate analysis. We looked at the relationship between the dependent variable and the seven dimensions described above (see Appendix) through contingency tables. The link between two variables is statistically significant if $p < 0.05$. In the case of the association between a nominal variable and an ordinal variable, we used Cramer's V, and in the case of the association between ordinal variables, Somers' D. In addition, significant values were those where $n \geq 45$ and corrected typified residuals were ± 1.96 (Sánchez Carrión, 1989). In this way we controlled the differences due to the age of the women, and the optimal variables for applying a binary logistic regression analysis were selected by the inclusion of Ward's "forward selection" of variables for each age group (Table 2), esti-

TABLE 2. Results of the logistic regression analysis in the three groups of women

	Variable	Significance	Odds Ratio
Pre-menopausal women	Subjective state of sexual health: Bad		ref
	Okay		-
	Good	** p < 0.05	3.26
	Sharing household tasks: Never		ref
	Sometimes	-	-
	Always	*p < 0.1	1.85
	Time dedicated to caring for an elderly or dependent person: More than 50 hours		ref
	Doesn't take care of anyone	** p < 0.05	4.38
	Less than 10 hours	** p < 0.05	6.43
	From 11 to 25 hours	** p < 0.05	10.48
	From 26 to 50 hours	** p < 0.05	19.64
	Represses her sexual desire and pleasure: Yes		ref
	No	***p < 0.000	3.36
	Feelings after having sexual relations: Guilt		ref
	Well-being	***p < 0.000	6.37
N		379	
Chi-square		72.98	
- 2log likelihood		347.118	
overall percentage		81.00%	
Peri-menopausal women	Suffers from rheumatic diseases: Yes		ref
	No	** p < 0.05	2.3
	Takes medications: Yes		ref
	No	** p < 0.05	0.54
	Represses sexual desire and pleasure: Always		ref
	Sometimes	-	-
	Never	*p < 0.1	4.08
	Opinion: Homosexuality is an illness: Agree		ref
	Neither agree or disagree	-	-
	Disagree	** p < 0.05	2.83
	How often you would like to have sex: Less frequently		ref
	More frequently	** p < 0.05	2.12
	The same frequency as now	** p < 0.05	2.5
	Sexual satisfaction with her stable partner: Not very satisfied		ref
	Very satisfied	***p < 0.000	5.59
Satisfied	***p < 0.000	7.95	
N		336	
Chi-square		85.71	
- 2log likelihood		348.62	
overall percentage		76.5%	
Post-menopausal women	Takes anti-depressants: Yes		ref
	No	** p < 0.05	0.273
	Has some type of disability that impedes having a sex life: Yes		ref
	No	** p < 0.05	2.52
	Spends time taking care of herself and feels good: Never		ref
	Sometimes	-	-
	Always	** p < 0.05	2.97
	Decision-making: Needs the approval of others.		ref
	Likes to make her own decisions	** p < 0.05	0.44
	Would have liked to have information on 'Problems in sexual relations': No		ref
	Yes	** p < 0.05	0.35
	Opinion: 'sexuality is necessary for personal balance': Disagree		ref
	Neither agree nor disagree	*p < 0.1	6.65
	Agree	** p < 0.05	13.35
	Satisfaction touching partner's genitals: No satisfaction		ref
satisfaction	** p < 0.05	2.95	
Opinion: 'Men feel greater sexual desire than women': Disagree		ref	
Neither agree nor disagree	*p < 0.1	2.46	
Agree	***p < 0.000	5.32	
Feeling after having sex: No feeling		ref	
Sadness	*p < 0.1	0.89	
Happiness	***p < 0.000	5.7	
N		237	
Chi-square		92.43	
- 2log likelihood		234.25	
overall percentage		75.5%	

Source: By authors based on the ENSS.

mating the probability of women having sexual desire or not according to the independent variables analysed (Jovell, 1995) and following the recommendations of Mood (2009) on this technique; that is, taking into account the effect of sample size and its heterogeneity in the results. With the dependent variable being sexual desire, the resulting coefficients were interpreted as an increase of the total percentage obtained.

FINDINGS

State of health

Binary analysis does not reveal large differences in the state of health between women with sexual desire and those with a lack of desire for any of the age groups. For the pre- and post-menopausal women, a good state of sexual health is associated with continued desire (Somers' D 0.202 from 45 to 50 years old and for those over 60). In the peri-menopausal women, the divergence comes from level of disability (Cramer's V 0.202) and from the impediments to carrying out sexual practices resulting from this (Cramer's V 0.218), both obstacles for sexual desire. These results are confirmed by the data obtained from the multivariate analysis. In women from 45 to 50 years of age, continued full sexual desire increases by 23.44% in those with good levels of sexual health in comparison to those with poorer levels. More specific is the case of women from 51 to 59 years of age, given that those who do not suffer from orthopaedic disorders or rheumatic diseases (Cramer's V 0.234) and those who do not take medications regularly (Cramer's V 0.583) have an increase in sexual desire of 30.29% and 64.8% respectively. And for women over 60 not taking anti-depressants (Cramer's V 0.66) and not suffering from disabilities that affect their sex lives (Cramer's V 0.202), we find an increase in the persistence of sexual desire of 78.52% and 28.41% respectively.

Mood and emotional state

Overall, both women who are interested in sex and those who are not have positive feelings about themselves: at all ages they feel attractive and make a positive evaluation of themselves. However, an association was found between independence (Cramer's V 0.153) and personal dedication (Somers' D 0.219) and sexual desire in post-menopausal women, increasing to 25.13% among those women who spend time taking care of themselves and who feel good about themselves, and to 61.1% among those who make their own decisions without taking others' opinions into account.

Relationships with family and partner

Binary analysis has not provided conclusive results, possibly because the profiles of the women from all the generations are similar in this dimension. However, multivariate analysis shows that sexual desire increases by 35% among pre-menopausal women who live in households where household chores are shared (Somers' D 0.368). In addition, women who are not responsible for dependent or elderly persons (Somers' D 0.43) show an increase of 18.57% in sexual motivation in comparison to those who have these kinds of family responsibilities. Moreover, the amount of time dedicated to care is decisive. Taking as a reference women who spend more than 50 hours per week on family responsibilities, those who spend 26 to 50 hours show an increase in desire of 4.84% with respect to the reference group; those who spend 11 to 25 hours show an increase of 13.44%, and those who dedicate fewer than 10 hours to caregiving tasks have a 17.09% increase in desire.

Opinions and beliefs about sex

Bivariate analysis associates the amount of information one has about sexuality with sexual desire for all the generations (Somers' D 0.135, 0.288 and 0.203, respectively), as well

as the usefulness of this information at older ages (Somers' D 0.288 from 51 to 59 and 0.133 for those over 60) and knowledge about one's body as a means of giving and receiving pleasure (Somers' D 0.126, 0.243 and 0.275). In addition, there is an association between sexual motivation and the importance currently given to sexuality (Cramer's V 0.157, 0.246 and 0.25) and with a satisfactory assessment of one's overall sex life (Somers' D 0.147, 0.193 and 0.253).

Our multivariate analysis indicates that peri-menopausal women who do not oppose homosexual relationships, but accept them as they accept heterosexual relationships (Somers D 0.137) have a 26.05% increase in sexual desire. Post-menopausal women who conceive of sexuality as a necessary part of having a balanced life (Somers' D 0.205) show a 6.96% increase in sexual motivation; for those who would have liked to have more information about sexual problems (Cramer's V 0.122), the increase is 73.86% and for those who disagree with statements such as "men feel more sexual desire than women" (Somers' D 0.187), 15.81%.

Sexual attitudes

The bivariate analysis reveals that sexual desire is higher among those with attitudes such as taking the initiative (Somers' D 0.119 in 45-50 year olds, 0.223 in 51-59 years old and 0.234 in women over 60), and it decreases if "they repress sexual desire and pleasure" (Somers' D 0.275, 0.247 and 0.262, respectively). It is also found to be higher if women feel greater sexual satisfaction with a stable partner (Somers' D 0.261, 0.312 and 0.179) and enjoy practices such as taking their clothes off (Somers' D 0.114, 0.199 and 0.179) or having their clothes taken off (Somers' D 0.097, 0.2 and 0.19) and touching their genitals (Somers' D 0.102, 0.147 and 0.19) or having their partner touch their genitals (Somers' D 0.143, 0.157 and 0.203).

Pre-menopausal women who express

their desire have a 22.92% higher level of sexual motivation and peri-menopausal women, 19.68%. In addition, in peri-menopausal women, sexual satisfaction with a partner is decisive: those who are "quite" satisfied have a 11.17% higher level of desire, and those who feel "very" satisfied increase their desire 15.15% in comparison to those who do not feel satisfied. And post-menopausal women who get satisfaction from touching the genitals of their partner show a 25.26% increase in desire.

Sexual behaviour

Bivariate analysis shows that after having sex the expression of feelings such as satisfaction (Somers' D 0.231 in 45-50 year olds, 0.233 in 51-59 year olds and 0.288 in those over 60), pleasure (Somers' D 0.209, 0.224 and 0.274, respectively), well-being (Somers' D 0.266, 0.15 and 0.272), calm (Somers' D 0.224, 0.134 and 0.169) and happiness (Somers' D 0.255, 0.315 and 0.303) are associated with sexual motivation. However, significant results were not found in relation to specific practices such as oral sex and intercourse.

Multivariate analysis indicates that peri-menopausal women whose desired frequency of sexual relations is similar to their actual practice (Somers' D 0.163) have a 28.5% higher level of desire, and those who would like to have sex more frequently show an increase of 32.01%. Pre-menopausal women who feel good after having sex with their partner have a 13.56% higher level of desire and for post-menopausal women who experience joy, it is 14.92% higher.

DISCUSSION

Our results show that the number of women who feel sexual desire decreases with age. However, data also show that with an increase in age there is also an increase in the number of women with a stable partner, which is

found to be the main factor in maintaining sexual desire. In addition, the age of the person is not a reliable predictor of the type and quality of intimate relations, and emotional intimacy is a significant need, regardless of age (Angelini *et al.*, 2012). In fact, and despite the fact that some women say their sexual abstinence is due to a lack of sexual desire, there is no direct relationship between hormonal levels and sexual desire; rather, this link is determined by social and emotional factors that inhibit female eroticism (Kinsey *et al.*, 1953; Hite, 1977; Masters and Johnson, 1966; Freixas *et al.*, 2010).

The results indicate that health status and emotional health are significant factors in sexual desire, and they increase in importance and become more diverse with age. However, the results reveal the weight of family responsibilities, or rather, the structure of care, which shapes desire especially during the period from 45 to 60 years of age. The findings also show that in the dimension of beliefs and opinions that a posture open to sexual pleasure and a broader definition of sexuality increases sexual motivation, just as sexual enjoyment with one's partner is linked to the attitudinal dimension. Finally, what is decisive in sexual desire – more than sexual practices themselves – are the sensations and emotions awakened by these practices in women, which confirms the place of an active and satisfying sexual path to increase sexual desire. The decisive element indicating that sexual motivation is constrained or fostered through social and cultural factors are the different elements that have an influence on the different generations, thus confirming that the biological aspect is secondary.

The factors that predict sexual desire in pre-menopausal women are related to egalitarian relations within a couple and the level of responsibility for providing care to parents and children. The components that are directly linked to sexual desire in peri-menopausal women are state of health, an active

sexual life and sexual satisfaction with one's partner. Lastly, in post-menopausal women, the key factors are health, independence and care and a broad definition of sexuality in which communication with one's partner is key. It can be concluded, therefore, that sexuality and its forms of expression, as well as the factors that impact desire, change over the life cycle.

