

Sexualidad a lo largo del ciclo vital: infancia al climaterio. Revisión de la literatura

Sexuality throughout the life course: a literature review

Alba Vargas Crespo, Dolores Pont Vázquez y Lourdes Márquez Suarez

Residentes 2º año. Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La sexualidad es un componente esencial del ser humano y un indicador clave de salud y bienestar. No se limita a la función reproductiva, sino que abarca aspectos emocionales, relacionales y de identidad, influyendo directamente en la calidad de vida y la autoestima. La salud sexual depende de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales y atraviesa todas las etapas del ciclo vital, desde la infancia hasta el climaterio. Las disfunciones sexuales son frecuentes y afectan a una proporción significativa de la población, evidenciando la necesidad de integrar la evaluación de la sexualidad en la atención clínica y en políticas de salud.

Objetivos: Describir los principales cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales que afectan la sexualidad en las distintas etapas del ciclo vital, identificar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales más frecuentes, y sintetizar estrategias de evaluación y manejo, con el fin de promover la salud sexual y el bienestar integral.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura en PubMed, Scopus, Google Académico, CINAHL y recursos institucionales de OMS y WAS entre septiembre y octubre de 2025. Se seleccionaron artículos sobre sexualidad, disfunciones sexuales y factores biopsicosociales, priorizando estudios originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas, incluyendo cuestionarios validados como FSFI, IIEF y SEXIT Adult.

Resultados: La sexualidad es un proceso dinámico y continuo, con manifestaciones y necesidades diferenciadas según la etapa del ciclo vital. Las disfunciones sexuales varían según edad, género y contexto, siendo frecuentes los problemas relacionados con el deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor. Factores hormonales, comorbilidades, salud mental, calidad de la relación de pareja y contexto sociocultural influyen en la función y satisfacción sexual. La evaluación clínica requiere herramientas validadas y un abordaje multidisciplinario, mientras que la educación sexual y la promoción de la salud desempeñan un papel central en la prevención y el bienestar.

Conclusiones: La sexualidad constituye una dimensión integral del desarrollo humano que atraviesa todas las etapas de la vida. Su atención requiere un enfoque biopsicosocial, inclusivo y basado en evidencia, que combine promoción de la salud sexual, prevención de disfunciones, educación adaptada al desarrollo y reducción del estigma, contribuyendo al bienestar y la calidad de vida de las personas.

PALABRAS CLAVE

sexualidad, ciclo vital, disfunción sexual, salud sexual, adolescencia, adultez, climaterio

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is an essential component of human beings and a key indicator of health and well-being. It is not limited to reproductive function but encompasses emotional, relational, and identity-related aspects, directly influencing quality of life and self-esteem. Sexual health depends on biological, psychological, social, and cultural factors and spans all stages of the life course, from childhood to the climacteric period. Sexual dysfunctions are common and affect a significant proportion of the population, highlighting the need to integrate sexual health assessment into clinical care and public health policies.

Objectives: To describe the main physiological, psychological, social, and cultural changes affecting sexuality across different life stages, to identify the prevalence and risk factors associated with the most common sexual dysfunctions, and to synthesize strategies for assessment and management, aiming to promote sexual health and overall well-being.

Methodology: A literature review was conducted using PubMed, Scopus, Google Scholar, CINAHL, and institutional resources from the World Health Organization (WHO) and the World Association for Sexual Health (WAS) between September and October 2025. Articles addressing sexuality, sexual dysfunctions, and biopsychosocial factors were selected, prioritizing original studies, systematic reviews, and clinical guidelines, including validated questionnaires such as the FSFI, IIEF, and SEXIT Adult.

Results: Sexuality is a dynamic and continuous process, with manifestations and needs that vary according to life stage. Sexual dysfunctions differ by age, gender, and context, with common problems including desire, arousal, orgasm, and pain disorders. Hormonal factors, comorbidities, mental health, relationship quality, and sociocultural context influence sexual function and satisfaction. Clinical assessment requires validated tools and a multidisciplinary approach, while sexual education and health promotion play a central role in prevention and well-being.

Conclusions: Sexuality is an integral dimension of human development across the life course. Its care requires a biopsychosocial, inclusive, and evidence-based approach that combines sexual health promotion, prevention of dysfunctions, developmentally adapted education, and stigma reduction, contributing to individuals' well-being and quality of life.

KEYWORDS

sexuality, life course, sexual dysfunction, sexual health, adolescence, adulthood, climacteric

INTRODUCCIÓN

La sexualidad constituye un componente esencial del ser humano y un aspecto integral de la salud general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la salud sexual como un elemento indispensable para el bienestar físico, mental y social de las personas, las parejas y las comunidades. Alcanzar una buena salud sexual implica no solo la ausencia de enfermedad o disfunción, sino también la existencia de un enfoque positivo, respetuoso y libre de coerción hacia la sexualidad y las relaciones interpersonales¹

Disfrutar de una sexualidad saludable depende de múltiples factores interrelacionados. Entre ellos se incluyen el acceso a información veraz y de calidad sobre sexo y sexualidad, el conocimiento de los riesgos y la vulnerabilidad frente a las consecuencias adversas de la actividad sexual, la disponibilidad de servicios de salud sexual accesibles y de calidad, y la existencia de entornos sociales y culturales que promuevan y protejan la expresión sexual libre y segura. Además, la salud sexual abarca un amplio espectro de dimensiones, incluyendo la identidad y la orientación sexual, la expresión del deseo, el placer y las relaciones afectivas. Al mismo tiempo, comprende la prevención y el manejo de consecuencias negativas como infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos no planificados, disfunciones sexuales, violencia sexual y prácticas perjudiciales como la mutilación genital femenina. Este enfoque integral permite comprender que la sexualidad atraviesa todas las etapas del ciclo vital y está influida por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, por lo que su promoción requiere una perspectiva interdisciplinaria orientada al bienestar, la equidad y los derechos humanos^{1,2}.

La sexualidad es, además, una dimensión central del bienestar humano que se manifiesta a lo largo de toda la vida. No se limita únicamente a la función reproductiva, sino que engloba aspectos emocionales, relacionales y de identidad que contribuyen al equilibrio psicológico y social de las personas. Diversas investigaciones han mostrado que la salud sexual influye directamente en la calidad de vida, la autoestima y la satisfacción general, constituyéndose en un indicador relevante del bienestar individual y colectivo. De este modo, la sexualidad no solo es una dimensión personal, sino también un determinante de salud y un componente esencial del desarrollo humano sostenible^{1,2}.

