

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



ESTUDIO DE SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al **GRADO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA**

LAURA NATIVIDAD ECHENIQUE VIDAL

VALDIVIA - CHILE

2006

PROFESORA PATROCINANTE

Sra. Estela Arcos G

Nombre

Firma

PROFESORA COPATROCINANTE

Sra. Liliana Martínez

Nombre

Firma

PROFESORA COLABORADORA

Sra. Claudia Pradines

Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

*A ese ser maravilloso, fuente de inspiración, motivación y pilar fundamental en el arduo camino de mi aprendizaje.
Gracias por apoyarme, amarme y hacer de mí, una persona completa.*

Con especial cariño, en recuerdo de mi tatita Raúl (Q.E.P.D) que desde el cielo aun sigue cobijándome.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la vida y todo lo que tengo. *Gracias por protegerme y darme la fortaleza necesaria para no decaer y seguir adelante.*

A mi esforzada y querida madre, por su apoyo constante y amor incondicional durante toda la vida. *Gracias por tantos años de complicidad y sacrificio que hoy han dado su fruto. Juntas cumplimos esta meta, al fin mamita, lo hemos logrado!*

A mi tía Elizabet, por creer en mí y valorar mi esfuerzo. *Gracias por transmitirme tu paz, tu fe en Dios y optimismo frente a las situaciones adversas de la vida.*

A Diego, mi gran amor, por quererme y estar junto a mí cuando más lo he necesitado, por su entrega desinteresada y palabras de aliento en momentos difíciles. *Gracias por hacer de mi utopía una realidad.*

A mi profesora patrocinante Sra. Estela Arcos, por acogerme, entregarme sus conocimientos y su valioso tiempo. *Gracias por creer en mis ideas y cultivar en mí el interés en el campo de la investigación.*

A la asociación de Jubilados ferroviarios y montepiadas de Osorno y muy en especial a Don Enaín, por abrirme las puertas de su sede y facilitarme el espacio físico para realizar gran parte de la investigación. *Gracias por su buena voluntad.*

Y, a cada una de las personas que participaron en mi estudio, que depositaron su confianza y desnudaron su alma en relatos íntimos y confidenciales de su vida. *Gracias a todos/as, porque sin su cooperación nada de esto hubiera sido posible.*

INDICE DE MATERIAS

Capítulo		página
	RESUMEN	
	SUMARY	
1.0	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Problema	2
1.2	Objetivos generales	3
1.3	Objetivos específicos	3
2.0	MARCO TEÓRICO	4
2.1	Conceptos previos	4
2.1.1	Sexualidad humana	4
2.1.2	Vejez y tercera edad	4
2.2	Transición demográfica	5
2.2.1	Transición demográfica en América latina	5
2.2.2	Transición demográfica en Chile	6
2.3	Derechos sexuales y reproductivos en la tercera edad	7
2.4	Sexualidad en la tercera edad	7
2.5	Ejercicio de la sexualidad en la vejez	8
2.5.1	Prevalencia de la actividad sexual con la edad	8
2.6	Actitudes sobre la sexualidad en personas mayores	9
2.7	Comportamiento sexual en los ancianos	10
2.8	Sexualidad y envejecimiento	10
2.8.1	Cambios fisiológicos que influyen en el comportamiento sexual de los ancianos	10
2.8.2	Cambios fisiológicos que influyen en el comportamiento sexual de las anciana	11
2.9	Factores sociales y enfoque de género	12
2.9.1	Acceso a una pareja	14
2.9.2	Dificultad para acceder a la intimidad	14
2.10	Factores psicológicos	14
2.11	Disfunción sexual y tercera edad	15
2.11.1	Disfunción sexual en el hombre anciano	15
2.11.2	Disfunción sexual en la mujer anciana	15
2.12	Políticas públicas y tercera edad	16

3.0	MATERIAL Y MÉTODO	18
3.1	Tipo de estudio	18
3.2	Método	18
3.3	Población objeto y localización	18
3.4	Tamaño de la muestra y criterios inclusión	19
3.5	Técnicas recolección e instrumento	19
3.6	Procesamiento y análisis de la información	20
3.7	Codificación	21
4.0	RESULTADOS	22
4.1	Análisis narrativo grupos focales	22
4.1.1	Concepto sexualidad en la tercera edad	23
4.1.1.1	Sexualidad como tema tabú	23
4.1.1.2	Falta de conocimientos sobre sexualidad en la tercera edad	24
4.1.2	Percepción de sexualidad en la tercera edad	24
4.1.2.1	Percepción comportamiento sexual en los adultos mayores	25
4.1.2.2	Percepción expresiones sexuales en la tercera edad	26
4.1.3	Perspectiva Adulto mayor desde la sociedad	27
4.1.3.1	Construcción de estereotipos sexuales	28
4.1.3.2	Prejuicios sociales	29
4.1.4	Rol ejecutor de Centros de salud con el adulto mayor	30
4.1.4.1	Falta preparación de profesionales en sexualidad en tercera edad	31
4.1.4.2	Pesquisa de violencia en el adulto mayor	32
4.1.5	Rol Políticas de salud en la atención del adulto mayor	32
4.1.6	Perspectiva del enfoque de género en la tercera edad	33
4.1.7	Expectativas adulto mayor según la visión de los profesionales de la salud	34
4.1.7.1	Crianza de los nietos	35
4.2	Análisis narrativo entrevistas en profundidad	36
4.2.1	Expresión de afecto	37
4.2.2	Relación de pareja	38
4.2.2.1	Convivencia	38
4.2.2.2	Afrontamiento crisis familiar	39
4.2.3	Autopercepción de sexualidad	39
4.2.3.1	Temores frente a la sexualidad	41
4.2.3.2	Autoestima	41
4.2.4	Ejercicio de la sexualidad	42
4.2.4.1	Actividad sexual actual	42
4.2.4.2	Actividad sexual previa	44
4.2.5	Factores que afectan la sexualidad en tercera edad	45
4.2.5.1	Factores religiosos	45

4.2.5.2	Factores económicos	45
4.2.5.3	Factores sociales	46
4.2.5.4	Género, relaciones de poder y subordinación	47
4.2.6	Percepción del centro de salud	48
4.2.6.1	Falta de conocimientos sobre sexualidad	48
4.2.6.1.1	Concepto de sexualidad	49
5.0	RESÚMEN CATEGORÍAS DE ANALISIS DE GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	51
6.0	DISCUSIÓN	54
7.0	CONCLUSIONES	61
8.0	BIBLIOGRAFÍA	63
9.0	ANEXOS	66

INDICE DE FIGURAS

Figura		Página
1	Categorías y subcategorías de análisis obtenidas en los Grupos Focales	22
2	Categorías y subcategorías de análisis obtenidas en las Entrevistas en profundidad	36

INDICE DE ANEXO

Anexo		Página
1	Acta de consentimiento informado	66
2	Pauta guía entrevistas en profundidad	67
3	Pauta guía grupos focales	68
4	Párrafo provocador del discurso Grupos Focales	70

RESUMEN

Fundamento: La sexualidad en la tercera edad es un tema desconocido y controversial para la sociedad. Muchas personas creen que una vez cumplida la etapa reproductiva se acaba con ella toda expresión de afecto y de sexualidad. Persiste la creencia de que las personas ancianas son incapaces de tener actividad sexual, o peor aun, son vistos como seres asexuados, privándolos de todo derecho a expresar sus sentimientos. Por tal motivo se hace imprescindible conocer las opiniones y percepciones de las personas mayores para eliminar esta visión del imaginario colectivo y terminar con la ignorancia de la sociedad.

Métodos: Se realizó un estudio exploratorio estratificado a través del paradigma de la investigación cualitativa, porque entrega mayor cercanía a las vivencias de las personas. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad a *adultos mayores* pertenecientes a organizaciones de la unión comunal de la ciudad de Osorno y, dos grupos focales a profesionales de la salud involucrados en la atención de personas mayores. Se realizó un análisis narrativo del contenido en ambas técnicas de recolección utilizadas.

Resultados: Los datos evidencian que el mito que considera al *adulto mayor* como ser asexuado no existe; que son personas con sentimientos, con necesidades afectivas y sexuales como en todas las etapas de la vida. Los prejuicios y estereotipos sociales mencionados por el equipo de salud demuestran falta de información y escasa capacitación sobre sexualidad en el adulto mayor. Existe interés de las personas mayores por aprender sobre envejecimiento y sexualidad. Se evidenció la necesidad de intervención asistencial y creación de programas de salud que incluyan la salud sexual de las personas de la tercera edad.

Conclusiones: Los datos demuestran la necesidad urgente de capacitar al equipo de salud sobre sexualidad humana en la tercera edad. La importancia de crear programas de salud que mejoren el acceso de las personas mayores a una vida sexual segura, satisfactoria y plena.

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor, personas mayores, sexualidad, vejez, envejecimiento, conducta sexual, vida sexual, sociedad, factores socioculturales, derechos sexuales.

SUMMARY

Foundation: The sexuality in the third age is an unknown and controversial topic for the society. Many people believe with limited knowledge that once finished the reproductive phase to conclude all expression of affection and sexuality. It believes that all old persons are unable to have sexual activity, and they are seen as sexless beings, depriving from all right to express their feelings. For such a reason the essential is to know the opinions and perceptions of all old persons to remove this collective vision of the imaginary one and to finish with the ignorance of the society.

Methods: An exploratory stratified study was made, through the paradigm of the qualitative investigation, giving greatest nearness to the experiences of people. It was realized 10 interviews in depth to oldest adults belong to the communal union of Osorno city and two focal groups to professionals of Health involved in the attention of grown-ups. It was realized a narrative analysis of the content in both used gathering techniques.

Results: The data evidence that term of the biggest mature myth as being sexless; they are people with feelings that have affective and sexual necessities as in all the stages of the life. The social prejudices mentioned by the health team demonstrate the information lack and low capacitation in sexuality the old adult. It was evidenced the necessity of assistance intervention and creation of programs of health that include the sexuality in the third age.

Conclusions: The data demonstrate the urgent necessity to qualify of health team in human sexuality in the third age. The importance the create health programs that improve the access the older persons to sure, satisfactory and full sexual life.

KEY WORDS: Bigger adult, elderly people, sexuality, age, aging, sexual behavior, sexual life, society, factors sociocultural, sexual rights.

1. INTRODUCCIÓN

La importancia que tiene la salud sexual, en lo mental y en lo físico, influye en nuestra sensación de bienestar y nuestra capacidad de participar en los dos aspectos más importantes y significativos de la vida humana: la capacidad de trabajar y la capacidad de amar. No obstante la mayor parte de nosotros tenemos conocimientos limitados de lo que se espera en seres sexuados humanos, esto es, saber cuando nuestros cuerpos alcancen madurez biológica y qué debemos hacer al enfrentarnos en sentido emocional con estos cambios (HERRERA, 2003).

La sexualidad es y ha sido una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y en la que aún priman muchas veces las anécdotas por sobre el conocimiento científico, especialmente a edad avanzada. La sola existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad (HERRERA, 2003).

La importancia del estudio de la sexualidad en la tercera edad radica principalmente en el mejoramiento de la calidad de vida del/la anciano/a, es así, como a través del conocimiento de la sexualidad y del sexo como parte de una vida normal, el proceso de envejecimiento puede llegar a ser algo plenamente saludable. La reacción del envejecimiento está primordialmente determinada por la percepción personal y la adaptación psicológica, debido a que la disminución del vigor en el anciano y de su nivel social y profesional, dañan a menudo su yo, que antes era sano y bien valorado. Comienza a sentirse viejo; a veces mucho antes de la verdadera senectud, fisiológicamente comienza a envejecer de manera significativa. Una buena relación sexual puede proporcionar mucho cariño, calor y el bienestar que tanta falta le hace, y puede construir una fuente altamente eficaz de autoafirmación. La vejez no representa necesariamente incapacidad, por consiguiente hay que luchar contra la idea de que el “viejo” es funcionalmente limitado (HERRERA, 2003).

Cabe mencionar que las políticas públicas de salud para el adulto/o mayor están únicamente relacionadas a la prevención y tratamiento de múltiples enfermedades que afectan la salud de este grupo etáreo, sin políticas públicas explícitas en la salud sexual de las personas mayores, es por esto que para lograr cambios, hacen falta medidas de política y programas que mejoren el acceso de las personas mayores a una vida sexual segura, satisfactoria y plena. A su vez esto nos hace reflexionar acerca de la situación a que nos enfrentamos y si acaso ¿no afecta directamente la salud general de las personas? ¿Qué está pasando con los derechos sexuales de las personas ancianas? ¿No tienen significancia alguna para la población y para el Estado....?

Otro aspecto relevante es que las políticas públicas se centran fundamentalmente en la salud de la mujer, existiendo programas para ellas que hacen que el acceso a temas tan privados como es la sexualidad pueda ser más fácil de enfocar, lo cual no sucede de igual manera para el hombre, debido a que aún en la época en que vivimos no se han creado programas específicos para la salud del hombre y mucho menos aquellos que enfoquen su salud sexual.

Así mismo podemos apreciar que la conducta sexual en personas de la tercera edad se ve intervenida por factores físicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen de manera decisiva en la función sexual de las personas ancianas como son los estereotipos y tabúes sociales, cambios físicos propios del envejecimiento, enfermedades crónicas y degenerativas e incluso la administración de algunos fármacos que actúan en la respuesta sexual de las personas mayores y que hacen que éstas pierdan interés en su sexualidad sintiéndose menospreciados, inhibidos y hasta incapacitados de vivir una sexualidad plena.

La actividad sexual en la tercera edad no representa una utopía, ya que se ha demostrado que un gran número de ancianos lo realizan, pese a estar influida por un grupo de factores que pueden incluso hacerla desaparecer y cuyo conocimiento es muy necesario (REGUEIRA *et al*, 2002).

1.1 PROBLEMA

La invisibilidad de la sexualidad en personas ancianas por parte de la sociedad, encasilla al adulto y adulta mayor como seres asexuados, ignorando sus emociones y llevándolos/las a la marginación, a la soledad y a una pobre calidad de vida.

Por esto y en virtud de la importancia demográfica y social de la población de tercera edad y la importancia que la sexualidad tiene para la calidad de vida de las personas, se decidió explorar las conductas sexuales y comportamientos de las personas ancianas de acuerdo a sus propias percepciones, experiencias y sentimientos y a la vez conocer el grado de influencia que tiene la sociedad sobre el ejercicio de la sexualidad en este grupo etáreo. A la vez se abre una puerta en el campo de la matronería incorporando la atención de las personas mayores, teniendo como función principal la aceptación del envejecimiento y la disminución de los temores en el plano sexual.

Para lograr los objetivos, el tema de esta investigación se abordó mediante el uso de metodología cualitativa, mediante la introducción en la subjetividad de cada uno de los sujetos de estudio, intentando ver las cosas desde las personas y enfocando detalladamente sus problemas a través de la expresión libre de sus experiencias.

1.2 OBJETIVOS GENERALES

- 1.2.1 Conocer las opiniones, creencias y mitos de la sexualidad en persona de la tercera edad, pertenecientes a organizaciones de la unión comunal de la ciudad de Osorno.
- 1.2.2 Explorar el imaginario colectivo que tienen sobre el tema de la sexualidad en la tercera edad las personas que forman parte de la red de atención de este grupo.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.3.1 Valorar las actitudes, prejuicios y conductas de las personas mayores (hombres y mujeres) frente al tema de la sexualidad.
- 1.3.2 Identificar la forma en que expresan sus sentimientos y emociones las personas de la tercera edad, tomando en cuenta los temores frente al tema de la sexualidad.
- 1.3.3 Explorar las prácticas sexuales de las personas de la tercera edad, considerando sus experiencias sexuales previas (Adulthood joven y Media).
- 1.3.4 Conocer los efectos del envejecimiento en el ejercicio de la sexualidad de la población adulta mayor en estudio.
- 1.3.5. Identificar desde la perspectiva de género los factores socioculturales que influyen en la respuesta sexual de las personas de la tercera edad.
- 1.3.6 Explorar los significados, representaciones y percepciones que tienen las personas que forman parte de la red de atención del/la adulto/a mayor, respecto al tema de la sexualidad en la tercera edad.
- 1.3.7 Explorar, desde el discurso de profesionales, la inclusión de acciones sobre Salud Sexual en el/la Adulto/a Mayor contenidas en las políticas, planes y programas de Salud vigentes.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTOS PREVIOS

2.1.1 Sexualidad humana

Sexualidad: es el conjunto de condiciones estructurales (anatómicas), fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana. Abarca nuestros sentimientos, nuestra conducta en general y sexual en particular, la manera de expresarnos y relacionarnos con los demás. En definitiva la forma de vivir como hombres y mujeres (GONZÁLEZ Y MIYAR 2001)

Sexualidad como unidad integral: Construcción social que se origina en el propio individuo. Proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia de cada persona está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc. (ZEIDENSTEIN Y MORE 1999)

2.1.2 Vejez y tercera edad

Vejez o ancianidad: La gerontología social trata de los fenómenos humanos asociados al hecho de envejecer. Sin embargo, la vejez, resultado del envejecimiento, se contempla como una realidad que afecta sólo a una parte de la población. Los viejos se configuran como una categoría independiente del resto de la sociedad, separados como grupo con características propias; resulta obvio que los ancianos compartan características comunes, pero lo curioso es que esta diferenciación supone mayor separación del resto de la sociedad que la experimentada por otros grupos sociales: niños, adultos, funcionarios, etc. Existen distintos tipos de vejez que sitúan la variedad de sus conceptos (MORAGAS, 1998).

Vejez cronológica. Se basa en las edades de retiro tradicionales y se fundamenta en la vejez histórica real del organismo, medida por el transcurso del tiempo. Se agrupa en años, lustros y décadas, y se considera que todos los sujetos nacidos el mismo año, tienen la misma edad (MORAGAS, 1998).

Vejez funcional: corresponde a la utilización del término viejo, como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones, concepto totalmente erróneo. La barrera de la funcionalidad de los ancianos, son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que el reflejo de deficiencias reales (MORAGAS, 1998).

Vejez, etapa vital: Concepción más equilibrada y moderna y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y subjetivas del propio individuo (MORAGAS, 1998).

Podemos clasificar como población de tercera edad a todas las personas de 65 años y más y que según la etapa del ciclo vital familiar (Erickson) correspondería a la familia en las últimas etapas de la vida, donde el proceso emocional de transición corresponde a la aceptación del cambio de roles generacionales y donde los requerimientos para el desarrollo, serían: el mantenimiento del funcionamiento e intereses propios y de la pareja, a pesar del declinar físico, como son la exploración de los nuevos roles sociales y familiares. Además ganar espacio para la sabiduría y la experiencia de la vejez y por último afrontamiento de la muerte del esposo/a, hijos y otros parientes e incluso para su propia muerte, así como la revisión e integración de la vida (BARBADO et al, 2004).

La población de Adultos Mayores ha experimentado un crecimiento notorio, como respuesta de numerosos factores que se han conjugado para sustentar una mayor esperanza de vida. Naciones Unidas ha considerado, a través de sus distintos Organismos elaborar políticas generales que vayan en beneficio directo de un mejoramiento de las condiciones de vida. Se destacan los Planes y Programas emprendidos a nivel mundial por UNESCO en el área de la Cultura y la Educación; los desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, que ha puesto especial énfasis en la Salud Preventiva, en beneficio de una mejor Calidad de Vida (CEPAL, 2004).

Enfrentar esta realidad con todas sus proyecciones, representa un desafío que hay que asumir desde las diversas fuentes involucradas. La adopción de los términos de categorización demográfica, Adulto Mayor y Tercera Edad, para definir a este segmento de la población se refiere precisamente, a su capacidad de mantenerse en una actitud de vigencia, en oposición a la antigua denominación Anciano y Vejez cuya connotación se asociaba a incapacidad, invalidez y enfermedad (BARBADO et al, 2004).

2.2 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

2.2.1 Transición demográfica en América Latina

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo y será protagonista del siguiente, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y si bien, Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias nos

diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso (CELADE, 2000).

El proceso de transición demográfica obligadamente se debe acompañar de un proceso de revisión de la cultura de la senilidad, donde se incluye principalmente la variable de la sexualidad. Estamos, además en la era del reciclaje: todo se recicla, incluso la vejez, pero en el área de la sexualidad se debe tener cuidado en “reciclar al anciano en un falso joven” con mitos y estereotipos sexuales basados en la prestación, la eficiencia y en la capacidad de identificarse como un joven con prodigiosas capacidades sexuales; concepto muy opuesto al antiguo que relacionaba a la sexualidad con la procreación y consideraba al anciano como un ser asexuado que queda excluido debido a la ineficiencia de la infertilidad (REGUEIRA *et al.*, 2002).