Prior studies suggest that female sexuality at older ages depends on male sexuality, to the point that if the woman does not have a stable partner, sexual activity ceases (López and Olazábal, 2006; Maciel and Laganà, 2014). In this regard, women construct their sexual desire based on the quality of their relationship with a partner. From the dimensions analysed what is found to be decisive is an active sex life with a partner, the sexual attitude toward the partner and the feelings and satisfaction produced by having sex with that partner. As Freixas *et al.* confirmed: "The central issue lies in the nexus between sexual desire and the quality of the relationship" (2010: 44). Ruben (1978), on the other hand, stated that the determinants of sexual desire at older ages include shame and sin. Thus, women who break with the roles they have been socialised into and who experience their own sexuality within a broad framework of stimuli and sensations in which, for example, they can experience satisfaction, pleasure and well-being (as opposed to dissatisfaction, pain and guilt) after having sex, have a greater likelihood of increased sexual desire.

Historically, reproductive work has been assigned to women, that is, tasks such as household chores and taking care of others. The acceptance of domestic work as an inherently female responsibility has contributed to this work not being seen as related to the process of capital accumulation, which turns it into something invisible, marginal, natural and private, and results in a loss of awareness of the need to have time for oneself (del Re, 1995). Various studies have

shown the impact of care-giving work on self-perceptions regarding state of health, both physical and psychological, and on social, personal and economic life (Fernández *et al.*, 2011; Gómez Redondo *et al.*, 2017). Sexuality does not escape this dynamic, and the loss of desire in pre-menopausal women is due to an overload of care-giving tasks, which has a negative impact on mental health, reflected in stress, anxiety, depression and a lack of interest in sex (Maciel and Laganà, 2014). Tobio (2005) emphasised that personal fulfilment and women's independence through having paid employment and the sharing of family responsibilities is very related to enjoyment, desire and pleasure. What should be highlighted here is that there is a clear connection between both partners working and sharing responsibility for the family and sexual activity and, specifically, sexual desire. This line of argument allows us to also understand why sexual desire in post-menopausal women is mediated by taking greater care of oneself, given that "[When a woman is in her 60s], the need to pause a little and think more about herself – saturated by doing this for everyone else around her, regardless of how many people this involves – becomes more palpable, stronger and more necessary than at a younger age" (Sáez, 2005:42).

Being sufficiently healthy is an important factor when it comes to enjoying sexual relations. It is clear that health worsens with age. Individuals' self-perception of their level of health is reduced; individuals suffer more illnesses, including incapacitating illnesses, and they take more medications. As this is the case, health becomes a determinant in whether sexuality continues or is interrupted at older ages (Lindau and Gavrilova, 2010). Taking medications – especially anti-depressants – and incapacitating illnesses, particularly those related to the nervous system, stand out, given that they can alter important sensory, motor and cognitive functions and compromise sexual activity in general and

desire in particular (McHugh and Interligi, 2014). However, what is worth noting – and supports the hypothesis that desire is not only influenced by organic changes in the body – is that we have not found evidence that the endocrinal changes that are typical of the climacteric are associated with a loss of sexual desire.

CONCLUSIONS

It is clear that the consideration of menopause as a medical problem habituates a preventative attitude with regard to the physiological consequences of hormonal changes. But we must also take into account that the climacteric, and more concretely, menopause, is determined by a range of social, psychological and gender-related factors. The application of a bio-psychosocial model of sexual desire, composed of a combination of biological, emotional and contextual factors, permits us to conclude that there is no link between sexual interest and suffering from endocrinal or vascular problems characteristic of the climacteric, and reveals the attitudinal, relational and sociocultural character of desire. In this analysis, we have looked at that multi-dimensional character of sexual desire, as well as the social circumstances that characterise it in each generation of women. The consequences of women's subjection to a traditional role, sexual attitudes, state of health, dependency on a partner, the lack of life projects and dedication to the care of others, all have their effects during the period of maturity and old age. In this sense, the data show a clear correlation between the tasks of providing care, which we have even specified by looking at the time dedicated to this work, and levels of sexual desire.

These results show the importance that social and cultural components have on sexual desire, revealing that physiological and morphological changes specific to the ageing process are not as important as often assu-

med. This suggests the need to include a more holistic perspective and not one only centred on sexual practice to achieve a more complete understanding. In addition, the use of valid instruments for examining each of the proposed constructs contributes to obtaining valid and trustworthy conclusions, in comparison with studies that evaluate constructs using a single question.

LIMITATIONS

Academically, the study of female sexual desire has occupied a secondary position within the field of sexuality, and from a perspective that separates it into two fields, the biological and the sociocultural. Thus, a new understanding of sexual desire and the influence of gender is necessary (Tolman and Diamond, 2001). This approach must include a focus on gender capable of accommodating the intersection between the subjective understanding of sexuality and the quality of the expression of desires in different sociocultural and interpersonal contexts.

Along with this we must also consider the obstacles that result from the ENSS, which, despite being designed from a gender perspective (CIS, 2009), does not include questions regarding the life cycles of men and women; that is, there is no variable that looks at the effects of menopause, even knowing the existence of the myth that relates it with the end of female sexuality. In addition, the lack of inclusion of variables that evaluate the couple relationship beyond the sexual, constrains the definition of sexuality and its analysis.

BIBLIOGRAPHY

Angelini, Viola *et al.* (2012). "Age, Health and Life Satisfaction among Older Europeans". *Social Indicators Research*, 2(105): 293-308.

Arber, Sara and Ginn, Jay (1996). *La relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico*. Madrid: Ediciones Narcea.

Ayuso Sánchez, Luis and García Faroldi, Livia (2014). *Los españoles y la sexualidad en el siglo XXI*. Madrid: CIS.

Bajos, Nathalie and Bozon, Michel (2012). "Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans: un vieillissement genré". *Gérontologie et société*, 1: 95-108.

Bourdieu, Pierre (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama. (Edition 2000).

Bozon, Michel (2001). "Sexuality, Gender and the Couple: A Sociohistorical Perspective". *Annual Review of Sex Research*, 12(1): 1-32.

Bozon, Michel (2002). *Sociologie de la sexualité*. Paris: Armand Colin (2nd ed., 2009).

Carmenate, Margarita; Martínez, Antonio and Casasús, Sonia (2006). "Menopause: The Psychosocial Meanings of a Biological Transition". In: Dugerdil S. and Taylor M. (eds.). *Human Clocks. The Bio-Cultural Meanings of Age*. Bern: European Academic Publishers.

Centro de Investigaciones Sociológicas (2009). "Informe metodológico. Encuesta Nacional de Salud Sexual, Estudio 2.780" (www.cis.es).

DeLamater, John (2002). "Sexuality across the Life Course: A Biopsychosocial Perspective". *Mid-continent Region Meeting, Society for the Scientific Study of Sexuality*. Big Rapids, Michigan.

DeLamater, John and Sill, Morgan (2005). "Sexual Desire in Later Life". *Journal of Sex Research*, 42: 138-149.

Erikson, Erik (1988). *El ciclo vital completado*. Madrid: Paidós.

Faus-Bertomeu, Aina (2013). "La sexualidad de las mujeres mayores: Explotación estadística de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS)". *Trabajos fin de master 2010-2011*. Madrid: UAM.

Faus-Bertomeu, Aina (2017). *Salud, sexualidad y bienestar en las personas mayores*. Gómez-Redondo, Rosa (dir). Madrid: UNED. [Doctoral Thesis, not published].

Fernández de Larrinoa, Pedro *et al.* (2011). "Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga". *Psicothema*, 3(23): 388-393.

Foucault, Michel (1976). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI. (Edition 2009).

Freixas, Anna (2007). *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Freixas, Anna; Luque, Bárbara and Reina, Amalia (2010). "Secretos y silencios en torno a la sexualidad de las mujeres mayores". *Debate Feminista*, 42: 35-51.
- Freud, Sigmund (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. (Edition 1999).
- Ganong, John and Simon, William (1973). *Sexual Conduct: The Social Origins of Sexual Development*. Chicago: Aldine.
- García, José L. (2005). *La sexualidad y la afectividad en la vejez*. Madrid: IMSERSO.
- Gervás, Juan and Celis, Mónica de (2000). "El climaterio en la mujer: una aproximación desde la teoría de los sexos". *Anuario de Sexología*, 6: 57-77.
- Gómez-Redondo, Rosa; Fernández-Carro, Celia; Cámara-Izquierdo, Noelia y Faus-Bertomeu, Aina (2017). *Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable: Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España*. Madrid: Fundación Mapfre.
- Henslin, James (1971). *Studies in the Sociology of Sex*. New York: Appleton-Century.
- Hite, Shere (1977). *El informe Hite: estudio de la sexualidad femenina*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Jovell, Albert (1995). *Análisis de regresión logística*. Madrid: CIS. (Printing, 2006)
- Kaplan, Helen (1977). "Hypoactive Sexual Desire". *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3(1): 3-9.
- Karadag, Hasan et al. (2014). "Body Mass Index and Sexual Dysfunction in Males and Females in a Population Study". *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 19(24): 76-83.
- Kinsey, Alfred et al. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders. [Bloomington, Ind.: Indiana University Press, ed. 1998].
- Lindau, Stacy and Gavrilo, Natalia (2010). "Sex, Health, and Years of Sexually Active Life Gained Due to Good Health: Evidence from Two US Population Based Cross Sectional Surveys of Ageing". *BMJ*, 340: C810.
- López, Félix and Olazábal, Juan C. (2006). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- Maciel, Michelle and Laganà, Luciana (2014). "Older Women's Sexual Desire Problems: Biopsychosocial Factors Impacting them and Barriers to their Clinical Assessment". *Bio Med Research International*. Available at: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/107217/>, access January 8, 2014.
- Masters, William and Johnson, Virginia (1966). *La respuesta sexual humana*. Buenos Aires: InterMédica. (Edition 1978).
- McHugh, Maureen e Interligi, Camille (2014). "Sexuality and Older Women: Desirability and Desire". In: Muhlbauer; Chrisler and Denmark (eds.). *Women and Aging. An International, Intersectional Power Perspective*. Berlin: Springer.
- Meil, Gerardo (2005). "El reparto desigual del trabajo doméstico y sus efectos sobre la estabilidad de los proyectos conyugales". *REIS*, 111: 163-180.
- Moioli, Bruno (2005). "Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez". *Sexología integral*, 2(1): 26-27.
- Mood, Carina (2009). "Logistic Regression: Why we Cannot Do what we Think we Can Do, and what we Can Do about it". *European Sociological Review*, 26(1): 67-82.
- Nieto, José A. (1995). *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- Osborne, Raquel (1993). *La construcción sexual de la realidad: un debate en la sociología contemporánea de la mujer*. València: Universitat de València.
- Pérez, Jesús (2002). "El discurso pedagógico relativo a la sexualidad en España (1940-1963)". *Premios Nacionales de Investigación e Innovación Educativa*, 1: 591-618.
- Re, Alisa del (1995). "Tiempo de trabajo y tiempo de trabajo de reproducción". *Política y Sociedad*, 19: 75-81.
- Rohde, Gudrun; Berg, Kari and Haugeberg, Glenn (2014). "Perceived Effects of Health Status on Sexual Activity in Women and Men Older than 50 Years". *Health and Quality of Life Outcomes*, 12: 43.
- Rubenstein, Dan (1978). "On Being Socialized out of the Human Sexual Response in the Later Years". *Journal of Sociology and Social Welfare*, 4: 843-855.
- Sáez, Carmen (2005). "Salud y bienestar a lo largo de la vida". In: Freixas (ed.). *Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer*. Barcelona: Icaria.
- Sampedro, Pilar (2005). "Sexualidad y envejecimiento. La sexualidad de las mujeres cumple años". In: Freixas (ed.). *La transmisión sociocultural del arte de envejecer*. Barcelona: Icaria.