Asimismo, la sexualidad no es un fenómeno estático ni limitado a una etapa concreta de la existencia, sino un proceso dinámico que evoluciona a lo largo del ciclo vital. La OMS y diversos autores subrayan que las experiencias, necesidades y expresiones de la sexualidad varían según los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de cada edad. Este enfoque de curso vital permite comprender la sexualidad como una dimensión continua del desarrollo humano, presente desde la infancia hasta la vejez³.

Finalmente, la salud sexual tiene un impacto profundo en la calidad de vida y constituye un componente central de la atención clínica y de la salud pública. Las disfunciones sexuales —que incluyen alteraciones del deseo, excitación, orgasmo y dolor— son frecuentes y afectan a una proporción significativa de la

población adulta; se estima que entre el 30 % y el 50 % de las mujeres y entre el 20 % y el 40 % de los hombres experimentan algún tipo de dificultad sexual a lo largo de su vida. Estas cifras reflejan tanto la magnitud del problema como la necesidad de que los profesionales de la salud integren la evaluación de la función sexual dentro de la práctica clínica habitual⁴.

Por lo tanto, la atención clínica y la planificación de políticas de salud deben considerar la sexualidad como un determinante central del bienestar integral. Reconocerla como tal permite implementar estrategias de prevención, educación y manejo de disfunciones sexuales, reforzando el enfoque biopsicosocial y garantizando que la salud sexual sea un componente efectivo del cuidado integral a lo largo de toda la vida².

El objetivo principal de este artículo es describir la evidencia científica reciente sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la sexualidad a lo largo del ciclo vital.

Como objetivos específicos encontramos los siguientes:

- Describir los principales cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan la sexualidad en las distintas etapas del ciclo vital e identificar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales más frecuentes en cada etapa.
- Sintetizar las estrategias de evaluación clínica y manejo multidisciplinario de la sexualidad y las disfunciones sexuales, considerando intervenciones farmacológicas, psicosexuales y educativas.
- Valorar la relevancia de la sexualidad como componente del bienestar y la calidad de vida en la atención sanitaria desde una perspectiva integral.

METODOLOGÍA

En los meses de septiembre y octubre de 2025 se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de identificar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la sexualidad a lo largo del ciclo vital. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL y Google Académico, así como en recursos institucionales relevantes, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Association for Sexual Health (WAS).

Se emplearon términos controlados y palabras clave en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos. La estrategia de búsqueda incluyó, entre otros, los siguientes términos: “sexualidad” OR “desarrollo sexual” OR “disfunción sexual” AND “ciclo vital” OR “menopausia” OR “climaterio” OR “adolescencia” OR “infancia”.

Las estrategias específicas utilizadas en cada base de datos se detallan en una tabla para garantizar la reproducibilidad del proceso.

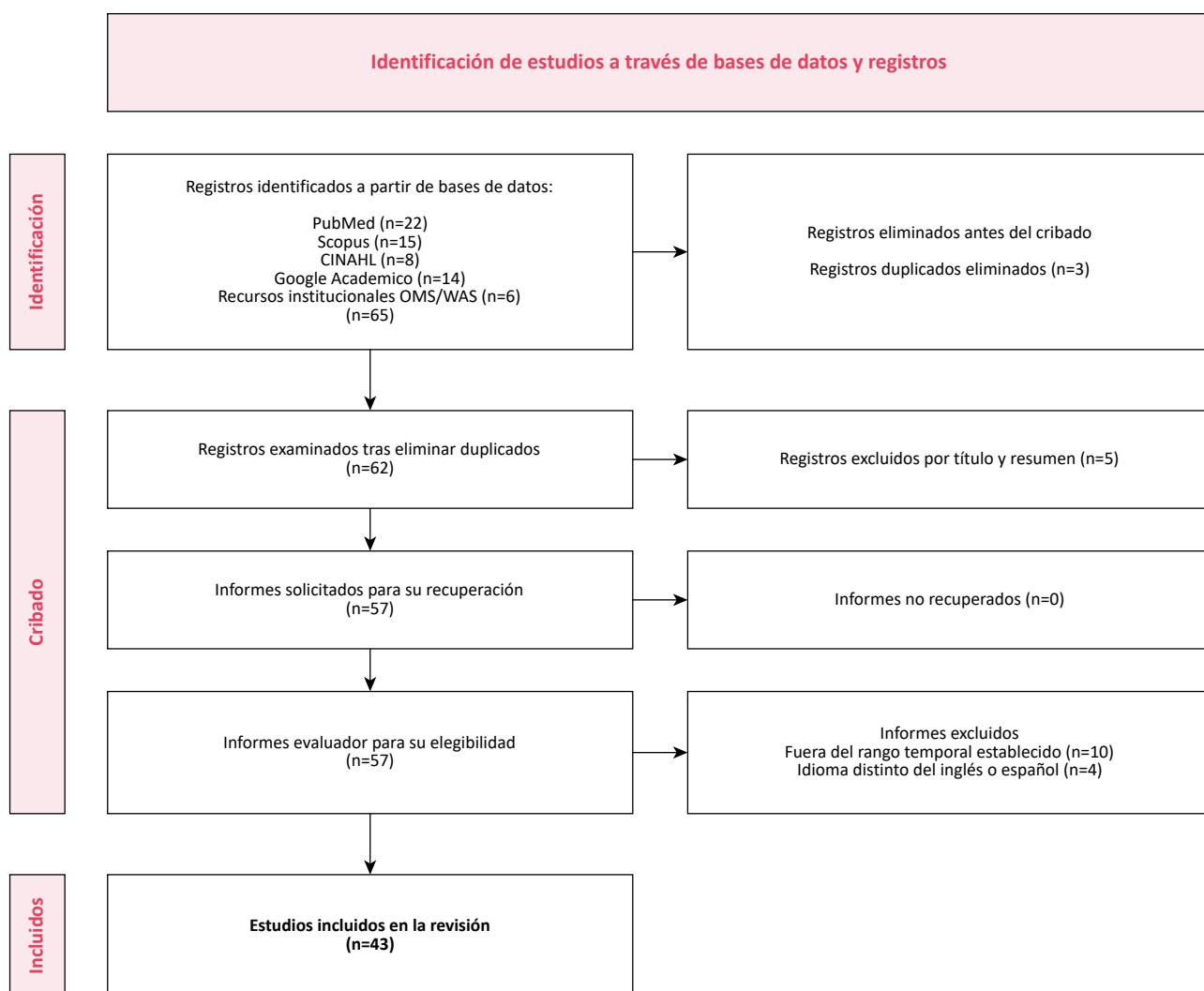
Los criterios de inclusión fueron: estudios realizados en población humana, publicados en los últimos diez años, que abordaran la sexualidad o las disfunciones sexuales en alguna etapa del ciclo vital desde una perspectiva biológica, psicológica o social. Se priorizaron estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y estudios epidemiológicos relevantes. Asimismo, se incluyeron trabajos considerados de referencia para el marco conceptual del tema.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/1/2026