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad. En qué magnitud y a qué velocidad cambia la tasa de crecimiento, dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad (CEPAL, 2004).

2.2.2 Transición demográfica en Chile

Los cambios demográficos y epidemiológicos observados entre 1992 y el 2002 en Chile, conocidos por medio del Censo, dan cuenta de una población que envejece y el número de niños menores de cinco años disminuye. Sin embargo, fuentes de información como la CASEN muestran que la tendencia señalada en estos cambios demográficos es diferente de acuerdo al nivel socioeconómico de la población (INE, 2002).

El envejecimiento de la población del país está determinado por dos causas: una biológica y otra demográfica. Una situación de este tipo genera demandas específicas y complejas de servicios, bienes sociales, y de salud. Según el Censo, la población en Chile aumentó en 1,2% mientras que la tasa promedio anual de crecimiento en el continente americano fue de 1,3%. Además, la población mayor de 60 años tiene ahora una importancia relativa más alta que en el año 1992. Ellos representan actualmente el 11,4% de la población total, lo que en valores absolutos significa que hoy viven 400.000 personas mayores de 60 años más que en 1992 (INE, 2002).

2.3 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA TERCERA EDAD

Una vez conocida la transición demográfica, podemos analizar las consecuencias políticas midiendo su impacto en la esfera del Gobierno y las instituciones que de él dependen, en términos de explorar las intervenciones que demandará la atención de este grupo de edad, pero para ello es primordial el conocimiento de los derechos sexuales de este grupo etáreo. A fines de la década de los 70, el término de derechos sexuales y reproductivos se unen como expresiones independientes con entidad propia quedando resumidas diversas exigencias orientadas a afirmar el derecho de las personas a conducir y tener control sobre su sexualidad y sobre su vida reproductiva (GUERRERO Y GUEZMES, 2003).

Ahora bien si hablamos de derechos sexuales y reproductivos, en la Conferencia Internacional del Cairo sobre población y desarrollo se hace referencia al logro de un desarrollo social equitativo e igualdad entre géneros. Además se llega al acuerdo de la elaboración de un Programa de Acción consensuado para los próximos 20 años, donde por primera vez, la salud sexual y reproductiva, así como los derechos reproductivos fueron temas centrales de un acuerdo internacional de población, y que si bien en esta ocasión nuestro tema central hace referencia a la sexualidad en la senescencia no cabe duda que el conocimiento de estos derechos por parte de la sociedad y de los propios protagonistas facilitaría en gran parte el entendimiento de las conductas sexuales en este grupo de personas (GUERRERO Y GUEZMES, 2003).

2.4 SEXUALIDAD Y AUTOESTIMA EN LA TERCERA EDAD

El proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida y por considerarse aquí, una etapa de pérdida del papel reproductivo, de la capacidad laboral, posibilidad de perder la pareja, los hijos, la disminución de la eficiencia física y de la independencia psicológica, así como también es considerada como una etapa de temor a la soledad, al aislamiento, a la incomprensión, a la discapacidad y a la dependencia, entre otros. Pese a esto aún persisten actitudes retrógradas similares a las de siglos anteriores y que tienden a rechazar, burlarse e incluso a ignorar la existencia de actividad sexual en las personas mayores. Esta actitud parece tener dos explicaciones: Primero: existe una incorrecta asociación entre sexualidad y reproducción, mediante la cual se considera que sólo es normal el sexo durante la edad reproductiva y por tanto los ancianos no tienen por qué practicarlo, y segundo, la existencia del prejuicio, viejo es igual a enfermo (HERRERA, 2003).

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno. Por lo tanto no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescinden de él. Así lo veía Maslow en su famosa pirámide de necesidades, donde describe un proceso que denominó

autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando las actitudes hacia sí mismo son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Para la educación y formación de las personas nos interesa formar actitudes, porque así aseguramos una formación integral y no fraccionaria. Por lo mismo éstas se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivos emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad, lo que garantiza que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida (YSERN, 1999).

La relación sexual suele considerarse una actividad propia de las personas jóvenes, de buena salud y con atractivo físico. La idea de que las personas de edad avanzada mantengan relaciones sexuales no está muy aceptada por la sociedad, prefiriendo eludirla, dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo, y por tanto dando lugar a una supuesta “inexistencia”. A pesar de esto, la vejez, conlleva a la necesidad psicológica de una actividad sexual continuada. No hay edad en la que la actividad sexual, los pensamientos sobre el sexo o el deseo, finalicen (Masters y Johnson, 1982) citado por (TRUDEL *et al*, 2000).

2.5 EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

2.5.1 Prevalencia de la actividad sexual con la edad

En 1948 se publicó el primer estudio sobre las relaciones sexuales en la vejez, KINSEY y colaboradores, fueron los primeros en documentar la existencia de un declive gradual en la actividad y en el interés sexual con el envejecimiento, constatado tanto en hombres como en mujeres. En general en todas las investigaciones aparece como más severo el descenso en las relaciones sexuales en la mujer y una posible explicación a esta diferencia estaría en que la mayoría de los estudios utilizan como definición de actividad sexual, exclusivamente el coito, y en edades avanzadas se produce en la población un desequilibrio numérico a favor de las mujeres. De hecho, en mayores de 85 años hay 39 hombres por cada 100 mujeres, prácticamente dos terceras partes de la población anciana corresponden a mujeres, por lo que la ausencia de la actividad sexual podría tener que ver con la falta de pareja, entre otras razones (KAISER, 1996).

DELLO y colaboradores en 1998, realizan estudios sobre la actividad sexual en la vejez, donde destaca y se confirma la existencia de una disminución en el interés y en la actividad sexual con la edad, la cual es mayor en mujeres que en hombres, relacionando esta disminución de la actividad sexual con el deterioro físico gradual que se produce con el envejecimiento. Como resultado de su investigación describen una serie de factores positivos que se relacionan positivamente con la actividad sexual como son: el ser hombre, estar casado, menor edad, la no existencia de deterioro cognitivo, mayor nivel educacional y buen funcionamiento social. Por otro lado factores como la edad, el nivel educacional o el

funcionamiento social pierden importancia a la hora de mencionar el interés sexual, incluso a edades muy avanzadas.

Muchos de los estudios existentes entre sexualidad y vejez han sido criticados debido a que confunden los efectos propios de la edad con aquellos que se deben a patologías o a factores como la socialización, factores culturales y de actitud o valores (DELLO et al, 1998).

STEINKE en 1997, estudió a personas ancianas que vivían en asilos y encontró que había un importante desconocimiento acerca de la sexualidad en la vejez, así como conductas prohibitivas respecto a las relaciones sexuales entre los ancianos, lo que lleva en numerosas ocasiones a impedir y dificultar cualquier acercamiento sexual entre ancianos.

KEISER en 1996 realiza una revisión de los diferentes trabajos publicados hasta el momento en el tema, entre ellos destaca el estudio llevado a cabo por (Pfeiffer et al), que encontró que el 95% de los hombres con edades comprendidas entre 46 y 50 años mantenían relaciones sexuales semanalmente, cayendo este porcentaje al 28% en los varones de 66 a 71 años. En el caso de personas casadas, el 53% de los individuos de 60 años y el 24% de los mayores de 76 años eran sexualmente activos. Otro trabajo descrito por el mismo autor, señala que la actividad sexual más frecuente en hombres y mujeres con brechas de edad entre 80 y 102 años eran las caricias y tocamientos seguidos del coito y que el 74% de los hombres y el 42% de las mujeres practicaban la masturbación. De cualquier modo existen diferencias individuales importantes en las que parece influir entre otros factores, las características de las relaciones sexuales en la juventud, el estado de salud, los medicamentos administrados, la presencia de alteraciones psicopatológicas, así como variables psicosociales que incluyen la existencia de pareja estable y la calidad de la relación, el funcionamiento social y el nivel educacional.

2.6 ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD EN ADULTOS/AS MAYORES

La felicidad sexual constituye un predictor importante de bienestar en las personas, sin embargo las personas mayores dejan de tener relaciones sexuales debido a los prejuicios otorgados por la sociedad y que son mantenidos por ellos. Existe una notable y fuerte contradicción social frente al tema de las actitudes sobre sexualidad en el/la adulto/a mayor, ya que si bien las actitudes son favorables en este tema, no son acompañadas por las conductas para con los ancianos/as. Sin embargo, las personas ancianas pueden llevar una vida sexual saludable y satisfactoria. La literatura informa que los ancianos pueden tener interés por el sexo y vibrar durante el acto sexual siendo físicamente capaces de mantenerse sexualmente activos (WILLERT Y SEMANS, 2001).

2.7 COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LOS ANCIANOS

Está demostrado que el sexo y la sexualidad juegan un papel importante en el envejecimiento saludable y pleno; sin embargo, las personas ancianas tienen una conducta sexual heterogénea en relación a sus apetitos y a sus intereses (HERRERA, 2000).

El proceso de envejecimiento juega un papel muy importante. Los cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales en los órganos sexuales de los ancianos no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que exige una adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento, evitándose así frustraciones y situaciones de ansiedad ante las relaciones sexuales, que podrían llevar al cese innecesario de la actividad sexual (HERRERA, 2003).

2.8 SEXUALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

2.8.1 Cambios fisiológicos que influyen en el comportamiento sexual de ancianos.

Al estudiar la disminución de la respuesta sexual con la edad se puede observar que existe una erección más lenta y menos completa y que se requiere de un mayor estímulo directo para que se produzca. Los testículos no ascienden tanto como en el hombre joven, la eyaculación es menos poderosa, la cantidad de semen está reducida y las contracciones del recto, próstata y pene son mucho más débiles en el momento de la eyaculación. Por otro lado los hombres tienden a eyacular menos, debido a que el orgasmo que antes sucedía en dos fases, ahora tiene una fuerte tendencia a ocurrir en una sola, es por esto que se dice que los hombres no siempre sienten la necesidad de eyacular durante las relaciones sexuales. Otros cambios observados en hombres ancianos es que existe una prolongación del período refractario tras la eyaculación, entendiéndose como tal al período comprendido entre la eyaculación y una nueva erección. Sin embargo estos cambios no parecen afectar el sentimiento subjetivo de placer en los hombres y así el control y la disminución de la necesidad de eyacular hacen que las relaciones sexuales sean más satisfactorias y placenteras, tanto para él, como para su pareja (MORRIS et al, 2000).

Por otro lado existe una respuesta sexual disminuida durante el envejecimiento y que se debe principalmente a la disminución de Testosterona, no obstante estos cambios el anciano puede seguir teniendo erecciones y orgasmos, incluso si ésta es menos firme y más difícil de obtener, la presión que se ejerce dentro del pene es suficiente para una buena penetración en la mayoría de los hombres (TRUDEL et al, 2000).

Estos cambios deben ser bien conocidos, tanto por el personal sanitario, como por los propios ancianos, evitándose así una interpretación errónea de los mismos que pueda repercutir

negativamente sobre la actividad sexual de este grupo etáreo. Este conocimiento permitirá una mejor adaptación a los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento y la adaptación de la actividad sexual de la pareja de ancianos a dichos cambios permite una sexualidad más completa positiva y gratificante (HERRERA, 2003).

A los cambios fisiológicos se puede sumar la repercusión de otras patologías orgánicas crónicas y el consumo de fármacos. Estos pueden modificar el comportamiento sexual del anciano, ya sea por alteración del sistema hormonal, o por secuelas físicas y/o psicosociales de las enfermedades crónicas que pueden originar algún grado de discapacidad (HERRERA, 2003).

Las enfermedades crónicas y variados problemas de salud pueden ocurrir con más frecuencia en el anciano. En los hombres estas enfermedades pueden llevarlos a problemas eréctiles, como son: enfermedades cardiopulmonares, vasculares, genitourinarias, infecciosas, neurológicas entre otras, a su vez muchos medicamentos para estas enfermedades pueden ser también agentes de impotencia en el adulto mayor, como son el caso de antidepresivos, fármacos anti parkinson, antipsicóticos. Drogas antihipertensivas que pueden disminuir la capacidad eréctil, pero no están contraindicadas para la actividad sexual. Por último, cirugías previas a la próstata también podrían influir en el proceso de eyaculación (TRUDEL, et al, 2000).

2.8.2 Cambios fisiológicos que influyen en el comportamiento sexual de ancianas

En mujeres ancianas los cambios más notables en su sistema reproductor son observados durante la Menopausia. Sobre el 75% de las mujeres experimentan sus variados síntomas. La disminución en la producción de estrógenos produce un sinnúmero de efectos en el organismo como es el caso de los bochornos, que sin duda es el síntoma más común sentido por las mujeres, además de síntomas físicos como: fatiga, insomnio, dificultades sensoriales, problemas de memoria, etc. Los problemas médicos unidos a la menopausia incluyen: irritación de la uretra e incontinencia durante la comunicación sexual, sin embargo algunos autores creen que se sobrestiman los problemas relacionados con la menopausia (TRUDEL et al, 2000).

La menopausia puede relacionarse con algunas dificultades en el ámbito psicológico como son: el miedo a ser menos atractiva, ganancia de peso, flacidez de las mamas, pérdida de cabello, cambios en la piel. Cambios que recuerdan a una mujer que ya está envejeciendo, inserta en una sociedad donde la juventud y la belleza son estimadas más que la madurez, sobre todo en las mujeres. Por lo tanto los problemas de la menopausia se desprenden del miedo a envejecer, de la preocupación por las expectativas de sus parejas sobre la relación y de cómo ellos las comparan con mujeres más jóvenes (MORRIS et al, 2001).

A nivel de genitales, la menopausia provoca un adelgazamiento de las paredes vaginales y uterinas, estrechamiento y disminución de longitud de la vagina, pérdida de

elasticidad de las paredes vaginales y una disminución de la lubricación vaginal. Los cambios en las membranas mucosas de la vagina pueden aumentar el riesgo a infecciones y provocar dolor durante las relaciones sexuales. La incidencia del dolor en la penetración puede llevar a la aparición de trastornos como el vaginismo y la dispareunia. Puede existir también atrofia de los labios mayores y menores quedando el clítoris muy expuesto durante el acto sexual causando dolor en el contacto (TRUDEL et al, 2000; MORRIS et al, 2001).

Los cambios en la respuesta sexual pueden incluir disminución de las contracciones de los músculos uterinos durante el orgasmo, lo que a veces puede ser doloroso. La intensidad y duración de las reacciones fisiológicas también disminuyen con la edad. Para lograr un orgasmo se puede requerir mucho más tiempo y su intensidad y duración pueden encontrarse disminuidos y la fase de resolución es más rápida. Sin embargo aún cuando el orgasmo es menos intenso y tarda más tiempo en ocurrir, la habilidad de la mujer para tener orgasmos múltiples no cambia con la edad a comparación del hombre cuyo período refractario no se extiende (TRUDEL et al, 2000).

En mujeres el funcionamiento sexual en la tercera edad depende del bienestar psicológico. Si los síntomas físicos van unidos íntimamente a eventos estresantes será mucho más difícil la adaptación. Si la pareja muestra disminución del interés sexual la mujer puede pensar que ha perdido su encanto y que es imposible competir con mujeres jóvenes. Para varias mujeres su actitud hacia envejecer y hacia la sexualidad afecta su respuesta sexual. La mujer anciana puede seguir dando y recibiendo placer sexual durante toda su vida. La mayoría de las quejas en el tema de la sexualidad relacionadas al envejecimiento, se produce por la falta de conocimiento de los cambios fisiológicos normales y por una incapacidad para comunicar las necesidades y preferencias. Las mujeres en particular tienen dificultad para identificar y expresar sus necesidades sexuales, pudiendo contrarrestar sus cambios fisiológicos pidiéndoles a sus parejas que las acaricien por más tiempo, o probando nuevas posiciones sexuales que causen menos dolor y usar lubricantes para recuperar la falta de lubricación. Se ha comprobado también que es posible aumentar el tono muscular perineal realizando los ejercicios de Kegel los cuales involucran contracciones de la musculatura pubocoxígea (LIEBLUM, 1990; RIENZO, 1985; TRUDEL et al, 2000).

2.9 FACTORES SOCIALES Y ENFOQUE DE GÉNERO

Las personas que mantienen una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja mantendrán relaciones sexuales satisfactorias. La sociedad en general, piensa que las ancianas pierden más pronto su atractivo sexual, posiblemente por perder más precozmente su capacidad reproductiva en comparación con el hombre (HERRERA, 2003).

Las expectativas de lo que significa ser hombre o mujer, que forman parte de la socialización de la mayoría de los niños, dejan a muchos ancianos/as mal preparados para disfrutar su sexualidad o proteger su salud. El género tiene una influencia tan poderosa sobre el comportamiento sexual que algunos expertos creen que poner en tela de juicio los puntos de vista tradicionales de la masculinidad y feminidad es esencial para promover la salud sexual (HENRY, 2002).

Muchas sociedades enseñan a las jovencitas a ser «buenas» esposas y las socializan para que sean sumisas con los hombres. Las familias, los maestros y los compañeros refuerzan la suposición de que las niñas son inferiores a los niños, hasta tal punto que muchas jóvenes y posteriores ancianas creen que su situación de desigualdad está justificada (HENRY, 2002).

Los hombres se benefician de su situación privilegiada en la mayoría de las sociedades, pero los papeles de género tradicionales que desempeñan también tienen su precio. Las investigaciones han demostrado que la socialización de los muchachos para que repriman las emociones, recurran a la violencia para solucionar conflictos y sean independientes a una edad temprana tiene efectos perjudiciales a lo largo de la vida (HENRY, 2002).

En un mundo donde se privilegia la juventud y la productividad para las mujeres no es difícil que exista miedo a “llegar a ser viejas”, ya que poco a poco se les considera inútiles o “ya no útiles” y es el climaterio quien anticipa este sentimiento de vejez que en el hombre se lleva a cabo hasta dos décadas más tarde (HERRERA, 2003).

Uno de los hechos más relevantes ha sido comprobar que uno de los mitos que más fuertemente existe para la sociedad, para los adultos mayores y en especial para la mujer adulta mayor ya es prácticamente inexistente: la salida de los hijos del hogar afecta de forma positiva la vida en pareja y la vida sexual, dado que pueden contar con un mayor espacio físico, lo cual les ha permitido una sexualidad más libre, no siendo necesario esperar el momento adecuado para tener relaciones sexuales y disfrutar de la mutua compañía, se cambia el mito del “síndrome del nido vacío” por el de “misión cumplida” (HERRERA, 2003).

Otro mito que se está derribando en nuestro medio, es que la mujer mayor no requiere del sexo, que es innecesario en sus vidas y que es “anormal” a sus años, se observa una paulatina disminución del prejuicio “el sexo en el adulto mayor”. Las mujeres no perciben el sexo como algo malo e incorporan el acto sexual como parte de sus vidas. Pero surge una contradicción, ya que por otra parte a las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sean sus parejas quienes las busquen y quienes inicien la actividad sexual. Esto se debe en gran medida a la socialización recibida por esta generación, lo que conduce en algunos casos a una disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer. Para las mujeres adultas mayores el mantener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional, ya que el sentirse deseadas sexualmente pasa por seguir sintiéndose bellas (HERRERA, 2003).

2.9.1 Acceso a una pareja

Paradójicamente, la formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal recibida por la sociedad, en términos tan despectivos como “el viejo verde” o “la viuda alegre” todos estos mitos y prejuicios castigan a los/las ancianos/as privándoles su derecho a mantener una vida sexual satisfactoria y debido a la mayor longevidad de esta población, es cada vez más probable que los/las ancianos/as se casen con parejas incapaces sexualmente, principalmente en ancianas que se casan con ancianos de mayor edad, las cuales se transforman en esposas cuidadoras. Sin embargo en el anciano no sucede de igual modo donde se observa con gran frecuencia el casamiento con mujeres mucho más jóvenes (HERRERA, 2003).

La misma autora señala que la situación de viudez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Además de la diferencia demográfica que juega contra las mujeres (1varón por cada 6/7 mujeres) tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios en mujeres viudas, lo cual limita aún más la actividad sexual de éstas. Se comprobó que el 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de sus esposos.

2.9.2 Dificultad para acceder a la intimidad

Es frecuente que el anciano tenga que abandonar su domicilio habitual, por algún tipo de discapacidad importante, acudiendo a vivir con familiares directos o en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre se pierde la privacidad e intimidad de la pareja, lo cual muchas veces puede causar conflictos con los familiares o cuidadores por no entender las expresiones sexuales de los / las ancianos /as, adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia estos mismos. La situación se agrava cuando se separa a la pareja, con la intención de repartir la carga de cuidado entre los integrantes de la familia, sin pensar siquiera que existe una necesidad de manifestación sexual. Los familiares imponen normas de conducta que consideran apropiadas sin plantearse que en esas nuevas condiciones los/las ancianos/as necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones (HERRERA, 2003).