- Sánchez Carrión, Juan (1989). *Análisis de tablas de contingencia*. Madrid: CIS. (2nd ed., 1992).
- Sánchez Vera, Pedro and Bote, Marcos (2011). *Los mayores y el amor*. València: Nau Llibres.
- Santos-Iglesias, Pablo; Calvillo, Gema and Sierra, Juan (2013). "A Further Examination of Levine's Model of Sexual Desire". *Psychology and Sexuality*, 4(1): 34-45.
- Schnarch, David (1991). *Constructing the Sexual Crucible. An Integration of Sexual and Marital Therapy*. New York: NW Norton and Company.
- Stein, Arlene (1989). "Three Models of Sexuality: Drives, Identities and Practices". *Sociological Theory*, 7(1): 1-13.
- Thorpe, Rachel *et al.* (2015). "Old and Desirable: Older Women's Accounts of Ageing Bodies in Intimate Relationships". *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1): 156-166.
- Tobío, Constanza (2005). *Madres que trabajan: Dilemas y estrategias*. Madrid: Cátedra.
- Tolman, Deborah and Diamond, Lisa (2001). "Deselegating Sexuality Research: Cultural and Biological Perspectives on Gender and Desire". *Annual Review of Sex Research*, 12(1): 33-74.
- Vásquez-Bronfman, Ana (2006). *Amor y sexualidad en las personas mayores: transgresiones y secretos*. Barcelona: Gedisa.
- Weeks, Jeffrey (1985). *Sexuality*. London: Routledge.

RECEPTION: April 29, 2016

REVIEW: July 21, 2016

ACCEPTANCE: January 24, 2017

APPENDIX

Frequencies for the significant variables classified into six dimensions that form the construct of sexuality, by age-groups

Variables	Pre-menopausal		Peri-menopausal		Post-menopausal	
	Without desire	With desire	Without desire	With desire	Without desire	With desire
<i>Self-perception of state of sexual health (P45)</i>						
Poor	8	8	14	7	45	11
Okay	30	42	39	47	96	39
Good	70	257	106	210	130	141
<i>Suffering from rheumatic illnesses (P4606)</i>						
No	94	268	115	226	194	145
Yes	17	43	48	43	96	51
<i>Suffering from limitation in daily activity (P46a)</i>						
No	36	100	49	104	107	91
Yes	27	44	48	42	116	62
<i>Suffering from sexual limitations (P46b)</i>						
No	31	96	51	110	93	87
Yes	30	48	42	36	86	40
<i>Consumption of medications (P47)</i>						
No	61	208	81	141	61	56
Yes	50	103	82	128	229	140
<i>Consumption of anti-depressants (P47a10)</i>						
No	96	291	149	249	271	176
Yes	15	20	14	20	19	20
<i>Frequency of taking care of oneself (P4802)</i>						
Never	24	33	37	34	67	20
Sometimes	45	118	63	97	105	52
Always	42	159	63	137	118	124
<i>Personality (P49a)</i>						
Likes to make her own decisions	39	146	61	120	93	73
Needs the approval of others	65	151	90	140	190	107
<i>Frequency domestic tasks are shared with partner (P4801)</i>						
Never	28	65	65	61	105	47
Sometimes	33	62	24	65	51	35
Always	49	177	70	135	128	108
<i>Hours per week dedicated to caring for a dependent person (P6601)</i>						
None	73	206	97	189	220	142
Less than 10 hours	18	45	27	32	30	20
From 11 to 25 hours	10	29	9	24	16	11
From 26 to 50 hours	3	20	14	8	8	11
More than 51 hours	6	6	11	7	9	5

Frequencies for the significant variables classified into six dimensions that form the construct of sexuality, by age-groups (continued)

Variables	Pre-menopausal		Peri-menopausal		Post-menopausal	
	Without desire	With desire	Without desire	With desire	Without desire	With desire
<i>Level of sexual information (P1)</i>						
Poor	16	20	23	19	76	26
Okay	22	46	58	52	98	50
Good	73	242	81	197	113	119
<i>Usefulness of information received about sexuality (P4)</i>						
Has not received information	11	25	42	40	88	44
Not useful	17	50	34	30	59	29
Somewhat useful	24	67	38	49	60	40
Very useful	58	169	48	149	80	82
<i>Issues on which more information is wanted: Problems in sexual relations? (P306)</i>						
No	58	178	90	159	179	144
Yes	53	137	73	110	111	52
<i>Level of agreement with the statement "Ultimately, homosexuality is an illness and should be treated as such" (P605)</i>						
Agree	10	31	35	28	86	45
Neither agree nor disagree	6	4	9	18	23	13
Disagree	88	269	108	213	139	114
<i>Level of agreement with the statement "Sexuality is necessary for personal balance" (P607)</i>						
Agree	5	10	14	18	33	5
Neither agree nor disagree	14	14	13	20	34	12
Disagree	89	284	134	226	193	168
<i>Importance currently given to sexuality (P8)</i>						
Not very important	32	48	73	61	188	80
Very important	75	257	84	201	94	114
<i>Knowledge of the body to receive and give pleasure (P24)</i>						
Not much	2	5	18	3	40	9
Some	26	39	48	48	110	38
A lot	83	266	97	215	134	146
<i>Level of agreement with the statement "Men have greater sexual desire than women" (P603)</i>						
Agree	72	174	120	146	218	118
Neither agree nor disagree	13	31	15	37	22	24
Disagree	20	98	23	71	29	42
<i>Overall satisfaction with one's sexual life (P20)</i>						
Dissatisfied	8	2	8	7	29	3
Neither satisfied nor dissatisfied	13	24	28	13	52	11
Satisfied	89	284	126	246	206	182

Frequencies for the significant variables classified into six dimensions that form the construct of sexuality, by age-groups (continued)

Variables	Pre-menopausal		Peri-menopausal		Post-menopausal	
	Without desire	With desire	Without desire	With desire	Without desire	With desire
<i>Frequency taking the initiative (P2801)</i>						
Never	18	14	53	43	111	51
Sometimes	81	289	96	218	103	144
Always	6	7	1	7	5	1
<i>Frequency repressing desire and sexual pleasure (P2803)</i>						
Always	3	2	6	3	12	3
Sometimes	58	90	80	86	113	60
Never	39	214	60	176	86	127
<i>Level of satisfaction with stable partner (P34)</i>						
Not very satisfied	18	12	41	10	84	18
Satisfied enough	50	140	70	140	93	110
Very satisfied	15	112	23	84	24	62
<i>Level of satisfaction with undressing one's partner (P1902)</i>						
Dissatisfied	27	50	61	65	83	48
Satisfied	66	223	61	152	74	89
<i>Grado de satisfacción cuando su pareja le desnuda (P1903)</i>						
Insatisfacción	19	34	47	42	81	41
Satisfacción	78	286	81	183	95	108
<i>Level of satisfaction when partner undresses you (P1903)</i>						
Dissatisfied	23	44	37	36	81	41
Satisfied	71	240	88	175	95	108
<i>Level of satisfaction when your partner touches your genitals (P1905)</i>						
Dissatisfied	17	22	29	22	65	24
Satisfied	79	264	104	191	125	124
<i>Desired frequency of sexual relations (P29)</i>						
Less often	28	41	55	43	107	50
As is	52	192	74	179	89	122
More often	26	74	23	44	19	21
<i>Feelings after having sexual relations (P3101)</i>						
None	16	9	14	5	34	9
Dissatisfaction	9	12	20	10	35	5
Satisfaction	78	288	117	253	146	177
<i>Sensation after having sexual relations (P3102)</i>						
Noun	15	7	22	13	57	12
Pain	3	3	14	5	11	5
Pleasure	87	296	115	247	145	171
<i>Feelings after having sexual relations (P3103)</i>						
None	21	10	25	21	52	8
Guilt	2	1	4	2	7	4
Well-being	80	294	123	244	154	177
<i>Feelings after having sexual relations (P3104)</i>						
None	23	15	22	17	40	14
Fear	0	2	4	3	6	2
Tranquillity	82	285	126	247	169	174
<i>Feelings after having sexual relations (P3105)</i>						
None	32	30	45	23	70	19
Sadness	6	10	12	5	13	2
Happiness	67	264	93	238	131	167

Source: By authors based on the ENSS.

Determinantes socioculturales del deseo sexual femenino

Sociocultural Determinants of Female Sexual Desire

Aina Faus-Bertomeu y Rosa Gómez-Redondo

Palabras clave

- Deseo sexual
- Edad
- Menopausia
- Mujeres
- Sexualidad

Key words

- Sexual Desire
- Age
- Menopause
- Women
- Sexuality

Resumen

Se concibe a las mujeres mayores como seres asexuales, donde el cuerpo anciano no puede ser objeto del deseo ni artífice de placer. Sin embargo, no existen investigaciones científicas que asocien los factores biológicos propios del climaterio con el cese de la actividad y el deseo sexual. A partir del análisis de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, y tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial del interés sexual propuesto por DeLamater (2002), se analizan los factores psicocioculturales del deseo que afectan a las mujeres en las distintas fases de la menopausia. Los resultados confirman que el deseo sexual está mediatizado por distintos factores en función de la edad, destacando la disposición de una pareja estable, la carga familiar, el estado de salud y la propia definición de sexualidad.

Abstract

Older women are seen as asexual beings, as having old bodies that cannot be an object of desire or the author of pleasure. However, no scientific research has associated specific biological climacteric factors with the end of sexual activity and sexual desire. From an analysis of the National Survey on Sexual Health and using the biopsychosocial model of sexuality proposed by DeLamater (2002) as a reference framework, the psycho-sociocultural factors of the sex drive affecting women in the different stages of menopause are analysed. The results of this research confirm that sexual desire is influenced by a range of factors dependent on age, including having a steady partner, family responsibilities, state of health and the very definition of sexuality.

Cómo citar

Faus-Bertomeu, Aina y Gómez-Redondo, Rosa (2017). «Determinantes socioculturales del deseo sexual femenino». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 160: 61-78. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.160.61>)

La versión en inglés de este artículo puede consultarse en <http://reis.cis.es>

Aina Faus-Bertomeu: Universidad Nacional de Educación a Distancia e Instituto Mixto de Investigación, IMIENS (UNED-Escuela Nacional de Sanidad) | afaus@der.uned.es

Rosa Gómez-Redondo: Universidad Nacional de Educación a Distancia e Instituto Mixto de Investigación, IMIENS (UNED-Escuela Nacional de Sanidad) | rgomez@poli.uned.es

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión humana importante en las relaciones interpersonales y en la salud y bienestar de las personas, y el deseo sexual es un componente de la sexualidad y uno de los pilares de la identidad sexual. Sin embargo, se excluye a las personas mayores de estos axiomas, concibiéndolas como seres asexuales, cuyo cuerpo anciano no puede ser objeto del deseo ni artífice de placer. La imagen de la vejez, influenciada por el edadismo, hace pervivir creencias que otorgan a las ancianas actitudes y comportamientos que corresponden a generaciones predecesoras, lo que conlleva que, en muchos casos, las necesidades de este grupo de población estén mal cubiertas o no reconocidas (Erikson, 1988). Así, para una mejor comprensión del proceso de envejecimiento y de bienestar en la vejez, resulta fundamental explicar cómo la satisfacción de los deseos y placeres sexuales influye en las formas renovadas de vivir de las personas mayores.