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5/2/2026

Correspondencia: Dolores Pont Vázquez
Correo electrónico: lolapontvazquez@gmail.com

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2021



Se excluyeron artículos duplicados, estudios con muestras no representativas, revisiones narrativas sin metodología explícita y trabajos cuya temática no se ajustaba a los objetivos de la revisión.

El proceso de selección se realizó mediante la revisión de títulos y resúmenes, seguida de la lectura a texto completo de los artículos potencialmente elegibles. El número de registros identificados, excluidos y finalmente incluidos se representa mediante un diagrama de flujo del proceso de selección de estudios conforme a la declaración PRISMA 2021.

La síntesis de la información se realizó de forma narrativa, estructurando los resultados en función de los objetivos del estudio y priorizando los hallazgos más recientes y relevantes descritos en la literatura científica.

RESULTADOS

A. CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Sexualidad en la infancia

El estudio de la sexualidad infantil ha pasado de ser un tema tabú o patologizado a reconocerse como una dimensión integral del desarrollo humano. Las teorías clásicas fueron las primeras en proponer que la sexualidad no aparece de forma súbita en la adolescencia, sino que existe desde los primeros años de vida.

- Sigmund Freud (1905), en su teoría psicosexual, introdujo la idea de que el niño atraviesa una serie de fases (oral, anal, fálica, latencia y genital) en las cuales la energía libidinal se orienta hacia distintas zonas erógenas. Aunque su propuesta ha sido muy debatida, Freud fue pionero en reconocer que el interés corporal y el placer forman parte del desarrollo normal desde la infancia⁵.
- Jean Piaget aportó una visión cognitiva: durante la infancia, los niños desarrollan progresivamente la noción de “yo”, el sentido de intimidad y la comprensión de normas sociales y

morales. La curiosidad sexual forma parte de ese aprendizaje simbólico y exploratorio.

- Erik Erikson, desde la psicología del desarrollo psicosocial, situó el interés por el cuerpo, el juego de roles y la exploración como tareas centrales de la etapa de iniciativa frente a culpa (3 a 6 años). En esta fase, la experimentación y las preguntas sobre el cuerpo son expresiones de autonomía y descubrimiento, no conductas inapropiadas.
- Albert Bandura y las teorías del aprendizaje social subrayaron la importancia del modelado y la observación. Los niños aprenden comportamientos relacionados con el género, la intimidad y las normas sexuales observando a adultos y compañeros, integrando las expectativas culturales sobre “lo apropiado”⁶.

Desde entonces, la investigación empírica ha documentado conductas sexuales normativas en niños, como la curiosidad corporal, la masturbación ocasional y el juego exploratorio entre pares, desmitificando la idea de la infancia como etapa asexual⁶.

El consenso actual, respaldado por la American Academy of Pediatrics (AAP), reconoce que la sexualidad forma parte del desarrollo humano desde la primera infancia, manifestándose de manera verbal, afectiva y conductual según la edad, el entorno y el contexto cultural. La sexualidad infantil incluye la exploración del cuerpo, el juego con pares, la curiosidad por las diferencias anatómicas y la expresión afectiva. Estas conductas se consideran típicas y esperables, siempre que sean transitorias, no coercitivas, acordes al nivel de desarrollo y fácilmente redirigidas por los adultos^{7,8}.

Durante los primeros años de vida, la sexualidad se manifiesta como un proceso natural de descubrimiento corporal, emocional y relacional. En esta etapa temprana (0-3 años), los niños y niñas exploran su cuerpo mediante los sentidos: tocan, observan y experimentan placer a través de sensaciones físicas agradables, como al tocarse los genitales durante el baño o al recibir caricias. Estas conductas reflejan la curiosidad innata y la búsqueda de confort, sin implicaciones sexuales adultas. La autoexploración tiene un valor evolutivo positivo, ya que favorece la construcción de la identidad corporal, el conocimiento de los límites y la autorregulación emocional⁷.

Durante la etapa preescolar (3-6 años), la curiosidad corporal se amplía y se convierte en una forma natural de explorar el propio cuerpo y el de los demás. Es habitual que los niños y niñas muestren interés por las diferencias anatómicas y participen en juegos simbólicos, como “jugar a los médicos”, en los que intentan comprender cómo son las demás personas. La masturbación ocasional también es una conducta frecuente y evolutivamente normal en esta etapa, sin implicaciones sexuales adultas^{7,8}.

Un estudio realizado en Finlandia señaló que aproximadamente el 71% de los profesionales de educación infantil había observado comportamientos de masturbación abierta en niños de entre 1 y 6 años, siendo la curiosidad corporal el aspecto más comúnmente reportado. Estas manifestaciones reflejan la búsqueda de placer y bienestar físico, así como la construcción de la identidad corporal y emocional⁸.

Durante la etapa escolar (6-12 años), las conductas sexuales se vuelven menos visibles y más privadas. Aunque la curiosidad por el cuerpo y las diferencias entre los sexos persiste, los niños y niñas comienzan a sentir vergüenza o pudor, buscando

privacidad para vestirse o bañarse. Si se masturban, suelen hacerlo en secreto, como parte de un proceso natural de autorregulación y autoconocimiento⁷.

En este periodo también surgen las primeras manifestaciones afectivas más estructuradas: el interés por los pares, las amistades íntimas y, en algunos casos, los primeros sentimientos de atracción o enamoramiento. Las expresiones físicas del afecto (como tomarse de la mano o darse un beso) pueden aparecer como parte del juego o de la experimentación emocional⁷.

La curiosidad por la sexualidad se mantiene, aunque empieza a estar influenciada por los tabúes sociales. Cuando los adultos tratan el tema con censura o vergüenza, los niños tienden a ocultar sus preguntas y buscan información por otros medios, incluyendo la observación de adultos o el acceso a materiales sexuales⁷.