2.10 FACTORES PSICOLÓGICOS

Los estudios acerca de la conducta sexual en personas ancianas muestran que la actividad sexual es intervenida por una combinación compleja de factores físicos, psicológicos y sociales como son la salud física, tabúes sociales, estado conyugal, el conocimiento sobre la sexualidad, autoestima y actitudes hacia la sexualidad (TRUDEL *et al*, 2000).

Dentro de los factores psicológicos que influyen en la disminución de la actividad sexual en personas ancianas están el fastidio, la fatiga, distinguiéndose como barreras, la monotonía de las relaciones sexuales, fatiga física y mental, los conflictos de la relación de pareja y la ansiedad frente al sexo. Otro factor que podría jugar un papel en el descenso del

interés sexual, sobre todo en hombres, es el declive de la apariencia física del compañero/a (AMOS Y JOHONSON, 1966; MARGOLÍN, 1987; TRUDEL et al, 2000).

Entre las mujeres es probable que el estado psicológico afecte la manera de reaccionar frente a la menopausia, sobre todo cuando han consagrado su vida a la crianza de los hijos tienen mayor probabilidad de enfrentar una crisis de desarrollo que afecte su vida sexual. Así mismo la satisfacción matrimonial o conyugal es otro factor estrechamente unido con la sexualidad en la tercera edad. Varios estudios indican que hombres y mujeres viejas/os permanecen satisfechos con su vida sexual, a pesar de la disminución de la frecuencia de actividad sexual, tomando en cuenta los factores relacionados con la satisfacción sexual que incluyen: frecuencia de coito, ausencia de disfunción eréctil, afecto positivo y la excitación sexual, sin embargo la presencia de sentimientos negativos con respecto al compañero/a, afecta la satisfacción sexual y la capacidad de erección (TRUDEL et al, 2000).

2.11 DISFUNCIÓN SEXUAL Y TERCERA EDAD

2.11.1 Disfunciones sexuales en el hombre anciano

En la mayoría de los casos los trastornos de erección se deben a múltiples factores, siendo el trastorno vascular el factor más frecuente en la vejez, debido entre otros a alteraciones del sistema arterial, síndrome de insuficiencia venosa, etc., con afectación sistémica o sólo localizada a nivel genital. También influyen la medicación, hábitos tóxicos(alcohol, tabaco), trastornos metabólicos y endocrinos, destacando por su alta prevalencia, la Diabetes Mellitus, la cual puede producir no sólo alteraciones de erección, sino también disminución de la libido; trastornos neurológicos, enfermedades sistémicas, como insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, cirrosis y cáncer. Todas estas patologías que son frecuentes en los ancianos afectan a todo el organismo, manifestándose como alteraciones sexuales, entre otras razones porque dificultan la capacidad física necesaria para realizar el acto sexual. Otras enfermedades como la Artrosis o artritis reumatoide pueden afectar la actividad sexual porque provocan dificultades en la adopción de posturas o movimientos (KEISER, 1996; HERRERA et al, 2003).

2.11.2 Disfunciones sexuales en la mujer anciana

La mujer puede presentar trastornos de la fase del deseo, anorgasmia, dispareunia y pérdida de la libido. Sin embargo, la dispareunia (dolor durante la actividad sexual) es la única que se relaciona con la deficiencia del nivel de estrógenos y que se relaciona con la atrofia de la mucosa vaginal y descenso en la lubricación de la vagina durante la excitación sexual y puede llevar a largo plazo al vaginismo. En cambio la pérdida de la libido se debe a la declinación concomitante de las concentraciones de testosterona. A la vez, pueden contribuir factores sociales y psicológicos en esta aparición de trastornos sexuales. El orgasmo se alcanza con mayor dificultad, debido muchas veces a problemas eréctiles del compañero que

provocan la pérdida o anulación del interés sexual en las mujeres (SALA Y GONZALEZ, 1999; TRUDEL *et al*, 2000; HERRERA, *et al*, 2003).

Las alteraciones de la sexualidad también pueden variar en su expresión. La disminución gradual del deseo sexual puede ocasionar una fuerte aversión hacia todo lo relacionado con el sexo en general y con el sexo opuesto en lo particular, llegando incluso a sentir verdadero rechazo hacia el acto sexual y a la vez ocasionar graves problemas conyugales. A su vez existen patologías psíquicas que pueden cursar con alteraciones en la función sexual, entre las cuales se encuentran los trastornos de ansiedad en cualquiera de sus formas y algunos cuadros depresivos (HERRERA Y LLACA, 2004).

Hoy en día datos epidemiológicos sobre disfunciones sexuales en las mujeres son muy limitados. Estudios recientes señalan que la prevalencia de estos trastornos se encuentra en rangos de un 25% a 63% en mujeres ancianas en comparación a un 31% en hombres de la tercera edad (MORRIS, 2000).

2.12 POLÍTICAS PÚBLICAS Y TERCERA EDAD

La salud del adulto ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud del adulto. El Sistema Nacional de Servicios de Salud cuenta con un Programa de Salud del Adulto destinado al control del adulto y del senescente. Este programa se organiza para absorber la demanda de morbilidad espontánea, disponiendo además de un subprograma orientado al control de algunas enfermedades crónicas no transmisibles de interés epidemiológico (VALDIVIA, 1994).

Existen un sin número de creencias erróneas y falta de conocimientos acerca del tema de la sexualidad no sólo por parte de las personas ancianas, sino también por parte de los profesionales sanitarios y de la comunidad en general, lo cual conlleva muchas veces a que no se le preste la atención necesaria a la salud sexual de las personas mayores, ya sea por el temor a la reacción de los usuarios afectados frente a un tema que es íntimo, como también a la poca importancia que se le atribuye (VALDIVIA, 1994).

La atención de salud del senescente debe ser llevada a cabo por un equipo interdisciplinario, debidamente entrenado. Aquí tiene especial importancia la formación académica de post-grado en gerontología, la que se está abordando a través de algunas universidades, pero todavía dista de alcanzar niveles de suficiencia. Ahora bien, todo este proceso terapéutico debe esforzarse en considerar al paciente anciano sujeto y no objeto de las atenciones recibidas. Por una parte, él o ella deben ser capaces de valorar los progresos,

retrocesos o situaciones estacionarias que van experimentando con el tratamiento, y por la otra, las normativas y los programas deben tener cierta flexibilidad para poder respetar estas diferencias individuales, lo que es una permanente tensión frente a la cuantía siempre escasa de recursos. La recuperación de la salud del adulto mayor debe ser entonces, una propuesta integral que a partir del reconocimiento y aceptación de la subjetividad del anciano, se oriente hacia la satisfacción de la dimensión individual, para desde allí proyectar un impacto colectivo (MINSAL, 2004).

3. MATERIAL Y METODO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de carácter exploratorio transversal descriptivo que abordó el tema de la sexualidad en personas de la tercera edad. Se exploraron las percepciones, experiencias y creencias individuales de un grupo de personas mayores de 60 años y las percepciones colectivas de un grupo de profesionales de la salud involucradas en la atención de los y las adultos/as mayores, facilitando de este modo la comparación y el grado de relación existente entre cada uno de ellos. Por tratarse de un estudio descriptivo, proporciona una “descripción íntima” de la vida social, del contexto y los significados de los acontecimiento y escenas importantes para los involucrados (PINEDA 1994).

3.2 MÉTODO

Se indagó en el paradigma de la metodología cualitativa para poder interpretar fenómenos complejos como son: las conductas, los conocimientos, las actitudes, expectativas, creencias y valores, de la población adulta mayor en estudio frente a un tema tan oculto e íntimo como es la sexualidad, intentando ver como las personas piensan, sienten, experimentan y construyen sus realidades. La investigación cualitativa permitió obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten (PINEDA 1994). Se utilizó para esto la perspectiva Emic de la antropología donde los significados extraídos dependen de los sentidos y de las experiencias subjetivas de los protagonistas del estudio.

3.3 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO Y LOCALIZACIÓN

Población objeto de estudio:

- 1) Adultos Mayores, pertenecientes a organizaciones de la unión Comunal de la ciudad de Osorno, las cuales poseen carácter independiente, con personalidad jurídica y asesoramiento municipal, seleccionada desde los registros de los Programas de Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Osorno.
- 2) Profesionales de la Salud involucrados en la atención de los y las adultos/as mayores, pertenecientes a diferentes Centros de Salud Municipal de la ciudad de Osorno. Selección realizada a través de los registros de profesionales del departamento de Salud Municipal de la misma ciudad.

3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La muestra fue obtenida a través de muestreo no probabilístico, estratificado intencionado, con la finalidad de conseguir datos fidedignos y disminuir los sesgos, producto de participación obligada. Los y las informantes del estudio participaron por voluntad propia, según criterios de inclusión.

Participaron cinco organizaciones de adultos/as mayores, se incluyó dos informantes por organización, un hombre y una mujer para la realización de entrevistas en profundidad. La selección de las organizaciones de adultos mayores que participaron en el estudio, se efectuó según localización, cubriendo todos los sectores de la ciudad (Rahue, Francke, Ovejería, Sector Oriente y centro de Osorno), con la finalidad de lograr una muestra más representativa. Los rangos de edades de los/las informantes estuvieron entre los 61 y 78 años.

Los Grupos Focales estuvieron constituidos por catorce profesionales de la Salud involucradas en la atención e interacción con personas mayores, entre ellas: Matronas, Asistentes Sociales, Profesora de Educación Física, Nutricionistas, Enfermeras y Técnicos Paramédicos adscritas al Departamento de Salud Municipal de la comuna de Osorno. La selección de los profesionales se basó al igual que en los/las adultos mayores en la localización de los distintos Centros de Salud de la ciudad, coincidentes con los sectores de residencia de las personas mayores. Se intentó paridad de género en la selección de los y las profesionales a participar, que no fue posible debido a la escasez de profesionales varones en la atención de personas mayores y a la poca disponibilidad horaria de los existentes. Se realizó dos Grupos Focales, con participación de seis profesionales en el primero y ocho en el segundo, pertenecientes a diferentes equipos de Salud.

Criterios de inclusión:

- 1) Entrevistas en profundidad: cinco hombres y cinco mujeres mayores de 60 años de edad, autovalentes, de población urbana, alfabetos y con estado civil casados o con pareja.
- 2) Grupos focales: Hombres y mujeres sin rangos de edad, profesionales de la Salud, que trabajan en uno de los Centros de Salud seleccionados, que estaban involucrados en la atención y/o interacción de personas mayores.

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS

i) Entrevistas en profundidad: Se utilizó para ello una pauta de entrevista (Anexo 2) para asegurar que los temas claves fuesen explorados, el punto central fue profundizar y explorar lo que es importante en la mente de los informantes: significados y percepciones, procurando no inhibir el discurso de los/las entrevistados/as. Las entrevistas se realizaron en

los domicilios de los y las informantes, previo acuerdo mutuo y visita informativa. Los días y horarios de realización de las entrevistas fueron fijados según disponibilidad de los participantes y el ambiente en que se llevaron a cabo fue de absoluta privacidad, lográndose confianza y una muy buena interacción entre informantes y entrevistadora. Las entrevistas fueron grabadas en cinta de audio previo consentimiento de los informantes y tuvieron una duración de 60-90 minutos aproximados. El número de entrevistas realizadas estuvo condicionado por el punto de saturación de la información. Previo a cada entrevista se presentó una carta de consentimiento informado a las personas participantes, aportando de esta manera un marco ético al estudio. (Anexo 1)

ii) Grupos focales: Se configuró una muestra homogénea por tratarse de profesionales de la salud, focalizando la entrevista grupal en temas de sexualidad en la tercera edad. Se indagó las percepciones construidas colectivamente desde la salud respecto a la vida sexual del/la adulto/a mayor, tratando de lograr una mayor diversidad de opiniones e información de acuerdo a los tópicos propuestos en una pauta guía. (Anexo 3)

Los grupos focales se realizaron en la sede de la asociación de ferroviarios jubilados y montepiadas ubicado en el sector céntrico de Osorno, previa convocatoria e invitación formal a cada uno de los/as participantes. La elección del lugar se basó en la accesibilidad de los participantes, en la calidez, en la comodidad y en un ambiente propicio para la privacidad. El horario fue elegido fuera de la jornada de trabajo y la duración fue de aproximadamente una hora por grupo. Para provocar el discurso se utilizó una escena de la película argentina “Lugares Comunes” más la lectura de un párrafo vivencial. Las discusiones fueron grabadas en cinta de audio y registradas en apuntes, lo que estuvo a cargo de una persona asistente de la investigación.

La triangulación de la información obtenida se realizó con la combinación de las técnicas mencionadas a través del análisis de contenido.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recogida en las entrevistas y grupos focales, grabadas en cintas de audio, fueron transcritas una a una textualmente, siendo procesadas en conjunto con las notas escritas, para una mayor claridad de los discursos conforme a lo señalado por MEIHY (1996), quien sugiere la transcripción de las entrevistas grabadas en forma escrita.

En una primera fase, se realizó las correcciones de los vicios de lenguaje y de los errores gramaticales y se suprimió las repeticiones excesivas. Su finalidad fue la presentación de un texto claro, con mantención del sentido intencional dado por los protagonistas de los discursos. La segunda fase fue la textualización de los discursos obtenidos, realizada para dar lógica al texto, seguida de una tercera fase, donde se recreó el texto con el objetivo final de clarificar las narrativas. Como cuarta fase, se realizó la categorización de los temas que surgieron en los discursos obtenidos, manteniendo gran sensibilidad y apertura en relación al conjunto de datos, para no sobredimensionar algunos puntos, ni menospreciar otros.

Se utilizó análisis cualitativo con el método inductivo de elaboración de generalizaciones a partir de los datos. Con en estos supuestos, fue desarrollado el análisis narrativo de los datos, conforme a la proposición de JANESICK (1998). Esta autora compara el "arte" de analizar datos cualitativos con la construcción de una coreografía, en este caso, las categorías descriptivas de las experiencias de las profesionales de la salud y de las personas mayores entrevistadas, concernientes al tema de la sexualidad en la tercera edad, donde cada categoría debe retratar de forma realista las experiencias vividas, de modo tal que el lector de la investigación pueda comprender el universo interrelacionado de los datos.

Por otro lado se utilizó como guía conjunta para el análisis, el proceso de codificación abierta propuesta por la “Grounded Theory” (STRAUSS Y CORBIN, 1994). Que es la parte del análisis que se relaciona con la identificación, nombramiento, categorización y la descripción del fenómeno encontrado en el texto.

Como una forma de cumplir con los criterios de rigurosidad de la investigación, la tesista fue guiada por una especialista de las ciencias sociales, tanto en la recolección de la información, como del posterior procesamiento y análisis de ésta, estandarizando y aunando criterios en torno a todo el proceso investigativo.

3.7 CODIFICACIÓN

AM: Adulto/a Mayor

E: Entrevista

GF: Grupos Focales

H: Hombre

EP: Entrevistas en profundidad

M: Mujer

G: Grupo

P: Profesional

4. RESULTADOS

Los resultados que se presentan corresponden al total de codificaciones abiertas que se realizaron en el contexto de la investigación, las cuales en gran medida responden a los objetivos propuestos en el proyecto. Las categorías de análisis se presentan en forma esquemática para una mejor comprensión (Fig.1 y 2 respectivamente).

4.1 ANÁLISIS NARRATIVO GRUPOS FOCALES

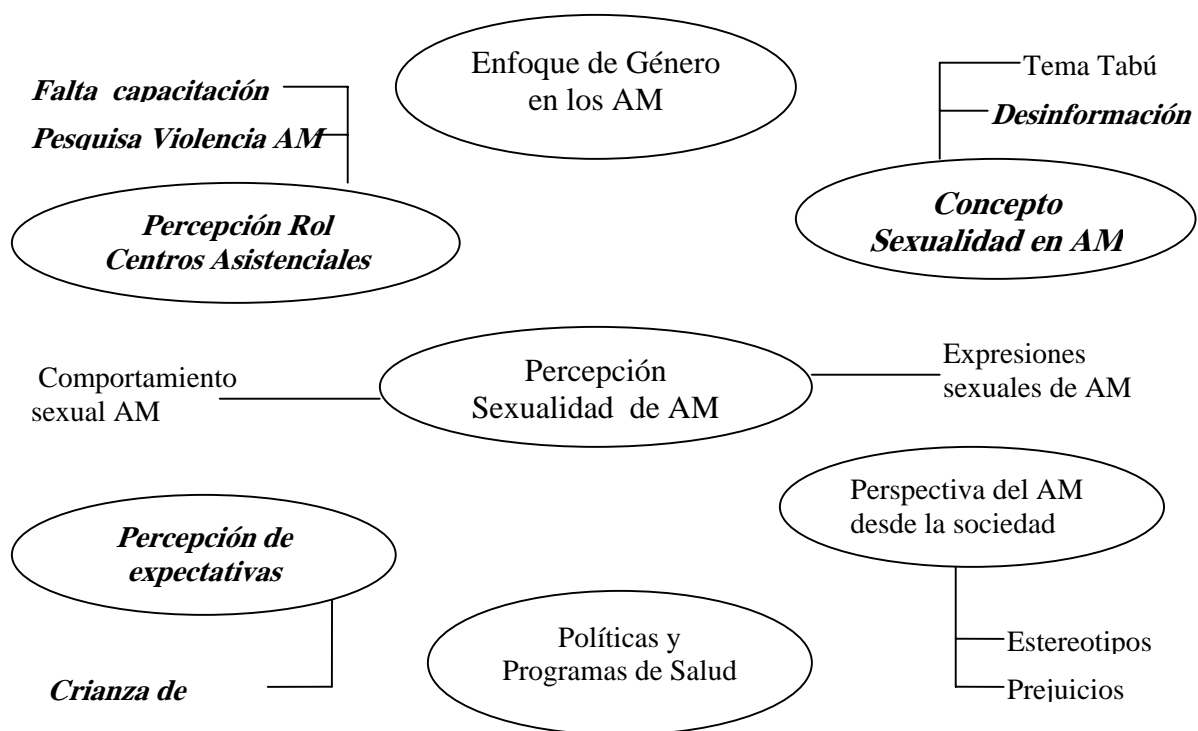


Figura 1: Categorías y Subcategorías de análisis extraídas de grupos focales

Nota: Todas las categorías de análisis presentan relación entre sí. Destaca en la figura dos tipos de categorías, las preestablecidas para la investigación y las emergentes en los discursos, estas últimas señaladas con letra negrita cursiva.

4.1.1 Concepto de sexualidad en la tercera edad

En la mayoría de los discursos obtenidos, las personas se refirieron al tema de la sexualidad en la tercera edad como difícil de abordar, por ser considerado una incógnita, debido a la poca oportunidad de trabajar con adultos/as mayores y porque el tema en cuestión, es difícil de tocar, por todo lo que ello implica.

“Para mí, la sexualidad en el Adulto Mayor está llena de incógnita, porque a nivel profesional pocas veces he tenido la oportunidad de trabajar con Adultos Mayores y además no es un tema que uno se plantee así, no más” (P1G1).

Definieron la sexualidad en la tercera edad como una etapa de transformaciones que si es bien aceptada y entendida puede ser plena, pero depende fundamentalmente de la calidad de vida que tengan e implica no sólo el acto sexual, sino distintos tipos de manifestaciones y expresiones sexuales, es decir la relacionan con las conductas que tengan personas mayores.

“Yo encuentro que más que sexualidad es parte de la vida, es una etapa de cambio que puede ser muy placentera” (P1G2).

“Desarrollan su sexualidad muy bien, siempre y cuando sean personas activas y sin enfermedades” (P1G1).

“La sexualidad es amor, va desde una mirada hasta el orgasmo” (P1G1).

4.1.1.1 Sexualidad como tema tabú. En los discursos de las profesionales se conceptualiza la sexualidad en la tercera edad como tema tabú, debido a que existe gran dificultad para conversar abiertamente del tema, en primer lugar, porque pasa por lo generacional donde los estilos de crianza marcan la diferencia en mentalidad, en la forma de vivir y expresar los sentimientos y la sexualidad. En segundo lugar mencionaron la influencia que tiene la religión, que condenaba todo tipo de expresión afectiva y sexual. Eran tiempos en los cuales estaba prohibido conversar del tema, porque es sucio y pecaminoso, por lo que las personas mayores, sienten vergüenza y temor de mencionar la palabra sexualidad.

“Yo creo que todavía existe un tabú al hablar de sexualidad en la tercera edad, antes lo era para todas las edades, ahora yo creo que está quedando en el Adulto Mayor” (P5G1).