Este trabajo¹ parte de una amplia definición de sexualidad en la que se incluye toda práctica que contribuya a dar y recibir placer sexual, como hecho histórico y sociocultural (Bozon, 2002), entendida como un componente más para alcanzar el bienestar personal y, por lo tanto, como elemento integrante del estado de salud. Las mujeres objeto de este estudio, de más de 45 años y con relaciones heterosexuales², se encuentran en la

etapa del climaterio³, periodo que debe entenderse como natural dentro del ciclo vital y como momento de transición a la vejez (Arber y Ginn, 1996). Partiendo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS), el objetivo de esta investigación es cuestionar las creencias e imágenes que relacionan el climaterio con la pérdida del deseo sexual. Se analiza, desde una perspectiva social, la expresión del interés sexual y sus determinantes emocionales, sociales y culturales en un momento de la vida marcado por los cambios fisiológicos.

A pesar del escaso interés que ha despertado el estudio de la sexualidad en la vejez, son de destacar, en el ámbito español, las investigaciones desarrolladas por Nieto (1995), Moiola (2005), López y Olazábal (2006), Sánchez Vera y Bote (2011), y las más recientes, la de Vásquez-Bronfman (2006), un estudio comparativo entre España y Francia, y la de Ayuso y García (2014), centrado en la brecha generacional.

Determinados estudios ponen de manifiesto la complejidad del deseo sexual, puesto que los elementos que lo componen actúan de forma distinta en función de la edad y el género. Un amplio abanico de investigaciones concluyen que el deseo sexual disminuye con la edad, declinación más acusada en el caso de las mujeres (Kinsey *et al.*, 1953; DeLamater y Sill, 2005; McHugh e Interligi, 2014), lo que revela la necesidad de analizar el deseo en función del género (Bourdieu, 1998; Bozon, 2001). Desde este tipo de estudios, con perspectiva biologicista, se considera el deseo sexual como un impulso innato y, consecuentemente, el descenso del interés sexual es el resultado de los cambios hormonales derivados de la menopausia, reduciendo de

¹ Este estudio se enmarca en el desarrollo de una línea de investigación más amplia a través de dos proyectos financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación (CSO2010-18925 y CSO2014-54669-R), cuya IP es Rosa Gómez-Redondo, y de una ayuda predoctoral FPI (BES2011-045649), asociada al primero de esos proyectos y concedida a Aina Faus-Bertomeu.

Las autoras agradecen al profesor Javier Callejo (UNED) su disponibilidad y cualificada opinión sobre la metodología aplicada en este estudio.

² La ENSS no permite comparar la identidad sexual de las mujeres, siendo no significativa la muestra de mujeres no heterosexuales.

³ Entendemos el climaterio como el paso de la etapa adulta a la vejez en las mujeres. Comúnmente se utiliza el término menopausia, pero este concepto hace estricta referencia al cese de la menstruación, por lo que acordamos denominarla climaterio, ya que abarca todo el proceso de envejecimiento.

este modo la salud sexual de las mujeres a su etapa reproductiva. En oposición a esta línea aparece una nueva perspectiva encabezada por los estudios pioneros de Masters y Johnson (1966), que afirman que la capacidad del deseo sexual no decrece con la edad y a la que se adscriben multitud de autores (Moioli, 2005; García, 2005; Freixas *et al.*, 2010). Se arguye que no todas las mujeres envejecen del mismo modo ni al mismo tiempo, sino que los cambios fisiológicos se producen gradualmente, de modo que establecer una determinada edad como inicio del envejecimiento del cuerpo carece de sentido, además de que no todas las mujeres padecen los síntomas de la menopausia y estos pueden ser temporales o permanentes (Sampeiro, 2005). Una nueva postura en auge es la encabezada por Bajos y Bozon (2012), que reafirman un aumento en la satisfacción sexual experimentado en las últimas décadas, en especial en el género femenino y a partir de los 50 años, debido al alargamiento de la vida sexual, a la autonomía de las mujeres y a las transformaciones culturales.

Por otro lado, entre los factores influyentes del deseo sexual se consideran, y enfatizan según autores, el estado de salud (Gervás y de Celis, 2000; Rohde *et al.*, 2014) y determinados estados emocionales ocasionados por diferentes circunstancias en función del ciclo vital: el estrés y cansancio que produce la carga familiar, la corresponsabilidad del ámbito laboral y familiar, la pérdida del cónyuge, etc. (Carmenate *et al.*, 2006). Se citan también los mitos y creencias sociales alrededor de la sexualidad, como el tabú de la sexualidad en la vejez o la pérdida de deseo que acompaña a la menopausia (López y Olazábal, 2006). Así mismo, se erigen como factores predictores una trayectoria sexual activa, una actitud positiva hacia la sexualidad y una relación de pareja saludable (Santos-Iglesias *et al.*, 2013). La flexibilidad cognitiva y la plasticidad en la vejez (Maciel y Laganà, 2014) toman relevancia en los estudios que tienen como base el paradigma del envejecimiento activo. Y tam-

bién factores psicosociales, como los cánones de belleza imperantes en las sociedades occidentales y la percepción del propio cuerpo en una sociedad regida por la sobrevaloración de la juventud, con una concepción dominante de la sexualidad que enaltece el coitocentrismo (Freixas, 2007). Según lo cual, no siempre puede considerarse la pérdida de deseo como un problema sexual (Karadag *et al.*, 2014) sino más bien como una situación influenciada negativamente por alguno de los factores citados.

MARCO TEÓRICO

El estudio del deseo sexual se remonta a Freud, quien lo denominó libido (1921) y sugirió que este elemento de la expresión sexual, ligado a lo biológico, es un instinto reprimido y, por lo tanto, una condición innata al individuo. Posteriormente, Kinsey *et al.* (1953) lo definen como una acumulación de tensión fruto de un estímulo y con una descarga requerida. Masters y Johnson (1966) concluyeron que la respuesta sexual humana estaba compuesta por cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Y Kaplan (1977), quien concibe el deseo como las sensaciones que motivan al individuo a ser receptivo a un estímulo sexual, introdujo este concepto en el modelo de Masters y Johnson constatando que existía una fase previa a la excitación a la que denominó deseo. Sin embargo, esta idea fue rechazada por Schnarch (1991), al demostrar que el deseo actúa en todas las fases. Las teorías funcionalistas de la sexualidad, basadas en la teoría del impulso, trataron de explicar el comportamiento sexual a través de las capacidades biológicas y psicológicas de los individuos con el fin de idear una teoría universal de la naturaleza humana (Weeks, 1985). Distinguiendo sexualidad y sociedad, argumentaban que la sociedad limita el impulso sexual con el fin de mantener la integridad del sistema familiar y social.

El principal reto a la concepción positivista se originó desde el interaccionismo simbólico, que trató de socavarla razonando que la sexualidad es una construcción social. Se traslada el enfoque al concepto de «aprendizaje», argumentando que cada interacción proporciona una experiencia de socialización, y se teorizan los procesos mediante los cuales se negocian los significados sexuales encarnados en la noción de guión y escenario sexual (Gagnon y Simon, 1973). La teoría de la identidad tratará de demostrar cómo las normas sociales limitan y dan forma al impulso sexual de los individuos que, como agentes activos, negocian la conducta sexual a través de la interacción social. La homosexualidad, como el resto de sexualidades no normativas, dejará de ser una desviación y se entenderá como una cuestión de identidad personal, una categoría social fruto de la libre elección de un estilo de vida vinculado a las relaciones sociales y a la pertenencia a un grupo (Henslin, 1971). Sin embargo, el modelo estructuralista de la sexualidad no explica, a nivel micro, por qué los individuos adoptan una u otra identidad; es decir, el vínculo entre las necesidades y los deseos y la identidad individual. Y a nivel macro tampoco esclarece de dónde vienen los escenarios culturales y cómo se transforman, subestimando el grado en que ciertos grupos conservan la capacidad de legitimar patrones sexuales «normales» y estigmatizar otros (Stein, 1989).

Foucault (1976) destaca claramente dentro de la tradición constructivista social, concluyendo que no solo las formas particulares de la regulación de la conducta sexual y los guiones sexuales, sino que incluso la propia noción de sexualidad es una construcción social. Extendió así el modelo de los interaccionistas, incorporando la noción de poder e intentando mostrar cómo los discursos institucionales, expresados a través de expertos con el monopolio de la «verdad», construyen la subjetividad sexual. La hipótesis represiva incide en que la sexualidad y, por ende, el

placer, se construyen a través de procesos de individualización y normalización, que actúan como dispositivos de control proporcionando una definición de los significados culturales en cada momento histórico. Las principales críticas a la propuesta foucaultiana provienen del concepto laxo de poder, del difícil desarrollo de una concepción de la causalidad y del rechazo a las nociones de la agencia y la estructura que impiden la comprensión del cambio social.

Los diferentes modelos de la sexualidad desde la sociología inciden en diferentes aspectos que impiden la superación teórica del modelo precedente o su complementariedad (Stein, 1989). Esto, y el consecuente disenso teórico en la definición del propio concepto de deseo sexual, nos lleva a considerar el modelo biopsicosocial del interés sexual propuesto por DeLamater (2002) como el más adecuado para el desarrollo de esta investigación, dado el objetivo, la distinción entre los efectos orgánicos y los sociales y culturales en el deseo sexual. Esta perspectiva combina elementos biológicos, como el padecimiento de enfermedades hormonales y vasculares; influencias emocionales, que incluyen variables como la salud mental, la importancia concedida a la sexualidad o el grado de información; y también variables sociales, que aglutinan elementos como la disposición de una pareja y la calidad en la relación con esta. En un intento de especificar en mayor medida la influencia ejercida por las variables socioculturales y relacionales, estas dimensiones han sido reformuladas en siete aspectos diferenciados, tal y como se explica en la metodología.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Recientes investigaciones concluyen que las prácticas sexuales siguen siendo habituales en edades longevas, ya que la capacidad de disfrutar de la sexualidad dura toda la vida,

pudiendo ser en condiciones adecuadas un elemento que enriquece positivamente el bienestar de las personas mayores (López y Olazábal, 2006; Freixas, 2007; Angelini *et al.*, 2012). En este contexto, la hipótesis de partida dicta que los cambios fisiológicos que se producen en la vejez no impiden mantener unas relaciones sexuales placenteras, sino que estas, al igual que el deseo sexual, dependen tanto o más de factores culturales, sociales y actitudinales. Dado el origen multidimensional del deseo, es esperable que en cada etapa del fin del ciclo reproductivo, con estilos de vida propios y normas sociales específicas, el deseo sexual esté mediatizado por distintos elementos. De este modo, en las mujeres premenopáusicas, con hijos dependientes, los cuidados pueden influir en el deseo; en las mujeres perimenopáusicas, en nido vacío, la relación con la pareja puede ser el elemento central de la motivación sexual; y en las mujeres posmenopáusicas, la ruptura con el modelo restrictivo de sexualidad en el que fueron socializadas puede fomentar el deseo sexual.