En esta etapa se consolidan también los hábitos y normas relacionados con la intimidad y el respeto mutuo. En torno a los 10 años pueden iniciarse los primeros cambios físicos y hormonales que anticipan la pubertad: crecimiento del vello, cambios en la voz o, en el caso de algunas niñas, la aparición de la menstruación⁷.

Un estudio español reportó que el 8% de los niños de 9 años ya había practicado la masturbación, y que el 14% de los de 11-12 años había tenido algún tipo de experiencia sexual, lo que evidencia la progresiva evolución de la sexualidad infantil hacia formas más maduras de autoconocimiento y exploración corporal⁹.

Diferenciar entre conductas sexuales normativas y problemáticas resulta esencial. Durante la infancia es fundamental enseñar a los niños a reconocer conductas inapropiadas o de abuso, ayudándoles a identificar las situaciones que les generan malestar —como dolor, vergüenza o culpa— y a entender que estos sentimientos pueden indicar que su integridad física o emocional está siendo vulnerada. De esta forma, podrán pedir ayuda a un adulto de confianza^{9,10}.

Las conductas sexuales normales en la infancia suelen presentarse entre niños o niñas de la misma edad, conocidos entre sí, de manera espontánea, poco frecuente y fácil de redirigir^{9,10}.

En cambio, deben alertar a padres y profesionales conductas como: masturbación compulsiva, juegos sexuales persistentes o de tipo adulto, interés por menores más pequeños, exposición o curiosidad excesiva por la pornografía, o uso de lenguaje sexual explícito impropio de la edad^{9,10}.

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad adolescente representa una transición compleja, marcada por la maduración biológica, el desarrollo de la identidad sexual y la exploración de la intimidad. La pubertad, que suele iniciarse entre los 10 y 14 años, conlleva el desarrollo de caracteres sexuales secundarios y un aumento del deseo sexual. Estudios en Estados Unidos y Europa sitúan la edad media de inicio sexual entre los 15 y 16 años¹¹. Según el estudio NHANES, el 13% de los adolescentes de 14 años y más del 75% de los de 19 han tenido relaciones sexuales, sin diferencias de género significativas. En Suecia, el 37% de los estudiantes del primer año de secundaria reportaron relaciones sexuales, con una mediana de edad de 15 años^{12,13}.

Las conductas sexuales adolescentes varían desde besos y caricias hasta relaciones coitales, con un aumento progresivo en frecuencia e intensidad entre los 11 y 15 años. La mayoría de los adolescentes experimenta interacciones sexuales de baja o moderada intensidad, sin que estas predigan necesariamente la identidad sexual futura. Aunque el uso de métodos de barrera en la primera relación se mantiene relativamente alto, persisten los riesgos de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente en quienes inician actividad sexual precoz o tienen múltiples parejas¹⁴.

Entre 2015 y 2021, aumentó el número de adolescentes que se identifican como bisexuales, gays o lesbianas, así como aquellos que reportan contactos sexuales con personas del mismo sexo. Este grupo presenta mayor vulnerabilidad ante problemas de salud mental y conductas sexuales de riesgo, incluyendo menor uso de protección y mayor exposición a violencia sexual¹⁵.

Los principales factores de riesgo incluyen el consumo de alcohol y drogas, la exposición a pornografía, la victimización digital y la falta de supervisión parental. El apoyo familiar y la comunicación abierta actúan como factores protectores, reduciendo la probabilidad de conductas de riesgo y mejorando el bienestar emocional^{16,17,18}.

En resumen, la sexualidad adolescente es dinámica y diversa, influida por factores biológicos, familiares y socioculturales. La educación sexual adaptada, junto con el uso de instrumentos de evaluación validados, es clave para promover decisiones informadas y prevenir riesgos.

Sexualidad adulta

En la edad adulta, la sexualidad refleja la interacción entre factores biológicos, emocionales, relacionales y sociales. En las últimas décadas, se observa una disminución en la edad de inicio sexual —en torno a los 16 años en cohortes recientes— y un aumento de la diversidad de prácticas sexuales. Estas incluyen el coito vaginal, oral y anal, el uso de juguetes sexuales, el sexting y la pornografía digital, cada vez con mayor aceptación social^{20,21,22}.

Durante la juventud y la madurez, la sexualidad alcanza su plenitud si la persona ha logrado una adecuada madurez psicosexual y cuenta con los conocimientos y habilidades necesarios para vivirla de forma libre y responsable. En esta etapa, influyen factores como tener o no pareja, la estabilidad de la relación, la maternidad o paternidad y los cambios propios de la menopausia o andropausia²¹.

Adentrándonos en la fisiología de la respuesta sexual en mujeres y hombres adultos, ambas se organizan en fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. El deseo sexual es regulado por neurotransmisores centrales como dopamina y serotonina, y modulado por hormonas sexuales (testosterona, estrógenos) en ambos sexos²¹.

Durante la excitación, en hombres ocurre la erección por relajación del músculo liso del pene mediada por el sistema parasimpático y liberación de óxido nítrico, lo que aumenta el flujo sanguíneo y la presión intracavernosa. En mujeres, la excitación se manifiesta por vasocongestión y lubricación vaginal, tumescencia del clítoris y expansión de los tejidos genitales, reguladas por mecanismos neurovasculares similares: activación parasimpática, liberación de óxido nítrico y péptidos vasoactivos, con inhibición simpática²².

El orgasmo en ambos sexos implica contracciones rítmicas de los músculos pélvicos y genitales, junto con respuestas autonómicas (aumento de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria). En hombres, la eyaculación involucra una fase de emisión (control simpático T11-L2) y una fase de expulsión (control somático vía núcleo de Onuf en la médula sacra). En mujeres, el orgasmo implica contracciones vaginales y uterinas, mediadas por circuitos espinales y activación de áreas corticales y subcorticales, con liberación de oxitocina²².

La resolución es el retorno a la homeostasis, con disminución de la vasocongestión y relajación muscular. En hombres existe un período refractario, menos definido en mujeres. La respuesta sexual está influida por factores psicológicos, interpersonales y contextuales, especialmente en mujeres²³.

Las diferencias fisiológicas en la respuesta sexual entre mujeres y hombres adultos se centran en la regulación hormonal, la neurobiología de la excitación y la integración de factores psicosociales. En hombres, la respuesta sexual suele ser más lineal y está fuertemente influida por la testosterona, con una correlación directa entre excitación genital (erección) y deseo sexual. En mujeres, la respuesta es más variable y menos predecible, con una menor correlación entre excitación genital (vasocongestión, lubricación) y deseo o placer subjetivo; la influencia de los estrógenos y andrógenos es relevante pero no determinante, y factores como la intimidad emocional y el contexto relacional tienen mayor peso en la experiencia sexual femenina²⁴.

En la presentación clínica, los hombres tienden a consultar por disfunción eréctil y trastornos de la eyaculación, mientras que las mujeres presentan con mayor frecuencia disfunciones de deseo, excitación, orgasmo y dolor genitopélvico. La International Society for the Study of Women's Sexual Health y la Fourth International Consultation on Sexual Medicine clasifican los trastornos sexuales femeninos en cuatro categorías: trastorno de deseo, trastorno de excitación, trastorno orgásmico y trastorno de dolor genitopélvico³². En mujeres, la disfunción sexual suele estar influida por factores hormonales (menopausia, hipoprogesteronismo), enfermedades crónicas, medicamentos, y especialmente por factores psicológicos y relacionales²⁵.

En el manejo, los hombres suelen beneficiarse de tratamientos farmacológicos dirigidos a la función eréctil (inhibidores de la PDE-5), mientras que en mujeres el abordaje debe ser multidimensional, priorizando la terapia cognitivo-conductual para trastornos de deseo y excitación, lubricantes y estrógenos tópicos para dolor relacionado con atrofia vaginal, y fisioterapia de piso pélvico para dolor genitopélvico. El tratamiento en mujeres requiere una evaluación integral que incluya historia clínica detallada, factores biológicos, psicológicos, interpersonales y contextuales²⁶.

No obstante, la prevalencia de disfunciones sexuales en esta etapa es elevada: aproximadamente el 67 % de las mujeres y el 46 % de los hombres refieren haber experimentado algún problema sexual a lo largo de su vida adulta. Entre las mujeres predominan el bajo deseo sexual, la dificultad para alcanzar el orgasmo y la dispareunia; entre los hombres, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. Estas dificultades se asocian frecuentemente a enfermedades crónicas, problemas de salud mental, consumo de sustancias y a la calidad de la relación de pareja²⁶.

Sexualidad en el climaterio

La sexualidad durante el climaterio se ve influida por cambios hormonales, físicos y emocionales. La disminución de estrógenos y andrógenos genera síntomas vasomotores, alteraciones del sueño y trastornos genitourinarios que afectan la función sexual. La prevalencia de disfunción sexual en mujeres en climaterio varía entre el 38% y el 80%, según la población y el instrumento utilizado²⁷.

Los problemas más comunes son el bajo deseo sexual, la sequedad vaginal, el dolor coital y la dificultad para alcanzar el orgasmo. Factores como la depresión, la baja autoestima, la falta de pareja o la mala calidad relacional aumentan el riesgo. El Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) y el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (HSDD) son diagnósticos frecuentes y suelen coexistir^{27,28,29}.

B. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA SEXUALIDAD

La evaluación clínica de la sexualidad debe adaptarse a las distintas etapas del ciclo vital y apoyarse en instrumentos validados que permitan identificar tanto conductas normativas como situaciones de riesgo, así como disfunciones sexuales y su impacto biopsicosocial. En la infancia, se emplean herramientas específicas como el Child Sexual Behavior Inventory (CSBI), que permite discriminar entre conductas sexuales esperables y problemáticas en niños de 2 a 12 años. Este instrumento ha sido validado en múltiples contextos y posibilita correlacionar los comportamientos observados con factores familiares, sociales y clínicos relevantes. De forma complementaria, instrumentos como el International Child Abuse Screening Tool-Child Version (ICAST-C) y el Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) presentan una adecuada fiabilidad psicométrica para la detección de exposición a abuso sexual infantil^{9,30}.

En la adolescencia, la evaluación clínica incorpora cuestionarios validados orientados a explorar conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, así como riesgos asociados a la salud sexual, reproductiva y mental. El Total Teen Assessment ha demostrado una buena validez clínica para la identificación de factores de riesgo en estas áreas³¹. Asimismo, el Sexual Health Questionnaire (SHQ) presenta una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,90$) y permite evaluar el nivel de conocimientos en salud sexual. Otros instrumentos, como el ICAST-A y el Adolescent Sexual Activities Index, se utilizan para medir la frecuencia e intensidad de las conductas sexuales y prácticas como el sexting^{32,33}.

Además, existen escalas específicas que abordan dimensiones subjetivas y positivas de la sexualidad adolescente. La Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS) y el Short Sexual Subjectivity Inventory (SSSI-11) evalúan la autoimagen, la subjetividad sexual y la vivencia positiva de la sexualidad, siendo útiles para analizar diferencias según género y orientación sexual^{34,35}. El Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) permite valorar la satisfacción sexual global en adolescentes sexualmente activos, mientras que el Sexting Behavior and Motives Questionnaire (SBM-Q) evalúa las motivaciones y los riesgos asociados a la práctica del sexting^{36,37}.

En la edad adulta, la evaluación clínica de la sexualidad debe ser integral y contemplar tanto la función sexual como el contexto biopsicosocial. Para ello, se recomienda el uso de instrumentos validados como el Female Sexual Function Index (FSFI), el In-

ternational Index of Erectile Function (IIEF), la Arizona Sexual Experiences Scale, el SEXual Health Identification Tool en su versión adulta (SEXIT Adult) y el Sexual Function Evaluation Questionnaire (SFEQ). Estas herramientas permiten identificar disfunciones sexuales y explorar su impacto en el bienestar físico, psicológico y relacional^{38,39,40}.

Durante el climaterio, la evaluación adquiere una especial relevancia, al integrarse los cambios hormonales y los síntomas asociados al envejecimiento. En este contexto, se recomienda el uso combinado de instrumentos como el FSFI, la Greene Climacteric Scale, la Menopause Rating Scale y el SFEQ, que permiten valorar de forma conjunta la función sexual, los síntomas vasomotores y el bienestar psicosocial^{29,41}. Este enfoque facilita una valoración más completa y personalizada, orientada a mejorar la calidad de vida y la salud sexual de las mujeres en esta etapa.

C. RELEVANCIA DE LA SEXUALIDAD EN EL BIENESTAR A LO LARGO DEL CICLO VITAL

El desarrollo psicosexual temprano durante la infancia incluye la formación de vínculos afectivos seguros con las figuras de apego —madre, padre u otros cuidadores—, los cuales sientan las bases de la autoestima, la seguridad emocional y la capacidad de establecer relaciones futuras saludables. A partir de estas interacciones tempranas, el niño aprende a reconocer sus emociones básicas (alegría, miedo, rabia, tristeza) y, progresivamente, desarrolla emociones más complejas como la vergüenza, el orgullo o los celos⁷. Estos procesos emocionales iniciales constituyen un pilar fundamental del bienestar psicológico y relacional posterior.

Durante esta etapa, el entorno familiar ejerce una influencia decisiva en la vivencia de la sexualidad. Las respuestas de los adultos ante las conductas exploratorias infantiles deben ser tranquilas, respetuosas y proporcionadas, evitando tanto la censura como la sobreinterpretación, con el fin de favorecer una imagen corporal positiva y la normalización de la curiosidad sexual infantil. En este sentido, la American Academy of Pediatrics subraya la importancia de iniciar desde edades tempranas una educación sexual adaptada al desarrollo, que fomente el respeto, el consentimiento y la confianza en el propio cuerpo⁷.

A medida que el niño crece, comienza a interiorizar normas, hábitos y roles sociales vinculados a su entorno. Aprende comportamientos asociados al afecto, la intimidad y el respeto, y empieza a identificar lo que se espera de él o de ella según el sexo asignado al nacer⁷. Este proceso de adaptación constituye el inicio del aprendizaje de la identidad y la expresión de género dentro de un contexto familiar y cultural determinado. En estos años se consolidan las bases de la identidad de género mediante la interiorización de estereotipos sociales de lo masculino y lo femenino, al tiempo que continúan desarrollándose hábitos relacionados con la intimidad, el afecto y el respeto. Las emociones se vuelven más complejas —como la felicidad, la tristeza, los celos o la culpa— y aumenta la necesidad de comprender el entorno social. Se trata de una etapa marcada por la imitación de conductas observadas en los adultos, lo que contribuye al aprendizaje de roles y normas sociales vinculadas a la sexualidad⁷.

La evidencia muestra que la educación sexual temprana y adaptada al desarrollo mejora el conocimiento, la comunicación y las habilidades de autoprotección frente al abuso sexual y la violencia. La American Academy of Pediatrics recomienda un enfoque longitudinal y progresivo de la educación sexual, que

evolucione con la edad y el contexto vital, integrando valores como el respeto, el consentimiento y la promoción de relaciones saludables^{10,42}.

En conjunto, la sexualidad infantil debe abordarse desde una perspectiva clínica, educativa y preventiva, integrando la evaluación pediátrica, la orientación familiar y la educación emocional. El consenso contemporáneo enfatiza la diversidad, la normalidad de la curiosidad sexual infantil y la importancia de la orientación adulta para promover un desarrollo sano y prevenir conductas problemáticas⁴². La vivencia de la sexualidad a lo largo del ciclo vital constituye un componente esencial del bienestar global, al integrarse con la autoestima, la identidad personal, la regulación emocional y la capacidad para establecer vínculos afectivos satisfactorios. Una sexualidad vivida de forma positiva y acorde al momento evolutivo se asocia con mejores indicadores de salud mental, mayor percepción de calidad de vida y relaciones interpersonales más saludables. Desde esta perspectiva, la sexualidad no debe entenderse únicamente en términos de riesgo o disfunción, sino como un determinante relevante del bienestar físico, psicológico y relacional en todas las etapas de la vida^{16,17}.

Durante la adolescencia y la transición a la edad adulta, la AAP continúa recomendando una educación sexual integral, continua y adaptada al desarrollo, que aborde no solo la anatomía y la fisiología, sino también el consentimiento, las relaciones saludables y la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados. La inclusión de adolescentes con discapacidad requiere estrategias específicas y un mayor apoyo educativo para garantizar la equidad en el acceso a la información y al cuidado de la salud sexual^{16,17,18}.

En la edad adulta, la sexualidad se configura como un aspecto integral del bienestar que evoluciona con la experiencia, las circunstancias vitales y la madurez emocional²⁰. Las relaciones estables requieren comunicación, respeto y capacidad de adaptación a los cambios personales y familiares, especialmente durante la crianza o ante transformaciones fisiológicas.

En conjunto, la sexualidad adulta es diversa y cambiante, por lo que su evaluación debe ser integral e incluir no solo la función sexual, sino también la satisfacción, la salud mental y la dinámica relacional, promoviendo un abordaje multidisciplinar y respetuoso de la diversidad sexual. En el climaterio, aunque la frecuencia de las relaciones sexuales puede disminuir, muchas mujeres refieren una mayor satisfacción vinculada a la intimidad emocional, la comunicación y la autoconfianza. La sexualidad en esta etapa adquiere así un significado más relacional, con un mayor énfasis en la calidad del vínculo y el placer compartido. Promover una visión positiva y abierta de los cambios sexuales asociados al envejecimiento contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de vida y la salud integral⁴⁰⁻⁴³.

CONCLUSIONES

El análisis de la sexualidad a lo largo del ciclo vital confirma que se trata de un proceso dinámico, continuo y multifactorial, influido por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que evoluciona desde la infancia hasta el climaterio. Este hallazgo permite cumplir el objetivo principal de describir cómo la sexualidad se manifiesta y transforma a lo largo de la vida, reconociéndola no solo como función reproductiva, sino como un componente central del bienestar, la identidad, las emociones y las relaciones interpersonales. La evidencia revisada muestra que las manifestaciones sexuales son diversas y adaptadas al desarrollo de cada etapa, y que su comprensión requiere un enfoque integral que combine perspectivas clínicas, educativas y preventivas.

En relación con la identificación de la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales, los hallazgos indican que estas dificultades son frecuentes y multifactoriales. En la adultez, los problemas más reportados incluyen bajo deseo sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo, dispareunia, disfunción eréctil y eyaculación precoz, vinculados a factores hormonales, enfermedades crónicas, estrés, salud mental y calidad de la relación de pareja. En adolescentes, los riesgos se relacionan con embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, consumo de sustancias, exposición a pornografía y desigualdades socioculturales. Estos datos ponen de manifiesto la importancia de identificar factores de riesgo específicos en cada etapa y de implementar estrategias de prevención y educación sexual adaptadas a las características y necesidades de cada grupo etario.

La síntesis de las estrategias de evaluación clínica y manejo multidisciplinario muestra que la utilización de instrumentos validados es fundamental para un abordaje integral. Escalas como el FSFI e IIEF permiten valorar la función sexual en adultos, mientras que el CSBI y el ICAST facilitan la identificación de conductas normativas y problemáticas en infancia y adolescencia. El manejo efectivo requiere combinar intervenciones farmacológicas, psicosexuales, educativas y de fisioterapia, según corresponda, asegurando una atención centrada en la persona, respetuosa de la diversidad y orientada a la promoción de la salud sexual positiva y la prevención de riesgos.

La valoración de la sexualidad como componente del bienestar y la calidad de vida evidencia que constituye un determinante esencial de la salud física, emocional y relacional. La vivencia sexual positiva se asocia con mayor autoestima, satisfacción vital y calidad de las relaciones interpersonales. Reconocerla como elemento central de la atención sanitaria permite que los profesionales, y en particular las matronas, desarrollen estrategias de promoción, prevención y manejo basadas en evidencia, fortaleciendo el bienestar integral a lo largo del ciclo vital.

A pesar de los avances, la revisión revela ciertas limitaciones: la mayoría de los estudios se centra en contextos culturales concretos, lo que dificulta la generalización de los hallazgos, y existe escasez de investigaciones longitudinales que permitan observar la evolución de la sexualidad de manera continua. Además, son limitados los programas evaluados que integren educación sexual, prevención y manejo clínico de manera combinada. Estas lagunas sugieren la necesidad de futuras investigaciones multicéntricas, longitudinales y culturalmente diversas, así como del desarrollo de herramientas de evaluación y programas de intervención adaptados a cada etapa del ciclo vital.

Desde la perspectiva profesional, incorporar la salud sexual como componente central de la atención integral permite a la matrona intervenir de manera temprana, educativa y clínica, fomentando la prevención de conductas de riesgo, la detección precoz de disfunciones y la promoción de una sexualidad positiva y respetuosa de la diversidad. Este enfoque no solo mejora la calidad asistencial, sino que contribuye al bienestar físico, psicológico y relacional de la población, fortaleciendo la práctica basada en evidencia y promoviendo sociedades más informadas e inclusivas en materia de sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Sexual health. WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
2. Mitchell KR, Graham CA, Clifton S, Mercer CH, Wellings K. What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*. 2021;6(8):e608-13. doi:10.1016/S2468-2667(21)00146-8
3. Narasimhan M, Allotey P. What is needed to improve sexual health and well-being. *Bull World Health Organ*. 2024;102(12):842-842A. doi:10.2471/BLT.24.292864
4. Koops TU, Klein V, Bei der Kellen R, Hoyer J, Löwe B, Briken P. Association of sexual dysfunction according to DSM-5 diagnostic criteria with avoidance of and discomfort during sex in a population-based sample. *Sex Med*. 2023;11(3):qfad037. doi:10.1093/sexmed/qfad037
5. Van Haute P, Westerink H. Sexuality and its object in Freud's 1905 edition of *Three Essays on the Theory of Sexuality*. *Int J Psychoanal*. 2016;97(3):563-89. doi:10.1111/1745-8315.12480
6. Bullough VL. Children and Adolescents as Sexual Beings: A Historical Overview. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2004;13(3):447-59, v. doi:10.1016/j.chc.2004.02.012
7. Houtrow A, Elias ER, Davis BE. Promoting Healthy Sexuality for Children and Adolescents With Disabilities. *Pediatrics*. 2021;148(1):e2021052043. doi:10.1542/peds.2021-052043
8. Cacciatore RS, Ingman-Friberg SM, Lainiala LP, Apter DL. Verbal and Behavioral Expressions of Child Sexuality Among 1-6-Year-Olds as Observed by Daycare Professionals in Finland. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2725-34. doi:10.1007/s10508-020-01694-y
9. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics*. 1998;101(4):E9. doi:10.1542/peds.101.4.e9
10. American Academy of Pediatrics: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2001;108(2):498-502
11. Baams L, Dubas JS, Overbeek G, van Aken MA. Transitions in Body and Behavior: A Meta-Analytic Study on the Relationship Between Pubertal Development and Adolescent Sexual Behavior. *J Adolesc Health*. 2015;56(6):586-98. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.019
12. Borneskog C, Häggström-Nordin E, Stenhammar C, Tydén T, Iliadis SI. Changes in Sexual Behavior Among High-School Students Over a 40-Year Period. *Sci Rep*. 2021;11(1):13963. doi:10.1038/s41598-021-93410-6
13. Liu G, Hariri S, Bradley H, et al. Trends and Patterns of Sexual Behaviors Among Adolescents and Adults Aged 14 to 59 Years, United States. *Sex Transm Dis*. 2015;42(1):20-6. doi:10.1097/OLQ.0000000000000231
14. Li G, Davis JTM. Sexual Experimentation in Heterosexual, Bisexual, Lesbian/Gay, and Questioning Adolescents From Ages 11 to 15. *J Res Adolesc*. 2020;30(2):423-39. doi:10.1111/jora.12535
15. Grubb LK, Powers M. Emerging Issues in Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. *Pediatrics*. 2020;145(5):e20200627. doi:10.1542/peds.2020-0627
16. Ybarra ML, DuBois LZ, Saewyc E. Sexual Health of US Transgender Boys, Nonbinary Youth, and Cisgender Girls. *JAMA Pediatr*. 2025;:2833570. doi:10.1001/jamapediatrics.2025.0676
17. Kabiru CW, Habib HH, Beckwith S, et al. Risk and Protective Factors for the Sexual and Reproductive Health of Young Adolescents: Lessons Learnt in the Past Decade and Research Priorities Moving Forward. *J Adolesc Health*. 2024;75(4S):S20-36. doi:10.1016/j.jadohealth.2024.03.007
18. Rivas-Koehl M, Valido A, Espelage DL, Lawrence TI. Adults and Family as Supportive of Adolescent Sexual Development in the Age of Smartphones? Exploring Cybersexual Violence Victimization, Pornography Use, and Risky Sexual Behaviors. *Arch Sex Behav*. 2023;52(7):2845-57. doi:10.1007/s10508-023-02618-2
19. Garney WR, Wilson KL, Patterson M, et al. An Innovative Youth-Friendly Electronic Questionnaire to Identify Mental, Sexual and Reproductive Health Risks: A Validation Study of the Total Teen Assessment. *Health Expect*. 2025;28(4):e70313. doi:10.1111/hex.70313
20. Grauvogl A, Peters ML, Evers SM, van Lankveld JJ. A New Instrument to Measure Sexual Competence and Interaction Competence in Youth: Psychometric Properties in Female Adolescents. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(5):544-56. doi:10.1080/0092623X.2014.933461
21. Rowland DL. Neurobiology of Sexual Response in Men and Women. *CNS Spectr*. 2006;11(8 Suppl 9):6-12. doi:10.1017/s1092852900026705
22. Meston CM, Frohlich PF. The Neurobiology of Sexual Function. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1012-30. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1012
23. Hentzen C, Musco S, Amarenco G, Del Popolo G, Panicker JN. Approach and Management to Patients With Neurological Disorders Reporting Sexual Dysfunction. *Lancet Neurol*. 2022;21(6):551-62. doi:10.1016/S1474-4422(22)00036-9
24. Rosen RC, Barksy JL. Normal Sexual Response in Women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006;33(4):515-26. doi:10.1016/j.ogc.2006.09.005
25. Roytman MV, Barnett RL, Rubin RS. Female Sexual Function and Dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2025;:00006250-990000000-01372. doi:10.1097/AOG.0000000000006073
26. Walsh KE, Berman JR. Sexual Dysfunction in the Older Woman: An Overview of the Current Understanding and Management. *Drugs Aging*. 2004;21(10):655-75. doi:10.2165/00002512-200421100-00004
27. Nappi RE, Cucinella L. Sexuality, Pelvic Floor/Vaginal Health and Contraception at Menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022;81:85-97. doi:10.1016/j.bpobgyn.2021.11.006
28. Armeni A, Armeni E, Augoulea A, et al. Climacteric Symptoms, Age, and Sense of Coherence Are Associated With Sexual Function Scores in Women After Menopause. *J Sex Med*. 2023;20(3):313-23. doi:10.1093/jsxmed/qdac031

29. Romano Marquez Reis SC, Martins Pinto J, Aparecida Porcatti de Walsh I, et al. Predictive Factors for the Risk of Sexual Dysfunction in Climacteric Women: Population-Based Study. *J Sex Med.* 2022;19(10):1546-52. doi:10.1016/j.jsxm.2022.06.019
30. Bomfim KD, Leite UDR, Goes PSA. A Systematic Review of the Measurement Properties of Self-Report Screening Tools to Detect Risk or Exposure to Child Sexual Abuse for Children Under 12. *Heliyon.* 2023;9(11):e21027. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e21027
31. Safari K, Fadilah N, McKenna L, Hariati S. Quality and Measurement Properties of Sexual Health Knowledge Tools for Adolescents: A Rapid Review. *Patient Educ Couns.* 2024;122:108173. doi:10.1016/j.pec.2024.108173
32. Muehlmann M, Nieradt K, Tomczyk S. A COSMIN Systematic Review of Sexual Health Literacy Self-Report Measures for Adolescents. *Arch Sex Behav.* 2025;54(5):1737-68. doi:10.1007/s10508-025-03142-1
33. Maes C, Trekels J, Impett E, Vandenbosch L. The Development of the Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS). *J Sex Res.* 2023;60(1):45-61. doi:10.1080/00224499.2021.2011826
34. Paquette MM, Dion J, Bóthe B, et al. How Does Sexual Subjectivity Vary on the Basis of Gender and Sexual Orientation? Validation of the Short Sexual Subjectivity Inventory (SSSI-11) in Cisgender, Heterosexual and Sexual and Gender Minority Adolescents. *Arch Sex Behav.* 2024;53(1):275-92. doi:10.1007/s10508-023-02675-7
35. Bigras N, Dion J, Bóthe B, et al. A Validation Study of the Global Measure of Sexual Satisfaction in Sexually Active Adolescents. *J Sex Res.* 2023;60(1):62-70. doi:10.1080/00224499.2022.2148239
36. Xu Y, Norton S, Rahman Q. Adolescent Sexual Behavior Patterns in a British Birth Cohort: A Latent Class Analysis. *Arch Sex Behav.* 2021;50(1):161-80. doi:10.1007/s10508-019-01578-w
37. del Rey R, Ojeda M, Casas JA. Validation of the Sexting Behavior and Motives Questionnaire (SBM-Q). *Psicothema.* 2021;33(2):287-95. doi:10.7334/psicothema2020.207
38. Richters J, Yeung A, Rissel C, et al. Sexual Difficulties, Problems, and Help-Seeking in a National Representative Sample: The Second Australian Study of Health and Relationships. *Arch Sex Behav.* 2022;51(3):1435-46. doi:10.1007/s10508-021-02244-w
39. Davis SR. Sexual Dysfunction in Women. *N Engl J Med.* 2024;391(8):736-45. doi:10.1056/NEJMcp2313307
40. Gainza Solenzal A, Elmerstig E, Bjerså K, Weineland S, Hammarström S. Professional Perspectives on Asking Patients About Unmentioned Sexual Health Concerns & Violence: The Adult Version of the SEXual Health Identification Tool (SEXIT). *J Sex Marital Ther.* 2025;:1-18. doi:10.1080/0092623X.2025.2564706
41. Mitchell KR, Gurney K, McAloney-Kocaman K, Kiddy C, Parkes A. The Sexual Function Evaluation Questionnaire (SFEQ) to Evaluate Effectiveness of Treatment for Sexual Difficulties: Development and Validation in a Clinical Sample. *J Sex Res.* 2022;59(4):426-34. doi:10.1080/00224499.2021.1986800
42. Fantaye AW, Buh AW, Idriss-Wheeler D, Fournier K, Yaya S. Interventions Promoting Child Sexual and Reproductive Health and Rights in LMICs: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2022;149(Suppl 5):e2021053852K. doi:10.1542/peds.2021-053852K
43. de Graaf H, Mitchell K, Clifton S, et al. Sex Surveys in Europe: Reflections on Over Four Decades of Sexual Behavior and Sexual Health Surveillance. *J Sex Res.* 2023;60(7):1020-33. doi:10.1080/00224499.2023.2222403

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Vargas Crespo A, Pont Vázquez D, Márquez Suarez L. Sexualidad a lo largo del ciclo vital: infancia al climaterio. Revisión de la literatura. *Hygia de Enfermería.* 2026; 43(1): 40-48