“Al Adulto Mayor le cuesta mucho hablar de su sexualidad, porque todavía no se quita esa visión de tabú, que es distinto a las generaciones de ahora que hablan más abiertamente sobre sexo” (P7G2).

“Los Adultos mayores quizás se van a morir sin haber hablado jamás de su sexualidad” (P2G1).

“Vienen de una generación marcada por el autoritarismo de los padres y por influencia de la iglesia, donde si nombraban algo relacionado con sexualidad estaban cometiendo el tremendo pecado, era muy condenado” (P7G2)

4.1.1.2 Falta de conocimiento y/o información sobre sexualidad en la tercera edad. En las instancias de discusión, varias de las profesionales refirieron falta de conocimientos sobre sexualidad en la tercera edad, tanto para ellas, como también para los ancianos y ancianas. Algunas mencionaron una bidireccionalidad, porque no existe una retroalimentación, debido a que el tema en cuestión pareciera no ser preocupación de muchos. Dejaron claro que el tema de la tercera edad se aborda sólo en contexto general, porque la información disponible se centra en aspectos físicos y sociales de esta etapa de la vida y no considera la salud sexual de las personas mayores, lo que las lleva a la incomprensión y evasión del tema y por otro lado hace que los y las adultos /as mayores al no tener claridad en el concepto de sexualidad, desconozcan parte fundamental de su vida.

“Buscando información sobre la tercera edad encontré sobre la parte física, enfermedades mentales, alimentación, participación social en el Adulto mayor, pero no de la sexualidad” (P2G1).

“Parece que la sexualidad no se toca, pareciera que a nosotros los adultos mayores, nos dan miedo o como los vemos como niños, entonces para que preocuparnos de esa parte” (P2G1).

“Ellos se confunden y no tienen claro que la sexualidad es un todo, entonces relacionan sexualidad con sexo” (P5G2).

Frente a esta categoría de análisis se puede apreciar claramente que existe gran dificultad por parte de las profesionales para llegar a una definición más estructurada de sexualidad en la tercera edad. Utilizaron la ejemplarización de cada experiencia y diversas opiniones con el fin de una mejor comprensión del tema.

4.1.2 Percepción Sexualidad en la Tercera edad

Hubo diversidad en la percepción de la sexualidad en los y las ancianos/as por parte de las profesionales. En sus parlamentos indicaron las necesidades que tienen las personas mayores, al igual que el resto de las personas que viven otras etapas de la vida, se relacionan con sentimientos, tienen necesidad de expresar amor, de expresar su cariño, sin dejar de lado sus necesidades sexuales, utilizando sus propias formas para comunicarse con sus parejas.

“Los Adultos Mayores son seres sexuados con capacidad de comunicarse a través del afecto” (P4G1).

Indicaron diferencias entre la preocupación sexual de las ancianas y los ancianos, ya que las primeras por vivencias de su juventud anteponen la necesidad afectiva por sobre la sexual. En cambio el anciano se preocupa por su parte sexual, porque es mucho más “genital” que la mujer, para él el afecto no puede separarse de la corporalidad, del contacto sexual y

muchas veces pasa a ser más importante que la afectividad. Todo esto debido al desconocimiento del significado y la implicancia de la palabra sexualidad.

“Yo me he dado cuenta que a las mujeres no les interesa tanto la parte sexual, les da como vergüenza, pero los hombres se preocupan y preguntan por qué ya no tienen los mismos deseos, a ellos les preocupa a las mujeres no” (P5G1).

“La mujer siente que ahora va a descansar y que va a vivir quizás más afectivamente que sexualmente, por todas las falencias afectivas de tantos años” (P2G1).

“Yo diría que en general, el varón está mucho más preocupado de la parte genitalidad” (P4G2).

“Si tú le preguntas algo respecto a sexualidad, ellos al tiro lo relacionan con el acto sexual” (P5G2).

Señalaron que las personas mayores tienen mucho interés por el tema, tanto hombres como mujeres, ya que al interactuar entre pares se manifiesta el deseo por aprender a cerca de su sexualidad, es un tema que no los tiene indiferentes, como el resto de la gente piensa. Dentro del mismo ámbito una de las profesionales mencionó la influencia que tiene el ejercicio físico sobre la sexualidad de las personas de la tercera edad.

“Yo pienso que existe un mito y prejuicios, porque cuando tú les preguntas a cerca de su sexualidad, ellos se interesan mucho y les encantaría que los profesionales de la salud estuvieran un poquito más interesados en ayudarlos a vivir esta última parte de su vida con una sexualidad más gozosa, más feliz.” (P1G2).

“Una pareja adulta mayor me manifestó que su sexualidad mejoró bastante con la actividad física, no con la misma intensidad de antes, pero con la misma inquietud” (P1G1).

4.1.2.1 Percepción del comportamiento sexual de las personas ancianas. En la mayoría de los discursos las profesionales indicaron que el comportamiento sexual en ancianos y ancianas está influido por factores que determinan la forma de actuar de este grupo de personas. Por un lado está la gran influencia social que estigmatiza socialmente a las personas mayores y, los prejuicios que imponen límites de lo que está socialmente permitido y lo que no está permitido. Además señalan que depende mucho de la cultura machista de crianza, de autoritarismo. Como así mismo, los conocimientos sobre sexualidad, sobre los cambios que se producen con la edad, tanto en lo físico como psicológico, influyen directamente sobre el comportamiento sexual de las personas de la tercera edad, actuando como factores favorecedores o factores adversos.

“El comportamiento sexual de los adultos mayores va a estar dado por como se les trata en la sociedad, por las creencias, por la cultura en la cual estuvieron insertos y por los conocimientos que tienen de sexualidad” (P6G2).

Hicieron mención a que el comportamiento sexual de las personas mayores, depende en gran medida de las experiencias de la relación de pareja que hayan tenido o/y que tengan actualmente. Muchos adultos mayores llevan bastantes años juntos, han pasado etapas tanto en su vida personal, de pareja, de crianza de los hijos, han compartido buenos y malos momentos, se han acompañado mutuamente, han tenido una relación basada en la confianza, en el cariño, han tenido una vida sexual plena, lo que pasa a ser un factor clave en sus relaciones actuales.

“Prima en gran parte la relación de pareja, ya que me ha tocado ver casos en que si bien las relaciones sexuales son esporádicas, prima mucho la parte afectiva” (P7G2).

Por otro lado las profesionales hacen énfasis en que algunas personas optan por separar cama, lo que se entiende de dos maneras: como una forma de hacer más atractiva la relación de pareja, de disfrutar una convivencia tranquila que incluye vida sexual activa, o puede ser indicador de una ruptura emocional, porque sienten que terminada la vida reproductiva y la crianza de los hijos, la actividad sexual también llega a su término.

“Muchas veces he visto que generalmente los adultos mayores cuando ya cumplen una etapa, se separan, de cama e incluso de pieza y según ellos ya no tienen vida sexual” (P5G2).

“Cuando uno pregunta por qué usted duerme acá y él allá, responden: es que ya criamos los hijos y él fue más o menos no más, así que ahora acá su camita no más” (P6G2).

“Yo creo que el separarse de camas significa más bien una prolongación de su relación” (P3G2).

Hicieron alusión que la mala calidad de vida de las personas mayores, la mala alimentación, los problemas económicos, la carencia de afecto, el abandono de sus familias, hacen que las necesidades sexuales no sean relevantes en su vida.

“Ellos admiten esa soledad, entonces que van a pensar en sexualidad si sus necesidades básicas son tantas..... y eso queda postergado” (P4G2).

“Algunos adultos mayores no tienen ni la afectividad ni la sexualidad, además no tienen el cariño de los hijos, se sienten abandonados, postergados, solos, invisibles en la familia, invisibles de todos, por lo tanto su comportamiento sexual queda reprimido” (P3G1).

4.1.2.2 Percepción de expresiones sexuales en la tercera edad. Dentro de los discursos se mencionó como forma de expresión sexual, el deseo o interés sexual. Algunas profesionales refirieron que la intensidad de éste varía con la edad, actividad diaria y condiciones de salud que tengan las personas mayores, así una persona sana, puede sentir deseo y tener sin problemas una vida sexual activa.

“Primero que todo para que el adulto mayor sienta deseo, prima la condición de salud y si el adulto mayor es activo en todo sentido” (P4G1).

“Yo parto de la premisa que no soy tan pesimista en la parte sexual de ningún ser humano, se nace y se muere con deseo, por eso pienso que cuando se es adulto mayor, el deseo existe, cómo lo manifiesta, como lo vive, puede variar a los 60 a los 50 o a los 20 años, pero que el deseo existe, existe” (P6G1).

Otras mencionaron que el deseo sexual disminuye más en la mujer que en el hombre mayor.

“El apetito sexual disminuye con la edad y tengo la sensación que disminuye más en la mujer que en el varón, lo que se debe a una serie de circunstancias de tipo afectivas, matrimoniales, familiares y también orgánicas” (P3G2).

Aludieron una transformación de la actividad sexual en expresiones afectivas, como entregarse cariño, tomarse de la mano, acariciarse, besarse y no tanto la actividad sexual penetrativa.

“La sexualidad en el adulto mayor se empieza a transformar en cosas más sutiles, como atenciones por ejemplo” (P1G1).

Manifestaron el escaso contacto físico y la poca demostración de cariño de las personas mayores.

“No utilizan el tacto, porque ya la vejez produce más alejamiento de la pareja e incluso de la familia, hay menos abrazos, menos besos y cuando se trabaja en grupos pareciese que tienen temor de tocarse, porque es algo que traen desde chiquititos” (P1G1).

4.1.3 Perspectiva de las personas mayores desde la sociedad

En los discursos se mencionó que la sociedad, hoy en día, cumple un papel fundamental en la sexualidad y en la vida del adulto mayor. Las profesionales refirieron que la sociedad está incorporando al adulto mayor en actividades extraprogramáticas, los está haciendo parte de lo cotidiano y los está ayudando en el área de la salud, pero todo esto mirado desde afuera, no existe un acercamiento mayor a la parte íntima de las personas mayores, invisibiliza su sexualidad.

“El problema mayor es lo que está justamente sucediendo acá, los adultos mayores pierden la esperanza y nosotros estamos haciendo un montón de cosas mirando desde afuera, pero no nos hemos detenido, quizás en su parte interior” (P2G1).

“Los adultos mayores están generando dentro de sus grupos diferentes actividades, el problema es que ahí falta una parte, la que estamos tocando aquí, la sexualidad” (P4G1).

“Los tratamos y hacemos sentir como niños, y eso no puede ser” (P2G1).

“Cuando ven personas mayores como que tratan de dejarlos de lado, como que ya no tienen lugar a opinar o a vivir la sexualidad, porque ellos ya cumplieron esa etapa” (P1G2).

Otro aspecto importante que las profesionales refirieron, es la existencia de una sociedad morbosa respecto a la sexualidad de las personas mayores, ridiculizando cualquier forma de expresión sexual imaginada, por este motivo persiste la morbosidad también en ellos y esto se manifiesta dentro de la interacción en grupos de ancianos.

“En la actividad física cuando es mixta, existe una malicia enorme sobre todo cuando a la sexualidad se refiere, está siempre presente en el juego e interacción” (P1G1).

“Y nosotros como país somos caracterizados por ser morbosos, a toda la gente le llama la atención el morbo que tenemos para todo” (P6G1).

Una de las profesionales mencionó que no se consideran las raíces culturales de nuestro país, porque en los pueblos mapuches el anciano ha sido siempre bien valorado, es la persona a quien se le consulta, la persona que tiene la última palabra y se considera de esa manera y en nuestra sociedad eso se ha dejado de lado, no se toma en cuenta.

“Estamos adoptando culturas fuera de la etnia que tienen que ver con el marginarnos de lo que pasa con los adultos mayores” (P4G1).

Otro aspecto importante que emergió en los discursos fue la importancia que tiene la producción para la sociedad, sólo sirve quien trabaja, y hace un aporte como persona al país. De esta manera se discrimina a las personas mayores por no realizar un trabajo que vaya en beneficio de la sociedad, disminuyéndolos como personas, haciéndolos sentir opacados.

“Sólo les importa la producción: el que produce, genera” (P3G2).

Las profesionales mencionaron que en países europeos el cambio demográfico se produjo rápidamente, la gente fue envejeciendo y se les pudo otorgar a los adultos mayores todas las herramientas posibles para enfrentar este cambio, debido principalmente a todos los adelantos y a una mentalidad mucho más abierta, propio de países desarrollados, no así lo que pasa en Chile donde la sociedad está lejos de poder compararse siquiera a ellos.

“Para nosotros es mucho más difícil abordar el tema, porque nos pilló todo este cambio como países pobres, teniendo que abordar la problemática del adulto mayor que se encuentra demandando cosas” (P4G1).

“Me da la impresión que quisimos copiar el modelo Europeo siendo pobres y nos dimos cuenta que faltaban eslabones para llegar a ser como ellos” (P5G1).

4.1.3.1 Construcción de Estereotipos sexuales. Se hizo referencia a que la sexualidad en la tercera edad está muy influenciada por los modelos sociales, en la forma como las personas

ven o creen saber a cerca de este tema que está cargado de prejuicios. Mencionaron el tema del imaginario social que hace que las personas mayores se autoimpongan una carga por sus vivencias previas y que le otorgue al tema de la sexualidad un sentido de excesiva privacidad y sentimientos de culpa.

“Existen muchos modelos sociales de cómo debería ser la sexualidad, pero ninguno calza con la etapa de adultez mayor, esto hace que los adultos mayores no se sientan a la altura, sintiéndose muchas veces culpables por no poder ser como ellos” (P6G2).

“Tiene que ver con una cosa del imaginario social en la medida que nosotros hemos ido construyendo una forma de realidad del adulto mayor que no es la real” (P4G1).

Coincidieron que el problema de los estereotipos tiene que ver con que la sociedad ha creado una imagen respecto a la sexualidad de las personas ancianas con la cual identifican a todos por igual, sin preocuparse siquiera de averiguar lo que sucede realmente con ellos.

“Hemos tipificado tremendamente a los ancianos, en que la sexualidad se reduce a caricias, tomaditas de mano, dormir juntos calientitos y listo, al otro día tomar desayuno, es decir la rutina diaria y esa sería la evidencia de sexualidad” (P6G1).

4.1.3.2 Prejuicios sociales respecto a la sexualidad de las personas mayores. El tema de los prejuicios sociales fue relatado por varias de las profesionales, las cuales compartieron la idea de que la causa de su existencia se debe a la ignorancia por parte de la sociedad y también de las personas mayores. Las personas ancianas son consideradas como incapaces para todo tipo de cosas, tanto en el aporte afectivo, económico, social, familiar, es vetado como incapaz de hacer cosas en el quehacer diario y más aún en la vida sexual, lo que se debe a las formas en que se construyen las realidades sociales.

“Es como tratar de llenar un espacio con algo y le metemos cualquier información aunque no sea realidad y convivimos con eso” (P4G1).

“Nuestra ignorancia y la de los adultos mayores hace que se generen esas realidades que no son tales” (P4G1).

Algunas profesionales mencionaron que el tema tiene que ver en como se han construido prototipos llenos de prejuicios en relación a lo que es el adulto mayor y resulta que los adultos mayores cuando eran jóvenes también estaban llenos de prejuicios respecto a lo que eran los adultos mayores y ahora les toca vivir esta etapa con todos los prejuicios de la sociedad en que vive más los prejuicios que el mismo trae por todas las experiencias que ha tenido, lo que hace que no posean las herramientas necesarias para enfrentar y vivir una buena sexualidad, marginándose de la sociedad.

“Como para que uno diga: tienen que vivir su sexualidad sanamente unido a la afectividad y ojalá que así sea, pero ¿cómo se le saca toda esa carga? Carga que ellos mismos se han impuesto por lo que les ha tocado vivir” (P4G1).

4.1.4 Percepción del rol que ejecutan los Centros asistenciales con las personas mayores

Respecto a esta categoría la mayoría de las profesionales refirió que se están encontrando con una sobrepoblación de adultos mayores que no tenían contemplados, los cuales consultan principalmente por problemas de morbilidad. Todas coincidieron en que a nivel asistencial existe un mayor abordaje de la salud física de las personas ancianas, pero nunca se han atrevido a indagar que es lo que hay detrás de cada una de las consultas, por lo tanto sienten que no hay una llegada apropiada para poder conversar de este tema. No se está considerando la parte sexual de los y las Adultos/as mayores y mencionan que la responsabilidad en este tema la tienen las personas que trabajan en las distintas áreas, ya sea salud, educación, cultura entre otras.

“Es como si el Adulto mayor no tuviera sexo, lo vemos como seres asexuados y eso no puede ser” (P4G1).

“Siempre ha habido una atención más dirigida a la parte biológica, entonces todo lo que es el tema de la sexualidad se enfrenta muy poco” (P5G2).

Algunas profesionales señalaron que el tiempo que demandan este tipo de consultas no es el más adecuado.

“Poder enfocar el tema en la atención misma es muy difícil, porque necesitas mucho más tiempo del que tienes disponible para la atención” (P5G2).

En la mayoría de los discursos las profesionales reconocieron tener prejuicios frente a la sexualidad del y la adulto/a mayor, por lo tanto aludieron a la necesidad de crear estrategias de llegada a las personas ancianas y reconocer la existencia de necesidades sexuales en ellas con el propósito de ayudarlos a solucionar sus problemas en este ámbito. Señalaron también que los adultos mayores, muchas veces no dan espacio para preguntarle a cerca de su sexualidad, por lo que deben ser los propios profesionales los que aborden el tema.

“Se manifiestan nuestros prejuicios y la dificultad para abordar este tema” (P4G1).

“Estamos esperando a que ellos nos pregunten, cuando sabemos que eso va a ser muy difícil, por la historia que traen” (P4G1).

“Es un tema que requiere de preámbulo fuera de la atención biológica que se da, necesitas espacio para llegar a una empatía con la gente y que converse del tema” (P5G2).

“Somos nosotros los que tenemos que modificar eso, tenemos que atrevernos a preguntar, empezarlos a ver como personas, con una vida sexual, con una necesidad de

expresar amor, pero uno tiene que empezar por reconocer y dejar de lado los estereotipos” (P4G2).

Por otro lado algunas de las profesionales sugirieron que se debe empezar a trabajar sobre el tema de la sexualidad en generaciones más jóvenes, de modo que cuando lleguen a adultos mayores, no tengan problemas en su relación de pareja o si llegan a tenerlos, sean lo suficientemente abiertos de mente para consultar.

“Yo pienso que la gente que en estos momentos tiene 65 y más años, llegada con ellos no vamos a tener nunca, por la formación de años, pero con quien uno puede trabajar, con las personas que en estos momentos se atreven a preguntar y que son las de 50 para arriba y que ya se están inquietando” (P6G1).

Dentro del grupo de discusión una de las profesionales menciona la poca oportunidad de conversar de sexualidad con personas ancianas y las veces que han tenido la oportunidad ha sido más bien por un problema físico de la mujer, que da instancia para preguntar y orientar en el tema.

“A mi me ha tocado derivar a matrona por una condición física, del aparato genital, por sensación de dolor, entonces se mandan a consultar porque si se les puede ayudar y orientarlas sobre la sexualidad” (P4G2).

4.1.4.1 Falta de preparación de los profesionales en sexualidad del adulto mayor. La mayoría de las profesionales que participaron de los grupos focales hicieron mención de un hecho que se está dando en el equipo de Salud, que poco a poco ha empezado a inquietarlos y que es la falta de capacitación en el tema de sexualidad en la tercera edad.

Hicieron referencia a la falta de preparación y al escaso manejo que existe para poder enfrentar el tema, no pudiendo entregarse una atención integral a las personas mayores que consultan.

“Yo creo que primero tengo que abrirme para aprender, porque en realidad siento que no sé nada en relación a la sexualidad en el Adulto mayor” (P3G1)

“Parece que la sexualidad no se toca, pareciera que para nosotros profesionales, nos da susto” (P2G1).

Se mencionó en varios de los parlamentos la dificultad del personal sanitario para abordar el tema, para indagar más en sus usuarios/as, lo que tiene directa relación con la poca claridad y los escasos conocimientos, que pasa mas bien por un problema cultural que requiere un cambio de mentalidad por parte de los/as profesionales.

“Nunca nos hemos atrevido a indagar sobre eso, porque uno piensa que no quiere ser intrusa en la vida privada y contesta cuando ellos preguntan no más” (P6G1).

“Es un tema que nos queda grande, que no tenemos claro” (P6G1).