Así, el objetivo principal de esta investigación, que considera las experiencias sexuales femeninas en la etapa del climaterio⁴, es el de analizar la expresión del deseo sexual y, por ende, la carencia de este y sus determinantes psicosocioculturales. Por un lado, se trata de desvincular la motivación sexual del cese de la actividad sexual, y por el otro, de observar los elementos de índole sociocultural que inciden en el interés sexual en cada etapa del ciclo sexual no reproductivo femenino. Para ello se clasifica a las mujeres mayores de 45 años atendiendo a las diferentes etapas del climaterio. Esta orde-

nación biológica permite además clasificar por generaciones y ubicar socialmente el contexto en el que fueron socializadas, derivando así la atención sobre los elementos socioculturales predominantes para cada grupo de edad.

FUENTES Y METODOLOGÍA

La muestra seleccionada en la ENSS se compone de un total de 1.359 mujeres mayores de 45 años que han sido divididas en grupos de edad. Esta distribución responde a una clasificación en función de las etapas del fin del ciclo reproductivo (tabla 1). La primera fase o premenopausia, entre los 45 y 50 años, se caracteriza por un alargamiento en el intervalo entre los periodos menstruales. La perimenopausia, entre los 51 y 59 años, se define como una etapa marcada por la aparición de los síntomas clínicos, biológicos y endocrinos antes del cese final de la menstruación; es decir, de la menopausia, que se considera cuando la amenorrea persiste por más de un año completo y que caracteriza a las mujeres de más de 60 años (Carmenate *et al.*, 2006).

Estas mujeres, así mismo, han sido distribuidas según si su deseo sexual persiste o hay ausencia de este. Para ello se ha hecho uso de dos variables. Se han tenido en cuenta aquellas mujeres con abstinencia sexual alegando falta de deseo sexual⁵, a las que se han agregado aquellas que prosiguen la actividad sexual pero que durante sus experiencias sexuales piensan «que se acabe cuanto antes» con una frecuencia de siempre, casi siempre y a veces⁶. Es esta una

⁴ La carencia de consenso científico respecto al término para designar las transformaciones fisiológicas en los varones, las causas, síntomas y efectos fisiológicos, así como las etapas (García, 2005), deja fuera de este análisis al público masculino. Además, rara vez se relacionan estas modificaciones con su interés o prácticas sexuales, lo que constata una mayor mitificación y prejuicio hacia la sexualidad femenina.

⁵ En la ENSS se incluye el enunciado «¿Cuál es el motivo por el que no ha tenido relaciones sexuales durante los últimos doce meses?», siendo uno de los ítems de respuesta «Por falta de deseo sexual».

⁶ También en la ENSS, en una batería de variables, se introduce la formulación «Piensa “que se acabe cuanto antes”», cuyas posibles respuestas son: siempre, casi siempre, algunas veces y nunca.

clara expresión de carencia de motivación sexual. Tras aplicar un análisis de correlación entre esta variable construida, que incluye ambos perfiles y las independientes, se ha concluido que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas tipologías, por lo que se han incluido en un mismo grupo. De este modo se ha obtenido un grupo de mujeres con escasa o nula motivación sexual que se contraponen a las mujeres con deseo (quienes «nunca» y «casi nunca» piensan «que se acabe cuanto antes»), grupo que disminuye a medida que se incrementa la edad. Se configura así la variable dependiente «Persistencia del deseo sexual», operacionalizada como *dummy* (tabla 1).

Además, con el objetivo de operativizar el constructo «deseo sexual», se han construido siete dimensiones siguiendo el modelo biopsicosocial propuesto por DeLamater (2002), cuyas variables actúan de independientes en los análisis realizados. Por un lado, se incluyen variables sociodemográficas (nivel educativo, clase social y grado de religiosidad), pretendiendo medir su contribución al interés sexual y del que no se han obtenido resultados significativos.

La segunda dimensión es el estado de salud, compuesto por variables objetivas (enfermedades, discapacidad y medicamentos) y subjetivas (autovaloración), para observar cómo la salud interviene en las prácticas sexuales. De la bibliografía consultada se extrae que el estado de salud es determinante para el mantenimiento de la actividad sexual en edades longevas (López y Olazábal, 2006; Rohde *et al.*, 2014). En este sentido, ciertas dolencias pueden afectar al desarrollo de una vida sexual plena, como, por ejemplo, aquellas relacionadas con las alteraciones hormonales: la osteoporosis y las alteraciones reumatoides, la cardiopatía isquémica o los procesos neoplásicos, así como tratamientos farmacológicos inhibidores del deseo (Gervás y de Celis, 2000). Por otro lado, es obvio que a más edad aumentará el padecimiento y gravedad de enferme-

dades, el consumo de fármacos y el grado de discapacidad y, por tanto, su influencia en la práctica sexual.

Con el mismo objetivo se presenta el tercer bloque, que ahonda en el estado de ánimo o psicológico, y recoge información sobre la autodefinición y la autoaceptación física y emocional, evaluando cómo interactúan con el interés sexual. En las sociedades modernas se asocia la belleza a la juventud y la feminidad a la fertilidad. Los cambios corporales vinculados al climaterio y el valor que las mujeres les atribuyen se configuran como factores de estrés por su repercusión negativa en la autoestima y en la identidad (Thorpe *et al.*, 2015) al interpretarse como pérdida de belleza física. Asimismo, la ansiedad y la depresión son dos estados emocionales contrarios al deseo sexual (Santos-Iglesias *et al.*, 2013; Karadag *et al.*, 2014). Siendo la imagen corporal y la crisis identitaria determinantes en el estado de ánimo, se podría asociar la falta de deseo sexual, más que a una cuestión hormonal, a un estado emocional decaído fruto de la influencia negativa sobre la propia erótica.

También se incorpora una dimensión denominada «relaciones de pareja y familiares» donde se observa si los modos de vida, la distribución de las tareas domésticas y los cuidados, así como la relación con la pareja, influyen en la vivencia de la sexualidad. Dada la estructura familiar y la situación laboral, partimos de la hipótesis que enuncia que la independencia económica y unas relaciones igualitarias entre cónyuges implican un mayor deseo sexual, puesto que una situación de desigualdad aminora la calidad de vida de las mujeres y, por ende, el bienestar de las parejas, con implicaciones en la calidad de las relaciones afectivas y el deseo (Meil, 2005).

Por otra parte, se estudian las creencias asociadas a la sexualidad y la relación que se establece con el placer. Dado el contexto histórico y social, es de esperar que se mantenga en las mujeres longevas una definición

TABLA 1. *Mujeres clasificadas por grupo de edad, permanencia del deseo sexual y disposición de pareja estable*

			Mujeres sin pareja estable		Mujeres con pareja estable		TOTAL
			n	%	n	%	
Premenopáusicas: de 45 a 50 años	Sin deseo sexual	Prosiguen: 'Que se acabe'	3		104		
		Interrupción por falta de deseo	4		0		
		Total	7	28,0	104	25,7	111
	Con deseo sexual		11	44,0	300	74,3	311
	Total		25	100	404	100	429
Perimenopáusicas: de 51 a 59 años	Sin deseo sexual	Prosiguen: 'Que se acabe'	6		150		
		Interrupción por falta de deseo	10		0		
		Total	16	51,6	150	36,2	166
	Con deseo sexual		15	48,4	264	63,8	279
	Total		31	100	414	100	445
Posmenopáusicas: más de 60 años	Sin deseo sexual	Prosiguen: 'Que se acabe'	4		48		
		Interrupción por falta de deseo	71		0		
		Total	75	97,4	48	19,8	123
	Con deseo sexual		2	2,6	194	80,2	196
	Total		77	100	242	100	319

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSS.

clásica de la sexualidad, puesto que fueron socializadas en plena posguerra y en la autarquía franquista, donde los valores católicos promocionaban una concepción de la sexualidad simplificada a su función procreadora, institucionalizada en el matrimonio y donde la norma son las relaciones heterosexuales (Pérez, 2002). Y en las mujeres adultas, una definición más amplia, promovida por la revolución sexual y contraceptiva que separó la procreación de la sexualidad y su libre ejercicio (Osborne, 1993). Estudios precedentes (DeLamater y Sill, 2005; Faus-Bertomeu, 2013) constatan que el grado y la utilidad de la información recibida, la importancia otorgada a la sexualidad, el conocimiento del cuerpo y una aceptación de las relaciones homosexuales fomentan la satisfacción sexual en edades longevas, variables que se incluyen también en este estudio.

Asimismo se analizan las actitudes sexuales y su asociación con la satisfacción sexual. Existe un vínculo claro entre disponer

de una actitud activa y un incremento del deseo sexual, y a la inversa, puesto que la actitud es la propia expresión de lo sexual (Maciel y Laganà, 2014). Se consideran en esta dimensión conductas propias, como expresar el deseo o tomar la iniciativa y, en relación, la satisfacción en determinadas prácticas sexuales con la pareja. La hipótesis a contrastar considera que a mayor bienestar con la pareja mayor deseo sexual por esta. Sin embargo, no es posible analizar a través de la ENSS el estado de la relación con el cónyuge, por lo que el análisis se ve limitado al deseo experimentado ante ciertas prácticas desarrolladas con aquel.

Del mismo modo, se incluye una última dimensión sobre los comportamientos sexuales para indagar en su correlación con la motivación sexual. La ENSS muestra que la frecuencia y diversidad de prácticas en las relaciones disminuye con la edad (Faus-Bertomeu, 2013, 2017; Ayuso y García, 2014). Así, sería de esperar que las mujeres con una

TABLA 2. Resultados del análisis de regresión logística en los tres grupos de mujeres

	Variable	Significatividad	Odds Ratio
Mujeres premenopáusicas	Estado de salud sexual subjetivo: Malo		ref
	Regular		-
	Bueno	** p < 0,05	3,26
	Comparte las tareas del hogar: Nunca		ref
	A veces	-	-
	Siempre	*p < 0,1	1,85
	Horas dedicadas a cuidar de una persona mayor o dependiente: Más de 50 horas		ref
	No ha cuidado	** p < 0,05	4,38
	Menos de 10 horas	** p < 0,05	6,43
	De 11 a 25 horas	** p < 0,05	10,48
	De 26 a 50 horas	** p < 0,05	19,64
	Reprime sus deseos y placeres sexuales: Sí		ref
	No	***p < 0,000	3,36
	Sentimiento tras mantener relaciones sexuales: Culpa		ref
	Bienestar	***p < 0,000	6,37
N		379	
Chi-cuadrado		72,98	
- 2log de verosimilitud		347,118	
porcentaje global		81,00%	
Mujeres perimenopáusicas	Padece enfermedades reumatológicas: Sí		ref
	No	** p < 0,05	2,3
	Consume medicamentos: Sí		ref
	No	** p < 0,05	0,54
	Reprime sus deseos y placeres sexuales: Siempre		ref
	A veces	-	-
	Nunca	*p < 0,1	4,08
	Opinión 'La homosexualidad es una enfermedad': De acuerdo		ref
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	-	-
	En desacuerdo	** p < 0,05	2,83
	Frecuencia con la que le gustaría mantener relaciones sexuales: Con menor frecuencia		ref
	Con mayor frecuencia	** p < 0,05	2,12
	Con la misma frecuencia	** p < 0,05	2,5
	Satisfacción sexual con su pareja estable: Poca satisfacción		ref
	Mucha satisfacción	***p < 0,000	5,59
Bastante satisfacción	***p < 0,000	7,95	
N		336	
Chi-cuadrado		85,71	
- 2log de verosimilitud		348,62	
porcentaje global		76,5%	
Mujeres posmenopáusicas	Consume antidepresivos: Sí		ref
	No	** p < 0,05	0,273
	Padece alguna discapacidad que le impide desarrollar su vida sexual: Sí		ref
	No	** p < 0,05	2,52
	Dedica tiempo a cuidarse y a sentirse bien: Nunca		ref
	A veces	-	-
	Siempre	** p < 0,05	2,97
	¿Cuál es su forma de ser? Necesita la aprobación de los otros		ref
	Le gusta tomar sus propias decisiones	** p < 0,05	0,44
	Le hubiera gustado recibir información sobre «Problemas en las relaciones sexuales»: No		ref
	Sí	** p < 0,05	0,35
	Opinión «La sexualidad es necesaria para el equilibrio personal»: En desacuerdo		ref
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	*p < 0,1	6,65
	De acuerdo	** p < 0,05	13,35
	Satisfacción que le produce acariciar los genitales de su pareja: Insatisfacción		ref
Satisfacción	** p < 0,05	2,95	
Opinión «Los varones tienen más deseos sexuales que las mujeres»: De acuerdo		ref	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	*p < 0,1	2,46	
En desacuerdo	***p < 0,000	5,32	
Sentimiento tras mantener relaciones: Ninguno		ref	
Tristeza	*p < 0,1	0,89	
Alegría	***p < 0,000	5,7	
N		237	
Chi-cuadrado		92,43	
- 2log de verosimilitud		234,25	
porcentaje global		75,5%	

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSS.

vida sexual activa, y una amplia gama de prácticas con un componente seductivo, íntimo, sensual y romántico, incrementaran su deseo.

Para responder a los objetivos planteados en este estudio se ha utilizado el análisis binario y multivariable. A través de tablas de contingencia se ha observado la relación entre la variable dependiente y los siete campos descritos anteriormente (anexo). Se ha establecido que el vínculo entre dos variables sea estadísticamente significativo si $p < 0,05$. En el caso de la asociación entre una variable nominal y una ordinal, se ha utilizado el estadístico V de Cramer, y en el caso de la asociación entre variables ordinales, el estadístico D de Somers. Además, se toman como valores significativos aquellos en los que la $n \geq 45$ y los residuos tipificados corregidos son $\pm 1,96$ (Sánchez Carrión, 1989). De este modo se han controlado las diferencias debidas a la edad de las mujeres, y se han seleccionado las variables óptimas para aplicar un análisis de regresión logística binaria, mediante la inclusión de variables «hacia adelante» de Ward, a cada grupo de edad (tabla 2), estimando la probabilidad de que las mujeres presenten o no deseo sexual en función de las variables independientes analizadas (Jovell, 1995) y siguiendo las recomendaciones de Mood (2009) sobre esta técnica, esto es, tener en cuenta el efecto del tamaño de la muestra y su heterogeneidad en los resultados. Siendo la variable dependiente el deseo sexual, se interpretan los coeficientes resultantes como un incremento del porcentaje total obtenido.

RESULTADOS

Estado de salud

El análisis binario no muestra grandes diferencias en el estado de salud entre mujeres con deseo y con carencia de este en ningún grupo de edad. Para las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas, se asocia un buen estado de salud sexual a una permanencia del deseo (D de Somers 0,202 de 45

a 50 años y de más de 60). En las perimenopáusicas, la divergencia proviene del grado de discapacidad (V de Cramer 0,202) y de los impedimentos consecuencia de este para desarrollar prácticas sexuales (V de Cramer 0,218), ambos obstáculos para el deseo sexual. Se confirman estos resultados al observar los datos obtenidos a partir del análisis multivariable. En las mujeres de 45 a 50 años, la disposición a mantener una motivación sexual plena aumenta un 23,44% en quienes presentan buenos niveles de salud sexual respecto a féminas con peores niveles. Más específico es el caso de las mujeres de 51 a 59 años, puesto que quienes no padecen dolencias del aparato locomotor o reumatológicas (V de Cramer 0,234) y aquellas que no toman medicamentos de forma continua (V de Cramer 0,583) incrementan su deseo sexual un 30,29 y un 64,8% respectivamente. Y para las mujeres mayores de 60 años, no consumir antidepresivos (V de Cramer 0,66) y no padecer incapacidades que afecten a su vida sexual (V de Cramer 0,202) acrecientan la persistencia del deseo sexual en un 78,52 y un 28,41%.

Estado de ánimo y emocional

Grosso modo, las mujeres con motivación sexual y con carencia de esta presentan una autovaloración positiva de sí mismas: a todas las edades se siente atractivas y muestran una autovaloración positiva. No obstante, se asocia en el grupo de mujeres posmenopáusicas la independencia (V de Cramer 0,153) y la dedicación personal (D de Somers 0,219) con el deseo sexual, incrementándose este un 25,13% en aquellas féminas que destinan tiempo a cuidarse y sentirse bien consigo mismas, y en un 69,1% en aquellas que toman sus propias decisiones sin tener en cuenta lo que opinen los demás.

Relaciones familiares y de pareja

El análisis binario no aporta resultados concluyentes, posiblemente porque los perfiles

de las mujeres de cada generación son similares en esta dimensión. Sin embargo, el análisis multivariable resuelve que el deseo sexual aumenta un 35% entre las mujeres premenopáusicas que habitan en hogares donde las tareas domésticas se comparten (D de Somers 0,368). También aquellas féminas sin personas dependientes o mayores a su cargo (D de Somers 0,43) añaden un 18,57% a su motivación sexual respecto a quienes se enfrentan a este tipo de carga familiar. Es más, las horas destinadas al cuidado son decisivas. Tomando como referencia a mujeres con una carga familiar de más de 50 horas semanales, quienes atienden de 26 a 50 horas incrementan su deseo un 4,84% respecto a las primeras; quienes asisten de 11 a 25 horas acrecientan su motivación sexual un 13,44% y quienes destinan menos de 10 horas a la atención de los cuidados aumentan su deseo un 17,09%.

Opiniones y creencias sexuales

El análisis bivariable asocia el grado de información sobre sexualidad con el deseo sexual en todas las generaciones (D de Somer 0,135, 0,288 y 0,203 respectivamente), así como la utilidad de esta en las de mayor edad (D de Somer 0,288 de 51 a 59 años y 0,133 en más de 60 años) y el conocimiento del propio cuerpo como medio para dar y recibir placer (D de Somers 0,126, 0,243 y 0,275). También se asocia la motivación sexual con otorgarle importancia a la sexualidad en la actualidad (V de Cramer 0,157, 0,246 y 0,25) y con una valoración satisfactoria de la trayectoria sexual global (D de Somers 0,147, 0,193 y 0,253).

Por otro lado, el análisis multivariable indica que las mujeres perimenopáusicas que no mantienen posturas de rechazo ante las relaciones homosexuales, sino que estas son aceptadas al mismo nivel que las heterosexuales (D de Somers 0,137), incrementan su deseo un 26,05%. Y en las posmenopáusicas que conciben la sexualidad como

un elemento necesario para el equilibrio personal (D de Somers 0,205), la motivación sexual se acrecienta un 6,96%; a quienes les hubiera gustado recibir más información sobre problemas sexuales (V de Cramer 0,122), un 73,86%, y a las que rechazan afirmaciones como «los hombres tienen más deseos sexuales que las mujeres» (D de Somers 0,187), un 15,81%.

Actitudes sexuales

El análisis bivariable concluye que el deseo sexual se incrementa con actitudes como tomar la iniciativa (D de Somers 0,119 en 45-50 años, 0,223 en 51-59 años y 0,234 en más de 60 años) y disminuye si se «reprimen los deseos y placeres sexuales» (D de Somers 0,275, 0,247 y 0,262, respectivamente). Así como con sentir una elevada satisfacción sexual con la pareja estable (D de Somers 0,261, 0,312 y 0,179) y gozar con prácticas como desnudarle (D de Somers 0,114, 0,199 y 0,179) o que la desnuden (D de Somers 0,097, 0,2 y 0,19), y acariciarle los genitales (D de Somers 0,102, 0,147 y 0,19) o que se los acaricien a ellas (D de Somers 0,143, 0,157 y 0,203).

Las mujeres premenopáusicas que exteriorizan sus deseos incrementan su motivación sexual en un 22,92%, y en las perimenopáusicas en un 19,68%. Además, en estas últimas la satisfacción sexual con la pareja es determinante: aquellas que gozan de «bastante» satisfacción aumentan su deseo en un 11,17%, y quienes sienten «mucho» satisfacción alcanzan un 15,15% más respecto a quien no siente satisfacción. Y las mujeres posmenopáusicas que sienten satisfacción al acariciar los genitales de su pareja añaden un 25,26% a su deseo.

Comportamiento sexual

El análisis bivariable muestra que la expresión de sentimientos tras la práctica sexual como la satisfacción (D de Somers 0,231 en

45-50 años, 0,233 en 51-59 años y 0,288 en más de 60), el placer (D de Somers 0,209, 0,224 y 0,274, respectivamente), el bienestar (D de Somers 0,266, 0,15 y 0,272), la tranquilidad (D de Somers 0,224, 0,134 y 0,169) y la alegría (D de Somers 0,255, 0,315 y 0,303) se asocian a la motivación sexual. No obstante, no se establecen resultados significativos sobre prácticas concretas como el sexo oral o el sexo coital.

El análisis multivariable indica que las mujeres perimenopáusicas cuya frecuencia deseada de relaciones sexuales es similar a la que mantienen (D de Somers 0,163) incrementan su deseo un 28,5%, y quienes quisieran mayor asiduidad añaden un 32,01%. Las mujeres premenopáusicas que sienten bienestar tras mantener relaciones sexuales con su pareja presentan un 13,56% más de deseo, y las mujeres posmenopáusicas que experimentan alegría, un 14,92%.

DISCUSIÓN

Los datos indican que a medida que aumenta la edad disminuyen las mujeres que gozan de deseo sexual. Sin embargo, también señalan que con el incremento de la edad también se acrecienta el número de mujeres sin una pareja estable. Siendo así, el elemento que se erige como principal del deseo es disponer de una pareja que permita proseguir con la vida sexual. Además, la edad de una persona no es un predictor fiable del tipo y de la calidad de las relaciones íntimas, y la intimidad emocional es una necesidad significativa independientemente de la edad (Angelini *et al.*, 2012). De hecho, y a pesar de que algunas mujeres argumentan su abstinencia sexual alegando falta de deseo sexual, no existe una relación directa entre los niveles hormonales y el deseo sexual, sino que ese vínculo está determinado por factores de tipo social y emocional que inhiben el erotismo femenino (Kinsey *et al.*, 1953; Hite, 1977; Masters y Johnson, 1966; Freixas *et al.*, 2010).

Los resultados obtenidos indican que el estado de salud es un factor destacable en el deseo sexual, que toma relevancia y se diversifica al tiempo que se incrementa la edad, al igual que la salud emocional. Sin embargo, los datos remarcan el peso de la carga familiar, o mejor dicho, de la estructura de los cuidados, que modela el deseo en especial en la etapa de la adultez. Se constata, asimismo, en la dimensión de las creencias y opiniones, que una postura de acceso al placer y una definición amplia de la sexualidad incrementan la motivación sexual, al igual que se vincula el goce sexual con la pareja en el campo actitudinal. Finalmente, se presenta como factor decisivo del deseo sexual, más que las propias prácticas sexuales, las sensaciones y emociones que estas despiertan en las mujeres, lo que confirma la determinación de una trayectoria sexual activa y satisfactoria para incrementar el deseo sexual. El aspecto decisivo que indica que la motivación sexual se constriñe o promueve a través de factores sociales y culturales son los diferentes elementos que influyen en las distintas generaciones, lo que confirma que lo biológico queda en un segundo lugar. Siendo así, los factores predictores del deseo en las mujeres premenopáusicas se configuran alrededor de unas relaciones igualitarias con la pareja y de la sobrecarga de cuidados derivada de la atención a sus progenitores y descendencia. Los componentes que inciden directamente en las mujeres perimenopáusicas son el estado de salud, una vida sexual activa y la satisfacción sexual que experimentan con su pareja. Y, finalmente, en las mujeres posmenopáusicas se erigen como elementos clave la salud, su propia independencia y cuidado y una amplia definición de sexualidad concebida como comunicación con la pareja. Se concluye, por lo tanto, que la sexualidad y sus formas de expresión, así como los factores que inciden en el deseo, cambian a lo largo del ciclo vital.