“Si no manejamos bien el tema, preferimos no preguntarlo” (P6G2)

4.1.4.2 Pesquisa de violencia en personas mayores. Las profesionales dieron a entender que como en todo centro asistencial existe una priorización en la atención de las personas mayores, por lo general se prefiere atender a aquellos ancianos/as que son más vulnerables que se encuentran en condición de riesgo y es ahí donde se percataron de la gran cantidad de gente dañada emocionalmente que necesitan que se les tome en cuenta. Refirieron que es un tema relacionado con la violencia que sufren hoy en día muchos de los adultos mayores, tanto por parte de sus familias como también de la sociedad, violencia psicológica, violencia económica, física, abandono de los familiares, lo cual hace que aumenten los casos de depresión en personas ancianas y aumento de enfermedades psicosomáticas que hacen que los profesionales se pregunten que hay detrás de cada uno de los casos que atienden. Algunas de las profesionales señalaron que la sexualidad para ellos no es un tema primordial y no lo ha sido nunca, porque tienen muchas necesidades que no han podido cumplir, por todas las experiencias de vida marcadas por abuso.

“Como profesionales estamos más cerca de la violencia íntima del adulto mayor que su propia familia” (P3G2).

“Tiene que ver con el abuso como parte de la vivencia personal, historias de maltrato, de trasgresión de sus derechos, por lo tanto la situación de sentir su propio cuerpo, su goce, su satisfacción, no lo han ni pensado” (P5G2).

“Hay un sesgo de la salud, relacionado con un desequilibrio emocional que se expresa como enfermedad física” (P2G2).

4.1.5 Rol de las políticas y programas de salud en la atención del adulto mayor

A cerca de este tema las profesionales se refirieron a que se tuvo que esperar a que aumentara la población adulta mayor para que recién el gobierno empezara a preocuparse por la salud de las personas de la tercera edad, por otra parte mencionaron que siempre han existido las políticas de salud, pero que no están integrando todos los aspectos necesarios para intervención.

“Las políticas públicas no pueden ayudar mucho, ya que en nuestra atención no se incorpora al adulto mayor, nuestro rango llega hasta los 64-65 años” (P6G1).

“Los Programas de Salud del Adulto Mayor van dirigidos sólo a morbilidades y no incluyen la parte sexual de las personas” (P2G1).

“Cuando empezaron a crear las políticas públicas o los programas para los adultos mayores, ya había una cantidad de adultos mayores incontables” (P6G1).

Hicieron notar también la mala calidad de vida de los adultos mayores, debido principalmente a que los programas de Salud fueron implementadas demasiado tarde, no alcanzando a surtir efecto en la población adulta mayor que existe actualmente y esto se manifiesta por ejemplo, en el aumento de patologías crónicas.

“La calidad de vida de nuestros Adultos mayores es mala, porque empezamos demasiado tarde con las políticas de promoción y prevención” (P2G1).

Por otro lado algunas profesionales mencionaron el papel que cumple el Estado en la creación de políticas públicas que incluyan el aspecto sexual de los adultos mayores, pero que lamentablemente no es mucho lo que ellas pueden hacer para cambiar las políticas públicas, debido a que todas son realizadas por gente de los ministerios que no están en contacto directo con los problemas de las personas.

“Las políticas de salud, siempre vienen de los altos mandos, siempre sigue en forma vertical el cuento” (P2G1).

La mayoría de las profesionales que conversaron sobre este tema, creen que el gobierno tiene el desafío de crear políticas que aumenten las expectativas en los Adultos mayores del mañana, más aún si se piensa en que las expectativas de vida han ido aumentando considerablemente, debe por lo tanto, procurar intervenir las etapas jóvenes para lograr un mejor enfrentamiento de la tercera edad y por ende una mejora en la calidad de vida. Por otro lado destacaron que el gobierno pretende que las estrategias partan por los centros asistencialistas, pretendiendo una intervención de las familias de los adultos mayores, ya que en gran medida ellos cumplen el rol principal de apoyo y ayuda en la prevención de morbilidades físicas que pueden dañar a los ancianos.

“La gente que en este momento es joven, que está trabajando, cuando sean adultos mayores, deberían tener otras expectativas, que más seguir haciendo sobretodo cuando está claro que fácilmente van a superar los 80 años, entonces es ahí donde está el desafío de las políticas que deberían existir en el país” (P4G1).

“El gobierno aspira a que tú desarrolles algunas estrategias a nivel de sus familias para que este adulto mayor sea incorporado en el concepto y dinámica familiar” (P4G1).

4.1.6 Perspectiva del enfoque de género en la tercera edad

A cerca de esta temática la mayoría de las profesionales que la incluyeron en sus discursos refirieron que como en todas las etapas de la vida existe una notoria diferencia en lo que respecta a la mujer adulta mayor y al varón adulto mayor, lo que se debe fundamentalmente a la influencia social, por la generación a que pertenecen y por la influencia de la cultura en la cual se encuentran insertos. Destacaron el hecho de estar frente una cultura machista, en la cual el hombre no tiene prohibiciones en lo que respecta a la sexualidad, en cambio la mujer debe permanecer reprimida en cuanto a sus emociones y no puede expresar libremente su afectividad, porque socialmente es mal visto. Resultado: un mayor número de

hombres viudos en búsqueda de nuevas parejas y un mayor número de mujeres viudas que están solas.

“Para mí hay una cosa de género, no es igual la mujer que el hombre, generalmente el hombre adulto mayor se preocupa por su sexualidad, la mujer en cambio está más abierta no en el sentido de la genitalidad sino más bien a la afectividad” (P4G2).

“A los hombre les está permitido socialmente iniciar alguna actividad extramarital, pero para las mujeres es una experiencia más difícil” (P3G2).

“El hombre cuando enviuda busca y acepta nueva compañía, la mujer prefiere quedarse sola” (P3G2).

También mencionaron que la mujer mayor cree que al haber terminado su vida reproductiva, terminó también su vida sexual y lo siente así porque así se lo enseñó el medio del cual proviene. Por otro lado como siempre tuvo un papel de sumisión siente que nunca tuvo poder, ya que el jefe de hogar fue el hombre, pero ahora en esta etapa como lo ve débil y desgastado siente que por fin va a poder descansar. Indicaron que muchas mujeres siguen al lado de sus maridos, no por afectividad, sino más bien por una razón de supervivencia.

“Tradicionalmente se pensó así, que la sexualidad era nada más que el acto y se asociaba a la reproducción” (P6G2).

“A veces la mujer sigue bajo el alero del hombre por un apoyo económico” (P7G2).

“Además del machismo, la mujer era para procrear y para satisfacción del hombre, por lo que llega a una edad en la que dice: hasta cuando me va a dejar descansar este hombre” (P2G1).

4.1.7 Expectativas de las personas mayores según visión de las profesionales

En los parlamentos de las profesionales se aludió al tema de las expectativas en los adultos mayores, las que poco a poco han ido disminuyendo producto de la imposición social. Refirieron que muchos adultos y adultas mayores, llegada la hora de la jubilación pierden las esperanzas y la ilusión de seguir siendo útiles para la sociedad, es ahí cuando para ellos y ellas la vida ya no es atractiva.

“Yo veo que existe falta de expectativas en nuestra población de adultos mayores, como que si ellas fuera sólo para los jóvenes” (P5G1).

“Las expectativas son impuestas socialmente, son cosas de nuestra cultura” (P4G1).

Varias de las profesionales hicieron mención a que terminada la crianza de los hijos, para las adultas mayores se acaban las proyecciones tanto de pareja, como de mujer, la etapa de cuidado personal y de la familia se ve finalizada, siente que la vida comienza a acabarse,

por otro lado, está la partida de los hijos del hogar que hacen que muchas veces se produzca un quiebre en la relación de pareja, se acaban las demostraciones de afecto, se acaba la sexualidad y junto con ello ya no quedan expectativas frente a la etapa de adultez mayor, se sienten solos sin el apoyo familiar y sin el apoyo de la sociedad.

“Las expectativas se reducen al rol cumplido de madre y esposa” (P5G1).

“Pierden la esperanza e ilusión de proyectar cosas, de soñar y es lo que uno normalmente ve” (P6G1).

“Muchas veces se sienten abandonados, postergados, solos, invisibles a la sociedad y eso los va desencantando de la vida” (P3G1).

Por otra parte algunas profesionales recalcan que si son atendidos y queridos por sus familias, la perspectiva cambia, sienten que son importantes para alguien y pueden llegar a ver la vida con una mirada distinta, por tal motivo se debe incentivar a los adultos y adultas mayores para que puedan disfrutar plenamente de esta etapa de la vida.

“Si son alentados por sus hijos, sienten que son tomados en cuenta y vuelven a encantarse con la vida” (P3G1).

4.1.7.1 Crianza de los nietos. Este tema emergió del discurso de algunas profesionales, quienes señalaron que una vez terminado el ciclo reproductivo se espera poder disfrutar de la compañía de la pareja y entregarse todo el afecto que estaba postergado por años, pero resulta que en vez de hijos están los nietos, quienes están siendo cuidados por los abuelos quedando la vida de pareja postergada. Mencionaron que la crianza de los nietos juega un doble papel, ya que por un lado los mantiene ocupados, aumentando sus expectativas como persona, pero por el otro siguen postergando su sexualidad.

“Yo siento que el hecho de criar nietos, los hace agarrarse, aferrarse de algo y se sienten útiles para algo” (P3G1).

“Son sentimientos encontrados, por el hecho de que dicen ya terminé de criar los hijos y otra vez tengo que empezar” (P5G1).

“Se convierten en abuelos esclavos, viven llenos de nietos que no los dejan vivir sus últimos años con su pareja, solos, entonces se vuelven eternas cuidadoras” (P6G1).

4.2 ANÁLISIS NARRATIVO ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

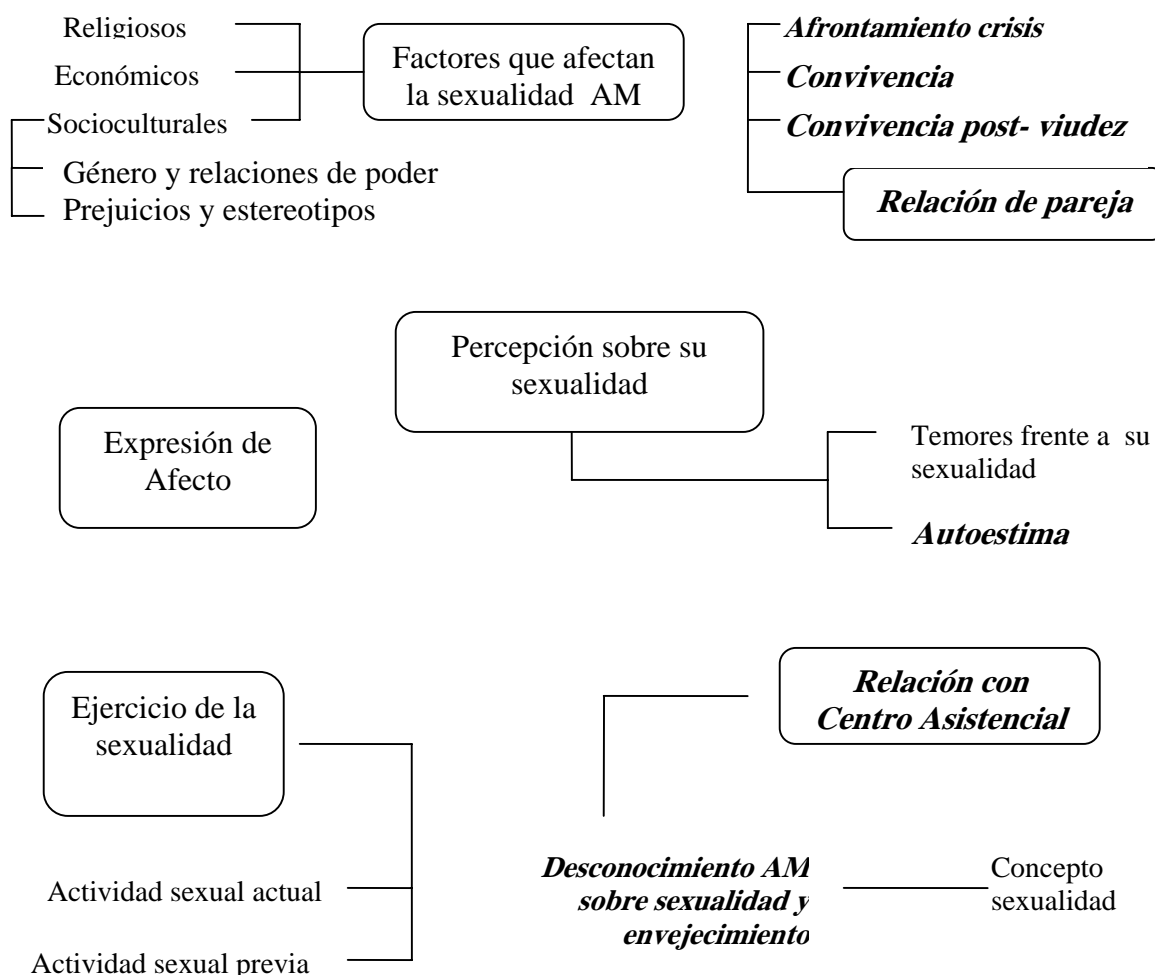


Figura 2: Categorías y Subcategorías de análisis extraídas de entrevistas en profundidad

Nota: Todas las categorías de análisis presentan estrecha relación entre sí. Destaca en la figura dos tipos de categorías, las preestablecidas para la investigación y las emergentes en los discursos, estas últimas señaladas con letra negrita cursiva.

4.2.1 Expresión de afecto

Ante la pregunta correspondiente a esta categoría, la mayoría de las personas entrevistadas refirió mantener una buena comunicación con sus hijos y con su pareja, siendo ésta una cualidad que hace posible la expresión de sentimientos. En cuanto a las formas de manifestación de afecto, tanto hombres como mujeres indicaron el tomarse de la mano, hacerse cariño, decirse cosas bonitas, abrazarse, besarse, entre otras. Hicieron énfasis en la importancia que tiene para su vida afectiva el poder entregar a sus parejas lo más valioso que tienen, aquello que no se puede fingir porque es algo de su esencia, el poder llegar a un entendimiento mutuo, sin muchas veces tener siquiera la necesidad de hablar.

“Hasta el momento mantengo una muy buena comunicación con mi señora” (E1H).
“Le digo cosas bonitas al oído” (E1H).

“Nos abrazamos, nos besamos, nos acostamos y conversamos todo” (E2H).
“Ella es más reservada, yo demuestro más lo que siento” (E6H).

“Soy cariñosa, siempre lo abrazo, lo beso y le digo que lo amo mucho” (E4M).

Se hace la diferencia en que en la mayoría de las mujeres entrevistadas, como forma de manifestar sus sentimientos hicieron referencia a diversas formas de actuación, siendo más categóricas que los varones entrevistados y que se reflejan en labores del hogar, en la preocupación por el aspecto físico de sus parejas y al consentimiento con la alimentación. No obstante los varones entrevistados hicieron alusión al romanticismo y a la mantención de la relación a través del galanteo.

“No se debe dejar nunca de ser galante con la patrona” (E1H).

“Me preocupo porque mi marido ande siempre limpiecito y ordenadito” (E3M).

“Le cocino cositas ricas” (E3M).

“La hago reír” (E5H).

La mayoría de las mujeres entrevistadas se refirió a sus maridos como poco demostrativos en sus sentimientos, muy poco cariñosos, en contraposición de los varones entrevistados que refirieron lo contrario y que se demuestra en los discursos previos. Una de las entrevistadas mostró una realidad distinta a la expresada en los demás discursos, una historia marcada por sucesos negativos, por momentos difíciles y de gran esfuerzo.

“En los sentimientos nunca he sido muy expresiva” (E7M).

“Tampoco soy de las que anda haciendo cariño” (E7M).

“Quizás una forma sería la preocupación constante por mi familia” (E7M).

Por otro lado mencionó una forma más implícita de manifestación de afecto:

“Siempre me preocupé de que mi ropa interior fuese bonita” (E7M).

4.2.2 Relación de pareja

En la mayoría de los discursos de las personas entrevistadas emergió el tema de la relación de pareja como nexo fundamental para el sentido de sus vidas, no existiendo mayor diferenciación en los relatos de hombres y mujeres. Ambos coincidieron que en esta etapa es fundamental tener a un compañero/a a su lado con quien poder disfrutar los últimos momentos de la vida y que por tal motivo tratan de mantener una buena relación de pareja, basada en la confianza y el respeto mutuo. Por otro lado, en cada uno de los discursos obtenidos se manifestó la cohesión y la buena comunicación entre las parejas, lo que ha hecho que los momentos de crisis familiares hayan sido enfrentados y solucionados sin problema.

“Existe mucha comprensión entre ambos” (E2H).

“Se ha dado como toda pareja con altos y bajos” (E3M).

“No todo el tiempo puede ser luna de miel” (E3M).

“Hemos sabido solucionar los problemas y salir adelante” (E6H).

“Nos proyectamos como pareja y nos hacemos buena compañía” (E8M).

“Nos decimos todo lo que nos pasa” (E4M).

Una de las entrevistadas mencionó una relación de pareja más tormentosa y con dificultades. Explicó su frustración e impotencia frente a la relación de pareja que ella imaginaba, pero que aún no ha podido conocer.

“En mi vida de pareja existe el afecto, pero no tan cercano” (E7M).

“Existe cero comunicación con mi marido” (E7M).

“Cuando proyectas tu vida en pareja es de dos, en este caso proyecté yo sola” (E7M).

4.2.2.1 Convivencia prematrimonial y post viudez. En dos discursos, un hombre y una mujer mencionaron la convivencia como fundamental para una buena relación de pareja. La mujer señaló la necesidad de la convivencia prematrimonial para el mejor conocimiento de la persona elegida como futuro esposo y el varón como opción de vida después de la viudez. Ambos optaron por dicha opción y se encuentran conformes de haberla considerado.

“Yo conviví cinco años con mi pareja antes de casarnos” (E8M).

“Decidimos convivir como una etapa de prueba entre nosotros” (E8M).

“Aunque era mal visto el convivir en aquellos tiempos, me sirvió mucho” (E8M).

“Me volví a enamorar, pero esta vez opté por la convivencia” (E5H).

“Llevo ocho años de buena convivencia con mi pareja” (E5H).

4.2.2.2 Afrontamiento de crisis familiar. En tres de las entrevistas realizadas a personas mayores (dos mujeres y un hombre) mencionaron etapas de crisis dentro de la relación de pareja, las que se debieron principalmente a sucesos de cambio en la estructura familiar que desequilibraron el ambiente de tranquilidad logrado. Entre las crisis mencionadas está la enfermedad de un miembro de la familia, la muerte de un hijo y la partida de los hijos del hogar. Durante las entrevistas, denotaron tristeza al recordar cada situación, impresionando la claridad con que hacían presente sus recuerdos. Mencionaron también que el tener un buen entendimiento con la pareja los ayudó a superar las situaciones de crisis.

“Para mí fue impactante la enfermedad de mi hijo y su posterior muerte, me hizo replantearme como mamá y como esposa” (E3M).

“Sin la ayuda de mi esposo enfrentar esta crisis no hubiera sido posible” (E3M).

“La enfermedad de un hijo siempre ocasiona caos en la relación de pareja” (E2H).

Otra de las crisis mencionadas fue la partida de los hijos del hogar o síndrome del nido vacío.

“Sirvió para conocer y pasar más tiempo con la persona que tenía a mi lado” (E3M).

“Generó en mí una actitud de rechazo hacia mi marido” (E7M).

“Aprendí a disfrutar de la vida con mi mujer y hacer lo que antes no podíamos” (E2H)

Se puede observar que en dos de los casos el matrimonio se vio fortalecido y en el otro provocó un alejamiento como pareja.

4.2.3 Percepción frente a su sexualidad

En cada uno de los discursos los/las entrevistados/as hicieron referencia a la forma de percibir su sexualidad. La mayoría de ellos siente que la sexualidad en la tercera edad es un tema complicado de enfrentar, pero que se vive de acuerdo a cada persona en particular. Hicieron énfasis en la aceptación de los cambios físicos como factor clave para disfrutar de una sexualidad sana.

“A pesar del enlentecimiento el acto sexual igual es hermoso” (E1H).

“El pensamiento es de una manera, pero el cuerpo reacciona de otra” (E3M).

“Tengo asumido que con la edad todo se enlentece” (E6H.)

En algunos discursos se mencionó que la edad no influye en la sexualidad y expresión de afecto, que ellos son tan capaces como las demás personas de tener una vida sexual satisfactoria.

“Lo más importante es sentirse amada y capaz de amar” (E3M).

“Aún soy capaz de entregar lo mejor de mí al compañero que elegí para vivir” (E8M).

“La única manera de no perder la sexualidad es manifestando mi cariño” (E5H).

“En la ancianidad uno no está limitado a hacerse cariño” (E6H).

Refirieron que la sexualidad depende del concepto que tengan de ésta y de las creencias internalizadas. Para ellos sexo, relación sexual y relación coital tienen el mismo significado.

“La sexualidad no es tener sexo y nada más” (E6H).

“La penetración no pasa a ser fundamental si no existe satisfacción para ambos, es sólo penetración” (E5H).

“Yo crecí con la idea de que el sexo era pecado, era sucio y hasta ahora todavía me cuesta sacarme esa idea” (E4M).

“El sexo y el amor son cosas que van unidas y eso ayuda a perpetuar la vida” (E8M).

“Sin penetración no puede haber relación sexual” (E2H).

La mayoría de las personas entrevistadas, percibe su sexualidad como normal y como satisfactoria, refiriendo sentimientos positivos frente al tema señalado. Es fundamental en la relación de pareja.

“Encuentro que la sexualidad juega un rol importante en mi vida” (E8M)

“Todas las cosas referente al sexo uno las hace por cariño, no por rutina” (E6H).

“Estoy conforme con mi sexualidad, hago el amor sin mayores problemas” (E2H).

“Me siento satisfecha con mi sexualidad” (E3M).

En contraposición, dos mujeres perciben su sexualidad como algo negativo, haciendo mención a otras necesidades que son prioritarias y que no han sido satisfechas.

“No he vivido mi sexualidad como imaginé que sería, me siento frustrada” (E7M).

“Hoy en día me preocupo más por mi futuro económico que por mi sexualidad” (E7M)

“Para mí en este momento, más que sexualidad mis prioridades son otras” (E4M).

“A esta edad hay cosas más importantes que la intimidad” (E4M).

4.2.3.1 Temores frente a la sexualidad. Esta subcategoría se hizo presente en la mayoría de los discursos, desprendiéndose claramente dimensiones en las que basan los temores. Entre ellas: la respuesta sexual.

“Mi principal miedo es el llegar más allá a no tener erección” (E1H).

“A no poder funcionar bien durante el acto sexual” (E2H).

“A no lograr satisfacer a mi mujer durante el acto sexual (E5H).

“A no responder como esposa a la hora de tener actividad sexual” (E3M).

Y el punto de vista emocional.

“Siento temor a la soledad, a la frialdad del mundo” (E3M).

“Tengo miedo a que no me valoren como persona sólo por ser vieja” (E4M).

Se puede observar que el enfoque sexual es más representativo en hombres que en mujeres.

4.2.3.2 Autoestima. El tema de la autoestima emergió en el discurso de dos entrevistadas. Coincide el hecho de ser mujeres y difiere el contexto en el cual se menciona.

“Yo perdí mi atractivo hace bastante tiempo” (E4M).

“Ahora tengo casi 80 años y nadie se fijaría en mí” (E4M).

Se apreció una mujer cansada, de mirada cabizbaja y melancólica denotando muy baja autoestima.

La otra entrevistada pese a su maltratada historia de vida, trata de mantener siempre una actitud positiva frente a su sexualidad y frente a su vida.

“Afortunadamente todavía me quiero a mí misma” (E7M).

“Me respeto como mujer como para seguir aguantando cosas” (E7M).

4.2.4 Ejercicio de la sexualidad

Esta categoría fue mencionada en la totalidad de los discursos de los/las entrevistados/as, la cual para un mejor entendimiento fue dividida en varias subcategorías.

4.2.4.1 Actividad sexual actual. De ocho entrevistas, cinco personas (cuatro hombres y una mujer) reconocieron tener actividad sexual y tres mujeres no. La mayoría de los varones mencionó la disminución de frecuencia de la actividad sexual con mejor intensidad, más afectividad y expresión de emociones.

“He notado que han disminuido las veces que uno tiene actividad sexual” (E2H).

“Al tener actividad sexual existe gran acercamiento afectivo con mi pareja” (E1H).

“Con el tiempo me he dado cuenta que es mejor la calidad que la cantidad” (E5H).

“Antes el acto sexual era para mí una necesidad, hoy es un acto de amor” (E2H).

Tanto hombres como mujeres reconoce cambios biológicos en su función sexual.

“He notado desde hace algún tiempo un enlentecimiento de la función sexual” (E1H).

“Hay una baja en el rendimiento sexual y mayor dificultad para excitarme” (E5H).

“Dificultad par mantener la erección, pero uno tiene que irse adaptando” (E6H).

“Por lo general las relaciones sexuales se han vuelto un poco dolorosas” (E3M).

“He notado que mi vagina está como seca” (E3M).

Mencionaron que la relación sexual debe darse espontáneamente y no en forma forzada, siendo necesaria la existencia de libido o deseo sexual.

“El acto sexual no es forzado, si no hay deseo no hay acto sexual y punto” (E1H).

“El deseo todavía está factible, eso no se acaba” (E2H).

“El deseo se ha opacado un poco, pero todavía existe” (E3M).

“El deseo sexual disminuye” (E6H).

“Para la mujer el deseo no se acaba aunque no tenga sexo, siempre está ahí” (E8M).

Seis personas muestran acercamiento hacia la corporalidad. Dejan explícita la necesidad de un preámbulo antes de iniciar la actividad sexual como ayuda para un final satisfactorio.

“En el juego sexual uno se va insinuando, muchas veces las palabras sobran” (E1H).

“Se requiere caricias previas para llevar a cabo una buena relación sexual” (E2H).

“Mi marido me prepara antes para que ambos podamos disfrutar del sexo” (E3M.)

“Para lograr satisfacción en la relación sexual es necesario caricias previas” (E6H).

Una de las mujeres sin vida sexual activa, mencionó formas de expresión sexual exentas de actividad coital.

“Ya no está el acto sexual, pero hay otras formas de entregarnos cariño” (E4M).

“Se acude más al tacto, a las caricias, a los besos y a las palabras bonitas” (E4M).

En dos discursos de varones, se indicó el uso de la masturbación como forma de placer sexual cuando el deseo no es igual para ellos y para sus esposas. Uno de los entrevistados se refiere a la masturbación como manifestación de hombría, en cambio el otro hace referencia a su uso en caso necesario, mostrando sentimientos de culpa.

“La masturbación es común sobre todo cuando se está mucho tiempo solo” (E1H).

“En esta etapa masturbarse sería como desperdiciar un poco” (E1H).

“Es normal en caso de apuro” (E2H).

“El masturbarse ayuda a mantener la virilidad” (E2H).

Otro aspecto que surgió es el acto sexual como acto natural, y aunque mencionan que uno de sus temores es la pérdida de erección, ninguno de ellos utilizaría un estimulante como es el caso del Viagra para poder mejorarla, lo cual se debe fundamentalmente a un desconocimiento en la forma de actuar del fármaco. Uno de los entrevistados hace mención a la posibilidad de utilizar un estimulante natural a base de hierbas.

“Mi funcionamiento sexual es natural sin ayuda de nada” (E1H).

“Si ya no funcionara sexualmente no recurriría por ningún motivo al Viagra” (E2H).

“No uso Viagra, cuando se puede bien y cuando no se puede bien también” (E5H).

“Sólo en caso de mucha aflicción recurriría a las hierbitas” (E5H).

Dos mujeres refieren el cese de la actividad sexual, por el mal funcionamiento sexual de sus esposos, haciendo énfasis en que ambas sienten la necesidad de tener relaciones sexuales.

“La última vez que tuvimos sexo fue complicado más para él que para mí” (E4M).

“Mi viejito no se las pudo no más” (E4M).

“No tenemos relaciones sexuales porque mi marido no tiene ganas” (E8M).

Otra refiere no tener actividad sexual por rechazo hacia su esposo que le dio la mala vida por años. Aún tiene necesidad de tener relaciones sexuales, pero prefiere reprimir sus emociones y sentimientos.

“Yo trato de evitar las relaciones sexuales” (E7M).

“Aun siento la necesidad de tener relaciones, pero con él no puedo” (E7M).

4.2.4.2 Actividad sexual previa. La mayoría de las personas recuerda las experiencias sexuales de su juventud como una etapa placentera, llena de alegría y de emociones en la cual no existían miedos en el plano sexual, como tampoco se pensaba siquiera que podía haber cambios en el organismo que dificulten el disfrute sexual.

“Yo pensé que el entusiasmo era para siempre” (E3M).

“Uno era como alocado y no pensaba en que iba a envejecer” (E6H).

Dentro de las experiencias previas era notoria la vitalidad con que se expresaban sexualmente y la mayor intensidad en las relaciones sexuales que se reflejaba en el deseo y la excitación. La mayoría coincide en un aumento de la frecuencia y en la plena satisfacción de sus relaciones sexuales.

“La acción viril del hombre era más fuerte” (E1H).

“El deseo era mayor, era más intenso” (E3M).

“La frecuencia con que teníamos relaciones era mucho mayor que ahora” (E6H).

“Las relaciones no eran plenas, pero tampoco tan malas” (E4M).

En esta última frase la entrevistada hace la diferencia con los demás discursos y denota la conformidad con que vivió su vida sexual.

4.2.5 Factores que afectan la sexualidad

La mayoría refiere distintos factores que, de una u otra manera, interfieren su sexualidad.

4.2.5.1 Factores religiosos. Tres personas mencionaron el factor religioso como primordial en su vida íntima, dando a entender lo importante que es poder creer en un ser superior que guía sus pasos y los ayuda a mantener una buena relación con sus parejas. Dos hombres son católicos y la mujer evangélica.

“La fuerza y la vitalidad se la debo a Dios” (E1H).

“Siempre he sido muy creyente en Dios” (E4M).

“La iglesia le dice a uno que dentro del matrimonio todo es normal” (E5H).

4.2.5.2 Factores económicos. Se puede apreciar en el discurso dos contextos diferentes en la forma de expresar la influencia económica sobre su sexualidad. Algunos entrevistados le otorgan una connotación biológica y otros un sentido social.

“Cuando uno se enferma y no tiene plata pa los remedios, entonces comienzan los problemas en todos los ámbitos” (E3M).

“Cuando uno es pobre las necesidades básicas son otras” (E2H).

“Cuando hay falta de plata uno tiene que trabajar más de la cuenta y eso afecta también la respuesta sexual” (E6H).

Se hace alusión a la existencia de adultos mayores que por escasas pensiones deben vivir con sus hijos o algún familiar, lo que causa falta de intimidad.

“Tengo unos amigos que por no tener plata tienen que depender de sus hijos y ni siquiera tienen un rinconcito propio donde poder estar solitos” (E8M).

“Otro problema que yo he visto, es que ahora las casas están hechas con paredes muy delgadas y se escucha todo lo que se conversa de una pieza a otra” (E5H).

Un entrevistado se refirió al bienestar que otorga una buena pensión, poder contar con recursos económicos para mejorar la calidad de vida y sus relaciones de pareja.

“El tener una buena jubilación me ha ayudado a disfrutar más la vida y a compartir experiencias distintas con mi señora” (E1H).

“Hemos tenido la oportunidad de viajar a distintos países y darnos gustitos que antes no podíamos, porque todo lo que teníamos era para los hijos” (E1H).

4.2.5.3 Factores Sociales. Todas las personas hacen hincapié en la forma en la cual la sociedad influye en sus vidas. La mayoría de los /las entrevistados se refiere al trato que la sociedad les da y al valor social que se le otorga como personas. Muchos de ellos coinciden en que se le invisibiliza, porque una vez llegada la etapa de vejez, ya no son tomados en cuenta.

“La gente no entiende que somos igual que todos” (E4M).

“No se toma en cuenta lo que nosotros sentimos” (E3M).

“Es una sociedad muy déspota con el adulto mayor” (E1H).

“La sociedad siempre trata de disminuirnos, nos mira en menos” (E2H).

En algunos discursos emerge la influencia de los prejuicios sociales en las personas de la tercera edad, refieren que existe una ignorancia tanto en la sociedad y más aún en ellos mismos y esto hace que tomen su sexualidad como una carga, con sentimiento de culpa.

“Gran culpa de nuestras inseguridades sexuales se las debemos a la sociedad que ha hecho que nos reprimamos de lo que sentimos” (E8M).

“La gente ve como malo hacerse cariño entre personas mayores” (E5H).

“Cree que porque ya no tengamos más guaguas, no tenemos derecho a pasarlo bien en la cama” (E4M).

“Es como si nosotros no tuviéramos sexualidad” (E2H).

“Me molesta cuando la gente dice que no debemos tener sexo porque nuestro cuerpo no está en condiciones, qué saben ellos” (E1H).

Algunos de los entrevistados mencionaron la falta de empatía que la sociedad tiene hacia las personas mayores y la frialdad con la cual se refieren a la sexualidad en personas ancianas.

“Hay mucha frialdad por parte de la sociedad, al de afuera no le importa lo que te pase a ti, lo que me pase a mí o lo que le pase al vecino” (E7M).

“Hay mucha burla por las expresiones de cariño en esta etapa” (E5H).

“Las personas no quieren aceptar que van a llegar a viejos y ahí recién se van a dar cuenta de lo que está pasando” (E2H).

En cada discurso denotan sentimientos de impotencia frente a la postura de la sociedad y aunque existen mayores posibilidades de participación social se sienten incomprendidos frente al tema de su sexualidad.

En el tema de los estereotipos sexuales, la mayoría de los hombres indicaron que no influyen en sus relaciones de pareja, refieren que pasan a formar parte del imaginario, pero que están conformes y felices con sus señoras, lo que hace que este modelo de mujer no sea atrayente para ellos.

“No me llaman la atención, aunque se ve todos los días en las calles, hombres viejos con cabras jóvenes” (E6H).

“Uno se imagina a su señora y siempre recuerda cuando era joven” (E2H).

“No voy a desechar el cuerpo de mi señora, porque uno igual está viejo” (E5H).

“Para mí no hay mujer más linda que mi señora, todo se complementa con que ella es mi niña bonita de antes” (E1H).

Las mujeres expresan el deseo de ser jóvenes nuevamente y poseer unos cuerpos esculturales. Hacen notar una ligera inseguridad frente al tema del cuerpo y el envejecimiento.

“Desearía ser como las niñas de hoy con bonitos cuerpos” (E3M).

“Pienso que los hombres se interesan más por ese tipo de mujeres” (E4M).

“Me pregunto si mi pareja se siente atraído por mi o solo se conforma con lo que tiene más a mano” (E8M).

4.2.5.4 Género, relaciones de poder y subordinación. En los discursos de mujeres hay una clara tendencia al machismo y refieren que el tema de la sexualidad ha sido desde siempre para ellas un tema poco conversado entre las parejas, muy privado, muchas veces con ideas erróneas, debido principalmente a un aspecto generacional, del entorno en el cual se criaron y las creencias que desde niñas se le inculcaron. Todas coincidieron que el poder siempre estuvo en el marido, que sus funciones estaban limitadas y que ellas eran felices de esa manera, ya que formaba parte de lo que era normal para la sociedad. Refieren que era el hombre el jefe de hogar, el que llevaba el sustento a la casa, el que tomaba las decisiones en cuanto al dinero y también en el plano de la sexualidad.

“Era una esposa sometida, pasaba todo el día zurciendo calcetines, bordando, haciendo las labores de la casa, mientras él enfiestado y con otras mujeres” (E7M).

“Este es un tema que viene desde atrás, que la mujer no hace esto, que la mujer no hace esto otro” (E7M).

“Tiene que ver con la formación en la que fuimos criados” (E4M).

“Si la mujer tomaba la iniciativa a la hora de intimar era muy mal mirado por las demás personas y también por el marido” (E4M).

“Mi marido siempre fue muy machista y uno por el estilo de crianza tenía que tenerle mucho respeto” (E8M).

Se puede observar que las tres entrevistadas que hicieron mención al tema del género y las relaciones de poder, son las mismas que actualmente no tienen vida sexual activa.

4.2.6 Percepción del Centro de Salud

La mayoría coincidió en una buena relación con el Centro de Salud. Algunos hacen mención de una buena adherencia al centro de salud.

“Soy bien asiduo a mis controles de salud, no me gusta faltar a ninguno” (E1H).

“Estoy en controles periódicos por mi presión” (E4M).

Tres personas mencionaron la buena acogida por parte de los profesionales, pero encuentran que el tiempo disponible para su atención es muy corto, porque no da lugar a poder conversar más pausadamente con ellos.

“Me siento acogido y cómodo cuando asisto a mis controles” (E2H).

“Encuentro que se nos dan hartos beneficios, como por ej: los remedios” (E8M).

“La atención es excelente” (E8M).

“Encuentro que los profesionales nos ven muy a la ligera” (E3M).

4.2.6.1 Falta de conocimientos sobre sexualidad y envejecimiento. En los discursos se mencionó que en la atención otorgada por los profesionales de la salud no se toca el tema de la sexualidad quedando muchas veces con dudas respecto al tema. Algunos consideran esencial en el afrontamiento de la etapa de vejez y en la sexualidad un buen conocimiento de los cambios físicos y orgánicos que se producen a medida que avanza la edad. Refirieron la poca preocupación de la gente en ayudar a adquirir las herramientas necesarias para poder llevar una vida sexual satisfactoria.

“Nunca nadie me mencionó los cambios que está experimentando mi cuerpo” (E3M).

“Sabemos menos de sexualidad que niños de 10 años” (E4M).

“Los doctores a uno no le explican eso del envejecimiento” (E8M).

“Uno no está preparada para el envejecimiento en ningún aspecto” (E5H).

“Como no vemos interés por parte los profesionales, no preguntamos y nos quedamos con todas las dudas” (E1H).

Hicieron referencia a que los conocimientos que tienen actualmente están dados por sus experiencias de vida y de amistades y en muy pocas ocasiones por programas de televisión, pero que no es suficiente porque aún no logran comprender el por qué de estos cambios y qué hacer para hacerlos llevaderos.

“Yo he aprendido con la experiencia y lo que hablaban las amistades, pero no es lo mismo” (E6H).

“En la televisión a veces pasan reportajes buenos de sexualidad” (E1H).

“Yo creo que aún están a tiempo, sólo falta que se preocupen por nosotros y que puedan enseñarnos lo normal de envejecer y de sexualidad” (E8M).

En los discursos dejaron claro el interés y la inquietud que genera el tema de sexualidad y envejecimiento, manifestando su disposición para aprender. A la vez mencionaron sugerencias para mejorar la calidad de la atención.

“Cada poli debería tener una persona encargada de la afectividad y sexualidad de los ancianos” (E3M).

“Se debe cultivar la vida en pareja, enseñarnos a vivir nuestra sexualidad de acuerdo a nuestras capacidades y no enterrarnos en vida” (E2H).

“Hace falta más profesionales que les enseñen a las personas mayores a enfrentar de mejor manera el envejecimiento” (E4M).

4.2.6.1.1 Concepto de sexualidad. Sólo dos personas hicieron mención a la sexualidad como sinónimo de acto sexual.

“La sexualidad es como una unión, cuando uno se enamora lo principal es el acto sexual” (E2H).

“La sexualidad implica el tener relaciones sexuales y nada más” (E8M).

Los dos restantes muestran en sus parlamentos una mirada distinta del concepto y se refieren a él en forma más integral.

“Es un modo de vida, es un placer amoroso que comparto con mi esposa” (E6H).

“La sexualidad no se pierde hasta que uno se muere” (E6H).

“Acto de complacerse mutuamente en todos los aspectos de la vida” (E1H).

5. RESÚMEN CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

CATEGORÍAS ANÁLISIS	PERSONAS MAYORES	PROFESIONALES
<p><i>Concepto de Sexualidad</i></p> <p><i>Tema tabú</i></p>	<p>Confusión del concepto. La mayoría relaciona sexualidad con relación coital. Dificultad para hablar del tema</p>	<p>Dificultad para estructurar el concepto. La mayoría describe formas de actuación para definirla.</p>
Percepción de Sexualidad	<p>Depende de las de las experiencias previas, de las creencias y de la generación que pertenecen. La edad no influye en la sexualidad. Sentimientos de satisfacción frente a su sexualidad. La consideran fundamental para la relación de pareja Temor a la pérdida del funcionamiento sexual en varones y a la soledad en mujeres.</p>	<p>Perciben que: a las mujeres no les interesa tanto la parte sexual y a los hombres sí. Depende de la influencia social, de la relación de pareja y de los cambios físicos individuales. Tienen la necesidad de dar y recibir afecto. Existe falta de tacto entre las personas mayores</p>
Ejercicio de la sexualidad	<p>La mayoría reconoce tener actividad sexual. Reconocen cambios en el funcionamiento sexual como: disminución en la frecuencia, dificultad para la mantención de la erección y excitación en varones, falta de lubricación vaginal y relaciones sexuales dolorosas en las mujeres. El deseo sexual no ha sufrido modificación. Preámbulo sexual para mejorar sus relaciones.</p>	<p>Refieren que el deseo sexual depende de la edad, del estado de salud y de la actividad diaria de las personas mayores. Existe una transformación del acto sexual, en actos de afecto.</p>

Influencia social	<p>Se sienten menospreciados por la sociedad, no son tomados en cuenta, no se les valora como persona.</p> <p>Influencia de los prejuicios.</p> <p>Falta de empatía con los AM</p> <p>Los estereotipos sexuales no influyen en la sexualidad de los varones, pero sí en las mujeres.</p> <p>Sienten impotencia frente a la sociedad.</p>	<p>Perciben que: la sociedad los invisibiliza, los considera incapaces todos los ámbitos y más en el sexual.</p> <p>Les quita el derecho a expresarse sexualmente.</p> <p>Existe morbo respecto al tema.</p> <p>La presencia de estereotipos, los/las cohibe sexualmente.</p>
<i>Rol de los Centros de Salud</i>	<p>Reconocen: buena acogida de los profesionales</p> <p>Corto el tiempo de la atención.</p> <p>Poca preocupación por la sexualidad en AM</p> <p>No tocan el tema</p> <p>Nadie les ha enseñado los cambios producidos por el envejecimiento.</p> <p>Interés para aprender sobre sexualidad y envejecimiento</p>	<p>Reconocen: Abordaje de lo biológico.</p> <p>No consideran la salud sexual de los AM.</p> <p>El tiempo de atención no es suficiente para abordar el tema.</p> <p>Aún tienen algunos prejuicios sobre sexualidad en personas mayores.</p> <p>Escaso manejo del tema.</p> <p>No hay llegada a los AM.</p> <p>Falta de capacitación en el tema.</p>
Políticas y Planes de Salud vigentes	Desconocen los aspectos que éstas incluyen	<p>Refieren: Falta un enfoque integral.</p> <p>No incluyen la salud sexual de los AM.</p> <p>Se implementaron tardíamente.</p>
Enfoque de género y subordinación	<p>Diferencias marcadas entre roles de hombres y mujeres.</p> <p>Mujeres influidas por creencias y formas de conductas transmitidas generacionalmente</p>	<p>Subordinación de la mujer</p> <p>Sobre expresión sexual permitida para el hombre y no para la mujer</p> <p>Desigualdad</p>

<i>Falta de información y conocimientos sobre sexualidad en la tercera edad</i>	Desconocimiento de los cambios biológicos del envejecimiento y sobre sexualidad	Falta de estudios y literatura sobre sexualidad en personas mayores.
<i>Falta de capacitación en sexualidad en tercera edad</i>		Se encuentran desvalidos frente al tema No abordan el tema por temor a no responder adecuadamente No pueden satisfacer la demanda en salud sexual de personas mayores
<i>violencia</i>	Reconocen la exclusión social y la pérdida de respeto hacia sus personas	Pesquisa de violencia física, económica y emocional por parte de familia, cuidadores y sociedad. Aumento de casos de depresión, consecuencia de la violencia
<i>Crianza de los nietos</i>		Aumenta las expectativas y el sentirse útiles nuevamente. Postergación de la vida en pareja
<i>Expectativas</i>		Depende de las experiencias de relación de pareja y autoestima.

Nota: Las categorías escritas con letra negrita-cursiva, corresponden a las categorías emergentes en los discursos de las profesionales y personas mayores del estudio.

6. DISCUSIÓN

En este estudio emergió del discurso de las personas mayores y de las profesionales, la categoría escaso conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y su implicancia en la sexualidad. Sobre esto, la literatura revisada señala que cuando las personas no entienden los cambios biológicos del envejecimiento las personas sienten temor y ansiedad frente al suceso que están viviendo y se enfrentan a él sin una adecuada preparación. El tema de la influencia del envejecimiento sobre la actividad sexual es un asunto de nuestro siglo. Las personas se están enfrentando de forma súbita a una prolongación de la vida con escasos conocimientos de su capacidad fisiológica y un patrón cultural donde se integran rígidos conceptos sobre sexo y sexualidad. Mc.CARY (1996), señala que los ancianos entran en la etapa de senectud con preocupación y temor a cerca de sus nuevos roles. Han sido desplazados por los jóvenes en asuntos sexuales y en la vida social, por lo que tienden a profundizar el concepto de que ser viejo es algo vergonzoso y denigrante. BRIGUEIRO (2002), sostiene que el curso de la vida sexual coincide con el curso de la vida, por lo tanto, el ejercicio sexual sólo finaliza con la muerte. En este sentido, el conocimiento sobre los cambios biológicos y las experiencias de vida cambian los parámetros de normalidad y anormalidad respecto del ejercicio sexual en la vejez. La reacción al envejecimiento está determinada por la percepción personal y la adaptación psicológica de los cambios biológicos producidos en esta etapa de la vida, por lo que se hace indispensable el conocimiento de la alianza envejecimiento- sexualidad.

Existe confusión sobre el concepto de sexualidad en personas mayores, ya que prima la corporalidad expresada a través del coito. Para ellos actividad sexual, sexo y relación coital tienen el mismo significado. Las profesionales tenían claro el concepto de sexualidad, pero se pudo apreciar dificultad para definir el término, haciendo alusión a estructuraciones abstractas del concepto. Es fundamental para el logro de una sexualidad plena, entender su significado e implicancias, pero más que el conocimiento integral, se debe priorizar los aspectos emocionales como sentirse cómodo con la propia sexualidad ya que esto acarrea consecuencias perdurables. La literatura menciona al respecto que: sexo es el hecho de ser hombre o mujer, es la genitalidad con la que nace una persona y es innato al ser humano. Actividad sexual es un componente de la sexualidad, que se refiere al contacto físico a través del cuerpo y de los genitales incluyendo el erotismo y pueden ser penetrativas o no penetrativas. Las no penetrativas incluyen caricias, besos, abrazos y masturbación, sin llegar a la penetración y penetrativas significa que además de besos, abrazos y caricias, hay contacto genital. Estas últimas también consideradas como relación coital (Mc CARY, 1996).

Las percepciones de las profesionales frente a las expresiones sexuales en personas mayores y la realidad que viven los propios protagonistas, se estigmatizan en expresiones de afecto exentas de actividad sexual penetrativa. Los ancianos y ancianas lo perciben distinto,

relatando en su mayoría prácticas coitales unidas a expresiones de afecto. CAYO *et al* (2003), menciona que una de las finalidades de la sexualidad en personas mayores es el acto sexual y alcance del orgasmo y, describe ausencia total de juegos y fantasías eróticas previo a sus relaciones sexuales. Si bien puede ser una de las finalidades no es la más decidora dentro de la relación sexual y esto lo hacen saber los adultos mayores de este estudio, cuando resaltan la importancia del preámbulo sexual para lograr el deseo mutuo y el goce en sus relaciones sexuales. La utilización del tacto es fundamental en las relaciones humanas y se considera un medio para la intimidad sexual. La necesidad de tocar y ser tocado constituye una variedad esencial de comunicación entre la pareja. Cuando hay ausencia de caricias o de contacto físico se pueden generar intercambios afectivos negativos y frustración por no alcanzar la satisfacción sexual. MASTERS Y JONSON, enunciado por POLITZER (2001), señalan cuatro fases del ciclo de la respuesta sexual humana: excitación, meseta, orgasmo y resolución, siendo la primera de ellas, conducta descrita por los adultos mayores. La fase de excitación se refiere al conjunto de actividades que conforman el preludio de la relación sexual y que están destinadas a preparar el cuerpo para la penetración y posterior goce sexual. La mayoría de las personas mayores, reconocen un cambio en la calidad de sus relaciones sexuales que parte por el entendimiento con sus parejas y un mayor contacto físico, que en la juventud, no estaban de igual manera contempladas.

Otro hallazgo fue el enlentecimiento (cambios) de la función sexual, de hombres y mujeres mayores que no conlleva al cese de las relaciones sexuales, sino que determina formas innovadoras de llevarlas a cabo. Las profesionales y adultos mayores coinciden en que los cambios que producen enlentecimiento de la función sexual incluyen: disminución de la frecuencia de actividad sexual, dificultad para alcanzar y mantener la erección en los hombres, disminución de lubricación vaginal y dispareunia en mujeres. Se confirma también que las personas mayores que tienen antecedentes de relaciones sexuales satisfactorias corresponden a las mismas que en la actualidad son activos y activas sexualmente. Por el contrario las personas que no han tenido una buena experiencia tanto afectiva como sexual, en la actualidad, rechazan la sexualidad y sienten frustración frente a ella. Las evidencias empíricas y la experiencia clínica muestran que la ausencia de vínculos afectivos puede ir asociada a sufrimiento psíquico y relacional. Algunas personas mayores se ven obligadas a prescindir de relaciones sexuales o a restringirlas al ámbito familiar, lo que provoca sentimientos de soledad y genera lazos de dependencia muy fuertes. A la vez mencionan que el cese o continuación de la actividad sexual no se debe exclusivamente a la edad, existen otros factores como el tipo y la calidad de la relación sexual previa, el hecho de ser hombre o mujer, la salud o la existencia de una pareja accesible (HERRERA, 2003).

En relación al deseo o interés sexual, hombres y mujeres mayores señalan que no ha desaparecido, pero que es menos intenso que en la juventud. Las profesionales sostienen que el deseo sexual depende de la edad, del estado de salud y de la experiencia de la relación de pareja. LOPEZ-OLMOS (2002), señala que el deseo sexual se ve afectado por circunstancias de vida de la pareja. No hay sincronía absoluta en el apetito sexual entre el hombre y la mujer sino que hay grados dispares de interés sexual y esto se debe principalmente a factores

psicológicos y no a efectos hormonales como el resto de los cambios producidos en el envejecimiento, por lo tanto, que exista deseo mutuo para concretar el acto sexual va a depender de la interacción previa y la comunicación que tenga la pareja. Es importante entender que la sexualidad no desaparece ni se pierde con el devenir de los años, lo que ocurre es que adopta formas distintas, se expresa de modo diferente cuando las personas se van haciendo mayores. VALERA *et al* (2004), al respecto, mencionan que el envejecimiento no es por si solo, un factor que origine disminución de interés sexual en personas mayores, ni tampoco su capacidad de respuesta sexual.

De la influencia sociocultural sobre la sexualidad en la tercera edad, destacaron el rol de los prejuicios sociales sobre emociones y sexualidad que se basan principalmente en mitos y creencias erróneas sobre el envejecimiento. Ambas partes reconocen que la sociedad posee una actitud negativa hacia la expresión sexual de las personas mayores, desapruueba la actividad coital en la tercera edad y los trata de incapaces en el aporte económico, social, familiar y sexual. Muchas personas mayores se sienten menospreciadas y excluidas de la sociedad debido a actitudes retrógradas que tienen con ellos. El respeto hacia las personas mayores se ha ido perdiendo, no se les valora y en ocasiones el tema de la sexualidad es motivo de burlas y morbosidad del común de la gente. Con esto queda demostrada la ignorancia masificada de la sociedad que impone límites ente lo permitido y lo no permitido. La literatura menciona que la sociedad valora negativamente la vejez y no quiere aceptarla. Así mismo tiende a considerarla un proceso irreversible, asociado a un deterioro físico y psicológico irrecuperable. Por ello, persiste la idea de que la llamada tercera edad es sinónimo de asexualización, de ahí que se haya silenciado y privado del derecho de las personas mayores a disfrutar de su vida sexual y afectiva (GARCÍA, 2005).

Las profesionales refieren que la influencia de los estereotipos sexuales sobre la sexualidad de las personas mayores depende de la autovaloración del cuerpo y de la apreciación que da la pareja. Esta influencia varía según género, siendo más determinante en las actitudes y conductas sexuales de algunas mujeres. Frente a esto se produce una contradicción, porque los hombres mayores, por su proceso de socialización, tienen la idea de potenciadores sexuales muy asociada con la imagen corporal, que con envejecimiento y cambios físicos tenderían a sentirse inferiores e incapaces frente a su sexualidad, lo que no ocurrió así. VALERA *et al*. (2004), mencionan que el estereotipo de figura corporal joven como atractivo sexual, la belleza y la delgadez, hace que en la ancianidad el aspecto físico sea visto poco atractivo e incluso con repulsión. Esto conlleva que el anciano valore negativamente su cuerpo, y en ocasiones, condicionan su conducta sexual por sentirse poco atractivos para despertar deseos sexuales en los demás. GARCÍA 2005, señala que es la misma sociedad quien, con inusitada energía, promueve y refuerza un modelo juvenil de salud y lozanía.

Dentro de la influencia sociocultural mencionada en el estudio está también el enfoque de género. Las profesionales refieren que afecta especialmente a la mujer mayor, por las creencias y formas de conducta transmitidas que permitían al hombre una sobre expresión de su sexualidad y reprimían a la mujer. Los relatos indican que las mujeres continúan con el rol

pasivo frente a la expresión de su sexualidad, sintiendo temor de demostrar sus sentimientos porque fueron formadas para actuar de esta manera. Persiste la creencia que el término de la vida reproductiva pone fin a toda manifestación sexual, es decir, su sexualidad queda reducida al rol cumplido de madre y esposa. POLITZER (2001), refiere que las realidades de la sexualidad masculina quedarán para siempre a la vista y se hablará de ellos en los más diversos tonos. Las verdades de la sexualidad femenina permanecerán escondidas y silenciadas. La mujer con su sexo inescrutable puede perderse en el recato, vagando por un camino equivocado de la anatomía y de las emociones. Ni sus genitales, ni sus placeres serán ostensibles. La fuerza de lo oculto unida a factores sociales y culturales, se arraiga de tal manera que aunque sus genitales no están a la vista, las niñas de pequeñas comienzan a taparse y a dejar de exhibir el cuerpo, incluso cuando están entre ellas. Por el contrario, los hombres aprenden a lucirlo y a compararlo con el de sus pares, lo que afecta su desarrollo y posterior expresión de su sexualidad. Queda claro la desigualdad en el enfoque de género que privilegia el accionar del hombre por sobre la mujer. Frente a esto una de las profesionales hace alusión al tema con una frase para la reflexión:

“La sociedad en la cual vivimos condena al hombre a ser monógamo, por naturaleza no debería ser así, porque el hombre eyacula las veces que quiere en el día y la mujer ovula sólo una vez al mes”

Emerge en el estudio la dificultad del equipo de salud para abordar el tema de la sexualidad en la tercera edad. Las profesionales muchas veces prefieren eludir el tema por falta de conocimientos y capacitación, limitándose a contestar sólo cuando alguna persona mayor se atreve a preguntar. TRUDEL et al 2000 menciona al respecto, que los equipos de salud aceptan la sexualidad en la tercera edad, pero deben darse cuenta hasta que punto sus conocimientos influyen en las actitudes que adopten hacia la sexualidad de las personas mayores.

Las personas mayores del estudio refieren sentirse acogidas por los profesionales sanitarios, pero a la vez sienten que sus demandas en el plano sexual no están siendo consideradas, llegando a pensar que carecen de importancia o por el contrario a sobreestimar sus afecciones. Las personas mayores sienten que a los profesionales no les interesa lo que a ellos les pasa en la parte sexual y sienten vergüenza y temor de preguntar, quedándose muchas veces con dudas e ideas inciertas al respecto. Es importante que las profesionales aprendan a diferenciar entre los cambios funcionales en la respuesta sexual que se consideran normales durante el envejecimiento y los trastornos de la sexualidad. Destaca dentro del estudio que los hombres adultos mayores muestran mayor tranquilidad frente a estos cambios, se aprecia en ellos una mejor aceptación del proceso en comparación a las mujeres. LÓPEZ-OLMOS (2002), menciona que en hombres ancianos se produce una reacción psicológica de pérdida de virilidad, haciendo un esfuerzo compensador que produce aumento de ansiedad y posteriores problemas sexuales, que lo lleva a dependencia y hostilidad con su pareja producto del temor y la información errónea.

Emergió del discurso de las profesionales el tema de las limitaciones en la entrega de información sobre sexualidad a las personas mayores. Señalan que para entregar una atención integral y dirigida no son adecuados los tiempos y espacios destinados a la atención de usuarios, que existe precariedad de información disponible de sexualidad en la tercera edad y que persisten prejuicios de los profesionales respecto a las personas ancianas. Irónico, cierto...? Ya que uno esperaría que personas con estudios superiores tuvieran un criterio más amplio que el común de la gente. HERRERA lo confirma en su estudio realizado el 2003, señalando que en nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso de los profesionales sanitarios. Las creencias y los conocimientos erróneos se manifiestan en las historias clínicas donde no se recogen datos sobre la actividad sexual y esto se explica erróneamente en algunos casos por el supuesto de que los ancianos son sexualmente inactivos y, en otros, debido a la incomodidad de formular las preguntas o el temor de no poder responder adecuadamente a las dudas que planteen las personas mayores sobre este tema.

Las profesionales reconocen donde están las falencias, lo que significa un avance para revertir la situación, sólo falta que se comprometan como equipos y en forma personal a intervenir más allá de los aspectos biológicos de las personas ancianas, con el fin de ayudarlos a mejorar su calidad de vida. No se puede esperar a que las políticas públicas y los programas de salud del adulto mayor incluyan la salud sexual para recién comenzar a pensar en cómo intervenir, el cambio debe empezar por los prestadores de salud. La población adulta mayor ha ido aumentando considerablemente y con ello sus demandas en la atención. Es por esto que existe la necesidad urgente de capacitar a los profesionales de la salud en sexualidad humana en la tercera edad, para poder entregar a las personas mayores las herramientas necesarias para afrontar de manera positiva los cambios biológicos del proceso de envejecimiento y una sexualidad satisfactoria y plena.

Los programas y políticas de salud vigentes fueron temas abordados por las profesionales del estudio. Hicieron mención a la falta de un enfoque integral en la atención de las personas mayores y criticaron los programas existentes, porque no incluyen en ninguna de sus acciones la salud sexual de las personas mayores. MINSAL (2006), señala que el programa de salud del adulto mayor tiene como objetivos: mantener o recuperar la autonomía de los adultos mayores, en consideración a la alta prevalencia de enfermedades crónicas o de secuelas invalidantes, con el fin de evitar que ellas se conviertan en factores limitantes en el desarrollo de las actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar. Disminuir la mortalidad por causas prevenibles o evitables contribuyendo a prolongar la vida y, por último, incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención, atención curativa y rehabilitación específica en la perspectiva de un envejecimiento activo. Las acciones que contempla son: Alimentación complementaria, control de salud que evalúa la funcionalidad y factores de riesgo que pueden afectar a los ancianos, vacuna anti-influenza, enfermedades catastróficas, enfermedades crónicas entre otras. Y es lo que se está haciendo actualmente en los centros de salud y hospitales nacionales, pero no se incluye la salud sexual y la consejería en sexualidad para el adulto mayor.

Las profesionales enfatizaron el rol del Estado en la creación de políticas que incluyan la salud sexual de las personas mayores. Si bien es cierto que no incluyen la salud sexual de los ancianos, sus creadores son personas con competencia profesional que conocen las realidades locales o por lo menos debería ser así. El problema quizás radica en la mentalidad y en la cultura profesional, ya que por más que se traten problemas biopsicosociales, persisten prejuicios frente a la sexualidad en la tercera edad, incluso en gente docta que refuerza la invisibilidad de esta área. Señalan además que el Estado tiene el desafío de crear políticas que aumenten las expectativas en los adultos mayores del mañana, debido al aumento de las expectativas de vida de las personas, por lo tanto debe procurar la intervención de etapas jóvenes para lograr una mejor adaptación en la tercera edad. Esto debe comenzar por un cambio en la mentalidad de la sociedad y la necesidad de intervención debe partir en la atención primaria de salud, los profesionales son los más adecuados para poder crear estrategias de promoción en salud sexual con el fin de lograr un envejecimiento natural, y una mejor calidad de vida de las nuevas generaciones. GUZMÁN (2002) en esta misma línea, señala la importancia de los cambios nacionales para tratar el envejecimiento. Ya existe la tendencia a introducir cambios institucionales, legales o programáticos para favorecer una mayor cobertura de servicios que apunten a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. FLORES (1998), por su parte menciona que el Estado debe velar porque sus acciones rindan los frutos esperados y para ello, se requiere establecer un riguroso proceso de planificación social que contemple como mandato la estimación de la calidad de vida que resulte de los programas de acción e intervención social.

Se puede apreciar que el incremento de la calidad de vida, como lo mencionan algunos autores y también algunas profesionales, es un tema recurrente en los objetivos de los planes, programas y políticas dirigidas a las personas mayores, pero ¿qué significa calidad de vida? ¿Tiene el mismo significado para el gobierno, que para los adultos mayores? Se debe contar previamente con antecedentes válidos que den cuenta del modo de vida, nivel de vida y estilos de vida de las personas mayores en relación con variables económicas, sociales y culturales, para desde ahí comenzar a hablar de calidad de vida y tratar de mejorarla. Es necesario incluir aspectos que hagan que las personas mayores se sientan cómodas y felices con lo que tienen, incluyendo su sexualidad. CAYO *et al.* (2003), mencionan que una buena actividad sexual, contribuye a una buena calidad de vida, porque la sexualidad está presente en todas las dimensiones del ser humano, por lo tanto, no se puede desconocer su importancia, y tampoco ignorarla.

Un hallazgo emergente fue la pesquisa de violencia en adultos mayores, mencionada por las profesionales al referirse al rol de los centros asistenciales con el adulto mayor. Incluye violencia emocional, física y económica por parte de sus familias, cuidadores y por la sociedad. Según la literatura, empujones, cachetadas, puñetes, quemaduras e incluso la muerte, serían algunos de los abusos “visibles” que sufren a diario cientos de adultos mayores en el país. Pero éstos no son los únicos actos de violencia a los que están expuestos, el Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA) acaba de tipificar las agresiones que padecen, donde además del maltrato físico está el abandono, la negligencia, la agresión psicológica, el abuso patrimonial (apropiación fraudulenta de sus bienes), el maltrato estructural o societario e incluso el abuso

sexual. La experiencia de vida, como legado histórico y cultural que los mayores están en condiciones de transmitir es descalificada ante la cultura de la instantaneidad, donde el pasado aparece caduco y sin sentido (SENAMA, 2005).

Cada día aumentan los casos de depresión en personas mayores, lo que está estrechamente relacionado con experiencias de vida marcadas por sucesos violentos. Pretendemos abordar el tema de la sexualidad en ellos, pero la realidad deja en manifiesto que las necesidades de este grupo desafortunado de ancianos incluyen aspectos de la vida cotidiana que tiene que ver con la convivencia familiar y social. ¿Qué está pasando con nuestra sociedad? ¿Por qué esa forma de tratar a las personas mayores? ¿Es acaso que nosotros no vamos a envejecer nunca? Es importante la pesquisa y derivación oportuna de este tipo de casos para poder darle a nuestros ancianos y su entorno esperanzas y motivación para lograr mejores condiciones de vida.

Las profesionales mencionan como tema emergente la disminución de expectativas en personas mayores, debido a imposición social que excluye al adulto mayor de las actividades productivas. Con la jubilación pierden las esperanzas e ilusión de ser útiles para la sociedad, viéndose afectada su autoestima. Si los adultos mayores poseen baja autoestima no pueden hacer frente a las adversidades de la vida. Refieren que con la partida de los hijos del hogar se acaban las proyecciones de pareja, muchas veces se produce un quiebre en las relaciones amorosas, se acaba la sexualidad, se sienten solos sin apoyo de la familia y de la sociedad. Por otro lado si reciben la atención necesaria y se sienten útiles y apoyados emocionalmente, vuelven a re-encontrar el sentido de la vida.

Dentro de esta categoría, emerge el tema de la crianza de los nietos con diferentes opiniones de las profesionales. Algunas manifiestan que la crianza de los nietos posterga la relación de pareja, que antes había estado postergada por la crianza de los hijos. Otras en cambio señalan que la crianza de los nietos actúa como factor favorecedor de nuevas expectativas, mejora la autoestima, se sienten útiles y necesitados nuevamente. Al respecto la literatura menciona que la creación de un sentido de vida es una realidad que se expresa en la ancianidad, nadie se levanta en la mañana y no tiene nada que hacer, siempre se piensa qué se va hacer en el día y qué se va hacer en un futuro orientándose en las diferentes áreas de vida (familiar, pareja, relaciones interpersonales). Es normal que el hombre se proyecte hacia el futuro como una expresión de tiempo (RAMÍREZ, 2005). YSERN 1999, señala que los adultos mayores llegan a la edad de jubilación y se sienten todavía en plenitud para realizar trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. A pesar de que ellos se ven así de bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva y que deben retirarse. Un adecuado nivel de autoestima es garantía de que los adultos mayores podrán hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida y no decaerá su ánimo fácilmente.

7. CONCLUSIONES

El campo de la sexualidad en la tercera edad es una de las áreas más difíciles de comprender, debido a la falta de conocimientos respecto a la alianza envejecimiento y sexualidad.

Existe confusión en las personas mayores del concepto de sexualidad, la mayoría confunde sexualidad con sexo, pero al describir la actividad sexual dejan claro que no es sólo acto coital.

La mayoría de las personas mayores son sexualmente activas. El preámbulo sexual forma parte de sus relaciones sexuales, considerándolo un elemento esencial para el logro del deseo sexual y satisfacción mutua.

El éxito en las relaciones sexuales depende de las actitudes positivas, de las experiencias previas y de la aceptación de los cambios fisiológicos del envejecimiento. El desconocimiento de estos cambios puede llevar a sentimientos de angustia e incertidumbre y provocar problemas en el funcionamiento sexual con consecuencias en la salud mental y en la relación de pareja.

Existe un enlentecimiento en la función sexual de las personas mayores que no significa el cese de las relaciones sexuales, sino que determina formas innovadoras de llevarlas a cabo. Se produce asincronismo entre el deseo sexual del hombre y la mujer, lo que no significa ausencia de apetito sexual.

Los prejuicios sociales llevan a considerar a las personas ancianas como incapaces en el aporte económico, social y sexual. Si éstos son internalizados por ellas, pueden ocasionar sentimientos de culpa, frustración y cese del funcionamiento sexual.

Los estereotipos sexuales que privilegian la juventud, poseen mayor influencia en la sexualidad de las mujeres, provocando baja autoestima. No así en los hombres que están conformes con sus cuerpos y con los de sus parejas.

Los factores culturales influyen sobre la sexualidad de las personas ancianas, especialmente en las mujeres, debido a las creencias y formas de conducta transmitidas generacionalmente que permitía al hombre una “sobre expresión” de su sexualidad y reprimía a la mujer.

Los centros asistencialistas, no están respondiendo a todas las demandas de las personas mayores, se preocupan sólo del abordaje biológico y no toman en cuenta su Salud Sexual.

Existe falta de capacitación de los y las profesionales de la Salud frente al tema de la sexualidad en la tercera edad, que los lleva a eludir el tema o limitarse a contestar sólo si se les pregunta.

El tiempo disponible para la atención de las profesionales no es suficiente para entregar una atención integral que incluya el plano sexual de las personas mayores, como tampoco el espacio físico.

Existe la necesidad de intervención de las etapas previas del ciclo vital para un mejor afrontamiento del proceso de envejecimiento y disfrute de la sexualidad.

Las políticas, planes y programas de salud tienen en común el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, preocupándose de la salud física, psicológica y social, pero no incluyen la Salud Sexual, lo que demuestra que la percepción de calidad de vida difiere entre el Gobierno y las personas ancianas.

Las profesionales pesquisan aumento de violencia en personas mayores por parte de sus familias, cuidadores y de la sociedad. Incluye violencia física, emocional y económica.

Existe disminución de expectativas en personas mayores, por imposición social, que excluye al adulto mayor de las actividades productivas, ocasionando baja autoestima y depresión.

La crianza de los nietos puede actuar de dos maneras: disminuye las proyecciones como pareja, postergando su sexualidad o aumenta las expectativas de las personas mayores y otorga sentido a sus vidas.

Los resultados de la investigación terminan con el mito: “personas mayores = seres asexuados”

Este estudio aporta en dos perspectivas: Una en el conocimiento de un tema poco explorado y por otro lado en que los resultados dan cuenta de las falencias y limitaciones de la política pública en salud, con lo que contribuye además de la reflexión, la incorporación de estas materias en las políticas de salud para el adulto mayor.

Dentro de las proyecciones del estudio es fundamental que como matronas y matrones continuemos investigando e interesándonos en este tema tan desconocido y cuestionado por muchos, de modo de ampliar el campo de la matronería y aportar nuevos conocimientos a nuestra disciplina, entregando una atención integral y de calidad para que las personas mayores obtengan las herramientas necesarias para conocer y disfrutar sin temores de una sexualidad satisfactoria y plena. Como también motivar al gobierno para la creación de Políticas y/o programas de salud que incluyan al adulto mayor como seres integrales que al igual que en las personas de otros ciclos vitales incorporen la salud sexual como parte fundamental en el desarrollo personal y en la mejora de la calidad de vida.

8. BIBLIOGRAFIA

CAYO G, FLORES E, PEREA X, PIZARRO M, ARACENA A. 2003. La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo: Journal of sex research. V 39 n1.

CELADE. 2000. Chile y Panamá: Las condiciones de vida de los Adultos Mayores. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/publica/LCDEM301e.htm>.

CELADE.2000. La transición demográfica en América Latina: Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Disponible en: <E:\La Transición Demográfica en América Latina.htm>.

CEPAL. 2004. América Latina y el Caribe: “Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050”, Santiago de Chile, Instituto Nacional de Estadística/ Centro Latinoamericano de Demografía (INE/CELADE)

DELLO M, 1998. Sexual Feelings and sexual life. Archives Gerona. and Geriat; 6:155-162.

FLORES C, 1998. Sexología en Geriatria. Revista sexualidad, Montevideo; 6(3): 36-9

GARCÍA J, 2005. La sexualidad y la afectividad en la vejez. Madrid, portal mayores, informes portal mayores n 41. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>

GONZÁLEZ, I; MIYAR, E. 2001. Respuesta sexual en la mujer climatérica. Revista Cubana de Medicina General Integral. 17(4): 328-330

GONZÁLEZ L, 2002. Sexualidad en la tercera edad. Rev. cubana Med. Ger Integ; v18 (3): 220-222.

GUERRERO R; GUEZMES A, 2003. Definición de los derechos sexuales y derechos reproductivos. CENDOC- MUJER, Lima – Perú. Campañas de difusión: n33.

GUZMÁN J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y El Caribe: Políticas públicas y acciones de la sociedad. Área población y desarrollo del CELADE, Chile, Mayo 2002.

HENRY, K.2002. Estereotipos ponen en peligro la salud sexual. Family Health International; Vol.21,n 4. Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/networks/sv21-4/ns2142.html>

HERRERA, R; LLACA, V. 2004. Trastornos sexuales durante el climaterio. Revista del Climaterio; 7(38): 62-77.

HERRERA, A. 2003. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Revista chilena de Obstetricia y Ginecología; 68(2):150-162.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE). 2002. Desafíos para un Chile que entra en años. Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública, Universidad del Desarrollo. Disponible en: <http://www.puc.cl/equidadchile/Envejecimiento.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE). 2003. Síntesis de resultados Censo, 2002. Santiago de Chile, 2003.

JANESICK V, 1998. The dance of qualitative research design: methaphor, methodolatry, and meaning. In: Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (Eds). Strategies of qualitative inquiry. pp.:35-85. Thousand Oaks, Sage.

KEISER, F. 1996. Sexuality in the elderly. Urol Clin North Am; 23: 99-109.

LIMENTANI, A. 1995. Creativity and the third age. International Journal of Psychoanalysis; 76: 825-833.

LOPEZ-OLMOS J, 2003. Problemas sexuales de la pareja de la mujer posmenopáusica. Rev. Investi. Gin. Obst; 30(10):333-8

Mc.CARY, J; Mc.CARY, S; ALVAREZ, J; DEL RIO, C; SUÁREZ, J. 1996. Sexualidad humana de Mc.Cary. Editado por María Gómez López. El manual moderno. México – Santa fe de Bogotá. Pp: 217- 226.

MORAGAS, R.1998. Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de vida., 2ª edición. Barcelona, España. Erder. V 1.Pp: 21-23

MORRIS M, C.M., M.D. 2000. Sexuality among Older Women. Journal of women s health and gender based medicine; 9(1): 15-20.

PINEDA E, ALVARADO L, CANALES F. (1994) “Metodología de la investigación”, manual para el desarrollo de personal de salud, Organización Panamericana de la salud. 225p

POLITZER, P; WEINSTEIN, E. 2001. Mujeres: la sexualidad secreta. 6ª ed. Sudamericana. Santiago, Chile. Pp: 24-25.

REGUEIRA, J; CERVERA, L; PEREZ, J; DEL TORO, J. 2002. Sexualidad en la tercera edad. Rev. Cubana Med Gen Integr. ; 18(5): 336-339

SALA, M; GONZALEZ, M. 1999. Climaterio y Menopausia. II parte. La sexualidad en el climaterio. *Revista sexología y Sociedad*; 5(3): 17-19

SARMIENTOS G, PAGOLA J, ORAMAS L, 1999. La sexualidad en el adulto mayor. *Rev. Sexología y sociedad*; 5(3):29-32

STEINKE, E.1997. Sexuality in Aging: Implications for nursing facility Staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 28(2):59-63.

STRAUSS A, CORBIN J, 1994. Grounded theory methodology. An overview. In N. Denzin Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

TRUDEL, G; TURGEON, L; PICHE, L. 2000. Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*; 15(4): 381-406

VALDIVIA G. 1994. Aspectos de la situación de Salud del Adulto y Senescente en Chile. *Boletín Esc. Med. Pontificie Universidad Católica de Chile*; 23: 18-22

VALERA J, MARTÍNEZ B, DÍAZ M, CALVO F. 2004. Factores biopsicosociales de la sexualidad en los ancianos. *Rev. Multidiscip. Gerontología*; 14(3): 150-157.

WILLERT, A; SEMANS, M. 2000. Knowledge and attitudes about later life sexuality: what clinicians need to know about helping the elderly; 22(4):415-435

YSERN J, 1999. Inteligencia emocional en el Adulto Mayor. Avances y desafíos para un enfoque integral. Universidad del Bio- Bio, Chillán. Chile, 1999.
Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/vitrina/adultomayor.htm>

ZEIDENSTEIN, S; MOORE, K. 1999. Aprendiendo sobre sexualidad. The Population Council. Nueva York. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 9(1): 55-64)

9. ANEXOS (ANEXO 1)

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Investigadora responsable: Laura Natividad Echenique Vidal

Título del proyecto: Estudio de sexualidad en la tercera edad

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito conocer las opiniones, creencias y mitos de la sexualidad en personas de la Tercera Edad.

Al participar en este estudio, yo estoy en pleno conocimiento de los objetivos de la investigación. Y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Yo entiendo que:

1. En mi participación, se asegura que los beneficios son mayores que los riesgos, y la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y / o colaboradoras del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto: Laura Echenique Vidal. Fono: 09-1322705.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Investigador responsable

Participante

ANEXO 2

PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

I Presentación de la entrevistadora con el/la participante

II Le doy a conocer el Propósito de la entrevista y del Proyecto

Le leo al /la participante Acta de consentimiento informado, asegurándole anonimato y confidencialidad de la información recogida. Le ofrezco espacio para preguntas.
Presentación del Acta de consentimiento y firma.

III Metodología.

Explico al/el participante que se trata de una conversación privada, garantizándole anonimato de la información, la cual será utilizada sólo con fines académicos, teniendo siempre plena libertad de expresión para tocar determinados temas. Le informo que la conversación será conducida con una pauta de entrevista con los temas más relevantes para la investigación, dando la oportunidad a información colateral relacionada con los temas planteados en la pauta, asegurándole respeto y atención de la información emitida.

Por último, le informo que se realizará registros grabados y escritos de la conversación, para lo cual se solicita su autorización.

El tiempo de la entrevista dependerá de la duración de la conversación.

Métodos para provocar el discurso: Lectura de párrafos con vivencias relacionadas con el tema e imágenes representativas.

IV Temas a enfocar

Conductas, actitudes y prejuicios frente al tema de la sexualidad

Expresión de sentimientos y emociones

Temores hacia la sexualidad

Estereotipos sexuales

Prácticas sexuales actuales y previas (juventud)

Grado de conocimiento sobre efectos del envejecimiento biológico

Influencia del envejecimiento en la sexualidad

Factores socioculturales y respuesta sexual

Género

Visión y conocimiento de Políticas, planes y programas de Salud.

ANEXO 3 PAUTA PARA GRUPOS FOCALES

OBJETIVO: Explorar los significados, representaciones y percepciones que tienen las personas que forman parte de la red asistencial de/la Adulto/a Mayor respecto a Sexualidad y Tercera edad.

I Introducción

Buenas tardes, primero que todo les doy la bienvenida y agradezco a todos y a todas su valiosa participación. Comienzo con presentarme: Soy Laura Echenique, alumna tesista de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile y estoy realizando una investigación para acceder al grado de licenciatura. Por este motivo los he invitado a conversar acerca del tema de la Sexualidad en la Tercera Edad, ya que me gustaría conocer los planteamientos en el tema que tiene el equipo de Salud que trabaja con los/las Adultos / as Mayores en esta comuna. Se profundizarán aquellos temas que tienen relación con el estudio y por ello es fundamental que presenten todas sus opiniones y comenten todo lo que sea necesario. Es importante que el tema de la conversación sea enfatizado desde sus experiencias laborales y personales que ocurren del diario contacto las personas.

II Presentación del equipo y participantes (Nombre, actividad y procedencia)

Antes de comenzar pido por favor, apagar todos los celulares para evitar así la interrupción de la conversación. Pido a cada uno de ustedes por favor presentarse, destacar área de trabajo y tipo de personas usuarias con las que interactúan.

III Metodología de trabajo

Les comunico que la información recogida es confidencial y anónima y que sólo será utilizada en el contexto de la investigación. Para facilitar la conversación deben solicitar la palabra y no interrumpir a las personas que estén hablando, pues cada una de sus opiniones es muy importante para la investigación.

Para tal efecto vamos a realizar registros grabados y escritos de la conversación que estarán a cargo de Carmen Godoy, alumna tesista de la carrera de Auditoría de la Universidad de los Lagos, que en esta oportunidad participará como mi asistente. La función de Carmen está limitada sólo a los registros de la conversación. Les ruego que por favor se identifiquen con un distintivo. El tiempo de la reunión será aproximadamente de 1 hora.

Para provocar el discurso se utilizará material visual consistente en:

- Escena de la película argentina “Lugares comunes” con la finalidad de dar espacio a controversias y opiniones.
- Y lectura de un párrafo con vivencias relacionadas con el tema.

IV Temas a enfocar

Conductas, actitudes y prejuicios de los ancianos/as frente al tema de la sexualidad

Forma de expresión de sentimientos y emociones

Temores de los ancianos/as hacia la sexualidad

Estereotipos sexuales

Prácticas sexuales actuales y previas (juventud)

Grado de conocimiento que tienen los/las ancianos/as sobre efectos del envejecimiento biológico

Influencia del envejecimiento en la sexualidad

Factores socioculturales y respuesta sexual en la tercera edad

Género

Trastornos sexuales más comunes.

Visión de la red asistencial de Políticas, planes y programas de Salud.

V Cierre de la sesión

Se ofrece la palabra sobre algún punto a re-considerar para una discusión posterior.

Le agradezco su valiosa participación en el estudio y les reitero que toda la información recogida es confidencial y anónima, la cual será utilizada sólo con fines académicos.

¡¡¡¡ Muchas gracias ¡¡¡¡

ANEXO 4

PÁRRAFO PROVOCADOR DEL DISCURSO GRUPOS FOCALES

La lucidez es un don y es un castigo, está todo en la palabra.

Lúcido viene de Lucifer, el arcángel rebelde, el demonio; pero también se llama Lucifer el lucero del Alba, la primera estrella, la más brillante, la última en apagarse.

Lúcido viene de Lucifer y Lucifer viene de luz, de fergus; que quiere decir el que tiene luz, que genera luz; que trae la luz que permite la visión interior, el bien y el mal, todo junto; el placer y el dolor. La lucidez es dolor y el único placer que uno puede conocer, lo único que se parecerá remotamente a la alegría, será el placer de ser conciente de la propia lucidez, el silencio de la comprensión, el silencio del mero estar; en esto se van los años, en esto se va la bella alegría animal.

El despertar de la lucidez, puede no aparecer nunca, pero cuando llega, no hay modo de evitarlo, cuando llega se queda para siempre.

Cuando se percibe el absurdo, el sin sentido de la vida, se percibe también que no hay metas y que no hay progreso. Se entiende aunque no se quiere aceptar, que la vida nace con la muerte adosada, que la vida y la muerte no son consecutivas, sino simultáneas e inseparables. Si uno puede conservar la cordura y cumplir con normas en las que no cree, es porque la lucidez nos hace ver que la vida es tan banal que no se puede vivir como una tragedia...

Extracto película “Lugares Comunes”