Estudios previos sugieren que la sexualidad femenina en edades longevas depende

de la sexualidad masculina, hasta el punto de que si no se dispone de pareja estable, se produce un cese en la actividad sexual (López y Olazábal, 2006; Maciel y Laganà, 2014). En este sentido, las mujeres construyen su deseo sexual basándose en la calidad de la relación con el otro. De las dimensiones analizadas se erigen como determinantes una vida sexual activa con la pareja, la actitud sexual hacia el compañero y las sensaciones y satisfacción que produce la práctica con él. Tal y como afirman Freixas *et al.*: «el tema central deberíamos situarlo en el nexo entre deseo sexual y calidad de la relación» (2010: 44). Por otro lado, Rubenstein (1978) afirmaba que los determinantes del deseo sexual en edades longevas incluyen la vergüenza y el pecado. Así pues, las mujeres que rompen los roles en los que han sido socializadas y asumen su propia sexualidad en un marco amplio de estímulos y sensaciones en el que, por ejemplo, experimentan satisfacción, placer y bienestar (en oposición a insatisfacción, dolor o culpa) tras sus prácticas sexuales, presentan mayor probabilidad de incrementar su deseo.

Históricamente se han atribuido a las mujeres los trabajos de reproducción, es decir, las tareas del hogar y el cuidado de los otros. La aceptación del trabajo doméstico como un deber inherente a la personalidad femenina ha contribuido a que no se relacione con el proceso de acumulación de capital, lo que lo convierte en invisible, marginal, natural o privado y a perder la conciencia de la necesidad de un tiempo para sí (del Re, 1995). Diversos estudios confirman el impacto que tiene la labor de cuidar sobre la autopercepción del estado de salud, la física y psicológica, y sobre la vida social, personal y económica (Fernández *et al.*, 2011; Gómez-Redondo *et al.*, 2017). La sexualidad no escapa a esta dinámica y la pérdida de deseo en las mujeres premenopáusicas se debe a la sobrecarga de cuidados, que incide en una mala salud mental reflejada en los niveles de estrés, ansiedad, depresión y

desinterés sexual (Maciel y Laganà, 2014). Tobío (2005) subraya que la realización personal y la independencia femenina, fruto de desempeñar un trabajo remunerado y de compartir las responsabilidades familiares, está muy relacionada con el gusto, el deseo y el placer. Lo que aquí cabe resaltar es que existe una clara asociación entre la responsabilidad laboral y familiar y la práctica sexual y, en concreto, la motivación sexual. Esta línea argumental nos permite, asimismo, justificar por qué el deseo sexual en las mujeres posmenopáusicas se ve mediatizado por el cuidado a sí mismas, puesto que «[A los 60] se va haciendo palpable, con más fuerza y permanencia que en etapas anteriores, la necesidad de detenerse un poco y pensar más en una misma, saturada en gran medida en hacerlo en los de alrededor, sean éstos más o menos numerosos» (Sáez, 2005: 42).

Una adecuada salud es un elemento importante a la hora de disfrutar de las relaciones sexuales. Es un hecho evidente que el estado de salud empeora con el paso de los años. La percepción de la salud se degrada, se padecen mayor número de enfermedades, incluso son más discapacitantes, y se toman más medicamentos. Siendo así, la salud se convierte en un determinante para la continuación o la interrupción de la sexualidad en edades longevas (Lindau y Gavrilova, 2010). Destaca la toma de medicamentos, en especial los antidepresivos, y las enfermedades discapacitantes como las relacionadas con el sistema nervioso, puesto que pueden alterar funciones sensoriales, motoras o cognitivas importantes, comprometen la actividad sexual en general y el deseo en particular (McHugh e Interligi, 2014). No obstante, lo reseñable, y que corrobora la hipótesis de que el deseo no se ve únicamente influenciado por los cambios orgánicos, es que no se han encontrado evidencias que asocien las alteraciones endocrinas, propias del climaterio, con la pérdida del deseo sexual.

CONCLUSIONES

Es cierto que la asunción de la menopausia como un problema médico habilita una actitud preventiva respecto a las consecuencias fisiológicas de la evolución hormonal. Pero también hay que tener en cuenta que el climaterio, y más concretamente la menopausia, está determinado por una variedad de factores sociales, psicológicos y de género. La aplicación del modelo biopsicosocial del deseo, compuesto por la combinación de elementos biológicos, emocionales y contextuales, permite concluir la no vinculación entre el interés sexual y el padecimiento de dolencias endocrinas o vasculares características del climaterio, lo que manifiesta el carácter actitudinal, relacional y sociocultural del deseo. En este análisis se ha puesto de relieve el carácter multidimensional del deseo sexual, así como las circunstancias sociales que lo caracterizan en cada generación de mujeres. Las consecuencias de la sujeción durante la vida al rol tradicional, las actitudes sexuales, el estado de salud así como la dependencia al cónyuge y la falta de proyectos de vida propios y dirigidos al cuidado de los otros, tienen sus efectos en el momento del ciclo vital de la madurez y la vejez. En este sentido, los datos muestran una clara correlación entre las tareas de cuidado, que se especifica incluso en las horas destinadas a estas labores, y los niveles de deseo sexual.

Estos resultados muestran la importancia que tienen los componentes sociales y culturales en el deseo sexual, remarcando que los cambios fisiológicos y morfológicos propios del proceso de envejecimiento pueden no ser tan determinantes en este fenómeno, lo que hace necesario incluir una visión más integral, y no solamente centrada en la propia práctica sexual, para alcanzar una interpretación completa. Por otro lado, el uso de instrumentos validados para examinar cada uno de los constructos propuestos contribuye a obtener conclusiones válidas y fiables, en compara-

ción con los estudios que evalúan constructos utilizando una única pregunta.

LIMITACIONES

A nivel académico, el estudio del deseo sexual femenino ha ocupado una posición secundaria en el campo de la sexualidad, y desde una perspectiva que se separa en dos campos, el biológico y el sociocultural, siendo necesaria una nueva reelaboración del deseo sexual y la implicación de género (Tolman y Diamond, 2001). Es por ello que se hace necesaria una aproximación que incluya un enfoque de género capaz de dar cabida a la encrucijada entre lo subjetivo y la calidad de la expresión de los deseos en los diferentes contextos socioculturales e interpersonales.

A ello hay que sumar los obstáculos derivados de la ENSS, que, a pesar de estar diseñada desde una perspectiva de género (CIS, 2009), no incluye preguntas relacionadas con los ciclos vitales de hombres y mujeres; es decir, no hay ninguna variable que indague sobre los efectos de la menopausia, aun a sabiendas de la existencia del mito que relaciona el fin de la sexualidad femenina con el cese de la menstruación. Así mismo, la no inclusión de variables que evalúen la relación con la pareja más allá de lo sexual constriñe la propia definición de sexualidad y su análisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Angelini *et al.* (2012). «Age, Health and Life Satisfaction among Older Europeans». *Social Indicators Research*, 2(105): 293-308.
- Arber, Sara y Ginn, Jay (1996). *La relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico*. Madrid: Ediciones Narcea.
- Ayuso Sánchez, Luis y García Faroldi, Livia (2014). *Los españoles y la sexualidad en el siglo XXI*. Madrid: CIS.
- Bajos, Nathalie y Bozon, Michel (2012). «Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans:

- un vieillissement généré». *Gérontologie et société*, 1: 95-108.
- Bourdieu, Pierre (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama. (Edición 2000).
- Bozon, Michel (2001). «Sexuality, Gender and the Couple: A Sociohistorical Perspective». *Annual Review of Sex Research*, 12(1): 1-32.
- Bozon, Michel (2002). *Sociologie de la sexualité*. Paris: Armand Colin (2.ª ed., 2009).
- Carmenate, Margarita; Martínez, Antonio y Catasús, Sonia (2006). «Menopause: The Psychosocial Meanings of a Biological Transition». En: Dugerdiil, S. y Taylor, M. (eds.). *Human Clocks. The Bio-Cultural Meanings of Age*. Bern: European Academic Publishers.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2009). «Informe metodológico. Encuesta Nacional de Salud Sexual, Estudio 2.780» (www.cis.es).
- DeLamater, John (2002). «Sexuality across the Life Course: A Biopsychosocial Perspective». *Mid-continent Region Meeting, Society for the Scientific Study of Sexuality*. Big Rapids, MI.
- DeLamater, John y Sill, Morgan (2005). «Sexual Desire in Later Life». *Journal of Sex Research*, 42: 138-149.
- Erikson, Erik (1988). *El ciclo vital completado*. Madrid: Paidós.
- Faus-Bertomeu, Aina (2013). «La sexualidad de las mujeres mayores: Explotación estadística de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS)». *Trabajos fin de master 2010-2011*. Madrid: UAM.
- Faus-Bertomeu, Aina (2017). *Salud, sexualidad y bienestar en las personas mayores*. Gómez-Redondo, Rosa (dir). Madrid: UNED. [Tesis doctoral, no publicada].
- Fernández de Larrinoa, Pedro et al. (2011). «Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga». *Psicothema*, 3(23): 388-393.
- Foucault, Michel (1976). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI. (Edición 2009).
- Freixas, Anna (2007). *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Freixas, Anna; Luque, Bárbara y Reina, Amalia (2010). «Secretos y silencios en torno a la sexualidad de las mujeres mayores». *Debate Feminista*, 42: 35-51.
- Freud, Sigmund (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. (Edición 1999).
- Ganong, John y Simon, William (1973). *Sexual Conduct: The Social Origins of Sexual Development*. Chicago: Aldine.
- García, José L. (2005). *La sexualidad y la afectividad en la vejez*. Madrid: IMSERSO.
- Gervás, Juan y Celis, Mónica de (2000). «El climaterio en la mujer: una aproximación desde la teoría de los sexos». *Anuario de Sexología*, 6: 57-77.
- Gómez-Redondo, Rosa; Fernández-Carro, Celia; Cámara-Izquierdo, Noelia y Faus-Bertomeu, Aina (2017). *Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable: Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España*. Madrid: Fundación Mapfre.
- Henslin, James (1971). *Studies in the Sociology of Sex*. New York: Appleton-Century.
- Hite, Shere (1977). *El informe Hite: estudio de la sexualidad femenina*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Jovell, Albert (1995). *Análisis de regresión logística*. Madrid: CIS. (Reimp., 2006).
- Kaplan, Helen (1977). «Hypoactive Sexual Desire». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3(1): 3-9.
- Karadag, Hasan et al. (2014). «Body Mass Index and Sexual Dysfunction in Males and Females in a Population Study». *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 19(24): 76-83.
- Kinsey, Alfred et al. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders. Bloomington, Indiana: Indiana University Press. (Ed. 1998).
- Lindau, Stacy y Gavrillova, Natalia (2010). «Sex, Health, and Years of Sexually Active Life Gained Due to Good Health: Evidence from Two US Population Based Cross Sectional Surveys of Ageing». *BMJ*, 340: C810.
- López, Félix y Olazábal, Juan Carlos (2006). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- Maciel, Michelle y Laganà, Luciana (2014). «Older Women's Sexual Desire Problems: Biopsychosocial Factors Impacting them and Barriers to their Clinical Assessment». *Bio Med Research International*. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/107217/>, acceso el 8 de enero de 2014.
- Masters, William y Johnson, Virginia (1966). *La respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Médica. (Edición 1978).
- McHugh, Maureen e Interligi, Camille (2014). «Sexuality and Older Women: Desirability and Desire».

- En: Muhlbauer; Chrisler y Denmark (eds.). *Women and Aging. An International, Intersectional Power Perspective*. Berlin: Springer.
- Meil, Gerardo (2005). «El reparto desigual del trabajo doméstico y sus efectos sobre la estabilidad de los proyectos conyugales». *REIS*, 111: 163-180.
- Moioli, Bruno (2005). «Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez». *Sexología integral*, 2(1): 26-27.
- Mood, Carina (2009). «Logistic Regression: Why we Cannot Do what we Think we Can Do, and what we Can Do about it». *European Sociological Review*, 26(1): 67-82.
- Nieto, José A. (1995). *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- Osborne, Raquel (1993). *La construcción sexual de la realidad: un debate en la sociología contemporánea de la mujer*. València: Universitat de València.
- Pérez, Jesús (2002). «El discurso pedagógico relativo a la sexualidad en España (1940-1963)». *Premios Nacionales de Investigación e Innovación Educativa*, 1: 591-618.
- Re, Alisa de (1995). «Tiempo de trabajo y tiempo de trabajo de reproducción». *Política y Sociedad*, 19: 75-81.
- Rohde, Gudrun; Berg, Kari y Haugeberg, Glenn (2014). «Perceived Effects of Health Status on Sexual Activity in Women and Men Older than 50 Years». *Health and Quality of Life Outcomes*, 12: 43.
- Rubenstein, Dan (1978). «On Being Socialized out of the Human Sexual Response in the Later Years». *Journal of Sociology and Social Welfare*, 4: 843-855.
- Sáez, Carmen (2005). «Salud y bienestar a lo largo de la vida». En: Freixas (ed.). *Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer*. Barcelona: Icaria.
- Sampedro, Pilar (2005). «Sexualidad y envejecimiento. La sexualidad de las mujeres cumple años». En: Freixas (ed.). *La transmisión sociocultural del arte de envejecer*. Barcelona: Icaria.
- Sánchez Carrión, Juan (1989). *Análisis de tablas de contingencia*. Madrid: CIS. (2ª ed., 1992).
- Sánchez Vera, Pedro y Bote, Marcos (2011). *Los mayores y el amor*. València: Nau Llibres.
- Santos-Iglesias, Pablo; Calvillo, Gema y Sierra, Juan (2013). «A Further Examination of Levine's Model of Sexual Desire». *Psychology and Sexuality*, 4(1): 34-45.
- Schnarch, David (1991). *Constructing the Sexual Crucible. An Integration of Sexual and Marital Therapy*. New York: NW Norton and Company.
- Stein, Arlene (1989). «Three Models of Sexuality: Drives, Identities and Practices». *Sociological Theory*, 7(1): 1-13.
- Thorpe, Rachel et al. (2015). «Old and Desirable: Older Women's Accounts of Ageing Bodies in Intimate Relationships». *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1): 156-166.
- Tobío, Constanza (2005). *Madres que trabajan: Dilemas y estrategias*. Madrid: Cátedra.
- Tolman, Deborah y Diamond, Lisa (2001). «Desegregating Sexuality Research: Cultural and Biological Perspectives on Gender and Desire». *Annual Review of Sex Research*, 12(1): 33-74.
- Vásquez-Bronfman, Ana (2006). *Amor y sexualidad en las personas mayores: transgresiones y secretos*. Barcelona: Gedisa.
- Weeks, Jeffrey (1985). *Sexuality*. London: Routledge.

RECEPCIÓN: 29/04/2016

REVISIÓN: 21/07/2016

APROBACIÓN: 24/01/2017

ANEXO

Frecuencias de las variables significativas clasificadas en las seis dimensiones que forman el constructo sexualidad, por grupos de edad

Variables	Premenopáusicas		Perimenopáusicas		Posmenopáusicas	
	Sin deseo	Con deseo	Sin deseo	Con deseo	Sin deseo	Con deseo
<i>Autopercepción del estado de salud sexual (P45)</i>						
Malo	8	8	14	7	45	11
Regular	30	42	39	47	96	39
Bueno	70	257	106	210	130	141
<i>Padecimiento de enfermedades reumatológicas (P4606)</i>						
No	94	268	115	226	194	145
Sí	17	43	48	43	96	51
<i>Padecimiento de limitaciones en su actividad diaria (P46a)</i>						
No	36	100	49	104	107	91
Sí	27	44	48	42	116	62
<i>Padecimiento de limitaciones sexuales (P46b)</i>						
No	31	96	51	110	93	87
Sí	30	48	42	36	86	40
<i>Consumo de medicamentos (P47)</i>						
No	61	208	81	141	61	56
Sí	50	103	82	128	229	140
<i>Consumo de antidepresivos (P47a10)</i>						
No	96	291	149	249	271	176
Sí	15	20	14	20	19	20
<i>Frecuencia con la que se cuida (P4802)</i>						
Nunca	24	33	37	34	67	20
A veces	45	118	63	97	105	52
Siempre	42	159	63	137	118	124
<i>Personalidad (P49a)</i>						
Le gusta tomar sus propias decisiones	39	146	61	120	93	73
Necesita la aprobación de los demás	65	151	90	140	190	107
<i>Frecuencia con la que comparte las tareas domésticas (P4801)</i>						
Nunca	28	65	65	61	105	47
A veces	33	62	24	65	51	35
Siempre	49	177	70	135	128	108
<i>Horas semanales destinadas a cuidar de una persona dependiente (P6601)</i>						
No ha cuidado	73	206	97	189	220	142
Menos de 10 horas	18	45	27	32	30	20
De 11 a 25 horas	10	29	9	24	16	11
De 26 a 50 horas	3	20	14	8	8	11
Más de 51 horas	6	6	11	7	9	5

Frecuencias de las variables significativas clasificadas en las seis dimensiones que forman el constructo sexualidad, por grupos de edad (continuación)

Variables	Premenopáusicas		Perimenopáusicas		Posmenopáusicas	
	Sin deseo	Con deseo	Sin deseo	Con deseo	Sin deseo	Con deseo
<i>Grado de información sexual (P1)</i>						
Mala	16	20	23	19	76	26
Regular	22	46	58	52	98	50
Buena	73	242	81	197	113	119
<i>Utilidad de la información sobre sexualidad recibida (P4)</i>						
No ha recibido información	11	25	42	40	88	44
Nada útil	17	50	34	30	59	29
Medianamente útil	24	67	38	49	60	40
Muy útil	58	169	48	149	80	82
<i>Temas sobre los que quisiera más información: ¿Problemas en las relaciones sexuales? (P306)</i>						
No	58	178	90	159	179	144
Sí	53	137	73	110	111	52
<i>Grado de acuerdo con la afirmación «En el fondo, la homosexualidad es una enfermedad y como tal debe tratarse» (P605)</i>						
De acuerdo	10	31	35	28	86	45
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	4	9	18	23	13
En desacuerdo	88	269	108	213	139	114
<i>Grado de acuerdo con la afirmación «La sexualidad es necesaria para el equilibrio personal» (P607)</i>						
En desacuerdo	5	10	14	18	33	5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	14	13	20	34	12
De acuerdo	89	284	134	226	193	168
<i>Importancia otorgada a la sexualidad en la actualidad (P8)</i>						
Poco importante	32	48	73	61	188	80
Muy importante	75	257	84	201	94	114
<i>Conocimiento del cuerpo para recibir y proporcionar placer (P24)</i>						
Poco	2	5	18	3	40	9
Aproximadamente	26	39	48	48	110	38
Bien	83	266	97	215	134	146
<i>Grado de acuerdo con la afirmación «Los hombres tienen más deseos sexuales que las mujeres» (P603)</i>						
De acuerdo	72	174	120	146	218	118
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	31	15	37	22	24
En desacuerdo	20	98	23	71	29	42
<i>Satisfacción global con la trayectoria sexual (P20)</i>						
Insatisfactoria	8	2	8	7	29	3
Ni satisfactoria ni insatisfactoria	13	24	28	13	52	11
Satisfactoria	89	284	126	246	206	182

Frecuencias de las variables significativas clasificadas en las seis dimensiones que forman el constructo sexualidad, por grupos de edad (continuación)

Variables	Premenopáusicas		Perimenopáusicas		Posmenopáusicas	
	Sin deseo	Con deseo	Sin deseo	Con deseo	Sin deseo	Con deseo
<i>Frecuencia con la que toma la iniciativa (P2801)</i>						
Nunca	18	14	53	43	111	51
A veces	81	289	96	218	103	144
Siempre	6	7	1	7	5	1
<i>Frecuencia con la que reprime sus deseos y placeres sexuales (P2803)</i>						
Siempre	3	2	6	3	12	3
A veces	58	90	80	86	113	60
Nunca	39	214	60	176	86	127
<i>Grado de satisfacción con la pareja estable (P34)</i>						
Poca satisfacción	18	12	41	10	84	18
Bastante satisfacción	50	140	70	140	93	110
Mucha satisfacción	15	112	23	84	24	62
<i>Grado de satisfacción al desnudar a su pareja (P1902)</i>						
Insatisfacción	27	50	61	65	83	48
Satisfacción	66	223	61	152	74	89
<i>Grado de satisfacción cuando su pareja le desnuda (P1903)</i>						
Insatisfacción	19	34	47	42	81	41
Satisfacción	78	286	81	183	95	108
<i>Grado de satisfacción al acariciar los genitales de su pareja (P1904)</i>						
Insatisfacción	23	44	37	36	81	41
Satisfacción	71	240	88	175	95	108
<i>Grado de satisfacción cuando su pareja le acaricia los genitales (P1905)</i>						
Insatisfacción	17	22	29	22	65	24
Satisfacción	79	264	104	191	125	124
<i>Frecuencia deseada de relaciones sexuales (P29)</i>						
Con menos frecuencia	28	41	55	43	107	50
Con la misma frecuencia	52	192	74	179	89	122
Con más frecuencia	26	74	23	44	19	21
<i>Sentimiento tras mantener relaciones sexuales (P3101)</i>						
Ninguno	16	9	14	5	34	9
Insatisfacción	9	12	20	10	35	5
Satisfacción	78	288	117	253	146	177
<i>Sentimiento tras mantener relaciones sexuales (P3102)</i>						
Ninguno	15	7	22	13	57	12
Dolor	3	3	14	5	11	5
Placer	87	296	115	247	145	171
<i>Sentimiento tras mantener relaciones sexuales (P3103)</i>						
Ninguno	21	10	25	21	52	8
Culpa	2	1	4	2	7	4
Bienestar	80	294	123	244	154	177
<i>Sentimiento tras mantener relaciones sexuales (P3104)</i>						
Ninguno	23	15	22	17	40	14
Miedo	0	2	4	3	6	2
Tranquilidad	82	285	126	247	169	174
<i>Sentimiento tras mantener relaciones sexuales (P3105)</i>						
Ninguno	32	30	45	23	70	19
Tristeza	6	10	12	5	13	2
Alegría	67	264	93	238	131	167

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSS.