

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



**PERCEPCIONES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES DE
60 AÑOS Y MÁS, DE CASTRO, CHILOÉ**

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

DAMARIS SUNAMITA MEZA LORCA

**VALDIVIA – CHILE
2007**

COMISION CALIFICADORA

PROFESORA PATROCINANTE : Marta Santana Soto Firma:

PROFESORA COPATROCINANTE : Debbie Guerra Maldonado Firma:

PROFESOR COLABORADOR : Tomás Rojas Vergara Firma:

FECHA DE APROBACIÓN:

INDICE DE MATERIAS

| CAPÍTULOS | PÁGINAS |
|--|-----------|
| RESUMEN | |
| SUMMARY | |
| 1. INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1.1 OBJETIVO GENERAL | 3 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 3 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 4 |
| 2.1 SITUACION ACTUAL. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ | 4 |
| 2.1.1 Envejecimiento poblacional | 4 |
| 2.1.2 Condiciones socioeconómicas de los adultos mayores | 4 |
| 2.2 LA MUJER MAYOR EN UN MUNDO QUE ENVEJECE | 6 |
| 2.2.1 Alerta demográfica: mujer mayor y envejecimiento | 6 |
| 2.2.2 Política Pública, preocupación internacional | 7 |
| 2.2.3 Salud en la mujer adulta mayor | 8 |
| 2.2.4 La mujer mayor jefa de hogar | 10 |
| 2.4 PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA MUJER | 11 |
| 2.4.1 Los cambios psicológicos del envejecimiento | 12 |
| 2.4.2 Impacto del envejecimiento en la mujer | 13 |
| 2.3 SEXUALIDAD EN LA ADULTEZ MAYOR | 13 |
| 2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 15 |
| 3. MATERIAL Y METODO | 17 |
| 3.1 DISEÑO METODOLÓGICO | 17 |
| 3.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO | 17 |
| 3.3 DISEÑO MUESTRAL | 17 |
| 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 18 |
| 3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS | 21 |
| 3.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS | 22 |
| 3.6.1 Categorías de análisis | 23 |
| 3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD | 23 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 25 |
| 4.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS | 25 |
| 4.2 RESULTADOS CUALITATIVOS. DESDE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y LOS GRUPOS FOCALES | 31 |
| 4.2.1 El antes y el ahora | 32 |
| 4.2.3 Autopercepción | 34 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.2.3 | Significados de la atención de salud | 45 |
| 4.2.4 | Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva | 52 |
| 4.2.5 | Percepciones acerca de Salud Sexual y Reproductiva | 54 |
| 4.2.6 | Influencia de factores socioculturales en las percepciones de SSR | 70 |
| 5. | CONCLUSIONES | 78 |
| 6. | BIBLIOGRAFÍA | 81 |

INDICE DE MATERIAS

| ANEXOS | PÁGINAS |
|--|---------|
| 1. CUESTIONARIO | 85 |
| 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO | 86 |
| 3. TABLA 1. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según actividad, 2006-2007 | 87 |
| 4. TABLA 2. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según escolaridad, 2006-2007 | 87 |
| 5. TABLA 3. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según estado civil, 2006-2007 | 87 |
| 6. TABLA 4. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según procedencia, año 2006-2007 | 88 |
| 7. GRÁFICO 2. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según ascendencia indígena, 2006 | 88 |
| 8. GRÁFICO 5. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según frecuencia (mensual) de consulta matrona, médico morbilidad y médico control, 2006 | 89 |
| 9. CUADRO 2. Factores facilitadores y limitantes del acceso a la atención de salud, en mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, 2006-2007 | 89 |

A Eunicia Pérez

A mi madre y mis hermanos

*A todas las mujeres adultas mayores
que me permitieron ingresar a sus vidas y
descubrir la riqueza de sus años*

RESUMEN

Actualmente, la mujer mayor tiene una marcada presencia en la estructura demográfica de Chile. Este grupo poblacional ha sido poco estudiado desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva, lo cual ha impedido conocer sus reales necesidades en este aspecto. Considerando esta situación, se realizó un estudio de tipo cualitativo, con el objetivo de analizar la percepción de las mujeres de 60 años y más, en torno a su salud sexual y reproductiva. El estudio fue de tipo descriptivo y la metodología utilizada para su análisis fue cuali-cuantitativa. Para obtener los datos cuantitativos, se aplicaron 183 encuestas a mujeres de 60 y más años, usuarias del Centro de Salud Familiar de Castro. Para la recogida de la información cualitativa se desarrollaron tres grupos focales y cinco entrevistas en profundidad.

Los resultados obtenidos caracterizan a una mujer adulta mayor con opinión, que necesita ser escuchada, con necesidades y demandas específicas para su grupo etario. En estas edades las mujeres se dedican a hacer sus balances de vida, pero no descansan allí, sino que visualizan su futuro con prosperidad. Otro hallazgo importante es la postergación que ellas experimentan, después de un evento crítico en sus vidas, hecho que les provoca un distanciamiento con su cuerpo y les impide percibir sus necesidades. Sin embargo están conscientes de esta situación emocional y son capaces de reflexionar sobre sus comportamientos. No conocen el concepto de salud sexual y reproductiva, pero sí logran un acercamiento a él. Son mujeres con necesidades sexuales, que muchas veces son invisibilizadas por la sanción social que conlleva hablar de sexo en esta etapa de la vida.

Por otro lado la percepción de la mujeres del estudio sobre la importancia de la matrona, está dada por el rol que la/el profesional desempeñó en la atención de sus partos y no por el rol que pueda ocupar en esta etapa de sus vidas. Esto explica su distanciamiento de los centros de atención primaria de salud, en donde las mujeres adultas mayores paulatinamente comienzan a ausentarse de los controles con la matrona.

En este sentido, se abre un campo de acción para matronas y matrones, quienes deberían incentivar a las mujeres mayores a vincularse con su salud sexual y reproductiva, lo cual requiere una necesaria adecuación de las formas de atención, que hoy, se otorgan a las mujeres adultas mayores.

PALABRAS CLAVES: mujer adulta mayor, salud sexual y reproductiva, sexualidad

SUMMARY

Nowadays, adult women have a distinguished presence in the demographic structure in Chile. This group has been very little studied from the perspective of the sexual and reproductive health, which has meant a lack of knowledge about their real needs in this aspect. Now, due to this, a qualitative study was developed. Here, the objective was to analyze the perception of women that were in their 60's or more, taking into account sexual and reproductive health. This research was also descriptive and the methodology that was used for the analysis of the information was quali-quantitative. In order, to obtain the quantitative data were applied 183 surveys to women in their 60's, who were attended in the Family Center of health in Castro. Then, the recollection of the qualitative data were developed three focus groups and five depth interviews.

The obtained results describe an older woman with opinion that needs to be attended in her speaking and the same time has her own demand that distinguished in her age group. In this part of the life, these women begin to do their balance of their present life, visualizing their future with prosperity. Another important fact, is the postponement that they suffered after a critical event in their lives, provoking a distance with their bodies that later resulted in the insensibility of their own needs. However, these women are conscious of this emotional situation and they are able to reflect on their behaviors. They do not know the sexual health or reproductive health concept but they make allusions about it. They are women with sexual needs that sometimes are ignored because of the social sanction situation that do not let them talk about sex in this period of the life.

On the other hand, the perception of the women about the importance of the midwife, it is regulated for the attention of the professional that attended these women and not for the role that they can have in this part of their lives. This explain their gradual distance from the Center of health where their were attended.

In this sense, a field of action is opened for the professional matron, those who must stimulate the adult women to link their sexual and reproductive health. That also required an adaptation in the ways of attending that in the present is giving to these women.

KEY WORDS: older woman, sexual and reproductive health, sexuality.

1. INTRODUCCIÓN

Existe consenso que en Chile se vive un acelerado proceso de envejecimiento de la población, con un impacto significativo en las mujeres, las que en general, viven más que los hombres. Estas características dan cuenta de un fenómeno que se describe como la feminización del envejecimiento, es decir, la presencia de una mayor proporción de mujeres en el total de la población adulta mayor. Esta situación exige un tratamiento especial para las mujeres de 60 y más años, en especial, en las necesidades que surgen de su salud sexual y reproductiva, un campo que aún se considera por explorar y evidenciar. Respecto a lo mismo, se hace necesario anticiparse a estos cambios, a través de diversas disciplinas, con el propósito de evitar que estas transformaciones signifiquen un problema en el futuro. En este aspecto, Chile, ha querido responder a las necesidades de la población y ha considerado la vejez y envejecimiento como un tema prioritario. Para ello ha puesto en marcha una Política Nacional para el adulto mayor (AM) bajo la responsabilidad del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2003).

En estas políticas se señala la necesidad de asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación no sólo de Gobierno, sino también, de toda la sociedad. Sin embargo, recién en el año 2002, luego de una extensa discusión en el Congreso, se promulga la ley que establece el SENAMA, lo cual refleja que las acciones desplegadas por las autoridades de Gobierno han sido reactivas y poco anticipatorias. En este marco surge la idea de proponer a las mujeres de 60 años y más, como una población que requiere de estudios que evidencien su situación actual a nivel nacional, ya que la feminización del envejecimiento es un fenómeno común en todas las regiones de nuestro país. En Chiloé las mujeres representan un 58,8% de la población total adulta mayor (PAM), (2606 mujeres y 1826 hombres) de un total de 4432 AM. De acuerdo a esto, las mujeres de estas edades adquieren una considerable importancia en la comunidad chilota, por lo tanto resulta pertinente crear acciones que mejoren sus condiciones de vida, teniendo como base el conocimiento de sus necesidades (MIDEPLAN, 2005).

En base a lo anterior y para dar respuestas a la falta de estudios al respecto, el tema de esta investigación es la percepción de la salud sexual y reproductiva, en mujeres de 60 años y más, usuarias del Centro de Salud Familiar Castro.

En este contexto, la salud sexual y reproductiva adquiere un valor considerable, ya que es parte constituyente de la salud y por ende, del bienestar de la mujer. Por mucho tiempo, tradicionalmente, se ha subestimado el ejercicio de la SSR en las mujeres que pasan los 60 años e incluso aquellas que están en el periodo inmediato a la menopausia. Esta apreciación no es sólo subjetiva, los estudios revisados que tratan el tema de la sexualidad en la vejez,

concluyen que la visión que tiene la sociedad en general, con respecto a los adultos mayores no se acerca a la realidad. Las influencias sociales externas, pueden determinar que estas mujeres invisibilicen o subvaloren su SSR. A partir de esta deducción se hace muy necesario comprender la relevancia que las mujeres adultas mayores le proporcionan a su salud sexual y reproductiva y analizar la percepción de ellas con respecto a este concepto (ARILHA, et al. 2003).

Esta investigación constituye un punto de partida para la creación de modelos de atención en salud especialmente diseñados para la población de mujeres adultas mayores. Además pretende contribuir con una temática que no ha sido abordada lo suficiente, como lo es la salud sexual y reproductiva en la mujer adulta mayor, ya que existe una carencia de investigación con enfoque cualitativo de este tema. Los estudios se han focalizado en la cuantificación de la actividad sexual, en comportamientos, en caracterizaciones derivadas de ella, prescindiendo del concepto amplio de salud sexual y reproductiva. O de otro modo, se concentran en la salud reproductiva, prescindiendo de la salud sexual, es decir, se enfatiza en aspectos como: menopausia, fin del período reproductivo y se ignora aquellos temas de la esfera sexual misma. Estos antecedentes motivan la profundización de los aspectos cualitativos de la SSR en estas mujeres.

Enmarcado en los antecedentes teóricos y en los objetivos de la investigación, se utilizó una estrategia metodológica cuali –cuantitativa, por lo mismo, las técnicas de recolección de información fueron: encuesta de caracterización sociodemográfica, grupos focales y entrevistas en profundidad. Para el tratamiento de los datos cuantitativos se utilizó el análisis estadístico y para los cualitativos, el análisis de contenidos. La validez y confiabilidad de la investigación se estableció a través de la triangulación de las distintas técnicas de recolección de datos y el diseño de instrumentos acordes a la información requerida. Se aseguró la confidencialidad y anonimato de las participantes a través de un consentimiento informado y la entrega de la transcripción de entrevistas para su revisión individual.

La investigación pretende crear cambios positivos en los modelos de atención para las mujeres adultas mayores y ser un aporte para el diseño de estrategias y programas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de estas mujeres que, según las estimaciones poblacionales, incrementarán en forma sostenida en el tiempo. Según las estimaciones de las Naciones Unidas para el año 2025, por lo menos dos tercios de la población mundial mayor de 75 años serán mujeres y en 25 años más, la diferencia entre hombres y mujeres será aún mayor representada en 11.4 puntos porcentuales (MIDEPLAN, 2005).

En este escenario, los objetivos de la investigación son los que a continuación se describen.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción de las mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, acerca de su salud sexual y reproductiva.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio, en cuanto a: edad, estado civil, escolaridad, actividad, procedencia, etnia.
- Caracterizar la demanda de atención en salud sexual y reproductiva, de la población en estudio, en cuanto a: tipo de consulta, frecuencia, motivo de consulta, factores que facilitan y limitan el acceso a la atención.
- Identificar los conocimientos que tienen las mujeres de 60 años y más, acerca de la salud sexual y reproductiva.
- Explorar las percepciones que tienen las mujeres de 60 años y más, acerca de la salud sexual y reproductiva.
- Establecer la importancia que le atribuye la población en estudio, a la Matrona/Matrón, con respecto a sus necesidades de atención de salud..
- Establecer la influencia de los factores socioculturales de las mujeres de 60 años y más, en sus percepciones sobre la salud sexual y reproductiva, en cuanto a: territorialidad, idiosincrasia, etnia y procedencia urbana/rural.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SITUACION ACTUAL. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

2.1.1 Envejecimiento poblacional

Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino, pero sostenido, lo que se refleja en que hacia el año 1990, el 10% del total de la población del país estaba compuesta por personas de 60 años y más de edad, proyectándose un 16% para el año 2025, con una población superior a 3 millones. (MIDEPLAN, 1993). Según los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2003, se ha reafirmado que continúa la tendencia al envejecimiento poblacional. Con respecto al año 2000, la población de 60 años y más creció en 0,5 puntos porcentuales. En números absolutos, la población adulta mayor aumentó desde 1.645.252 a 1.785.218 personas. Ello significa que de constituir el 11% de la población total en el año 2000, los adultos mayores pasan a representar el 11,5% de la población total en el año 2003. (Resultados Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN)

Las regiones que en términos de sus respectivas poblaciones regionales, concentran un mayor número de PAM – superan la media nacional – son : la V, la IV, la VI, la IX, la X.

2.1.2 Condiciones socioeconómicas de los adultos mayores

Según la Encuesta CASEN el 22.7% de la población adulta mayor, se encuentra bajo la línea de la pobreza, el 30% se ubica en la categoría de indigencia, es decir, sus ingresos per cápita no alcanzan para comprar una canasta alimentaria que satisfaga los requerimientos mínimos. Al año 2000 las regiones con mayor porcentaje de población adulta mayor pobre son: la IX región (32%), la IV región (31.5%), las III, VI y VII con 26.5%, la X con 26,3%, la VIII (25%) y la V región con 23.5%. Las Regiones que concentran una mayor cantidad relativa de PAM pobre durante el año 2000, son: la IX (14,0%), la I (12,3%), la X (11,8%), la III (10,6%) y la VII (10,3).

Entre los años 1990 y 2003, la proporción de adultos mayores en situación de indigencia descendió de manera muy importante desde 4,7% a 1,6%. Asimismo, la pobreza no indigente descendió casi a la mitad, desde 15,7% a 8,1%.

El estado civil predominante en la población adulta mayor es casado(a) con un 52,3%, le sigue en importancia viudo(a) con un 26,8% y soltero(a) con un 9,1%. Al analizar esta información para hombres y mujeres se aprecia que el porcentaje de viudez es muy superior en las mujeres adultas mayores. Como ya ha sido dicho, el rasgo de una longevidad más alta entre las mujeres constituye una dimensión universal del envejecer, lo cual se aplica también en nuestro país (CASEN, 2003)

Otra característica importante de señalar es que la jefatura de hogar femenina es muy superior en las mujeres adultas mayores comparado con la situación observada en las mujeres de 30 a 59 años y menores de 29 años. En efecto, en 2003, el 38,2% de los/las jefes/jefas de hogar mayores de 60 años son mujeres. Este porcentaje desciende notoriamente en la población de 30 a 59 años y menor de 29 años donde el 22,0% y 21,3%, respectivamente, de la jefatura de hogar es de las mujeres.

2.1.2.1 Nivel Educativo. Es de importancia a la hora de estudiar las percepciones acerca de salud sexual y reproductiva, conocer la realidad educacional de las personas mayores de 60 años. De esta manera, establecer si existe influencia de la educación formal en sus percepciones.

Según la Encuesta CASEN (2001) a nivel nacional, el 13,0% de la PAM no lee ni escribe. El promedio nacional a este respecto es de 4%. No obstante, hay regiones en las cuales el analfabetismo dentro de la PAM supera el 20%: Regiones VI (22,1%); VII (25,2%); IX (24,1%); XI (23,8%).

Por otra parte, la PAM evidencia un promedio de 6,3 años de estudio, situación que se diferencia en las personas según su procedencia.: los hombres y las mujeres mayores urbanas poseen un promedio de años de estudio que equivale a más del doble o al doble del promedio de años de estudio de los hombres y de las mujeres mayores rurales, respectivamente. (MIDEPLAN, 2001)

2.1.2.2 Salud. El 80,4 % de la PAM está adscrita al sistema público de atención en salud, porcentaje levemente superior al que se registraba en 1998: 77,6%. Esta realidad es particularmente aplicable a los/las adultos/as mayores que constituyen el sector más pobre, en donde el 91,5% utiliza este sistema de atención en salud.

En cuanto a salud física los estudios chilenos de población señalan que las personas adultas mayores son considerablemente demandantes de medicamentos, al respecto el 83,6% de las personas mayores de 60 años y más, atendidos en consulta recibe una receta medicamentosa. Esto ocurre sólo en el 55,4% de los casos cuando las personas atendidas son menores de 60

años (CASEN, 2001). Esta diferencia en la farmacodependencia se ha mencionado como estricta responsabilidad de los prestadores de servicios de salud y no como una necesidad de los/las adultos/as mayores.

2.1.2.3 Actividad Económica. Casi el 40% de la PAM masculina (38,9%) y un poco más del 10 % de las adultas mayores (11,2%) se encuentran ocupadas. Como es de preverse, dadas las edades de jubilación -60 años, las mujeres; 65 años, los hombres-, la causa de inactividad más frecuente es la jubilación o la pensión: el 56,5% de la PAM tiene la calidad de jubilada o pensionada (MIDEPLAN, 2005).

La desagregación por sexo de las actividades clasificadas en ramas que realizan los adultos mayores, señala que mientras el 45,7 % de las mujeres mayores activas se desempeñan en el rubro de los servicios, los hombres mayores activos se concentran en mayor medida en las labores vinculadas al campo: 28,6%; a su vez, esta rama de actividad ocupa sólo al 6,4% de las mujeres mayores. (MIDEPLAN, 2005).

En estas definiciones se ha excluido el hecho de que la gran mayoría de las mujeres trabajan hasta que mueren, aun cuando su trabajo remunerado puede concluir a la edad de 60-65 años. Esta situación todavía no ha sido reconocida por el sector salud o en las estadísticas laborales. Por todo es sabido que las mujeres son mayormente responsables de las tareas domésticas en el hogar, lo cual implica un trabajo notable, en términos de desgaste físico. Sin duda, las repercusiones en la salud y calidad de vida de la mujer, derivadas de esta realidad, se dejan ver a una edad mayor (OPS, 2001).

Obviamente el nivel de ingreso es un factor determinante de la salud, particularmente entre las mujeres de mayor edad que, una vez jubiladas, a menudo dependen de la seguridad social, sus ahorros u de otros miembros de la familia, quienes también pueden ser pobres (OPS, 2001).

2.2 LA MUJER MAYOR EN UN MUNDO QUE ENVEJECE

2.2.1 Alerta demográfica: mujer mayor y envejecimiento

La tendencia a la feminización de la vejez es universal; las mujeres son más longevas, viven más que los hombres. Según estimaciones de las Naciones Unidas para el año 2025, por lo menos dos tercios de la población mundial mayor de 75 años serán mujeres. Actualmente en América Latina, dentro del grupo de adultos mayores (de 60 años y más), el 45% son hombres y el 55% son mujeres. En 25 años más, la diferencia entre hombres y mujeres será todavía mayor: 11.4 puntos porcentuales.

La esperanza de vida al nacer también refleja de algún modo esta realidad. En el periodo 1995-2000 en América Latina y El Caribe, los hombres podían esperar vivir 67,1 años y las mujeres 72,4 años. Para el periodo 2020-2025, las proyecciones indican que la mujer podrá esperar vivir 77,7 años y los hombres 72,4 años (MIDEPLAN, 2000)

Chile es considerado país de transición demográfica avanzada, y su comportamiento demográfico sigue los patrones internacionales. En el año 2000, al interior de la población adulta mayor, las mujeres manifiestan una presencia 13,8 puntos porcentuales más que los hombres (56,9% y 43,1% respectivamente), sin embargo se espera que en el año 2050, la diferencia sea menor: 10,2 puntos porcentuales (MIDEPLAN, 2000)

La realidad local con respecto a la feminización del envejecimiento es similar a la nacional y aún más acentuada. Según información de la encuesta Casen año 2000, la provincia de Chiloé cuenta con una población femenina mayor, la que representa el 51,8 % de la población total. La región de Los Lagos presenta una población adulta mayor de 11,62 % con respecto al total, la provincia de Chiloé tiene 17.976 personas adultas mayores (11,61%) y en la ciudad de Castro hay 4.432 personas de 60 años y más, las que se distribuyen en: 58,8% mujeres y 41,2% hombres (SENAMA, 2003).

2.2.2 Política Pública, preocupación internacional

La situación de la mujer adulta mayor, es y ha sido, una preocupación internacional. Desde 1982, en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, se recomendaba atender las demandas de cuidado de salud, nutrición, participación social, seguridad social de las mujeres mayores. En el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del año 1994, se hace especial alusión a la situación de seguridad social de la mujer mayor. De este mismo modo, diversas reuniones de carácter mundial han insistido en la temática de mejoramiento de la calidad de vida de la mujer adulta mayor (COMITÉ NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR CHILE, 2002)

En los últimos diez años el Estado chileno ha desplegado esfuerzos para reconocer a la persona mayor como sujeto de políticas públicas, lo que ha significado un prolongado proceso de concertación e intercambio de conocimientos provenientes de distintas disciplinas, que ha culminado con el establecimiento de una Política Nacional para el Adulto Mayor y una ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (1999). El 17 de Septiembre de 2002 el Presidente de la República, don Ricardo Lagos Escobar, promulga la ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, que inicia sus funciones en enero del 2003. El SENAMA se crea como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con

personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encuentra sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio Secretaría General de la Presidencia (SENAMA, 2005).¹

En el contexto nacional, el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), en su **Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1994-1996**, destina el objetivo 6.12 a las necesidades de atención de salud de las mujeres mayores. Sin embargo, en el resto de este documento el criterio de la edad no constituye una categoría discursiva específica y en esa medida, la mujer adulta mayor y su condición no están relevadas, aunque, en ocasiones, sean aludidas.

Según la información disponible, la mujer mayor tampoco constituye un sujeto específico dentro de la Política Nacional del Adulto Mayor, no obstante, hay lineamientos que sugieren que la política pública podría renovar su centro de intervención y considerar las necesidades específicas de las mujeres en esta etapa del ciclo vital. Referente a lo mismo, el diseño del Programa de Salud para la Mujer, en sus orientaciones generales, no contempla específicamente la etapa post-reproductiva como área de acción, es decir, no visibiliza las necesidades de las mujeres con respecto a su salud sexual y reproductiva (MIDEPLAN, 2000).

2.2.3 Salud en la mujer adulta mayor

A partir de 1999, el Ministerio de Salud ha comenzado a operar un programa de atención de salud específicamente diseñado para adultos mayores. Este hecho es un verdadero avance en la necesidad de considerar la variable envejecimiento de la población dentro de la concepción y de la implementación de las políticas públicas. Sin embargo no implica que dentro de este programa de salud se esté operando con la variable género. Aún el diseño de las políticas destinadas a las mujeres, llega hasta el período reproductivo de la mujer. En cuanto a post-ciclo reproductivo, la política aparece difusa, pese a que los pocos datos diagnósticos existentes y las aproximaciones al tema de la comunidad internacional, hablan de la necesidad de adoptar programas que vayan directamente destinados a las mujeres mayores. (MIDEPLAN, 2000)

Según lo registrado en la Encuesta CASEN 1998, las demandas de atención de salud de las mujeres mayores son resueltas mayoritariamente por el sistema de salud estatal, de hecho el 79,3% de las mujeres mayores se atiende en el sistema público de salud. La tendencia es que a mayor edad, mayor dependencia del sistema público de salud.

¹ Extraído del centro de documentación de la página Web del Servicio Nacional del Adulto Mayor

Con respecto a los tipos de atención médica recibida por las mujeres adultas mayores se ha constatado que utilizan con más frecuencia que las mujeres más jóvenes casi la totalidad de las prestaciones de salud contempladas en la Encuesta CASEN. Cabe señalar que en este sentido se han obviado las atenciones de matrona, en cuanto a morbilidad ginecológica y controles preventivos de salud (Papanicolaou, Examen Físico de mamas, control ginecológico).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) declara que la salud de las mujeres de mayor edad dependerá en gran medida de su estilo de vida y comportamiento. Sugiere que los siguientes factores deben tenerse en cuenta al examinar la salud de las mujeres de mayor edad:

- estilo de vida, trabajo,
- protección social,
- responsabilidades de atención a la familia,
- estado socioeconómico,
- estado civil,
- acceso a los servicios de salud,
- historia clínica y familiar,
- salud fisiológica,
- salud mental, y
- perfiles y necesidades de los países en vía de desarrollo.

La salud de la mujer durante la vejez dependerá de su acceso a los servicios de salud durante toda su vida. Estos servicios de salud desempeñan una función fundamental en la calidad de vida de las mujeres de mayor edad. Esto incluye no solamente tener acceso a los servicios de salud y los recursos para pagarlos, sino también la forma en que son tratadas por los profesionales de la salud. Para ejemplificar esta situación, en los servicios de salud hay una tendencia inquietante de prescribir medicamentos para las mujeres de mayor edad, en lugar de buscar las causas de sus problemas de salud. Esta es una realidad que la OPS (2001) ha considerado en sus lineamientos básicos de acción para la salud de los adultos mayores, con el fin de concientizar a los profesionales de salud y ampliar sus visiones.

Según la OPS (2001), “los estudios de la salud de las mujeres de mayor edad deben emplear el enfoque de género para destacar su predominio en la población de ancianos, su mayor morbilidad y discapacidad a pesar de su expectativa de vida mayor, y las diferentes maneras en que son afectadas por las enfermedades y la falta de acceso a la atención de salud”. Sin duda que el paso del discurso a la acción, es lo que le daría mayor equilibrio a estas pronunciaci3nes de la Organizaci3n Panamericana de la Salud.

No obstante, de acuerdo a lo expuesto anteriormente, resulta importante el lugar que se ha ganado la mujer adulta mayor en las pol3ticas nacionales e internacionales de salud, es por ello que es esencial su contribuci3n en la formulaci3n de programas de salud que las incluyan. Seg3n la unidad de Envejecimiento y Salud de la OPS la participaci3n de las mujeres en este

diseño sería útil, “tanto para contrarrestar la percepción de que las personas de mayor edad son ineptas como para asegurar que las políticas reflejen y respondan a las necesidades de la población de mayor edad” (OPS, 2001).

De acuerdo a lo revisado en la literatura, la investigación y las intervenciones en la salud de las mujeres de mayor edad, deben poner un mayor énfasis en el mejoramiento de la calidad de sus vidas, en lugar de su prolongación.

2.2.4 La mujer mayor jefa de hogar

Resulta muy interesante la importancia que se atribuye en las políticas públicas de nuestro país, al rol de la mujer de 60 años y más, como jefa de hogar. Este tema merece una mención especial porque es una parte significativa del trabajo doméstico invisible de las mujeres. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (2001) señala que el cuidado de la pareja enferma, de los niños y de los nietos es una tarea que a menudo cae en las mujeres de mayor edad, y que puede tener consecuencias graves en su salud física y psicológica. Debido a esta implicancia en la salud, es que ha emergido la necesidad de considerar la jefatura de hogar femenina, como preocupación de las autoridades sanitarias. Es una realidad actual que las mujeres de mayor edad son las jefas de sus hogares y según las proyecciones, el número de ellas irá aumentando con los años, según los resultados de la Encuesta CASEN (MIDEPLAN, 2005)

MIDEPLAN (2001) en el Perfil de la Mujer Adulta Mayor señala: “en la mayoría de los países de la región, a lo menos una de cada cinco jefaturas de hogar es ejercida por una mujer. En Chile, según la Encuesta CASEN “de cada 100 jefaturas de hogar, casi diez son ejercidas por adultas mayores”. Alude a que este rasgo debe contextualizarse en los cambios sucedidos del rol de las mujeres durante los últimos setenta años: “creciente presencia en la educación y en la fuerza de trabajo, plena ciudadanía, aceptación social para su participación en la política y en posiciones de decisión, sexualidad más libre, etc.”. Hay que considerar los aspectos anteriores sólo como puntos de referencia importantes, es decir, dejando la puerta abierta a concientizar sobre muchas otras funciones que han emergido y siguen emergiendo del empoderamiento de la mujer.

Al contextualizar esta situación a la realidad de Castro, Chiloé, la presencia, participación y relevancia de las mujeres en la comunidad, es muy particular, con respecto a la realidad nacional y de otras regiones. Por ejemplo, en la colectividad de los/las Chilotes/as, la mujer- sobre todo la mujer mayor- es considerada “como ser aglutinador de la familia, como autoridad concreta en el quehacer cotidiano que no es visualizada bajo el poder simbólico del hombre” (ARELLANO, C. *et al*, 2004). Con relación a lo anterior, la colectividad huilliche, etnia predominante en la zona, otorga mayores espacios a las mujeres. En algunas organizaciones huilliches, las mujeres ocupan cargos directivos como presidentas de las

comunidades, en otras participan activamente, constituyendo grupo de maestras de paz, mujeres que poseen el poder, conocimiento y sabiduría para realizar rogativas, con el fin de mantener el orden y el equilibrio de su pueblo. En base a lo anterior, se entiende que la mujer de las distintas identidades presentes en Castro, constituye un pilar fundamental en la estructura de la comunidad.

En un estudio realizado en Chiloé insular, a un grupo heterogéneo de personas el tema de la mujer y las relaciones de género tuvieron su protagonismo, señalando que el rol histórico de la mujer siempre ha estado omitido, ya que han sido ellas quienes antes como ahora, han sido las sostenedoras del hogar (ARELLANO, C. *et al.* 2004). Este es un fiel ejemplo de lo que sucede no sólo en esta zona, sino también a nivel país.

2.3 PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA MUJER

Algunos especialistas hablan de viejos-jóvenes y viejos-viejos para separar dos etapas. Otros toman la denominación de Adultos Mayores para referirse a aquellos que transitan entre los 60 y los 75 años, como el período del envejecimiento, y vejez y viejos, para los que están llegando a los 80 y más. La Asociación de Gerontología, ha instituido a los 60 años como comienzo de la vejez y 55 a 60, como período de envejecimiento, pero cada vez los 60 se van desplazando en la medida en que la esperanza de vida también se alarga (GONZALEZ Y RODRÍGUEZ, 1996).

La edad adulta mayor es la etapa de desarrollo durante la cual las personas clarifican y encuentran utilidad para aquello que han aprendido a través de los años. En este sentido, las personas pueden continuar creciendo y adaptándose si son flexibles y realistas, es decir, si logran conservar su fortaleza, adaptarse al cambio y usar estos años de manera productiva (PAPALIA y WENDKOS, 1997). Las autoras señalan que en esta etapa, las personas tienen una nueva conciencia del tiempo y quieren usarlo para dejar un legado a sus hijos o al mundo, entregar los frutos de su experiencia y validar su vida como algo que ha tenido pleno significado.

ERIKSON (1986), en su teoría psicosocial, explica todo el ciclo vital del desarrollo humano, a través de ocho etapas. Cada fase comprende ciertas tareas o funciones que son psicosociales por naturaleza, que el autor denomina crisis. Las diversas tareas descritas se establecen en base a dos términos, lo cual define muy claramente el balance descrito por el psicólogo. Para este psicoanalista, la etapa de adultez mayor es considerada como la crisis final del ciclo vital individual (crisis No. 8), denominada: “Integridad *versus* Desesperación”, en donde el autor estima que las personas mayores enfrentan una marcada necesidad de aceptar su vida. Las personas que tienen éxito en esta etapa, luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar lugar a la desesperación sobre la incapacidad

de volver a vivirla de manera diferente. Esta teoría señala que la virtud que se desarrolla en esta etapa es la sabiduría, que incluye aceptar la vida sin arrepentimientos importantes, aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podían y aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida. En suma significa aceptar la imperfección en sí mismos/as, en los padres y en la vida.

Por otro lado, aquellas personas que no logran la aceptación en esta etapa son abrumadas por la desesperanza, y se dan cuenta que el tiempo es reducido para llegar a la integridad. Sin embargo es preciso señalar que la “integridad” debe sobrepasar la “desesperanza” para que esta crisis se resuelva exitosamente, aunque ERIKSON (1986) cree que algún grado de desesperanza es inevitable y necesaria, entendida desde la vulnerabilidad y transitoriedad de la condición humana.

Según ERIKSON (1986) la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecedora tanto corporal como mentalmente.

2.3.1 Los cambios psicológicos del envejecimiento

Según SARMIENTOS y cols. (1999) el envejecimiento es un proceso muy complejo y que se vive en forma muy individual, cambiando su expresión entre mujeres y hombres. Existe algunos cambios que se vivencian de modo similar en las personas, entre los cuales se señala:

- La conciencia de que se empieza a envejecer y de que se es viejo. Las mujeres empiezan a tomar conciencia de los procesos del envejecimiento a partir de los 35 a 45 años, coincidiendo con los cambios premenopáusicos, se asume con mayor conciencia cuando los hijos están grandes y son abuelas. En los hombres los cambios no son tan notorios hasta la jubilación. Los primeros signos fisiológicos de envejecimiento aparecen también entre los 35 y 45 años, pero las valoraciones sociales referidas al hombre son menos exigentes que con las mujeres en los signos corporales.
- Toma de conciencia del envejecimiento que afectan a la figura corporal y a las capacidades funcionales físicas. En este sentido los cambios son bruscos y rápidos. Debido a que las otras personas hacen comentarios, estos cambios suelen verse amenazantes, sobretudo en una sociedad que rinde culto a lo joven.
- Toma de conciencia que ha cambiado el sistema familiar. Se encuentran en la etapa de la familia con síndrome de nido vacío, en donde los hijos han dejado el hogar y los padres se

quedan sin las funciones que siempre han desempeñado. En este proceso se originan cambios de roles generacionales.

- Toma de conciencia de la vulnerabilidad de la vida, es decir los signos de la vejez, la experiencia de la enfermedad propia o ajena, la pérdida de los seres queridos, etc., llevan también a pensar en la propia muerte.
- El estado de ánimo de la mujer afecta su salud mental profundamente. La soledad o la dependencia en otros miembros de la familia afecta la salud mental de las mujeres de mayor edad. También es importante reconocer los efectos acumulativos en la salud mental de las mujeres el estar expuestas a la violencia de género, el trabajo no remunerado y la discriminación.

2.3.2 Impacto del envejecimiento en la mujer

En las sociedades industrializadas en las que es fundamental alcanzar cuotas de poder, competencia y eficacia, siendo miembros activos de la estructura económica mediante el mercado de trabajo, la vejez es vivida en gran medida, como una constatación del crepúsculo, no sólo biológica, sino social de las personas. (CASTAÑO, 1990) Estos eran los lineamientos de los estudios de los noventa, acerca de la psicología del envejecimiento. Sin embargo, aun cuando las concepciones se han ampliado, las personas que están viviendo esta edad, pueden experimentar la percepción de “atardecer”, que se asocia culturalmente a una edad mayor. A raíz de esta apreciación es que las mujeres de 60 años y más, consideran innecesario el cuidado de, por ejemplo, su salud sexual y reproductiva (CAYO, R., 2003)

CASTAÑO (1990) sugería que “el sentido que cada persona asigne a su existencia, a su sistema global de valores, etc. definirá la percepción del sentido y valor de la vejez tanto propia como ajena”. Entonces, basta una introspección intensa, una revaloración de sí mismas, un nuevo conocimiento de la etapa vivida, para que estas mujeres puedan percibirse como personas con mucho valor para sí y para la sociedad. Una vez descubiertos estos significados, ellas tomarán las medidas que se requieran para buscar su bienestar físico y psicológico. En aquel momento, la mujer adulta mayor le dará vida al sinnúmero de políticas, programas y discursos, y será la protagonista de su historia.

2.4 SEXUALIDAD EN LA ADULTEZ MAYOR

El desarrollo sexual humano es un proceso que abarca toda la vida. Cada persona tiene sentimientos, actitudes y creencias sexuales procesadas a través de una perspectiva intensamente individual, la cual se conforma por experiencias personales, tanto íntimas como sociales. Existe la tendencia a ignorar, subestimar, sensacionalizar a veces, y en la mayoría de

las ocasiones no creer en las capacidades, deseos y necesidades que tienen los ancianos en la esfera sexual. (ORIHUELA *et al.* 2000).

A mucha gente se les hace difícil pensar que los hombres y mujeres de la tercera edad tengan todavía sentimientos, necesidades y relaciones de tipo sexual, y esto viene dado por los estereotipos sexuales existentes. En muchos casos o circunstancias, tales como trastornos de la salud, pérdida del cónyuge, etc., se crea una base física y social real que justifica la inexistencia de actividad. Los profesionales de la salud no están exentos de estos prejuicios socioculturales, respecto a la sexualidad del adulto mayor, y se ha hecho poco por esclarecer y/o resolver los problemas que surgen en cuanto a la sexualidad de este grupo etario. (GONZÁLEZ, 2002).

El Servicio Nacional del Adulto Mayor en su documento Mitos sobre la vejez (SENAMA, 2001), hace alusión a que el estereotipo de que las personas mayores no tienen vida sexual ni deben tenerla, no se ajusta a la realidad. Sin embargo son creencias muy arraigadas en la sociedad actual que distan mucho de lo que realmente vivencian los adultos mayores. Los seres humanos son sexuales desde el nacimiento hasta la muerte. Además del contacto genital, la sexualidad puede expresarse a través de muchas formas: afecto, caricias, compañía e intimidad. Aún en los casos de discapacidad o enfermedad que impidan responder a la sensación sexual, ésta sigue existiendo. Esta realidad es muchas veces desconocida por mucha gente e incluso por ellos mismos, logrando que no se manifieste como una necesidad que requiere atención y satisfacción.

La sexualidad es importante para el bienestar y calidad de vida de las personas mayores y como tal, debe ser entendida y tratada por los profesionales de la salud. (MUÑOZ, 2002). GONZÁLEZ (2002) sugiere que la incorrecta actitud de los profesionales que niega la sexualidad en el adulto mayor puede tener dos explicaciones: “La incorrecta asociación que se ha establecido entre la sexualidad y reproducción, mediante la cual se considera solo normal la actividad sexual en época reproductiva, y por tanto, los ancianos no tienen por qué practicarla” o “la existencia del prejuicio viejo es igual a enfermo, y que es tan fuerte, que se instala en todos e incluso en el personal médico que atiende a los ancianos”

La mayoría de los estudios que tienen relación con el tema de esta investigación hablan sobre la actividad sexual en las personas adultas mayores y sus lineamientos son: los efectos del proceso de envejecimiento sobre la actividad sexual; los factores que condicionan la actividad sexual a esta edad (funciones físicas o fisiológicas); cambios de la respuesta sexual; tipo, frecuencia y calidad de las relaciones sexuales; entre otros. (CAYO, G. *et al.* 2003; SARMIENTOS, G. *et al.* 1999; HERRERA, A. 2003)

2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El nuevo paradigma que se utiliza en las políticas nacionales de salud es salud sexual y reproductiva. Este es un elemento central, ya que contribuye fuertemente a determinar los niveles de salud a lo largo de toda la vida: en la niñez, la adolescencia, el período reproductivo, el climatérico y durante la vejez de hombres y mujeres. El concepto de salud sexual y reproductiva surgió a partir de las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995). Se trata de la culminación de un largo proceso de discusión sobre el género y la sexualidad, especialmente en los foros y conferencias internacionales desarrollados bajo el respaldo de la Organización de las Naciones Unidas (SERNAM, 2005). En esa ocasión, representantes de 179 países adoptaron un Programa de Acción (PA) que incluye las definiciones de salud sexual y reproductiva, ahora reconocidas internacionalmente. En efecto, el PA de El Cairo define la SSR “como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (LANGER, et al. 2000). En 1999, cinco años después del compromiso de El Cairo, la comunidad internacional llevó a cabo la primera evaluación de los logros alcanzados y los rezagos en cuestiones prioritarias para avanzar hacia una mejor salud sexual y reproductiva.

El Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2000-2010 es la carta de navegación que se fijó el Estado chileno para avanzar hacia el logro de la plena ciudadanía de las mujeres. Uno de sus objetivos, en el ámbito de la SSR, es el de difundir y cautelarlas, básicamente por que el desarrollo de conocimientos en torno a estos derechos, así como el de habilidades para su pleno ejercicio, aparecía como una tarea poco desarrollada en Chile, especialmente entre las y los jóvenes y adolescentes que inician relaciones de pareja y una vida sexual activa.

En este contexto se enmarca la nueva concepción acerca de salud sexual y reproductiva, al comprender todo el ciclo vital de los individuos, hombres y mujeres. Las definiciones de salud sexual y reproductiva fueron desarrolladas de manera estratégica para ampliar la agenda de las políticas de población más allá de la planificación familiar o de la reducción de la fecundidad. De esta manera, la definición de la salud reproductiva adoptada en el Cairo habla de funciones y procesos asociados a todas las materias concernientes al sistema reproductivo. En ese sentido se permite hablar de la salud reproductiva de las mujeres a cualquier edad, incluso si son mujeres de más de 80 años, en otras palabras se refiere a aspectos que no se limitan al enfoque biomédico o demográfico, sino que se extenderán a la salud reproductiva a partir de subjetividades, condiciones de vida en las sociedades y en términos de valores éticos. Por otro lado, la salud sexual, aún cuando está asociada a la salud reproductiva, ha ganado su propia autonomía, y ha sido asociada a las condiciones de salud necesarias para vivir la sexualidad de una forma placentera, saludable y segura, a cualquiera edad. (ARILHA, M. et al. 2003)

Aún cuando las necesidades de las personas sean diferentes en cada etapa de la vida, existe un efecto acumulativo a lo largo del ciclo vital en virtud del cual las vicisitudes de cada período tienen importantes repercusiones en el bienestar futuro. Este efecto acumulativo es el que marca a la población adulta mayor, lo cual repercute en su salud y calidad de vida. (OPS, 2001)

Para ejemplificar un poco esta situación, en el Programa de Salud de la Mujer (MINSAL, 1997), se contempla el “control de climaterio”, como una actividad que considera a la mujer en el periodo post reproductivo. Esta actividad se define como: “la atención sistemática proporcionada a la población femenina climatérica de 45 años a 64 años. Si se analiza esta definición, desde el punto de vista cronológico, se concluye que la atención que otorga la/el matrona/matrón, establece límites de edad a las usuarias, de este modo se entiende que todas las mujeres adultas mayores estarían fuera de la cobertura.

3. MATERIAL Y METODO

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio fue diseñado con un enfoque cualitativo con apoyo cuantitativo. Se utilizó el modelo de enfoque dominante, en donde, la base del estudio es cualitativa y a ésta se agrega un componente cuantitativo que enriquece la recolección y análisis de los datos (HERNÁNDEZ, *et al* 2003). Esta metodología resulta pertinente para dar respuesta a los objetivos propuestos, ya que por un lado permite conocer la percepción de las mujeres adultas mayores en torno a su salud sexual y reproductiva y por otro, identificar sus características sociodemográficas.

Según el alcance, el estudio es de tipo exploratorio, debido a que los estudios que existen con respecto al tema de investigación son escasos. Es descriptivo ya se recogen datos para especificar características y perfiles importantes de la población estudiada. Esto se realizó a través de la recolección de relatos individuales, en donde se establecen las percepciones de las mujeres adultas mayores con respecto a la salud sexual y reproductiva. Además esta investigación tiene alcances correlacionales (sin consideración estadística), al establecer algunas influencias socioculturales que determinan las percepciones de las mujeres participantes con respecto al tema analizado.

3.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población en estudio corresponde a mujeres de 60 años ó más, usuarias del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Castro, que se atendieron en el establecimiento durante el segundo semestre del año 2006 y el primer semestre del año 2007.

3.3 DISEÑO MUESTRAL

Para la caracterización sociodemográfica de la población del estudio, se realizó un muestreo no probabilístico de un universo constituido por 2670 mujeres de 60 años y más, inscritas en el CESFAM de Castro hasta junio del año 2006. Se utilizó el muestreo no probabilístico, ya que el marco de muestreo es incompleto, no existen registros que individualicen a las personas. (BRIONES, 2002). El tamaño muestral fue de 183 mujeres calculado con un nivel de confianza de 95%, un índice esperado de 50%, y un margen de error del 7%. Se fija un índice

esperado de 50% ya que se desconoce la prevalencia de los datos y no se cuenta con estudios previos sobre el tema de investigación.

De esta muestra no probabilística constituida por 183 mujeres, se seleccionó intencionadamente una submuestra para los grupos focales y entrevistas en profundidad. La selección por intención significa que las personas seleccionadas tenían características distintas entre ellas, por ejemplo: de distintas actividades, de distinta procedencia, con adscripción indígena o sin ella, entre otras. Para el primer y segundo grupo focal se seleccionó ocho mujeres para cada uno de ellos y para el tercero de cierre se seleccionó a seis. Para las entrevistas en profundidad se escogió a cinco informantes claves.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Para la muestra cuantitativa del estudio:
 - Mujeres de 60 años y más
 - Usuarias del CESFAM de Castro que asistieran al establecimiento durante el periodo del estudio
- Para la muestra cualitativa del estudio:
 - se utilizan los dos criterios anteriores y
 - Aquellas que manifestaron interés en participar de las entrevistas en profundidad o grupos focales

Los criterios de exclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Mujeres que rechazaron responder el cuestionario
- Mujeres que rechazaron participar en las entrevistas o grupos focales
- Mujeres que presentaban algún impedimento físico para acudir a los grupos focales
- Mujeres que tuvieran alguna patología psiquiátrica o psicológica no controlada.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.4.1 Del objetivo específico 1

- Edad
- Estado civil: Además de las categorías legales se incluyen las categorías socialmente reconocidas.

Soltero
 Casado
 Viudo
 Separado
 Conviviente

- Actividad: Acción que la persona realiza durante el día, inclúyase trabajo remunerado o no remunerado
 Dueña de casa
 Trabajadora dependiente (especificar actividad)
 Trabajadora independiente (especificar actividad)
 Trabajo en actividades social

- Escolaridad: Nivel de estudios cursados en la educación formal.
Dimensiones:
 Asistencia a la educación formal
Indicadores:
 Sin estudios
 Básica incompleta
 Básica completa
 Educación Media incompleta
 Educación Media completa
 Estudios superiores incompletos
 Estudios superiores completos

- Procedencia: Corresponde al lugar de residencia de una persona, entendiendo que se enfatiza en la influencia rural sobre la urbana.
 Urbana: Se considera a la residencia actual y pasada en la ciudad, es decir, cuando la persona ha vivido durante toda la vida en la ciudad.
 Rural: Se considera a la residencia actual o pasada en el campo, es decir, cuando la persona ha vivido en algún momento de la vida en el campo, independiente del tiempo y el periodo de su vida.

- Etnia: Corresponde a la identidad indígena por adscripción, que tiene una persona habitante del archipiélago de Chiloé. Comprende a los grupo étnicos: huilliches, mapuches, chonos y /o alacalufes, vivan en comunidades o no.

3.4.2 Del objetivo específico 2

- Tipo de consulta: corresponde a los distintos prestadores de servicios de salud que atienden a la usuaria en un nivel primario de atención.
 Consulta matrona o matrón
 Consulta médica
 Consulta psicóloga/o
 Consulta nutricionista
 Consulta enfermera/o
 Otros

- Frecuencia de consulta: Se refiere al número de veces que consulta la usuaria a un servicio de atención en salud.

- Motivo de consulta: Evento individual que motiva la consulta de la usuaria a un centro de salud.

- Factores facilitadores: condiciones que posibilitan el contacto de la usuaria con el centro de salud, para recibir asistencia
Dimensiones:
 1. Condiciones geográficas
 2. Condiciones económicas favorables
 3. Condiciones culturalesIndicadores:
 1. Menos de una hora cronológica para llegar al centro de salud
 2. Cantidad de dinero que gasta para recibir atención es solventable/ Disposición económica para cubrir el gasto en atención
 3. Existencia de conocimientos sobre la atención que se da en el centro de salud/Percepción de problemas de salud

- Factores limitantes: condiciones que limitan el contacto de la usuaria con el centro de salud, para ser atendida.
Dimensiones:
 1. Condiciones geográficas desfavorables
 2. Condiciones económicas desfavorables
 3. Condiciones culturales limitantesIndicadores:
 1. Tiempo excesivo para llegar al centro de salud (más de una hora)
 2. No dispone económicamente para cubrir el gasto de atención en salud
 3. Ausencia de conocimientos sobre la atención que se da en el centro de salud/No percibe problemas de salud

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Desde el enfoque cuantitativo, se aplicó un cuestionario a través de entrevista personal, especialmente diseñado, cuyo objetivo fue identificar las características sociodemográficas de la población en estudio y caracterizar su demanda de atención en salud sexual y reproductiva. (Anexo 3).

El cuestionario fue aplicado en las dependencias del CESFAM Castro durante el segundo semestre de 2006 y el primero del año 2007, en el momento en que las mujeres del estudio se encontraban en la sala de espera. Este instrumento fue aplicado a través de técnica directa, en donde la investigadora preguntó cada dato a la participante y llenó su correspondiente formulario. Una vez completado el instrumento y teniendo en cuenta el interés manifestado por la entrevistadas y los criterios de inclusión ya definidos, se le invitaba a participar en los grupos focales.

De acuerdo a los objetivos de este estudio, las técnicas cualitativas utilizadas fueron: el grupo focal y la entrevista en profundidad. El grupo focal porque es una forma de entrevista no estructurada con varios sujetos/as a la vez (MELLA, 1998) y a su vez, es una técnica de investigación social que trabaja con el habla y que representa una situación discursiva con un sentido social, porque permite que las personas hablen de sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente influyentes (TAYLOR Y BOGDAN, 1987. DELGADO y GUTIERREZ, 1999). En este contexto se realizaron dos grupos focales, con seis participantes de las ocho seleccionadas para cada grupo. Los grupos fueron heterogéneos, integrados por mujeres de procedencia urbano y rural, con y sin identidad indígena, con distintos niveles de instrucción, etc., es decir, se cauteló los principios mínimos de homogeneidad y heterogeneidad sugeridos por los autores, para asegurar la diferencia necesaria en todo proceso de habla y para mantener la simetría en la relación de las entrevistadas. (DELGADO y GUTIERREZ, 1999) Para finalizar el trabajo de campo, se realizó un grupo focal de cierre, en el que participaron tres de las seis mujeres seleccionadas.

Los grupos focales se llevaron a cabo en la sala de reuniones del CESFAM de Castro y su duración fue de una a dos horas. Ante la eventualidad de que las participantes tuviesen algún grado de dificultad de acceso al lugar de las sesiones, se gestionó financiamiento para movilización, a través del Instituto de Enfermería Materna de la Universidad Austral de Chile.

La entrevista en profundidad se escogió como una técnica que permite indagar temas en profundidad y comprender las perspectivas de las participantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, expresadas con sus propias palabras (TAYLOR Y BOGDAN, 1987). En este estudio la aplicación de esta técnica permitió que las mujeres hablaran de temas

poco explorados como los sentimientos sobre la vejez, sexualidad después de los 60 y expectativas de sus vidas en un ambiente de confianza y confidencialidad.

La entrevista en profundidad tuvo una duración que osciló entre 40 y 140 minutos y se realizaron de acuerdo a una guía temática, diseñada a partir de las categorías derivadas de los objetivos y de los resultados de la encuesta. Siguiendo el criterio de saturación se aplicaron cinco entrevistas en los domicilios de las mujeres seleccionadas, en un horario previamente establecido que asegurara tranquilidad y privacidad.

El registro de la información se realizó a través de grabación digital de audio en formato Mp3, previo consentimiento de las entrevistadas. Además se contó con un registro en el cuaderno de campo de la investigadora, con relación a lo sucedido en las distintas sesiones, tanto de los grupos focales, como de las entrevistas en profundidad.

3.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los resultados cuantitativos se analizaron estadísticamente de acuerdo a las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, actividad, procedencia y etnia, se presentan en tabla de distribución de frecuencia y se les aplicó la medida de tendencia central: moda. A la variable procedencia además se empleó la medida de intensidad: proporción.

Las variables tipo de consulta, motivo de consulta se presentan en un gráfico sectorial, aplicándose la medida de tendencia central: moda. Los factores facilitadores y factores limitantes del acceso a la atención se dispusieron en gráfico de barras y se aplicó el valor modal para su análisis.

Para el procesamiento de los datos cuantitativos, se elaboró una base de datos en el programa EpiInfo 2002 versión 3.2.2. El análisis de los datos tabulados se realizó en este mismo programa estadístico y los gráficos y tablas de distribución de frecuencia se elaboraron en el programa Microsoft Office Excel 2007.

Los resultados cualitativos se analizaron a través de las etapas recomendados por TAYLOR y BOGDAN (1987): Descubrimiento, Codificación y Relativización de los datos, En primera instancia se transcribieron las entrevistas en profundidad y grupos focales en un procesador de texto, de manera textual a los relatos entregados por las participantes. Luego, se realizó una lectura reiterada de los datos y se buscaron los temas emergentes, para así empezar la codificación de la información. Finalmente se relativizaron los datos obtenidos, es decir, se interpretaron en el contexto en que fueron recogidos. Cabe destacar que el análisis de estos

datos fue un proceso en continuo progreso, ya que la recolección de la información cualitativa y su análisis se realizó simultáneamente, tal como lo señala TAYLOR y BOGDAN (1987).

3.6.1 Categorías de análisis

Son establecidas a partir de los objetivos específicos:

- Conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva
- Percepciones acerca de salud sexual y reproductiva
 - Percepciones sobre salud sexual
 - Percepciones sobre salud reproductiva
- Significados de la atención de salud:
 - Importancia de la atención de la matrona/matrón en las edades 60 años y más
 - Importancia de la atención del médico/a
- Influencia de factores socioculturales en las percepciones de SSR
 - Influencia étnica
 - Diferencias en los significados de mujeres de procedencia urbana y rural
 - Influencia de factores derivados de la territorialidad
 - Influencia de idiosincrasia chilota

Las categorías emergentes de la investigación son las siguientes:

- Los tiempos
 - Proyección de vida
 - Tiempo de balances
- Autopercepción
 - Ser mujer
 - Postergación
 - Roles
 - Doble jornada, mujeres cuidadoras
 - Vejez y sus cambios

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Como procedimiento de validación de la investigación se utilizó la triangulación de técnicas de recolección de información, a saber, grupos focales, entrevistas en profundidad y cuestionario. La triangulación consiste en la combinación de un estudio único de distintos métodos o fuentes de datos, se concibe como el modo de confrontar y someter a un control los relatos de diferentes informantes. A través de esta triangulación fue posible obtener una comprensión más profunda y clara del contexto y de las personas del estudio (TAYLOR Y BOGDAN, 1987).

Sobre la ética de la investigación, estos autores señalan una posición no intervencionista en el trabajo de campo, evitando cualquier compromiso que interfiera en el estudio. Para ello la guía temática de grupos focales y entrevistas en profundidad, contempló preguntas que fueran comprensibles por las entrevistadas y que no significaran inducción de respuestas. Para la confiabilidad de la investigación en cuanto a los registros, las transcripciones de las entrevistas se realizaron textual y fielmente, quedando detallada toda la información referente a su aplicación. Los relatos fueron entregados a las participantes para que los revisaran, teniendo la posibilidad de modificar o ratificar sus dichos, según estimaran conveniente.

El cuestionario aplicado fue diseñado siguiendo el modelo de un formulario de encuesta socioeconómica, que incluyó aspectos sociales y demográficos de fácil respuesta a través de preguntas cerradas y de selección preestablecida. El instrumento fue validado en una prueba piloto con aplicación a 10 mujeres en dependencias del mismo CESFAM, previo consentimiento informado de las informantes. Con esta prueba piloto, se corrigieron las preguntas de difícil comprensión y se agregó la variable número de hijos. Para la aplicación del cuestionario se contó con autorización de la dirección del CESFAM de Castro.

3.8 CONFIDENCIALIDAD

Para la participación de las mujeres en el grupo focal y en la entrevista en profundidad, se entregó una carta de consentimiento, en donde quedó establecido el carácter voluntario de su participación, la absoluta reserva de sus identidades y la confidencialidad de la información aportada (Anexo 2).

En relación al cuestionario las respuestas de las participantes fueron confidenciales y se resguardó su identidad. La información ingresada a la base de datos contempló un código con las iniciales de las participantes.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS

4.1.1 Caracterización Sociodemográfica

Las edades de las mujeres encuestadas fluctuaban entre 60 y 93 años con un promedio de 69 años y se describe que en su mayoría son mujeres dueñas de casa (83,6%), como se señala en la tabla 1 (Anexo 3) No obstante, aquellas que se mantienen en actividad, lo hacen en trabajos independientes, destacando la artesanía y la costura, como su principal ocupación, seguidas del comercio y la agricultura. El trabajo social se sitúa como una labor de muy escasa presencia entre las mujeres de estas edades.

La educación formal que han recibido la mayoría de las mujeres encuestadas es: educación básica incompleta, sin despreciar el porcentaje que merece la población que no ha tenido estudios. (Tabla 2, Anexo 4)

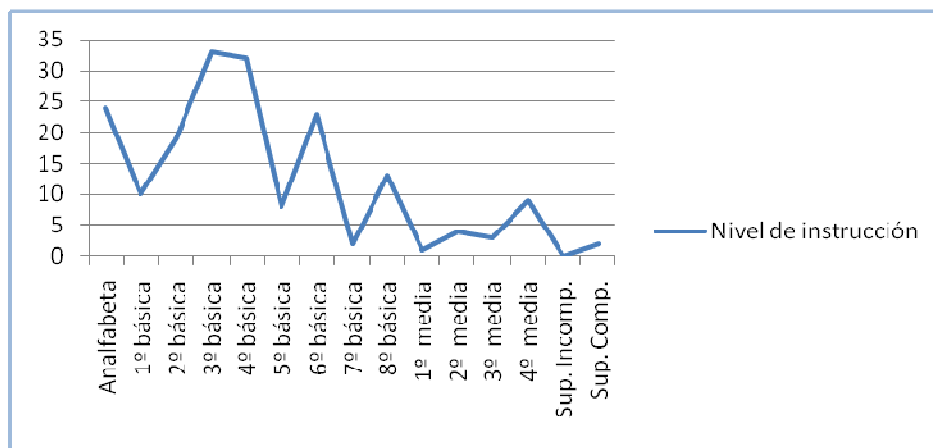


Gráfico 1. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según nivel de instrucción, 2006-2007

El nivel de instrucción que divide a la distribución en dos mitades respecto del número de casos (mediana), alcanza el 3º año de enseñanza básica. El gráfico 1 representa cómo se

distribuye la frecuencia y demuestra la disminución significativa del número de mujeres, a medida que avanza los estudios cursados.

La mayor parte de las mujeres encuestadas es casada (40,4%), seguida por las mujeres viudas (37,2%) que ocupan una buena parte de la distribución de la variable mencionada (Tabla 3. Anexo 5). Un dato relevante con respecto al perfil sociodemográfico es el número de hijos que en promedio es 4,2 hijos por mujer en esta muestra. Resulta interesante hacer una comparación con el comportamiento reproductivo de las mujeres en la actualidad. El número de hijos promedio es 2,09 en la región X (entendiendo la división política regional al año 2004) y 1,9 a nivel nacional (INE, 2004)

La procedencia de mayor predominio entre las mujeres es la rural, aproximadamente 7 de cada 10 mujeres de la muestra viven o vivieron en el campo durante algún periodo de su vida. Aquí se consideró la residencia actual o pasada en el campo, es decir, si la persona ha vivido en algún momento de la vida en el campo, independiente del tiempo y el período de su vida. (Tabla 4, Anexo 6).

Al preguntar sobre la etnia (Gráfico 2, Anexo 7), 51 de ellas responden sí tener ascendencia indígena (28%), de las cuales 80,4% manifiesta que no sabe a cuál pueblo indígena pertenece, el 13,7% señala ser huilliche y luego 5,9% refiere identificarse con la etnia mapuche.

A continuación se muestra un perfil (Cuadro 1) de aquellas características sociodemográficas de mayor valor modal en las mujeres encuestadas:

Cuadro 1. Perfil sociodemográfico, mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, 2006-2007

| Variable | Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|------------|------------|
| Actividad | Dueña de casa | 153 | 83,6 |
| Escolaridad | Básica incompleta | 127 | 69,4 |
| Estado civil | Casada | 74 | 40,4 |
| Procedencia | rural | 126 | 68,9 |

4.1.2 Caracterización demanda de atención

Respecto a las características de la demanda de atención en salud, las mujeres de edad mayor o igual a 60 años acuden al centro de salud –en su mayoría- para ser atendidas por médico (36%), mientras que la consulta que realizan a la matrona es significativamente menor, tal como se muestra en el gráfico siguiente.

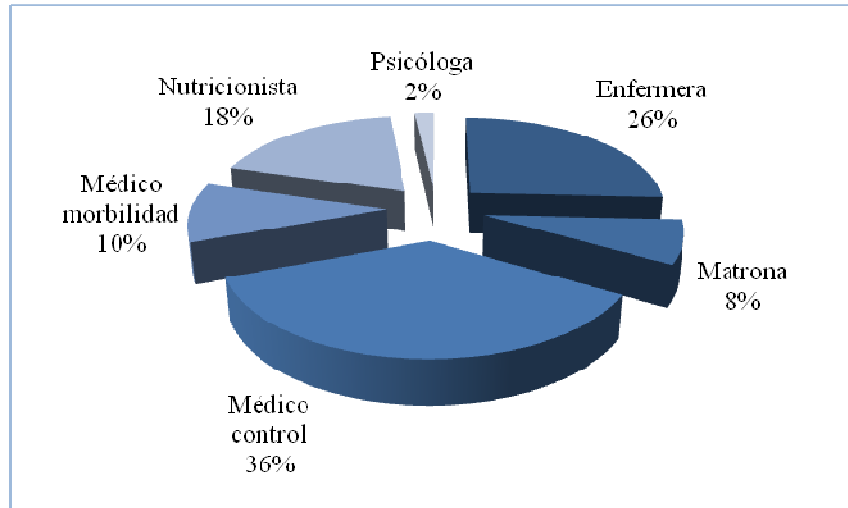


Gráfico 3. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según tipo de consulta, 2006-2007

Según el tipo de consulta que se realiza en el CESFAM Castro, se aprecia en el gráfico 3, que las mujeres asisten a la atención de médico, en mayor porcentaje que las que asisten a matrona (8%). La frecuencia con que se realizan estas consultas a los distintos profesionales de salud, se disponen en el gráfico 4, en donde se observa que las mujeres del estudio asisten a la matrona en una frecuencia más distanciada, es decir, cada uno o tres años. En efecto, al hacer una representación en la curva de la distribución según frecuencia anual, vemos que la atención de matrona presenta mayor valor modal, esto es, la mayoría de las mujeres estudiadas asiste de manera más distanciada a su control de matrona. (Gráfico 4)

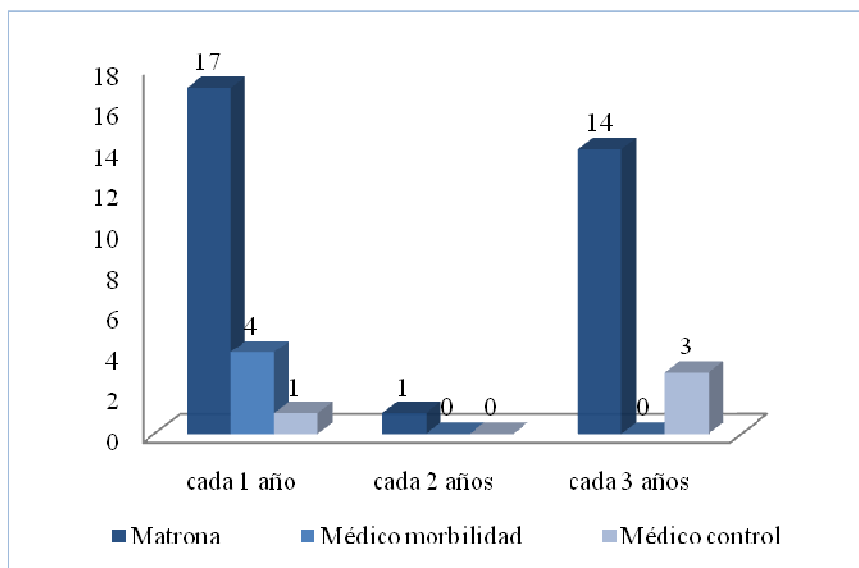


Gráfico 4. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según frecuencia (anual) de consulta, 2006-2007

En el gráfico 5 (Anexo 8) se visualiza que las mujeres del estudio, con mayor frecuencia reciben atención médica, que de matrona en una distribución mensual. Cabe destacar que los profesionales nutricionista y enfermera son visitados por las mujeres con una frecuencia de tres meses, en una buena parte de las mujeres encuestadas (73% y 74%, respectivamente), debido a que la mayoría de ellas presentan alguna enfermedad crónica, la que necesita ser controlada habitualmente.

Resultó conveniente hacer un análisis estadístico de las causas que motivan las atenciones de salud de este sector de la población, para ello se preguntó sobre sus motivos de consulta actuales. En la tabla 5 se presentan los motivos por los que consultan las mujeres del estudio, en donde se destaca el control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) En esta categoría se incluye los controles realizados por los profesionales correspondientes y también aquellas situaciones que van en directa relación con el control de estas enfermedades como ser: entrega de fármacos, control de presión arterial, talleres grupales sobre ECNT, etc.

Tabla 5. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según motivo de consulta (actual), 2006-2007

| Motivo Consulta | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|--------------|
| Control ECNT | 164 | 89,6 |
| Control matrona | 2 | 1,1 |
| Consulta médica espontánea | 13 | 7,1 |
| Control médico preventivo | 4 | 2,2 |
| Total | 183 | 100,0 |

En base a lo anterior, es pertinente conocer qué comportamiento tienen las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, en la muestra de mujeres estudiadas. A continuación se muestran los gráficos 6, 7 y 8 que exponen esta situación.

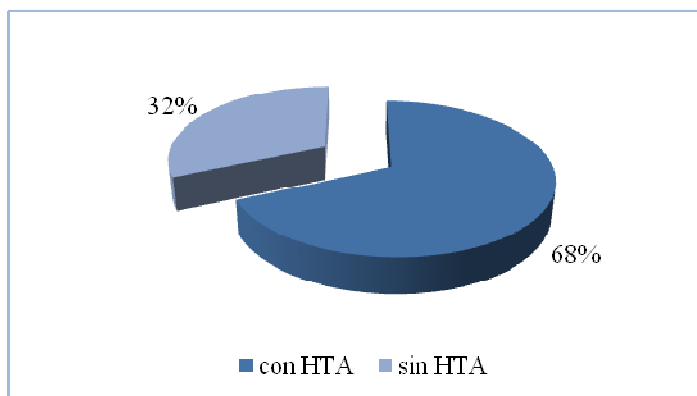


Gráfico 6. Prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según motivo de consulta, 2006-2007

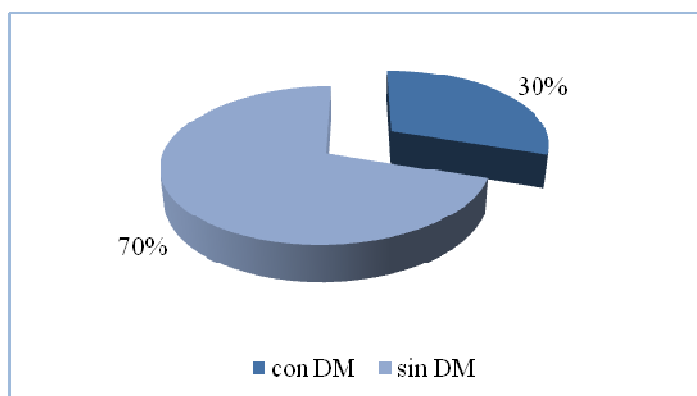


Gráfico 7. Prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según motivo de consulta, 2006-2007

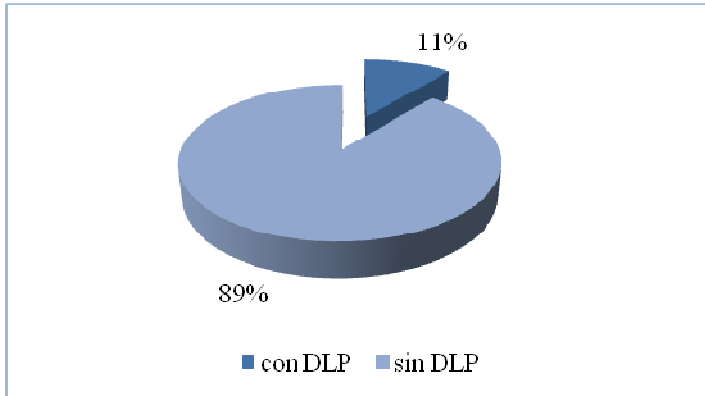


Gráfico 8. Prevalencia de Dislipidemia (DLP) en mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según motivo de consulta. 2006-2007

Con respecto a los factores que limitan y facilitan el acceso a la atención de salud, se puede determinar que hay más mujeres que presentan elementos facilitadores que factores limitantes, en cuanto a condiciones geográficas, culturales y económicas (Cuadro 2, Anexo 9)

En el siguiente gráfico se muestra los factores que limitan la atención *versus* aquellos que los facilitan. Denota que en la mayoría de los factores considerados, las mujeres encuestadas no se ven restringidas de acceder al centro de salud, excepto en lo concerniente al conocimiento, en donde sólo el 31,1% tiene conocimiento sobre la atención de salud que recibe.

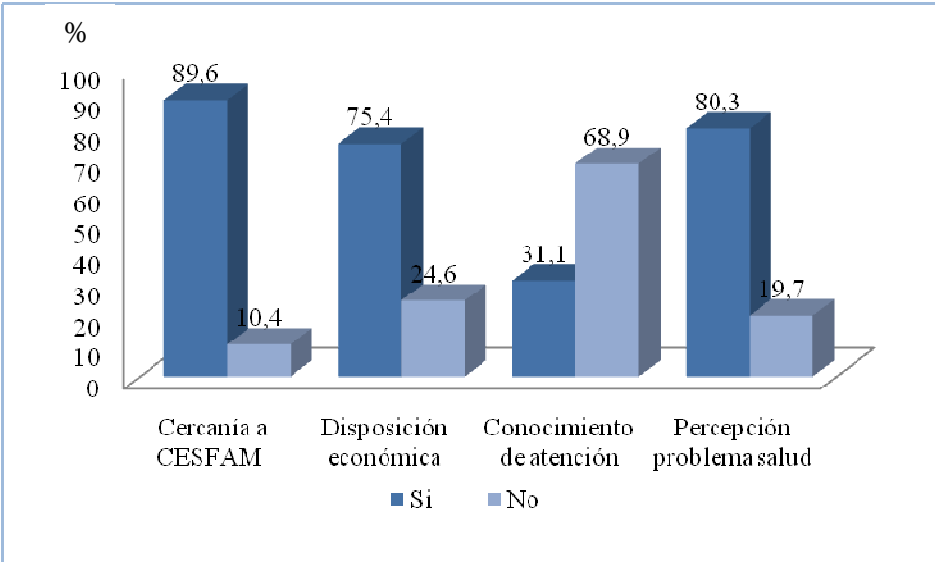


Gráfico 9. Distribución porcentual de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según factores limitantes y facilitadores. 2006-2007

4.2 RESULTADOS CUALITATIVOS. DESDE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y LOS GRUPOS FOCALES

Cuadro 3. Descripción de las entrevistadas de grupos focales y entrevistas en profundidad

| Participante Entrevista (E)/Grupo Focal (GF) | Descripción |
|--|--|
| Lucía (E) | 64 años, 2° enseñanza básica, dueña de casa (microempresa familiar fiambrería), casada, 2 hijos, procedencia rural |
| Nelly (E) | 77 años, enseñanza superior, dueña de casa (jubilada profesora), viuda, 3 hijos, procedencia rural. DM, HTA, DLP |
| Silvia (E) | 65 años, 8° enseñanza básica, modista, casada, 3 hijos, procedencia urbana. HTA. |
| Dora (E) | 60 años, 3° enseñanza básica, dueña de casa (trabajo esporádico manipuladora de alimentos), casada, 7 hijos, procedencia rural. HTA, Depresión en tratamiento. |
| Lilian (E) | 61 años, 4° enseñanza básica, dueña de casa (cuidadora), viuda, 2 hijos, procedencia rural. DM, Depresión. Historia de violencia intrafamiliar larga data. |
| Sonia (GF 1) | 64 años, 4° enseñanza básica, modista, casada, 3 hijos, procedencia urbana. DLP. |
| Lidia (GF1) | 72 años, 2° enseñanza media, dueña de casa, soltera, 1 hijo, procedencia rural. HTA, DLP. |
| Ernestina (GF 1) | 72 años, 2° enseñanza básica, dueña de casa, casada, 8 hijos, procedencia rural. DM, HTA. |
| Bernarda (GF1) | 74 años, 6° enseñanza básica, atiende negocio (familiar), casada, 2 hijos, procedencia urbana. HTA. |
| Lucero (GF 1) | 78 años, 4° enseñanza básica, dueña de casa, viuda, 2 hijos, procedencia rural. HTA, DLP. |
| María G (GF 1) | 64 años, 8° enseñanza básica, dueña de casa, casada, 2 hijos, procedencia rural. HTA |
| Doris (GF 2) | 60 años, 8° enseñanza básica, dueña de casa, viuda, 2 hijos, procedencia urbana. DM. |
| Julia (GF2) | 72 años, 4° enseñanza básica, artesana, soltera, procedencia rural. HTA, DM. |
| María B (GF 2) | 62 años, 4° enseñanza básica, dueña de casa, casada, 3 hijos, procedencia rural. HTA. |
| Oti (GF 2) | 62 años, 4° enseñanza básica, atiende reparadora calzado, casada, 3 hijos, procedencia rural. Depresión en tratamiento. |
| Rosa (GF 2) | 72 años, 6° enseñanza básica, dueña de casa, casada, 7 hijos, procedencia urbana. DM. |

| | |
|-----------------------|--|
| Flora (GF 3) | 60 años, 2 ° enseñanza básica, dueña de casa, casada, 4 hijos, procedencia rural. En control con matrona |
| María U (GF 3) | 61 años, 2° enseñanza media, dueña de casa, separada, 7 hijos, procedencia rural. DM, HTA. |
| Ana (GF 3) | 71 años, 4 ° enseñanza media, dueña de casa (jubilada JUNAEB), viuda, 4 hijos, procedencia rural. HTA, DM. |

4.2.1 El antes y el ahora

El envejecimiento es un proceso complejo que se compone de criterios distintos e interdependientes y debe ser considerado desde el punto de vista cronológico, biológico y social. Desde lo social, el envejecimiento se construye en medio de una transición, con roles que se adoptan y roles que se abandonan. En esta construcción social el peso de los años, los tiempos y las edades, cobra un alto valor emocional (RAMOS, 2005). Es por eso que en todos los discursos de las mujeres entrevistadas, es posible interpretar balances de vida y miradas nostálgicas hacia atrás, hacia una vida con altos y bajos, sacrificada y hostil, adversa pero amiga.

4.2.1.1 Proyección de vida. Dar una mirada hacia el futuro es un ejercicio mental que una persona hace más de una vez en la vida. Esta proyección puede sufrir modificaciones u olvidos con el paso de los años. Las mujeres adultas mayores del estudio pronuncian distintas visiones a este respecto, sin embargo, un denominador común es que sus vidas actualmente no concuerdan exactamente con la proyección realizada en etapas anteriores de su ciclo vital, tal como lo señala los autores (PAPALIA, 1997). Generalmente han sido episodios críticos como enfermedades, muerte de cónyuge u otros sucesos normativos, los que han dado otro curso a la vida que querían vivir. También es posible encontrarse con mujeres que en tiempos de juventud tenían una proyección derrotista y desalentadora y que ahora consideran que la vida misma se ha encargado de retribuir los esfuerzos y agresiones del pasado. Así lo señala Ernestina quien no pensó cumplir 72 años y declara:

¡Ay! Yo no pensaba llegar hasta esta edad que yo tenía, no pensaba llegar, porque yo fui campesina, entonces mi vida fue muy agitada y además que fui madre de 10 hijos (Ernestina).

Bueno, una siempre desea ser feliz y tener sus hijos y ver sus nietos y estar tranquilas, pero quién sabe que trabas hay en el camino poh, en el matrimonio. Así que uno no cumple lo que pueda decir. Pensé que iba a ser menos sufrida, porque yo sufrí 27 años, desde que me casé mi marido se puso a tomar licor hasta que me separé (Maria U).

No, yo siempre pensé que a lo mejor iba a tener una vejez buena, siempre decía eso, que yo iba a tener una vejez buena, porque había sufrido mucho (Lilian).

A algunas mujeres entrevistadas les resulta difícil abstraerse y pensar en estas apreciaciones, señalando que esto se debe a la falta de espacios para la comunicación. Perciben que las personas de 60 años y más, son poco consideradas en los establecimientos de salud, a la hora de planificar grupos o jornadas de diálogos destinados a ellas. Un caso aislado es el de Ana: el trabajo en exceso y las preocupaciones le imposibilitan pensar en una proyección que permitiera visualizarse en la vejez. De este modo ella sufre una postergación indiscutible en el periodo de expansión familiar, cuando pasa a ser jefa de hogar y proveedora única de su familia. Así lo señala a continuación.

Yo parece que no tuve tiempo de pensar (se ríe). Si, porque uno en el trabajo, señorita, no le da el tiempo. Mi vida fue trabajar, desde los 29 años, trabajar, trabajar, trabajar, (...)levantándome todos los días temprano, llegando a las 6 de la tarde a mi casa. Entonces a mí no me dio el tiempo para pensar cómo va a ser cuando tenga esta edad, porque uno se embebe en el trabajo y en las cuestiones diarias (Ana).

4.2.1.2 Tiempo de balances. A la hora de realizar un relato de sus vidas, las mujeres del estudio crean espontáneamente un reconocimiento de sucesos, desplegados de tal manera que conforman una reseña muy particular. La suma y la reflexión de estos logran conformar un balance personal que surge con marcada presencia a lo largo de todo el testimonio.

La vejez es un tiempo de balances. Para algunas mujeres un balance poco amable, para otras sin matices y para un menor número de ella, un saldo alegre. A este respecto Nelly concluye:

Mi vida fue amable, pero uno no puede esperar que una vida sea completa. Yo creo que la vida es de altos y bajos y tiene que pasar por una serie de cosas para poder llegar a la felicidad, pero todo, cualquier cosa hace feliz a una persona, a veces lo más simple hace feliz (Nelly 64 años, profesora)

El caso de Lucía (64 años) es diferente, ella expresa con poca emoción: *Si...sí, si...que más le va a hacer uno (se ríe) de mi vida no tengo nada que decir, no... bien, bien. Trabajamos pa' comer, no...la pasamos bien.* De este relato se destaca que Lucía incluye de forma inmediata a la familia, al esposo, los nietos, como protagonistas de sus historias. Ella y muchas otras participantes hablan en primera persona plural, considerando a sí mismas como sujetos colectivos, como representantes de un grupo -en este caso- la familia. Así lo señala el relato de Bernarda:

Feliz de mi relación con mi esposo, 44 años de matrimonio y es como si no hubiera transcurrido el tiempo para mí...para mí es como si tuviera 4 años de matrimonio o tres, es lo mismo...nos llevamos bien nos respetamos nuestros requerimientos, si él me necesita o yo lo necesito (Bernarda).

Por otro lado se encuentra el grupo de mujeres que experimenta trastornos o estados depresivos durante este periodo, situación que negativiza tanto lo que ha vivido como lo que le sobrevendrá. Se ha estudiado que el proceso de envejecer tiene una psicología muy compleja, que no sólo se remite a lo biológico sino que trasciende lo sociocultural y que además se ve afectado por los efectos acumulativos de la violencia de género, la discriminación y/o el trabajo excesivo- subvalorado. (SARMIENTOS, *et al.* 1999). Para Lilian y Oti, la adultez mayor es vivida con estados depresivos que provocan un balance desalentador de sus vidas. De esta manera señalan:

Yo siempre decía: algún día voy a...yo creo que el día que me quede sola voy a descansar, para estar tranquila. Siempre me preguntaba: por qué a mí, por qué he sufrido tanto, por qué he sido así, todo me sale mal... (Lilian)

Yo creo que uno a esta edad ya no debería vivir (Oti, 60 años).

En base a lo anterior se infiere que el sufrimiento deja marcas imborrables en las vidas de las mujeres, marcas que las hacen cuestionarse su existencia, sentirse víctimas de un destino cruel y de una vida que tarda en reivindicarse. Muchas de ellas señalan que a estas alturas, desearían otra realidad. Algunas de las mujeres estudiadas se miran a sí mismas y dan cuenta que no son ni la sombra de los que algún día quisieron ser. Se aventuran en decir que la juventud actual tendrá una vejez mucho mejor de la que ellas viven, así lo declara una participante que refleja estar cansada de las restricciones e injusticias de su historia:

Me hubiese gustado haber nacido en un tiempo como el de ahora (Lilian).

4.2.3 Autopercepción

4.2.3.1 Ser mujer. Al llevar a las participantes al plano introspectivo y reflexivo en cuanto a ser mujer, sus declaraciones no sobrepasan el entorno de lo familiar o de lo cotidiano y les demanda mucho esfuerzo profundizar en el tema. Al final el discurso pierde el análisis con que se inicia y se continúa con una descripción de eventos cotidianos poco introspectivos, para ejemplificar, un dicho de Bernarda que indica:

Ser mujer... para mí por ejemplo, que tengo 74 años, podría decir que soy una abuela afortunada, mis nietos me quieren...todo. Cuando llegan a la casa: “ay abuelita, tú...ya comí en mi casa, pero tenís comidita..., porque es mejor la tuya (Bernarda).

Pareciera ser que las mujeres del estudio- y quizás en su juventud también- no han hecho el ejercicio de percibirse como tales, ya sea porque no han querido o no han tenido la oportunidad de siquiera pensarlo. En este grupo, el “ser mujer” es internalizado como la suma de los roles establecidos desde antaño: la esposa, la madre (y padre), la abuela, la cuidadora, etc. Y sin duda, es la maternidad la que las trasciende, así como la representación simbólica que las dignifica. En este mismo sentido, los hallazgos muestran que muchas de ellas se sienten conformes de ser mujeres tan solo con el hecho de haber cumplido con su rol reproductivo. Al respecto se señalan los relatos de tres mujeres que se consideran mujeres por el hecho de haber sido madres:

Bueno, lo más lindo que hay en la vida de una mujer es tener sus hijos, verlos crecer... eso no más (María U)

Digo que soy mujer porque tuve 2 hijos, los crié, viven conmigo, los dos son solteros, no quieren dejarme y tampoco yo quiero dejarlos a ellos, (...) La mamá nunca deja de ser madre mientras está viva, pueden haber muchos hijos, pueden haber muchos nietos, pero la mamá no la reemplaza nadie, ese es el dicho mío, nadie reemplaza a la madre (Lucero).

...a ver yo...que significa ser mujer...como madre no más (Oti)

Resulta importante destacar las opiniones que expresan algunas mujeres de 60 años y más cuando subestiman su rol de género. Para ellas es vivido como un destino no forjado, sino más bien asumido, pero que no les demanda mayor análisis. Es el caso de Lucía, quien sin ningún énfasis señala: (...) *Ser mujer...ah si poh, pero eso uno no lo piensa, yo a esta edad que somos nosotros...yo no lo pienso.*

Se entiende que la falta de espacios y tiempos para el diálogo, causan la carencia de análisis respecto a este tema. Esto se revela en que para muchas de las participantes de entrevistas y grupos focales es la primera vez que se les pregunta y por ende, meditan sobre estos contenidos.

Para Doris (60 años) ser mujeres a esta edad es percibido desde la perspectiva de la ocupación que tengan ellas y su aporte a la sociedad como sujetas activas: *...creo que todavía soy una mujer que sirvo para la sociedad y para mí misma.* Quizás es un caso aislado, pero demuestra

que existen mujeres que necesitan sentirse útiles y que se perciben como protagonistas de sus mundos.

4.2.2.2 Postergación. Es un fenómeno prevalente y arraigado en la razón de las mujeres mayores de este estudio. Es una postergación consciente que las mujeres hacen en si mismas, y la asumen como normativa, natural y no les provoca mayor cuestionamiento.

Según los testimonios de las mujeres del estudio, el abandono que experimentan es transversal, sin distinguir estratos económicos, procedencias (llámese urbana o rural), ascendencia indígena, nivel de instrucción, estado civil o actividad que realicen. Muchas mujeres del estudio narran historias que se caracterizan por el descuido, la privación y la diferencia de género. Así es el caso de Oti, una mujer de 60 años, esposa de un hombre que padece una cardiopatía, enfermedad que hace necesario un trasplante de corazón. Esta situación le ha provocado una preocupación constante, lo cual hace que en el grupo focal comience a expresar su tristeza y desconsuelo a través de un llanto inconsolable. Esta reacción provoca manifestaciones en el grupo, las que se quedan ejemplificadas en estas frases: *“desahóguese” “no importa que tenga que llorar a escondidas, pero con el comparta alegrías”, “él es importante, usted tiene que cuidarse para cuidarlo a él”*.

Hay muchos aspectos de su vida que son afectados por el descuido: cuerpo, salud sexual, valoración personal, relaciones sociales, etc. Es una negación muchas veces provocada por el sufrimiento y/o la violencia, a la cual se sobregrega la llegada de la vejez. *...mis amigas siempre me dicen: no deberías estar tan sola, deberías buscarte una persona que te acompañe, pero yo no quiero saber nada...yo lo pasé muy mal con mi marido. (...) por eso digo que a lo mejor me quedó como un trauma a mí...que como que dejé todo de lado (Lilian)*

Referente a la postergación que experimentan las personas mayores, hay teorías históricas que consideran esta desvinculación como un inevitable desentendimiento mutuo, por cuya causa disminuye la interacción entre quien envejece y el resto de integrantes del sistema social al que pertenezca. Esta es la teoría de CUMMING y HENRY de la década del 60 (citado en: GONZÁLEZ y RODRÍGUEZ, 2006), llamada “disengagement” que fue tan polémica en su tiempo y por lo mismo, duramente criticada. Si bien es cierto, las personas que pasan por este periodo de sus vidas, experimentan una postergación real y según los testimonios de las participantes, se entiende que no es una norma para todas, e incluso se lucha contra la segregación y el abandono propio. Esta realidad se interpreta a través de los relatos de las mujeres entrevistadas y es lo que ellas comparten en los grupos focales.

4.2.2.3 Roles. Así como la construcción social de género no es la misma en todas las etapas del ciclo vital, así tampoco es el efecto del paso del tiempo en hombres y mujeres. Hay roles que en las mujeres cobran mayor relevancia a estas edades que en los hombres. Ellas se transforman en las cuidadoras por excelencia y trabajan sus roles exclusivamente en pos de otros, de manera altruista y desinteresada. Realidad que las conduce a invisibilizar sus necesidades y proyectar sus quehaceres hacia otras personas, en este caso, cada integrante del grupo familiar (RAMOS, 2005). Lilian, con el siguiente relato, da cuenta del rol que decidió adoptar hasta los días de hoy:

(...) rechacé a los hombres, así que para mí lo más importante fue ser madre y todavía hasta ahora que mi hijo tiene 42 años...pero yo principalmente ser madre, ante todo... (Lilian)

Hay roles que acompañan a la vida de la mujer durante todos sus años y otros que con el paso del tiempo van perdiendo valor hasta desaparecer. Como dice NUÉ (2001) el envejecimiento está relacionado socialmente con el “dejar de ser”, así las funciones cesan como consecuencia del paso del tiempo sobre el cuerpo de las mujeres, lo cual es mirado con nostalgia y anhelo.

...me acuerdo que yo tenía eso de que era muy activa, trabajadora con mis empanadas, iba a la iglesia, era diaconiza en esos años, en el hospital voy abajo a ver a los enfermos, en la fundación damas de blanco...ahora no puedo (Rosa)

No obstante, conscientes de sus múltiples labores logran apreciar que la situación, desde un enfoque de género, es distinta. Aún cuando las relaciones de poder han estado presentes desde tiempos inmemorables, en esta etapa del ciclo, la violencia y el control sobre ellas se relaja (RAMOS, 2005). En cuanto a los roles de género en actividades domésticas, las autoras ARBER y GINN (1996) señalan que hay una realización indistinta de labores tradicionalmente ligadas a cada sexo y que esta relación causa más bienestar en mujeres que en hombres. En lo concreto, según los autores, las mujeres de mayor edad siguen estando más ocupadas con los quehaceres domésticos y familiares, en cambio los hombres están más desocupados.

De acuerdo a lo señalado por las mujeres del estudio, ellas son capaces de percibir esta dinámica y no tienen ningún reparo en enfrentarse al sexo masculino con todos sus atributos. Así lo señala Nelly: *A esta edad yo pienso que la mujer es más fuerte que el hombre, ¿sabe por qué? Si el hombre queda viudo es una cosa tremenda. La mujer afronta situaciones difíciles, sola, se desenvuelve sola, en cambio con el hombre no (Nelly)*

Por otro lado, hay diversos elementos de carácter individual y cultural que conducen a que la vivencia del envejecimiento sea distinta, incluso entre personas que aparentemente viven en condiciones similares. La manera de enfrentar su vejez está íntimamente conectada con su

biografía personal (ARILHA *et al.* 2003). El caso de Julia, una mujer de 72 años, trabajando sacrificadamente en el campo hasta hace un par de años, no se quiso casar, pensando que un marido significaría aun más trabajo y ella no se expondría a ese sufrimiento extraordinario. Señala, como autocrítica, que por egoísta no se casó. Para ella no existen los roles de género perfectamente definidos, “*en el campo hacia labores de hombre y mujer*”.

En efecto, el trabajo es un denominador común en todas las mujeres entrevistadas y está asociado a ellas desde siempre, niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor. Según sus dichos, la ocupación las hace sentirse funcionales y aún indispensables para sus grupos familiares, al ser responsables del cuidado de ellos. Esta situación queda evidenciada en el siguiente diálogo:

Mire, yo siempre estoy mirando, en cuanto a mi familia, a la persona, al hijo, al nieto que necesita más, para poder de alguna forma, ayudarlo en parte (Nelly)

Pese a esto, las mujeres entrevistadas no vislumbran la importante y agotadora labor que conlleva ser dueña de casa. En la primera etapa de esta investigación, al aplicar la encuesta, ellas respondían que no realizaba ninguna actividad, excepto ser dueñas de casa. Entendiendo que el 83.6% de las participantes encuestadas son dueñas de casa exclusivas, el porcentaje restante también lo es, pero además tiene alguna actividad remunerada. Su relación con el trabajo asalariado denota una cierta distancia, a causa de los mandatos subyugantes de la cultural patriarcal, que en aquellos años se vivía sin derecho a réplica. Así lo declara Ana:

...porque antes la mujer no podía decir: “ya, voy a salir a trabajar”, eso era abominable para los hombres...el hombre era muy machista y la mujer estaba ahí en la casa poh...si a mí me pasó eso, yo vine a trabajar cuando ya quedé sola, cuando me separé de mi marido...ahí empecé a trabajar, pero antes de eso, no (Ana).

Esta fuente de poder y valoración social que emana del hombre como rol de proveedor, durante la vejez, varía hacia la disminución, o simplemente se pierde. En otros casos el juego de roles se torna mas difuso, aun cuando la relación de poder se mantiene hasta la vejez. Según RAMOS (2005), esta suerte de subordinación de base cultural es muy difícil de remover.

Al respecto, surgió un testimonio muy particular, en que el envejecimiento de la mujer, produjo un empoderamiento y liberación femenina. Esta es la historia de Dora, una mujer quien después de pasar una vida entera sometida a la voluntad de su marido, logró invertir esta relación de poder y según sus propias palabras: “tomar el toro por las astas” ...*a cualquiera le digo: usted agarra las astas y saca su hogar adelante...porque ahora la mujer es la que*

manda, le digo yo, porque si al hombre lo dejan hacer...hace puras tonteras, porque en el hogar las mujer lleva el juicio de la casa, ella distribuye bien las cosas...la plata, todas las cosas.(...) el hombre es como un caballo, si tu le das rienda, llegan hasta donde les dé la gana, pero si tu le sujetas la rienda...el caballo se sujeta, donde tú lo guías se va. Yo así comparo a los hombres, es así. Nosotras las mujeres somos las que debemos llevar el hogar, porque si uno deja que ellos hagan las cosas, hacen puras tonteras, porque yo creo que no tienen inteligencia como nosotras (Dora).

4.2.2.4 Mujeres cuidadoras y doble jornada. La reminiscencia es una función que todas las personas adultas mayores hacen con necesidad. No es preciso solicitarles evocar sus vivencias, sino que es un ejercicio saludable que ellas hacen, que como dice GONZÁLEZ y RODRÍGUEZ (2006) debe ser una rememoración que refuerce la identidad, dándole continuidad a la vida. A través de estos recuerdos se revive una realidad histórica, muchas veces invisible y poco estimada. Así es como Ernestina relata con un rostro cansado, un escenario de mucho esfuerzo físico y psicológico:

(...)Y tenía que ir a lechar, sacaba la leche, hacía el queso, hacía el almuerzo y...todo, pero tenía que a las 6 de la mañana levantarme yo y darles sus mamaderas y dejarlas vestidas y mientras ellas dormían yo me iba a sacar leche, lecheábamos como 10 vacas, hacía el queso...mi vida fue muy trabajada (Ernestina).

Las labores de casa propiamente tal, unido a las faenas campesinas, mantuvieron a Ernestina en una doble jornada por largos años, durante toda la crianza de los hijos. Al recordar su historia se da cuenta del sufrimiento vivido, sin embargo utiliza su biografía como testimonio para muchas mujeres que son madres y no planifican su familia. Además confiesa que se compadece por aquellas mamás que tienen más de cinco hijos, porque siente que revive aquellos episodios de carencias.

La mayoría de las participantes viven o han vivido en zonas rurales, así que muchas llevan consigo las marcas del trabajo campesino en sus vidas. Muchas de ellas señalan que un día en el campo es una jornada sin derecho a descanso, un movimiento continuo y una preocupación doble sobre sus espaldas. Con respecto a esto, Julia de procedencia rural, comparte su vivencia:

Esa era la labor nuestra, nos amanecíamos con mi hermana trabajando, dormíamos 2 o 3 horas, después salíamos a trabajar, dejábamos cerradas nuestras casas y nos íbamos a trabajar, llevábamos nuestra comida pa'l campo y hacíamos nuestra comida en el campo y llegábamos a la casa a darle comida a los chanchos, a hacer de todo (Julia).

Y así son muchas las historias que se podrían mencionar como evidencia de esta doble jornada, historias que vienen forjadas desde la infancia y que se vienen a reafirmar en la etapa adulta y que, hoy por hoy, son recuerdos que han marcado una vida entera. A continuación se mencionan algunas frases que comprueban la doble jornada que se vivía y sigue viviendo.

Es como una empleada una (María U).

(...) porque uno se embebe en el trabajo y en las cuestiones diarias, porque uno abandona todo el día su casa y en la tarde llega a trabajar (Ana).

En la encuesta CASEN (2006) se muestra que la cantidad de jefas de hogar de más de 60 años es del 38,1%, cifra mucho mayor que en otros rangos de edad. Esta característica las hace responsables de un hogar y una familia, económica y afectivamente. Es necesario indicar una situación que viven las mujeres en esta etapa y es su rol como mujeres cuidadoras, ellas cuidan a todo el mundo, incluyendo a los ancianos. Los discursos de las mujeres adultas mayores del estudio, coinciden con las cifras indicadas en las estadísticas de caracterización de la mujer adulta mayor (MIDEPLAN, 2006), es decir, muchas de ellas se configuran jefas de hogar y cuidadoras de sus familias. Según sus dichos, este cuidado siempre ha estado a su cargo, pero señalan su deseo de que ya no recaiga en ellas con el paso de los años. Sin embargo, se concluye que continúan con el cuidado hacia otros, ahora dirigido a las otras generaciones, por ejemplo, hijos que han quedado solteros, nietos cuyos padres trabajan, familiares enfermos no autovalentes, esposos jubilados, etc. El siguiente relato, señala una situación muy común:

(...) tengo cuatro hijos todos casados y 4 nietos, dos solteros y el mayor que hay que seguir cuidando, mi marido (se ríe)... (Flora).

La atención hacia los otros es una tarea que demanda mucho tiempo y dedicación, consecuente a esto es que las mujeres usan su tiempo más preciado, sus mejores fuerzas y energías para los otros, cumpliéndose lo que muy bien señalaba LAGARDE (2003): “el descuido para lograr el cuidado”. Sin embargo, las mujeres del estudio señalan que en la actualidad han empezado a preocuparse más de su bienestar en relación a las primeras etapas de su ciclo vital.

Bueno ahora me preocupo más de mi salud que antes, pero igual...antes me preocupaba siempre de mi salud, porque pensaba que cuando mis hijos eran chicos, si a mí me pasaba algo, “quién va a cuidar mis hijos” y siempre decía yo: “no”, tengo que...y (...) cualquier cosa iba a médico, cualquier dolorcito (Dora)

Con respecto a la percepción de este rol, la condición de cuidadoras es interiorizada con satisfacción, una obligación que gratifica a las mujeres que constituyen esta investigación. Con sus palabras manifiestan la autorealización que experimentan al crecer a sus hijos o nietos y verlos adultos, refieren que esa alegría del trabajo cumplido compensa todo esfuerzo realizado. Así lo asegura Dora: *Y yo me siento feliz ayudando a crecer mis nietas y les doy todos lo que no les pude dar a mis hijos, se los doy a ellas.*

Es muy frecuente entre las historias estudiadas, encontrar una familia extendida, hijos que se quedan en el hogar materno, nietos que pasan gran parte del día a cargo de la abuela, etc. A sus 72 años Julia tiene a su cargo un nieto de 9 años con daño orgánico y siente que le corresponde su cuidado. A esta edad continúa una labor muy agotadora y estresante, pero que a la postre, le reporta mucha complacencia. (...) *Mi nieto está enfermo en este momento...tiene 9 años y es deficiente mental, tiene epilepsia, es hiperkinético, hiperactividad...yo quise crecerlo, para que mi hija no sufriera tanto por lo que está pasando con el marido. Yo tuve que cuidarlo... (Rosa)*

Efectivamente, a estas mujeres les resulta imposible desentenderse de este trabajo invisible que le ha sido entregado: el cuidado como deber de género, un deber que no dimensiona tiempo ni cansancio.

4.2.2.5 Vejez y sus cambios. Definitivamente, el autoconcepto que tengan las mujeres de este estudio con respecto a la edad social, dependerá en gran medida de su biografía personal. Para algunas, la vejez es la última etapa de una vida de sufrimiento, otras la perciben como la etapa de merecido descanso (en sentido figurado) y felicidad, y hay quienes esperan encontrar en ella muchas cosas que hasta hoy están pendientes. Llama la atención el conformismo que manifiestan al hablar de las modificaciones físicas de la vejez. Para ellas no significa mayor conflicto y por lo visto, tampoco en el periodo de transición a la vejez. Con respecto a esto, se recuerda la menopausia como el gran hito que marca una etapa en sus vidas, pero al referirse al climaterio, lo hacen con distancia y poco relacionado con la edad presente. Autores señalan que hace un par de décadas se relacionaba mucho el periodo del climaterio con el envejecimiento, pero a la verdad distan mucho uno del otro, debido a que la esperanza de vida en la mujer ha aumentado paulatinamente (ARILHA *et al.*, 2005).

Es que uno tiene que estar consciente que ya no es joven, que siempre va a ir retrocediendo, la edad va siempre desgastando a la persona (...) se gasta, pero la autoestima es el mismo... (Bernarda, 74 años)

Según los discursos de las participantes, la mayoría de ellas afrontan esta etapa con optimismo, pero con añoranza de tiempos pasados en que sus cuerpos ostentaban de fuerza y vitalidad. Sin embargo compensan esto último, señalando que ahora tienen una actitud más

reposada y analítica frente a la vida, lo que las hace mirar hacia adelante con más claridad. Otras señalan que han aprendido de sus errores y han mejorado rasgos de la personalidad a través del paso de los años. Estas son sus apreciaciones:

Si ha cambiado mi vida... en salud y todo, porque yo no sentía cansancio, nada, pero lo que tenía yo.... era que estaba joven, eso era poh, pero después de vieja tuve una enfermedad que me sentí tan enferma, que no tenía ni ánimo de levantar las manos (Ernestina)

...yo digo q antes uno pensaba menos, pensaba distinto, ahora no, ahora tiene una madurez más estable, piensa diferente, ve las cosas diferentes, las concreta diferente (Doris)

Hay un elemento que caracteriza a las mujeres de estas edades en el estudio y es su importante necesidad de transmitir a las nuevas generaciones sus experiencias, sus lecciones de vida, errores y triunfos, como una manera de preparar a quienes comienzan el camino que ellos ya han transitado. Autores han abordado esta necesidad de los adultos mayores, lo cual coincide con los hallazgos obtenidos (GONZALEZ Y RODRÍGUEZ, 2006). Sin embargo, se infiere que las mujeres estudiadas no tienen las instancias, ni hay suficientes receptores para escuchar sus testimonios, por ello se interpreta que esta investigación fue el espacio para hablar luego de un periodo privado de comunicación.

Otro aspecto que tiene reiteradas menciones en las entrevistas, es la enfermedad como la causante del deterioro orgánico y de la vejez anticipada. Así lo indica Oti: *Yo siempre me he hallado joven, pero me ha tenido peor mi enfermedad (Oti)*

...cuando una fue joven no se preocupó por nada, yo fui una que no preocupé por nada, ningún cosa, no le digo que yo estaba bien...no tomaba nada, ni un aliviol...jamás en la vida... Y desde que me vino esta diabetes, me vino el decaimiento y me vine abajo...a veces me encuentro con rabia (Julia)

Aunque no se encontró mujeres en el estudio con problemas de adaptación al periodo de adultez mayor, ni afectación de la salud mental, por el aislamiento o segregación que pudiera darse, se pesquisó un fenómeno más usual de lo esperado. Un número no menor de ellas no acepta ser “viejas” y se resisten a ser llamadas de esa forma. Refieren que no desean ser vistas como personas frágiles ni desvalidas, niñas ni asexuadas, pobres ni enfermas. Son mujeres que aún tienen mucho que decir y desean ser escuchadas, lo cual sugiere que las mujeres de 60 años y más, pueden y quieren tener responsabilidad social. Así lo demuestra Silvia con el siguiente relato:

Hago todo...a esta edad, mira, yo trabajo, soy modista, cualquier modelo, cualquier cosa hago...diseños hago...de todo. Estoy trabajando más de 40 años en eso. ¡Claro...estoy activa, estoy bien! No puedo decir que soy una vieja que me ando tropezando que me tienen que llevar al Consultorio, que me tienen que dar mis remedios, porque no sé a que hora los voy a tomar...yo...Dios me llenó de bendiciones, no me puedo quejar, estoy muy feliz (Silvia)

No sé, yo creo que todavía no me siento adulta mayor, porque fíjese que nunca yo me he sentido así. (...) yo voy a ser vieja cuando yo quiera. Yo digo: “me voy a sentir vieja cuando me ande arrastrando mis patas. Ahí me voy a sentir vieja y que no pueda hacer nada, ni atenderme... (Dora)

Según los discursos de las participantes, la única petición expresa que se escucha de sus labios, es la necesidad de tranquilidad y paz emocional, como el premio que cada una merece. Este reposo no requiere precisamente de desaparición de actividades o de descansos prolongados, sino que no haya conflictos que le afecten su salud mental. En cuanto al trabajo físico, no hay palabra que indique cansancio alguno, sólo la añoranza de más agilidad y energía para sentirse más activas. Las participantes confiesan que hay momentos en que quisieran volver a tiempos en que la agilidad y el impulso estaban presentes. Desearían revivir episodios en que saltar, correr, caminar, no significaban un problema:

Yo también digo a veces: cómo volver a mis años antes para volver a trabajar la tierra (Julia)

Es la ley de la vida, pero ¿sabe qué? Hay personas como yo por ejemplo, que no acepto que mi vida siga dando vueltas...a mí no me pueden faltar las cremas, los perfumes (María U)

A esta edad ya estar tranquila. Eso me gustaría, estar tranquila. Yo no molesto a nadie, a nadie, nunca he tenido un problema con algún vecino, ni ninguna cosa. Lo único que me gustaría es estar tranquila. (Lilian)

El hecho de que uno no tenga la rapidez, la agilidad de hacer ciertas cosas...esas cosas afectan...Yo por ejemplo, en este momento no tengo la agilidad que tenía antes, imposible, así que...eso se va terminando a medida que uno va teniendo más edad, así que es distinto. (Ana)

Referirse a la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas mayores implica analizar el tema del cuerpo de las mujeres. Es posible notar en sus discursos las marcas que han dejado los años, marcas que son visibles y percibidas por sus protagonistas cada día. La relación de las mujeres con sus cuerpos tiene un particular análisis desde los diferentes relatos individuales obtenidos. Los parámetros valóricos actuales con respecto al cuerpo desfavorecen

la autoestima de la mujer mayor Los estereotipos publicitarios, prácticamente, obligan a ser, estar y sentirse joven y las personas que han pasado los 60 difícilmente encajan en estos modelos (CAYO et al, 2003). Sin embargo, las mujeres entrevistadas no reclaman, mucho al respecto, ya que su preocupación está en el deterioro de su cuerpo, en comparación con épocas pasadas. Esto último se refleja muy bien en los siguientes relatos:

Sea bonita o no, no sé, se siente mal la persona de cambiar tanto y cómo volver atrás, eso es por lo menos lo que yo pienso (Doris)

(...) ya no... Ya no es igual poh, antes era más flaquita, más delgadita....ahora estoy más chancha, estoy pansona, ya no es tan igual, así que digo yo que... pero, para qué hacerse problema por eso. Cuando la persona ya está viejito, y la pareja llegan a viejitos...empiezan y después terminan viejitos igual no más. (Dora)

Parece ser que a estas edades las mujeres no dejan de preocuparse de sus apariencias, la diferencia está en que a estas alturas ya no constituye una necesidad primordial. Si bien es inminente el envejecimiento corporal, se asume que la razón y la afectividad no decaen al ritmo del cuerpo, sino que crecen y se fortalecen con la persona que está en condiciones saludables, hasta el fin de su vida. (CAYO et al, 2003). Al respecto una participante señala:

...esa cosas de pensar que cómo iba a ser cuando vieja, que cuantas arrugas iba a tener, nunca me lo...no sé, porque parece que yo todavía soy joven, con mis nietos soy feliz, no me preocupa... (Ana)

La relación que tienen las mujeres del estudio con su cuerpo, es única e individual. No hay un patrón común para ellas, así es posible encontrar a mujeres que nunca se ven al espejo, y otras que se resisten al deterioro de su cuerpo y se esmeran por no volverse grises ni invisibles. Ese es el caso de Maria U. quien si ningún reparo asume que se prepara para una vejez más feliz, a través del cuidado de su cuerpo. *Yo me martirizo cuando pienso que voy a quedar arrugadita. Yo soy de esas que hasta en la casa me pinto los labios, los ojos y todos los días me lavo mi cabeza, me peino y... yo digo así poh, que el día de mañana que yo esté más arrugadita, yo digo que me va a dar vergüenza (...) a veces veo una foto cuando más joven...al estado que llega uno cuando es más vieja, queda diferente una.* Ella les trasmite a sus hijas esta visión de la vida, del autocuidado, del trabajo de la femineidad y la importancia de la belleza de la mujer, una belleza de fondo, más que de forma.

4.2.3 Significados de la atención de salud

4.2.3.1 Significados entorno a la salud en general. No hay dudas en que la salud es un desafío que se pretende mantener o alcanzar, incluso en las etapas ulteriores de la vida. Para lograr esto, se hace necesario pasar por un período de preparación para la vejez, en el cual la persona reúne las herramientas precisas para enfrentar un envejecimiento en las mejores condiciones físicas, afectivas, sexuales, psicológicas y sociales. Sin embargo, cuidar la salud no se circunscribe a tiempos determinados, sino que demanda una preocupación constante, partiendo desde las edades precoces de la vida. No se concibe que una persona desee ser saludable después de los 60 años, si ha tenido una vida llena de privaciones o excesos en salud. En este contexto subyace un concepto clave: el equilibrio (GONZÁLEZ Y RODRÍGUEZ, 2006)

El discurso de las mujeres participantes de esta investigación, es muy enfático al señalar que la salud es una virtud de suma importancia, no obstante, la práctica no se condice con esta percepción. Según sus discursos, por lo general, en la cotidianidad no perciben sus necesidades de salud como tal. Al respecto se puede inferir que no son capaces de poner atención al mensaje que le envía su cuerpo. Y si se quiere tomar con más agudeza, la promoción y prevención de la salud, son prácticas que no tienen lugar en sus formas de vida, es decir, actúan bajo el enfoque de la rehabilitación o reparación. Algunos dichos de las mujeres de este estudio pueden corroborar esta realidad:

Cuando una fue joven no se preocupó por nada, yo fui una que no preocupé por nada, ningún cosa, no le digo que yo estaba bien...no tomaba nada, ni un aliviol...jamás en la vida (Julia)

...Nada poh, antes uno no se preocupaba porque era sana. Cuando uno es joven y tiene una enfermedad, lo toma como nada (Rosa)

Tal como se indica en los relatos anteriores, en periodos de juventud, la salud individual estuvo por debajo de la salud de los otros. Actualmente –en este periodo de su ciclo vital- las mujeres han alcanzado a “darse cuenta” de que la salud hay que buscarla personal e individualmente. Por otro lado y en desmedro de su bienestar, ellas atribuyen que su estado actual de salud es a causa de un aumento en las patologías, fenómeno que ha venido de la mano con la modernidad. También atribuyen sus falencias físicas a un problema del entorno, de las autoridades, del poder adquisitivo, o al envejecimiento *per se*.

Yo me cuido harto, ante no me cuidaba, porque antes uno pareciera que no tenía nada poh, antes no habían enfermedades... (Flora)

A partir de los discursos de las mujeres del estudio, se infiere que estas tienen una tendencia a la desvinculación de los establecimientos de salud, son medianamente reticentes a los beneficios de la medicina. Lucía confiesa que nunca le ha gustado ir a los médicos, y tiene que sufrir de un dolor muy intenso para atenderse, haciendo la aclaración de que si la atención fuera expedita, quizás su comportamiento sería otro. Ella prefiere pensar en vivir y trabajar e ignorar las enfermedades que pudiese tener.

Otros casos no aislados se tratan de mujeres que recién están experimentando cuidarse a sí mismas, que luego de criar a una generación entera, han logrado percibir sus necesidades y están realizando acciones para suplirlas. Así lo ha vivido Nelly, luego de que todos sus hijos salieron del hogar materno y su esposo falleció, recién comenzó a cuidar de su salud:

Yo no, después de vieja, ahora tengo de todo, tengo diabetes, tengo colesterol alto, tengo artritis, artrosis, presión alta, tengo cualquier cantidad de enfermedades, pero hago que no se me note, no se nota. (Nelly)

4.2.3.2 Diálogos sobre salud-enfermedad. Como se mencionaba anteriormente, existe la percepción de que las enfermedades que se desarrollan en sus cuerpos, están ligadas al paso del tiempo y que son inherentes al envejecimiento. Con todo, luego hacen la reflexión al respecto y asumen que son co-responsables de los desajustes en su salud.

Los diálogos en torno a la enfermedad y a la salud, son espontáneos, cada cual tiene su cercanía con la enfermedad. Son distintas las historias que surgen a través de las entrevistas y distintos los “males” que las han ido afectando desde inicios de la edad intermedia (45 años en adelante)

...y cuando uno es joven no tiene nada, ningún malestar. Cuando va avanzando la edad ya empiezan a aparecer las enfermedades (Sonia)

Entonces hay preocupación de la salud actualmente ahora y antes no poh uno trabajaba no más, esa era su preocupación... (Ernestina)

Las participantes aseguran que en el período de crianza no hacían caso a sus demandas de salud, a causa de un ocupado día y sus múltiples tareas, en cambio ahora, la situación ha cambiado; hay más tiempo libre y las preocupaciones ordinarias han disminuido. Tal como revela Lucerina: *Ahora me preocupo porque tengo tiempo también, antes no...*

Por otro lado, para las mujeres adultas mayores estudiadas, los métodos utilizados para la resolución de un problema de salud, están siempre inclinados hacia lo natural, los remedios caseros, las infusiones y por sobre todo ignorar que la molestia existe, como una forma de autoconvencimiento. Esto les sucedía en aquellas etapas de juventud en que el bienestar personal era secundario. Ahora bien las enfermedades que están presentes en estas edades, no permiten cuidados tan superficiales, ya que la gran mayoría de las mujeres participantes tienen enfermedades crónicas, a saber, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y actualmente se encuentran en control en establecimientos de atención primaria de salud. Se autodenominan “crónicas”, pero no les gusta serlo y les atribuyen gran parte de sus padecimientos a sus enfermedades. Tal como lo señala Julia en este relato:

Y desde que me vino esta diabetes, me vino el decaimiento y me vine abajo...a veces me encuentro con rabia (Julia)

Según los resultados obtenidos, las mujeres participantes coinciden en que el punto de partida de las enfermedades es desde la menopausia en adelante o desde algún evento crítico que gatilla su expresión.

En otro ámbito cabe destacar que aún cuando pueden ser críticas del sistema público de atención, a la hora de hacer un balance, agradecen la labor brindada por los profesionales de la salud. Tal como Ernestina lo señala: *Por eso digo que la salud que uno tiene hoy día...si yo ando caminando se debe todo al sacrificio, la buena voluntad de los médicos, por la sabiduría de ellos y las matronas.*

Yo tengo bastantes enfermedades, entonces...pero si, de los médicos no me quejo, ellos me han hecho revivir, encuentro que la atención médica de ahora es mucho mejor. (Oti)

Hay mitos que emergen de la conversación, que se transforman en saberes populares que no tienen discusión, como es el caso de Silvia quien tiene hipertensión y se refiere a ella de una forma muy particular: *...pero no es una enfermedad poh, es un estado normal del ser humano, porque eso ha venido desde niña, con gen...así que no me siento enferma, hago mi vida normal...normal en todos los sentidos hago mi vida.*

Es digno de destacar que la mayoría de las mujeres de más de 60 años, comprenden la importancia de control de salud, pero como una medida reactiva, no preventiva, conocen el impacto de sus enfermedades y hacen lo posible por cumplir con el esquema de tratamiento. No obstante su comportamiento relacionado con la salud sexual y reproductiva no se condice con la actitud que adoptan frente a problemas de la salud en general. Este tema será abordado más adelante.

4.2.3.3 Significado atención de la matrona. En general, según los discursos obtenidos en el estudio, la relación existente entre la mujer y la matrona se remonta a la época en que las mujeres entrevistadas fueron madres. En forma espontánea asocian el rol de la matrona con la salud reproductiva, pero como una actitud de recuerdo, muy alejada de su vida actual. Otra conexión que hacen, es con las parteras, aquellas mujeres que forman parte del folclor y que son tan recordadas por la generación de mujeres mayores.

Al respecto se pueden escuchar términos como: “matrona de campo”, “partera”, “mujer que ayuda a mejorarse”, en donde se infiere que la procedencia rural de las mujeres entrevistadas, influye de forma importante en sus apreciaciones al respecto. Por ejemplo, dentro de las entrevistadas hay mujeres que teniendo ocho hijos, todos sus partos fueron domiciliarios, en zona rural y atendido por parteras.

En las entrevistas, también surgen las nociones del rol de matrona en su relación con algunos exámenes preventivos y controles de salud, es decir, con el examen citológico (Papanicolaou) y examen de mamas, además se hace una pequeña aproximación con la importancia de éstos para la prevención de las enfermedades. Sin embargo, con respecto a los controles que deben hacerse con la matrona, se refieren a la frecuencia que deben tener, a que pueden asistir cuando deseen y que no hay límites de edad.

En toda edad es importante la matrona, no porque uno esté en esta edad no va a ir a la matrona...cuando estaba en periodo fértil no más va a necesitar de la matrona...no, no (Bernarda)

Las mujeres participantes del estudio, pueden tener un conocimiento no tan acabado de prevención, pero al menos hay una noción del concepto, sin embargo ocurre una discrepancia entre la teoría y la práctica. Todas ellas dialogan acerca de PAP (Papanicolaou), Mamografía, entre otros, pero muy pocas tiene su control con matrona al día. De todas las entrevistas realizadas, sólo una participante indica que se encuentra en control habitual:

No, yo vengo todos los años, todos los años en junio me toca mi pap y como digo, si necesito algo o siento algo, recurro a la matrona o matron que me derive por último si ella no puede hacerlo... (Doris)

Destaca de las mujeres entrevistadas que no se esfuerzan en cambiar su discurso a modo de ocultar su desvinculación con la matrona, es decir, no se esfuerzan en expresar lo que no es, sino que cuentan sus vivencias con valiosa verosimilitud. Tal como lo expresa una mujer que participó en una entrevista en profundidad:

Pero uno no va poh, como yo le estaba diciendo, porque uno no deja tiempo. Yo he sentido a veces dolores de estómago, en la parte de abajo, como yo le digo no he ido a la matrona como 3 años, pero ahora se me ha pasado (...) Me hago té de manzanilla, a veces cualquier cosa de estos caseros y al otro día ya amanece bien y ya no me voy y listo (Lucia)

A partir de los hallazgos de la investigación, se interpreta que el conocimiento teórico no es el punto en que hay que detenerse, sino en que la percepción del conocimiento es ajena. Las actividades de la matrona no resultan desconocidas para ellas, sin embargo no las interiorizan como debiera ocurrir. Es el caso de Lilian quien asume su distanciamiento a la atención de la matrona y señala:

...lo desabandoné. Lo que usted me dice, yo sé que es malo, porque es importante uno como mujer de hacerse el PAP el tiempo que le corresponde, (...) ahora lo estoy pensando...no sé si iría, o será tiempo todavía que tengo que ir, no sé, nunca lo he consultado eso. A lo mejor es necesario que me vaya a la matrona, por eso le pregunto a usted (Lilian)

4.2.3.4 Importancia atención de la matrona. En las entrevistas realizadas, tanto grupales como en profundidad, las participantes señalan categóricamente que es importante la matrona. Ella representa un personaje de mucha presencia en las vidas de las mujeres, sin importar el rango de edad. No hay mujer entrevistada que no se acuerde de la matrona o matrón que facilitó su parto; si no es el nombre, son las características físicas o la voz que quedan en su memoria. Al narrar sus experiencias, es como si vivieran nuevamente ese instante y re-crean sus vivencias, volviendo a sentir las mismas sensaciones. Ernestina relata:

...me atendía mi suegra, ella era la matrona, la partera, así que ahí tuve todos mis hijos, el primero hasta 8 hijos...pero estoy feliz con mis hijos, bueno que harto la sufrí sí, porque sola poh, no tenía nana, no tenía nadie y trabajé por mis hijos para poder sacarlos adelante, darle estudios. Yo era una mujer que me levantaba a las 6 de la mañana a hacer mis cosas y a preparar mis hijos para ir a la escuela, para que se pudieran educar (...) parecía una gallina con pollos (se ríe) tanto niño poh oiga..., todos chiquititos, así que gracias a Dios tuve mucha ayuda (Ernestina)

... es importante, porque a gente de campo, si bien tiene el conocimiento, la matrona es otra cosa, tiene otros conocimientos, más científicos, más modernos si se puede decir, es muy importante, tiene mucha importancia en un consultorio, por ejemplo tener matrona que estén siempre pendiente de la gente (Ana)

Resulta positiva la validación que hacen las mujeres del estudio, de la matrona, de sus capacidades y del impacto que puede tener la atención de la matrona. Esta opinión, que puede

considerarse positiva, se negativiza cuando se percibe lo lejano que están de asistir a una matrona a esta edad. Se percibe una relevancia del rol, pero en retrospectiva, sin considerar la importancia que pudiese tener la matrona hoy en su salud. Esta situación también es comentada por las participantes:

Yo creo que es re-poca la gente de la edad nuestra que va a consultar a matrona, porque se dejan estar no más (Sonia)

Nos preocupamos del estómago, del corazón, de las vistas, de los oídos y el resto lo dejamos a un lado (Dora)

Se infiere de los discursos de las participantes, la perspectiva reparativa que tienen de la salud, es usual escuchar que están tranquilas con el hecho de no tener ninguna molestia y eso las mantiene en reposo. Según sus dichos, conocen de oídas los exámenes preventivos de salud ginecológica, pero no son incorporados como el único método de pesquisa y por ende el único método de tener una mejor calidad de vida para su futuro.

Esta situación es una de las consecuencias de cómo se vivió la salud sexual y reproductiva en su periodo fértil, en la década de 50-80, época en que los derechos sexuales y reproductivos no influían mucho en el desarrollo de políticas específicas de salud (GONZALEZ Y RODRÍGUEZ, 2006). Según los autores, la desvinculación actual puede ser la consecuencia de que la SSR en aquellas épocas, no tenía mayor presencia ni era lo suficientemente valorada. En los discursos de las mujeres entrevistadas se agrega otra situación que las hace apartarse aun más de la atención de la matrona y es que muchas de ellas nunca en sus vidas se han atendido con la matrona. Esto queda reflejado en que la mayoría de las mujeres del estudio, tuvieron partos sin atención profesional y nunca asistieron a controles de regulación de fertilidad o ginecológicos. En el caso de Silvia, quien nunca asistió a matrona para regulación de fecundidad, reconoce que la matrona tiene importancia, pero sus comportamientos tendientes a satisfacer su SSR no reflejan esta importancia. Este es su relato:

Y yo pienso que la obstetra o matrona, como se le quiera decir es lo máximo dentro de la vida de una mujer, porque te controla los embarazos, los consejos... a lo mejor a mí nunca tanto, porque yo soy enchapada a la antigua y más que nada no he usado anticonceptivos, método naturales...y todas esas cosas. (Silvia)

En los grupos focales se llega a un consenso, que, aunque no se tenga una relación tan directa con el o la profesional, creen necesario su labor, así lo señala Doris: *yo encuentro que su rol es bueno interesante y capacitado*. Ya hacia el final de la entrevista en que se logra meditar y reflexionar sobre los temas, algunas participantes se cuestionan su actitud hasta el día de hoy y

aquellas que tenían una posición reticente con respecto a atenderse, ahora consideran la posibilidad de hacerlo, como es el caso de Nelly y otras participantes:

Yo pienso que si sentiría molestias, tendría que verlo, tendría que considerarlo eso, hacer las consultas (Nelly)

(...) si yo tuviera una molestia, tendría que correr donde ella...a Dios gracias, no la tengo la molestia. Uno nunca sabe, no la tengo hoy, pero la puedo tener mañana, pasado, tras pasado...nunca se sabe y sí que es necesaria la matrona para mi vida (Silvia)

Como yo le digo, no siento ninguna molestia, nada..., pero igual me llama la atención. Yo digo de repente, tengo que ir, no vaya a ser que de repente tenga algún problema y uno no lo sabe (Lilian)

Hay una mujer de todas las entrevistadas, con 60 años, acude regularmente a la matrona o matrón y tiene sus controles vigentes. Luego que crió a sus hijos y se separó de su esposo, comenzó a preocuparse de sí misma, a ser consciente de las necesidades de salud, y experimentar su sexualidad. *Yo le tengo confianza a la matrona o sea matrón, cualquiera de los dos (María U)*

4.2.3.5 Importancia de atención médica. Sin necesidad de preguntar, a través de los comportamientos de las participantes, se aprecia la adherencia a los controles médicos. Hay una clara diferencia entre la trascendencia que les significa un médico/a versus una matrona/matrón. Por un lado, la atención médica es crucial para el estado de salud actual, considerando la existencia de enfermedades crónicas y por otro lado, la matrona fue crucial para su salud pasada. Por lo menos es eso lo que se entiende de su discurso.

Cómo se llama ese examen que le hacen a las mujeres...el PAP, nunca me lo he hecho, nunca me lo hice...y ahora tampoco. El colesterol, la hipertensión, las úlceras, eso me lo estoy controlando, pero el PAP no me lo he hecho. (Flora)

Además también es entendida la atención de salud como “para los enfermos”, así justifican su postergación en este sentido. Si no se enferman, no necesitan atención, esa es la premisa. Esto se ejemplifica en el siguiente relato:

Es útil...teniendo problemas: por qué no poh. Es importante para cualquier mujer que lo necesita...es importante...una matrona, un médico, un dentista...cualquier cosa...todo. (Julia).

Ahora, una vez enfermas, se preocupan de su control, con antipatía y desgano, sin embargo, intentan tener una buena adherencia. Este es el caso de Lucía:

Toda mi vida he sido así, aborrecía los hospitales y lo sigo después de vieja, ya tengo que estar mucho, mucho, mucho afligida...claro que busco mis remedios...todos los meses tengo que ir a buscar mis remedios de la presión.

4.2.4 Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual y reproductiva constituye un paradigma amplio y complejo, más aun, para las usuarias de los establecimientos de salud. No es un concepto que conocen, ni es mencionado en lo cotidiano, por lo tanto, no les reporta mayor interés a causa de lo lejano que se escucha y también debido al desconocimiento de sus beneficios prácticos.

Al explorar sobre el significado de SSR, sus primeras respuestas denotan desconocimiento del concepto, sin embargo, en el transcurso de la conversación identifican aspectos que están incluidos en la definición de SSR.

Las reacciones de las mujeres son diversas, al verse enfrentadas a un tema que en un principio le puede significar ajeno. A sí le ocurrió a una participante quien se sintió indefensa ante la pregunta, recalcando su escasa preparación educacional:

Si...nada...no viene nada a la mente, o sea que uno no tiene estudios poh. Cuando uno ve...uno conversa así, pero resulta que yo no tuve estudios, tuve hasta 2° año. Es bonito así como usted conversa, pero no tiene las palabras como las tiene ustedes (Lucia)

A otra participante le surgió como respuesta espontánea la intimidad con su pareja, siendo que la pregunta iba a dirigida a la salud sexual y reproductiva como enfoque. Su pregunta fue:

¿y es malo o no es malo?_Yo creo que no es malo, porque mi esposo me dijo ya: con los años que estamos...no es malo- me dice... (Rosa)

Las primeras aproximaciones de las entrevistadas hacen alusión a la edad y se alejan del concepto, intuyendo que la SSR guarda relación directa con las personas jóvenes al consideran que no es un tema que les toque como adultas mayores.

Yo creo que eso es para las personas jóvenes (Lucerina). Yo creo que eso ya no corre con nosotros, a esta edad... (Ernestina)

En el grupo focal, al mencionar el concepto como tal, la primera reacción es decir que no tienen ninguna idea de lo que es, pero luego al pedir escuchar con más detención, logran darse cuenta que no son palabras totalmente desconocidas. Después de esto, se comienza a desarticular todo y afloran saberes provechosos de analizar, así como la opinión de Bernarda:

Yo entiendo que tiene que ver con la relación sexual, cuando uno es joven, hasta para la reproducción (Bernarda).

En base a lo anterior, se percibe que nuevamente se excluyen del tema con la justificación que no son mujeres sexualmente activas, y si lo son, ya no hay frecuencia de relaciones sexuales como para sentirse dignas de hablar sobre el tema. En cuanto al estado civil, las mujeres solteras o viudas se sorprenden al pedirles que intervengan en la conversación, como le sucede a Lidia, una mujer adulta mayor que es soltera y no tiene actividad sexual hace 30 años:

Aunque no sea tanto mío, yo creo que la gente joven o que tenga relación sexual, tiene que primero prevenir para no contagiarse de enfermedades, que se cuiden (Lidia).

La tendencia es a asociar la SSR con el ejercicio sexual, se considera al concepto como desvinculado de sus vidas y la relación que se puede hacer no va más allá de lo relacionado con el aspecto sexual. Sobre este aspecto Rosa señala lo siguiente:

Si, yo hallo que no es una necesidad, pero es bueno, yo hallo que es bueno, porque a esta edad que tenemos nosotros, 'tamos iguales, siempre hay amor, hay cariño, no sé si ustedes serán así, pero yo ya tengo 72 años y mi esposo tiene la misma edad y yo me siento bien (Rosa).

Según los discursos emitidos por las participantes, sus apreciaciones tienen su asidero en el desconocimiento del sentido amplio de la SSR. Se sabe que es un paradigma que no discrimina edad, práctica sexual, estado civil, paridad, ni otra variable que sea excluyente o

incluyente. (GONZALEZ y RODRIGUEZ, 2006). Se infiere que si se les diera a conocer este carácter inclusivo e integral, de seguro sus respuestas serían de otra naturaleza.

Entre los hallazgos se destaca a una participante Silvia, quien declara categóricamente que todos los temas que incluye la SSR, los maneja y no le son desconocidos. También sorprende la seguridad de su respuesta que es la siguiente:

Ese concepto (SSR) de verdad que es...el control de la natalidad, entra todas esas cosas...de tener niños sanos y vivir en una pareja estable...tantas cosas, las enfermedades y las cosas. No, si yo las entiendo todas esas cosas, pero como ya me pasó la hora... Que, ahora bueno, hay otras cosas, que hay partos sin dolor, que hay operaciones cesárea, que hay esto y hay el otro...que no lo tuvimos esos años que yo tuve mis niños.

4.2.5 Percepciones acerca de Salud Sexual y Reproductiva

Si el conocimiento que pueden tener sobre la salud sexual reproductiva es exiguo, de tal manera la percepción sobre esta es menor aún, es decir, no harán suyo un concepto que muy poco conocen. Fue preciso abordar el tema en su sentido práctico, analizándose desde lo cotidiano, lo vivencial, para luego llevar a las participantes al razonamiento más profundo de esos mismos comportamientos y apreciaciones. Primero se constituyó un relato de sus hechos trascendentes y luego, sin mayor inducción, se logró meditar en ellos como un ejercicio necesario y saludable.

Es inevitable para ellas incluir su edad en el tema, como una limitante que les impide expresarse. Se entiende que la edad, en su enfoque de construcción social, diferencia por rangos a las personas y por ende asigna roles limitados según edades, esto es, la denominada edad social. Por esta desigualdad de roles, es que las mujeres de 60 y más, se desentienden de su papel en la salud sexual y reproductiva y en un principio les supone esfuerzo identificarse con ella.

En el primer grupo focal, Bernarda es la primera que pide la palabra. Al preguntar sobre la importancia de la SSR, ella responde: *A esta edad que uno tiene, ya no. porque no creo que sea una edad reproductiva por lo menos, esa es la pregunta...* y Lucía categóricamente señala: *“Cuando era joven sí poh, de todas maneras, pero esta edad que uno tiene, 64 años, ya no. De los 50 pa´ bajo sí, pero después ya no. No creo...puede ser que alguna, pero a la edad que uno tiene ya no.”*

Entonces se comienza a desarticular el concepto como una estrategia pedagógica.

4.2.5.1 Percepciones sobre salud sexual

4.2.5.1.1 Vivencias sexuales en la adultez mayor: Es de suma importancia considerar las vivencias sexuales que tienen las mujeres mayores, ya que la salud de ellas viene determinada por la salud que gozaron en sus años de infancia, adolescencia y adultez. Se puede asegurar que los sufrimientos físicos y emocionales procedentes de las diferentes experiencias afectivas con su sexualidad, desde la presencia o no de violencias sexuales cuando niña, la vivencia de la primera menstruación, matrimonio, maternidad, cuidado con los hijos y relaciones con la(s) pareja(s), son factores determinantes a la hora de analizar su SSR (ARILHA *et al.* 2003).

Hay mitos que segregan a las personas mayores y que no se ajustan para nada a la realidad, como: “no viven su sexualidad”, “no tienen vida sexual ni deben tenerla”. Estas conductas sociales atentan con la felicidad plena del adulto mayor. (GONZÁLEZ, 2002). La sexualidad puede expresarse se diversas formas como afecto, compañía, intimidad, caricias, además del contacto genital.

En el Primer Grupo Focal a Sonia el tema le surge espontáneamente, manifestando que necesita compartir lo que le sucede, sobre todo con sus pares. Para ella, “*el asunto sexual cambia cuando uno llega a esta altura, ya el apetito sexual descende*”. Luego rectifica y aclara: “... *no sé, en el caso mío, yo a esta altura no siento ningún placer, a esta altura se molesta uno. Yo digo: ahora conversemos, hagámonos cariñito, ya olvidate...no, no.*” Le interesa mucho conocer la realidad de otras mujeres, porque ella asume que perdió el interés por la actividad sexual y busca aprobación en las otras participantes. El suceso que para ella marca un antes y un después en el ejercicio sexual, es la menopausia, refiere que antes su relaciones sexuales eran “*bien normales*” y que después bajó el apetito sexual, situación que la ha acompañado hasta los días de hoy. Para otras entrevistadas ha sido la enfermedad la que la separó del disfrute sexual, ya sea problemas de salud de ellas mismas o de la pareja.

Sonia a su vez manifiesta que lo que más lamenta es la falta de lubricación vaginal y lo menciona en reiteradas oportunidades. Este es un síntoma involuntario y vasomotor que ocurre como respuesta de la disminución de hormonas sexuales (ARILHA *et al.* 2003). De este mismo grupo de conversación, Ernestina también comparte esta vivencia, con la diferencia que, además a ella le ha significado angustia: “*Sufrí mucho porque eso era igual una cosa seca que no tenía nada de lubricación...*”

Las participantes refieren, en su mayoría, que en estos momentos hacen el amor por cumplir, más que por deseo. Se sienten con la obligación de responderle a sus maridos y desempeñar su labor interpuesta como mandato cultural arbitrario. Sin embargo, ven su situación con una mirada condescendiente y rescatan de todo esto que el sentimiento más noble, el amor, permanece y todo lo soporta. *No poh, el amor no se termina por eso, porque falle la parte sexual (Sonia)* Para Ernestina (72 años) el amor no permite que todo se tolere y en una ocasión le interpeló a su marido que cumplirle en la intimidad no era parte del amor: *Cuando se puede,*

se puede y cuando no se puede, no se puede. Yo le dije: si tu tanto deseas el apetito sexual y yo no puedo...qué voy a hacer...no puedo. Así que tu verás-le dije- qué decisión puedes tomar. Así que ahora ya vivimos los dos, así juntitos no más, pero no pasa na' (Ernestina)

Otras realidades que se viven a esta edad hablan de mujeres solas, que bajo el arquetipo del “único amor” han desechado la oportunidad de tener una nueva pareja. Lidia vivió un embarazo no deseado, fue abandonada por su pareja en ese entonces y desde ahí se privó de las relaciones de pareja. Ella no ha experimentado relaciones sexuales hace 30 años y les surgen dudas acerca del placer a esta edad, pero refiere que no se siente en condiciones de hablar sobre la libido.

Y un escenario más alentador es cuando la mujer experimenta el deseo sexual y la satisfacción plena de su ejercicio sexual, derribando cualquier mito que hable de inexistencia de actividad sexual. María G. (64 años) se refiere a su experiencia en la intimidad con pudor, se sonríe y señala: *Yo con mi viejo todavía si... no siempre... Ahora, yo le digo, mi vida es normal, todavía tenemos sexo...en veces lo hago, en veces. En veces estamos bien...yo como digo, todavía no tengo nada, decaimiento, estoy bien...nada, nada.*

En el Segundo Grupo Focal las vivencias son similares con lo distintivo de la historia de María B. quien manifiesta, a través del tono de voz, un claro afán de que su situación íntima sea distinta. Tiene problemas de salud que la dejaron imposibilitada de tener relaciones sexuales - imposibilidad psicológica más que física-, lo cual la hace sentirse muy frustrada.

Además se visibiliza en este grupo un hecho preocupante, real y más frecuente de lo que se estima. Es el testimonio de Oti, que experimenta un plano disfuncional de la salud sexual, que corresponde a la ausencia total de cualquier deseo, disfrute o satisfacción que pueda emanar de la intimidad de una pareja. Esta mujer en sus 62 años de vida nunca ha sentido placer en la relación sexual, no conoce lo que es el orgasmo y no lo percibe como un problema tampoco. Sus primeras palabras al hablar del tema fueron:

“yo no sé que decir, porque yo para mí, no lo encuentro importante,...No fue importante ni cuando joven, ni cuando vieja...a mí me da lo mismo, siempre me ha dado lo mismo”

Por su parte en las entrevistas en profundidad, los resultados dan una idea clara en relación a que todas las mujeres experimentan cambios en las prácticas sexuales. Lucía cambió la vida íntima de la pareja por el trabajo y a esto se agregó más tarde, la enfermedad de su esposo.

“Ya harán entre cinco y diez años que no, como él es enfermo, ni yo no, no me da por eso. No sé si todas seremos así. Y él tampoco” (Lucía)

Después de que quedé sola...no, no me llaman la atención los hombres, para nada...para nada, para nada. Estoy sola 14 años y no me llama la atención. (...) a lo mejor me acostumbré...a estar sola, tranquila. Yo digo así: no soportaría a otro hombre que me moleste ahora que estoy sola, ni dormir, con otra persona, con un hombre, con nadie. (Lilian)

Otra es la historia de Nelly, de 77 años. Ella recuerda con agrado su vida sexual, hasta que murió su marido y afirma que nunca tuvo problemas de disminución de deseo, ni alteraciones similares, sino que hasta los últimos días de vida de su esposo, tuvo relaciones sexuales satisfactorias y actualmente se considera “como niña soltera”.

En el Tercer Grupo Focal, logra conmover una historia de injusticia, ejercicio de poder masculino y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Flora, una mujer de 60 años, de apariencia diáfana y tolerante, vive todas las noches un suplicio, entendido por ella como un hecho natural que no se puede modificar. Su esposo, sin consentimiento ni previo diálogo, le exige tener relaciones sexuales coitales. El argumento que él utiliza es la obligación social de la mujer a satisfacer los instintos sexuales del hombre. Resulta sorprendente la actitud de ella al contar la historia, ya que no culpa a su marido, sino que lo victimiza e intenta encontrar el motivo que le provocó a ella esta carencia de deseo sexual.

Luego de escuchar este testimonio, otra participante reflexiona como “don de Dios” carecer de deseo sexual:

“Pero yo no tengo necesidad ahora, yo nunca después que me quedé sola...es una bendición de Dios la que yo tengo, porque yo he visto personas que no pueden estar solas y el acto sexual... Para mí fue trabajar, trabajar, trabajar” (Ana)

Maria U. amplía la perspectiva, luego de una vida conyugal deplorable, con violencia de género y coerción sexual, se encuentra con un mundo en que la sexualidad puede ser vivida en su expresión más libre. Ella señala que ya no hay obligaciones que cumplir, ni normas sociales que practicar, ella vive un verdadero pololeo a los 60 años. Este es su relato:

“Vivir con un hombre en la casa, ya no, porque ya no estoy pa’ esas cosas, (...) entonces...estando fuera no le interesa nada, pero si satisfago el apetito sexual. Incluso...eh... yo se lo voy a decir, yo nunca con mi marido tuve nada...con puras obligaciones que tenía con él, que me pegaba, que me obligaba a estar, pero nunca pude sentir el orgasmo con él... y

estando con otra persona ahora, recién lo supe...no sabía nada, ahora de vieja supe y ahora estoy experimentando en la sexualidad, nuevas cosas. Ahora le doy más importancia que cuando era más joven.” (María U.)

4.2.5.1.2 Percepciones sobre actividad sexual después de los 60. En esta categoría ya no se habla de vivencias, sino de lo que perciben, creen o sienten las mujeres con respecto a la actividad sexual después de los 60. Hay muchos saberes y creencias que están en el inconsciente de las mujeres entrevistadas y que es conveniente dar a conocer. Ellas han experimentado sus vidas íntimas y poco saben de las vidas ajenas, así, este encuentro de biografías ha sido provechoso para el intercambio de vivencia y a la ampliación de las percepciones.

Lucero manifiesta una visión más amplia de la SSR a sus 78 años, y derribando todo prejuicio (GONZALEZ y RODRIGUEZ, 2006), cree que hay diversidad en las experiencias sexuales en esta edad y para ella no es una norma que todas las mujeres mayores experimenten la pérdida del interés sexual. Esta participante estima que la menopausia no es un evento que influya demasiado en la actividad sexual, o bien, no debería serlo y aclara que es sólo una percepción individual: *“creo no más...a los ojos ignorantes, como yo no tuve esposo después...”* Al pronunciarse de este modo, las otras participantes del grupo, inmediatamente rebaten su postura y luego Lucerina hace la reflexión de que los pensamientos sobre estos temas son personales y que las opiniones pueden variar entre una mujer y otra, por lo tanto no es preciso discutir en ello.

Para Sonia las vivencias sexuales satisfactorias son sólo excepciones, ella cree que a edad avanzada no funciona el sexo, aún cuando señala que el hombre *“nunca deja de querer eso”*.

Este grupo (focal), particularmente, se interesa por el rol que pueden tener los profesionales de salud en la solución de problemas de tipo sexual. La mayoría asume que es irresponsable no preocuparse de disfunciones que afecten su salud sexual, pero dudan de la seriedad con que el profesional abordara el asunto. Así Sonia lo hizo notar:

Si yo le converso a un médico... ¿te pescará? Si uno le dice que: el apetito sexual va disminuyendo o que la vagina, como yo que hace años está como seca, no se lubrica como años atrás...a uno le da vergüenza poh. Depende del médico, no sé si lo pescará o no lo pescará...la cosa ya no es como antes (Sonia).

A su vez Ernestina confiesa que estuvo mucho tiempo intentando encontrar la solución a sus problemas maritales y aún le surge la inquietud:

Yo no sé si habrá...se podrá recuperar eso o no...no lo sé... Yo creo que eso se pierde con los años. Y no es tan importante para nosotras, pero según me dicen que en el hombre no...no se pierde eso. Si hasta que tienen 100 años, todavía pueden... (Ernestina)

Para algunas es un tema latente y se transforma en un estrés permanente decirle que no al marido. Autores señalan que muchas veces la expresión de lo sexual en los adultos mayores, se ve en declinación debido a la monotonía de las relaciones sexuales (hacer siempre lo mismo y de la misma manera) las experiencias pasadas, las condiciones de vivienda, el filocentrismo, la salud física y los problemas de comunicación (GONZALEZ, 2002).

Existe una inquietante tendencia a equiparar la actividad sexual con la coital, mientras que las necesidades emocionales de la persona adulta mayor pueden cubrirse completamente, mediante una actividad sexual que no siempre lleva al coito (GONZÁLEZ, 2002). Esta tendencia sin duda esta muy arraigada, pero las mujeres a estas edades saben lo que necesitan y lo manifiestan, haciendo hincapié en la existencia de cariño para tener una buena vida sexual. Los siguientes dichos dan cuenta de esta situación:

“Yo creo que tiene que ser completa”, “yo creo que a esta edad lo más importante es el cariño” (Bernarda).

En el segundo grupo focal, se concuerda que el plano sexual se modifica en la vejez como un proceso normal, así como el desarrollo humano sufre cambios durante la vida y ninguna etapa del ciclo vital es igual a las anteriores. Las participantes piensan que no hay un cese, ni una desaparición del deseo sexual, sino que una modificación y también asumen que así es “la ley de la vida”. Al respecto Doris señala: *si poh, no puede ser igual que en la juventud, tiene que ser totalmente diferente... como todos los procesos, la juventud tiene un proceso, la adultez mayor tiene otro proceso...*

En las entrevistas en profundidad se contrastan dos dualidades, por un lado aquellas que creen que el sexo a esta edad es para la gente ociosa y no para quienes llevan una vida de trabajo; por otro lado, aquellas que piensan que la relación sexual es lo que mantiene a un matrimonio con estabilidad. Este último es el pensamiento de Silvia: *si tú tienes un matrimonio feliz en la cama, vai a tener siempre un matrimonio feliz, pero si en la cama anda mal la cosa...sonaste no más...es en otras palabras poh.* Luego aclara que la actividad sexual por sí misma es el soporte del vínculo, siempre y cuando sea acompañada por el respeto y la comprensión.

El tercer grupo focal razona similar, con algunas particularidades que menciona Ana. Para ella la clave de un funcionamiento sexual adecuado hasta esta edad, es que haya acuerdos entre la pareja, que el hombre no sea alcohólico, es decir, que sea conciente y ocupe la seducción para

conquistar a la mujer. Esta percepción claramente se supedita a su historia individual y así lo menciona en el siguiente relato:

El hombre cuando está sano, yo tengo la idea de que le hombre tiene que también seducir a su esposa para tener un buen acto sexual, porque si no de que serviría que dijera 'el: "ya yo necesito estar contigo" ¿y si la mujer está fría como un témpano, de qué serviría? Eso ocurre porque el hombre no sabe seducir, no sabe seducir a su esposa, ese es el problema, porque si el hombre sabe apreciar a su esposa, la va a conseguir, la va a conquistar. Si el acto sexual no es que a la mujer la va a pescar como un mueble y la va a tender y va a hacer su acto y listo...el acto sexual es una cosa de amor, de seducción, yo pienso así...porque así es como uno se entrega al hombre..., porque yo no me podría acostar con un hombre sin quererlo, eso nunca lo podría yo hacer, jamás (Ana)

Es necesario profundizar en el grado de satisfacción que tienen las mujeres del estudio, con respecto a su salud sexual, en otros términos, determinar el bienestar sexual en la etapa que ellas viven. Como ya se ha mencionado anteriormente, hay participantes que realmente se sienten insatisfechas por sus malas experiencias sexuales, sin embargo, en la actualidad muchas de ellas señalan encontrarse mejor al no tener actividad sexual. Así como cada categoría descrita y analizada en este estudio, el bienestar sexual también es subjetivo, es decir, no hay consenso ni uniformidad en las percepciones analizadas.

Es así como Bernarda basándose en la cantidad de años que lleva junto a su actual esposo, decide obviar el sexo en su vida íntima, situación que la mantiene conforme y en un estado de completo reposo. *...Es igual no más, tenga o no tenga sexo, es igual no más, porque vivieron juntos, imagínese nosotros cincuenta y tantos años, pero hay afecto...es lo mismo.*

Lidia entiende este concepto de bienestar sexual desde siempre Tomando la decisión de rechazar a cualquier hombre luego de ser abandonada, ella ha estado en completo bienestar y así se lo ha hecho saber a sus amistades, cuando ha sido objeto de cuestionamiento por su proyecto de vida. Por su lado, Doris no logra comprender el sentido del bienestar sexual, ya que el duelo reciente vivido por el deceso de su esposo, la mantiene en un estado de latencia con respecto a este tema. Al preguntar sobre bienestar sexual y su importancia a esta edad ella señala:

...si tendría esposo, si, pero estoy solita, así que...No tengo pareja, ya van a ser 9 años que estoy viuda (Doris)

Las entrevistas en profundidad realizadas consiguen testimonios más íntimos y más personales. Así Nelly exterioriza que en edad reproductiva consideraba el bienestar sexual y

creaba instancias y espacios para su satisfacción, sin embargo actualmente se transforma en un tema netamente del pasado y que marca sólo un recuerdo en el hoy. Opuesto a esto, están las mujeres declaran que la única manera de sentirse plenas es siendo activas sexualmente y la vida les ha dado la posibilidad de cumplir sus anhelos. En este contexto, Silvia animosamente revela:

“Me siento bien poh mijita, lo he analizado y pienso que es lo mejor (el sexo), pero si uno fuerza las ocasiones, no está bien” (Silvia).

Como para agotar el tema, en el grupo focal de cierre, Ana busca respuestas a su nula necesidad de intimidad sexual. Ella refiere estar en perfectas condiciones así y explica que, al parecer, Dios hizo ese efecto en ella por el bien de sus hijos.

4.2.5.1.3 Relaciones de poder y salud sexual. Si bien se mencionaba anteriormente, los roles de género advierten un cambio en su expresión, más que en su estructura. Todo esto asociado a la devaluación social que afecta al hombre, debido al debilitamiento de su rol como proveedor. Generalmente los hombres, en estas edades se encuentran en sus casas, haciendo muy poco o cumpliendo labores domésticas no reconocidas públicamente por la sanción social que ello implicaría. Esto ocurre luego de pasar por la crisis normativa tan estigmatizada: la jubilación.

Sobre esto es necesario precisar que la estructura social en cuanto a relación de género es la misma y la tendencia mayoritaria es que las relaciones de poder se mantengan hasta la vejez (RAMOS, 2003)

Es el turno de abordar la parte invisible del tema, en lo concreto, confirmar cuál es el ejercicio del poder después de los 60 años, a partir de las vivencias de sus propias protagonistas. Desde antaño que la capacidad hegemónica del hombre de ejercer dominación y autoridad sobre las mujeres, ha sido vinculado al ejercicio de la sexualidad al interior de una habitación.

Como primera aproximación, surge la necesidad de conocer si existe negociación sexual en esta etapa. Según los datos recogidos, se aprecia que no hay acuerdos de mutua participación, en general las mujeres del estudio señalan que nunca han tenido este tipo de negociaciones, más bien ha sido un dictamen unilateral. O también sucede que luego de su agotamiento, la mujer resuelve no dar tregua y decide desentenderse de todo asunto sexual. Así Ernestina, luego de muchos intentos, logra terminar con su angustia: *Porque yo me traté hartoo...hartoo para poder darle satisfacción a mi marido, porque me exigía. Era tanto que yo sufría, era una cuestión que yo me sentía mal poh. Entonces son cosas que uno no puede lograr, entonces eso me empezó a hacer daño. Ahora yo le dije a mi esposo: tú no estás conmigo, tú tenés que darte*

cuenta que yo ya a la edad que tengo no te puedo servir como mujer. Así que siempre, él de repente exigía y exigía y una ahí que va a hacer poh... (Ernestina)

Algunas mujeres subyugadas por el mandato masculino, aceptaron desde tiempos inmemorables situaciones que estaban en contra del respeto hacia la pareja. Para Nelly el hecho de que su esposo tuviera otras parejas sexuales, le era natural. Lo único que ella demandaba de esta situación era desconocer lo que sucedía. *Yo le decía siempre: "cualquier cosa, pero que yo no lo sepa", no, te digo yo, una infidelidad, porque era un pueblo chico, una cosa chica todo se sabe, yo sabía que no había nada, por eso seguramente lo decía, pero si algo había...*

Del párrafo anterior se desprende la naturalización de muchos eventos en las mujeres, tales como, la permisión de infidelidades, prácticas sexuales no deseadas, disponibilidad sexual absoluta, entre otras. Indagando en las historias individuales, se encuentra el porqué de esta realidad tan indeseada y asumida para muchas. Aquí el referente familiar, la crianza, el patriarcado permiten esta asimilación.

(...) eso que yo pienso... sola lo pienso en mi cama, uno ve tele, ve cuestiones... hay hombres que son muy cargantes para "eso", mi padre era así con mi madre... no, el me dice: ta` bien no más, si me entiende, pero me siento obligada para no andar peleando (Flora) Malo es, yo también fui obligada un tiempo... decir que no.... No se puede, porque al tiro le dicen a uno, esa es tu labor, eso contestan, o si no: tienes otro... (María U)

Sin duda la comunicación hace la diferencia al evaluar las relaciones de poder en lo sexual. Una pareja que se comunica es una pareja que se conoce, tendrá la ventaja de percibir las necesidades del otro y por consiguiente se comportará en tanto resguarde el bienestar de su pareja. GONZALEZ (2002) señala que en la pareja adulta mayor hay problemas de comunicación que incluso pueden hacer desaparecer la actividad sexual, ya que sólo tratan problemas de la casa, el trabajo y la subsistencia, y no se conversa sobre los temas íntimos que puedan hacer resurgir la intimidad de la pareja. Hay mujeres quienes han percibido que la comunicación es un factor importante en sus vidas íntimas, tal como indica Silvia a continuación:

Yo pienso que uno como mujer tiene que pensar en su bienestar...yo siempre pensé en que nunca hubiese aguantado cosas raras de mi marido, cuestiones... ¡no!...o sea, malos tratos, en primer lugar esas cosas yo nunca las hubiese aguantado. Yo siempre pienso... y nos ponemos a conversar ahora que estamos solos, mi marido jubilado...lo conversamos los dos cuando vemos cosas que pasan (Silvia).

En la historia de Silvia se conjugan una serie de factores que demuestran que las personas adultas mayores son aún conscientes de su entorno, tienen interés de los problemas sociales actuales y aún tienen su posición frente a temas emergentes de interés público:

Yo pienso que uno de mujer, tiene que despertarse, porque uno como mujer ha sido muy maltratada... la mayoría de las mujeres, no sólo en Chiloé... a lo largo de Chile poh, siguen siendo maltratadas... muchas y pasadas a llevar, porque la mayoría de las mujeres, en el asunto sexual, son pasadas a llevar por el hombre ¿en qué sentido? En que sentido que te obliga a hacer cosas que a ti no te gustan hacer, o sea que no estás dispuesta a hacer las cosas (Silvia).

4.2.5.2 Percepciones sobre salud reproductiva. La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

En esta última condición, según la definición de la OMS, está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

4.2.5.2.1 Experiencias de vida en salud reproductiva. En este grupo de mujeres entrevistadas es muy recurrente hablar de los hijos, de la crianza, de la formación de la familia, pero no tanto de la salud reproductiva como tal, de la toma de decisiones ni del ejercicio de la sexualidad.

Todas las participantes del estudio tienen sus vivencias individuales relacionadas con la salud reproductiva y es un denominador común de ellas la ausencia de regulación de fertilidad, hijos no planificados pero aceptados, parejas que se desentienden de la salud de la pareja, sacrificio en la crianza de los hijos y vida en el campo. En general, son historias conmovedoras, inusuales para los días de hoy en la urbe y están ahí para dar testimonio del comportamiento de la mujer y hombre en cuanto a la salud sexual y reproductiva en aquellas edades.

Del primer grupo focal realizado, Ernestina intenta reconstruir su experiencia en el plano reproductivo. Ella relata que lejos de las comodidades de la ciudad y de la atención de salud, tuvo a sus 10 hijos en domicilio y su suegra era quien recibía a los/las recién nacidos/as. Con tres hijos muertos en el periodo perinatal, recuerda esta época de sacrificio e incomodidades: Y

la partera era mi suegra poh...y yo para esperar a mi guagüita, tenía que hacer mi ropita a mano, tejerles mantillas de lana de oveja, chombitas, eh...todas esas cosas y me preparaba cuando ya me faltaba poquito para el parto poh...con mis kilitos de algodón, hilito para amarrar el ombliguito...todo yo lo preparaba...así...gracias a Dios... (Ernestina). Refiere que al vivir cerca de la cordillera y sin acceso a una consejería profesional, enfrentaba cada atraso menstrual con incertidumbre y angustia. Afirma que tuvo que esperar hasta los 42 años para ser intervenida y conseguir la ansiada esterilización quirúrgica. *Así que llegué al hospital aquí, pero yo tenía que tener el permiso de mi marido, una: tenía que tener el dinero para pagar, en donde no había, obligada a esperar, así una y otra vez venía un hijo y así fue como me llené de hijos (se ríe).* En aquel tiempo, y según cuenta la participante, los derechos sexuales y reproductivos eran vulnerados cada vez que era rechazada su solicitud de esterilización tubaria en el hospital.

Así, otras historias que se repiten en el grupo, son de mujeres que fueron madres solteras, una obligada a casarse, otra que esquivó el compromiso y asumió sola su maternidad. La primera apoyada por su familia y la segunda repudiada por sus hermanos. Sonia, utilizó su derecho a regular su fecundidad y tuvo dos hijos, mientras Lidia por temor y decepción, decide no tener nunca más actividad sexual. El elemento en común de sus historias es la postergación que sufrieron ambas, una frustró sus estudios superiores y la otra nunca se sintió digna de regresar a su hogar y enfrentar a su familia.

Las percepciones en torno a la salud reproductiva son diversas. Destaca entre ellas una mujer de 78 años con una excepcional perspectiva de la vida, una variante en la percepción colectiva de las mujeres adultas mayores. Fuera de toda regla, Lucerina cuenta su historia:

...nosotros los dos no éramos amadores de los niños, no queríamos tener hijos. Después de 7 años casados, nació la niña mujer, y después a los 7 años, nació el niño hombre. Pero nosotros no queríamos tener hijos, queríamos ser libres...para hacer sufrir a esos ángeles, un día íbamos a morir y ellos iban a quedar...ya. Todo eso pensábamos, los dos iguales, no había ninguna diferencia, pensaba uno y pensaba el otro lo mismo. Era cosa rara pero es que estábamos de acuerdo y muy de acuerdo. (Lucero)

En el segundo grupo focal las historias son similares, así cuenta Rosa que tenía siete hijos/as a los 31 años. Ella relata que cuidaba a seis cuando se atrevió a expresarle a su esposo su negativa a un próximo embarazo. A través de esto se entiende que en el hombre estaba la decisión del número de hijos/as y el espaciamiento de ellos/as, por lo tanto era una salud reproductiva determinada por el mandato del hombre. En aquel tiempo, Rosa se esperanzaba en que naciera una mujer de su última gestación -esa era la condición masculina- y esperando que el azar la favoreciera, la probabilidad la benefició.

Otro tema relacionado con la salud reproductiva es el desconocimiento y/o temor al uso de métodos anticonceptivos. En su periodo reproductivo, las mujeres del estudio mantuvieron una distancia con los métodos anticonceptivos y según su comportamiento en aquella época, ellas preferían utilizar el método natural de anticoncepción. Sin embargo, los conocimientos con respecto a estos métodos eran deficitarios, razón por la cual, afirman que su paridad era mayor. Entre los métodos más utilizados por las mujeres del grupo está el método calendario y el coito interrumpido, no obstante hay un mayor número de ellas que desconocían toda clase de métodos anticonceptivos y por lo tanto, tuvieron reiterados embarazos.

Yo por lo menos cuando me casé, habían (métodos anticonceptivos), pero es que no estábamos conscientes de eso...o sea, más bien, yo por mi parte tuve miedo a ponerme el tratamiento (María B).

...la primera hija, de repente me di cuenta que estaba embarazada, pero nunca fui a matrona...jamás. Vivía cerca del pueblo. Nadie me notaba que andaba embarazada, mi marido sabía, pero nunca nadie me dijo. Yo trabajaba y no me daba el tiempo, otra cosa es que me daba vergüenza ir a médico, porque yo fui...no sé si fui lenta o que.... Hasta que nació nadie me notaba, porque pesó un kilo y medio (Oti).

Nosotros no tuvimos ningún cuidado, porque...tú crees que años atrás, si me mandaban a comprar algo a la farmacia, ¿me iría?...o me iba toda avergonzada, para mí no, no, no podía ir. Por eso tuve los hijos seguidos...no había ningún cuidado y llegó el momento en que seguramente ya no...hasta ahí llegaron los 8 hijos; ahí está la prueba...en 10 años nacieron los 8 (Nelly).

No poh mijita a los anticonceptivos, nunca le tuve cariño, como pa' ponerme cuestiones o ponerme un dispositivo o de lo contrario tomar pastillas que existían en esos años...no las usé poh. Yo soy media reacia para los asuntos esos (se ríe) (Silvia).

En general, las mujeres entrevistadas se sienten desvinculadas con la salud reproductiva, no obstante, en la actualidad hacen la reflexión de la importancia de este concepto para sus vidas y logran percibir cómo sería su realidad actual, si hubiesen prestado atención a estas necesidades. Del mismo modo, ellas asumen que los errores del pasado son, en parte, de responsabilidad propia, pero culpan también a la escasez y a la falta de accesos a la atención. Así lo asegura Ana: *Yo ningún de los dos queríamos tener hartos hijos, pero no había cómo cuidarse, eso nos pasó...no había cómo cuidarse. Después que yo me separé, después que tuve 29 años, ahí empezaron a salir todas esas cuestione: el anillo, la T de cobre...*

Una historia que merece un espacio en esta categoría, es la vida de Lilian, mujer, luchadora, víctima de violencia de género perpetrada por su padre, tanto en la niñez como en la adolescencia. Por escapar de la mutilación psicológica, huye del hogar paterno y se casa con un hombre que, sin pronósticos, se transformaría en un alcohólico y agresor sexual. En un primer momento vivió una vida marital normal, tuvo su primera hija sin conflictos, y en segundo embarazo ya habían aflorado las conductas violentas de su esposo. En esta segunda gestación, su marido le hace la más triste petición de su vida: ... *le iba a contar a él que estaba embarazada, yo ya me notaba ya, cuando no me venía mi periodo...me dijo: "ah no, no, no otro hijo, no. No sé, vas a tener que hacerte un aborto y vamos a ir particular a matrona". Y yo lo lloraba a escondidas, cuando él no estaba yo lloraba ¡cómo me iba a hacer un aborto! ¡Cómo iba a matar a mi hijo! No lo podía aceptar (Lilian).* La historia termina para alivio de la participante, con un embarazo llevado a término y sin problemas, ya que, según su relato, realizar un aborto a esa edad gestacional le hubiera significado la muerte.

Así son muchas las vivencias que aparecen como símbolos de derrotas y victorias para las mujeres del estudio que, aun renegando de su pasado, miran el presente con templanza y diafanidad. Sin dudas que estas experiencias han marcado a estas mujeres que hoy están por sobre los 60 años, lo cual se refleja en los discursos que ellas emiten.

4.2.5.2.2. Toma de decisiones en el plano reproductivo. Las relaciones de poder al interior de la pareja trascienden muchos aspectos y entre ellos la toma de decisiones en el plano reproductivo. Según las entrevistas, el rol que tenía la mujer en las decisiones sobre la reproducción era poco apreciado, muy opuesto al rol que desempeñaba el hombre en la decisión. En los discursos de las mujeres del estudio existen contradicciones con relación a este tema, sin embargo sus mismos relatos dan cuenta de la situación vivida acerca de las relaciones de poder en el plano reproductivo.

Así fue lo que sucedió precisamente con Ernestina, al preguntar sobre la toma de decisiones en lo que respecta al número de hijos y el periodo intergénésico, ella responde: *Bueno, los dos decidíamos, nos sacrificábamos no más, porque él quería tener hijos. Yo, para que voy a decir yo que lo planificaba. Así que nunca...yo lo planificaba, sino que lo que venía, venías no más. Aquí claramente hay una contradicción.* Y luego confirmaba sin restricciones: *muy machista, lo que él dice, eso se hacía y yo callada no más...y hasta ahora. Yo por lo menos no tenía ni autoridad, ni poder, porque así eran los hombres antes...*

Según estos relatos, la mujer no tenía el suficiente posicionamiento en cuanto a poder, porque quizás su voz era poco escuchada o no considerada. A primera vista estas conductas de las mujeres del estudio quedan en el inconsciente y de alguna manera se expresan a esta edad (adulthood mayor), tanto en sus dichos y creencias, como en sus comportamientos.

Al escuchar los discursos de las participantes es posible inferir que el hombre es representado como el sujeto activo en la toma de decisiones: “*los hombres llenan de hijos*” (Rosa). Al parecer ellas no tienen noción de la existencia de los derechos sexuales y reproductivos, ni de los límites que se deben tener en materia reproductiva. El relato de Rosa ejemplifica esta situación:

...es que cuando uno no lo conversa., no toma conciencia de cómo ha venido su actitud, como que vamos a lo tonto, sin pensar: por qué me voy a llenar tanto de hijos o ya estoy embarazada o ya en el mismo momento perdimos la honestidad de decir: ya, cómo lo hacemos... (Rosa).

En general las mujeres del estudio afirman que en aquel tiempo la esterilización quirúrgica debía ser consentida por mujer y hombre, es decir, la voluntad de ella no podía estar sobre la de él, ni aun disponer de su propio cuerpo. Esto se comprueba en que la mayoría de las mujeres entrevistadas tenían sus hijos en contra de su voluntad, por un mandato que claramente transgredía el juicio racional.

En opinión de las entrevistadas, este estudio ha sido la primera oportunidad que ellas han tenido para conversar y analizar sobre la toma de decisiones. Con respecto a regulación de fecundidad, Dora hoy día critica su comportamiento reproductivo y se da cuenta que, al fin y al cabo, era su esposo quien decidía el futuro en ese ámbito. En este contexto, sin reparos hace una especie de balance y con rudeza profiere:

... yo fui muy estúpida, (se ríe) por no haber decidido yo sola las cosas que iban a ser bien para mí, si no quería hijos...para que quería más, porque siempre hice lo que decía mi marido que se iba a hacer, lo hacía. Nunca me puse a pensar que por mí misma podía hacer las cosas, y hasta ahora que hago lo que yo quiero. Ya harán sus años ya, así que yo dije: “ya está bueno la cuestión”, si lo hubiera hecho de un principio, hubiera sido distinta mi vida, pero no... Fui muy estúpida, tremendamente tonta (Dora).

Yo no tuve ningún problema, pero nunca le dije que no, y al final el tomaba la decisión..., pero estoy feliz con mis hijos, crecí los dos mayores casi como gemelos en punta arenas, después el otro fue más distanciado (Flora)

Otro grupo muy reducido de mujeres fundamentaron su relación de pareja en la responsabilidad compartida y el respeto por las voluntades de cada uno. Ellas señalan que todos los temas controversiales relacionados con los/las hijos/as se conversaban y acordaban. Esto le ocurrió a Lucero quien argumentó: *Él tenía que entender porque la que sufre es la*

mujer y el hombre si es consciente lo acepta, pero hay algunos que yo veo que no son así, pero mi esposo si.

Por otro lado hay un número menor de mujeres entrevistadas que vivieron su periodo reproductivo sin decisiones tomadas, ni acuerdos resueltos, es decir, tenían sus hijos sin planificación ni unilateral, ni bilateral.

...en la toma de decisiones en el caso mío, nosotros teníamos sexo sin pensar que íbamos a tener dos, tres, cuatro hijos; y no nos cuidábamos en ese tiempo (Sonia)

Nadie decidía nada, yo quedaba no más, en ese tiempo vivíamos en el campo (Maria U)

4.2.5.2.3 Modelos reproductivos: Ocurre una situación que es transversal a todas las mujeres adultas mayores del estudio y es la influencia de la familia en el comportamiento reproductivo de las mujeres. Al dialogar sobre estos temas, las participantes no perciben el influjo de sus madres sobre sus decisiones en cuanto a la toma de decisiones sobre el número de hijos o el espaciamiento de ellos, pero notoriamente son modelos reproductivos que han dejado su huella. Así, relatos como el de María G., son habituales:

Mi mami tenía como 15 hijos y ella nunca usó nada o se murió, lo que venía no más lo aceptaba (Ernestina) Lo que llegara no más, así eran las mujeres antiguas (María G)

Se deduce que actualmente, la influencia que ejerce el comportamiento reproductivo familiar, es menor. No es un fenómeno que se dé habitualmente en la sociedad, ya que el ingreso de la mujer al mundo laboral ha contribuido a modificar considerablemente la fecundidad. Hoy por hoy, la familia numerosa ya no constituye el arquetipo de familia modelo, sino más bien se considera un factor de riesgo en término de solvencia económica y educacional.

Yo fui de una familia numerosa igual, mi mamá tuvo once hijos. Yo creo que en esos años la mujer, era porque los hijos venían-como dice ella-hasta que Dios dé no más. En ese tiempo una familia numerosa era como el ideal. (Lidia)

De acuerdo a los comentarios de las participantes de los grupos focales, es posible inferir que en las familias no se hablaba acerca de estos temas y se imitaban las conductas de las madres en cuanto al desapego de los centros de salud tradicionales. Es innegable que los modelos de crianza inciden en las mujeres del estudio, y a la hora de actuar emergen estas herramientas que provienen de la vida familiar, de abuelas, madres y hermanas mayores. Es el caso de Oti

quien no recibió consejo de su madre en materia de cuidado de la salud, por lo tanto ella repite las mismas conductas:

No me controlé porque mi finá mamá nunca se controló...nunca fui, solamente el día cuando nació...que fue de ocho meses, nació antes de tiempo y ahí fui a médico. Incluso ni siquiera el médico...el doctor me dijo: hija tú tienes ataque al hígado y ahí le dije yo que estaba embarazada... (Oti)

Yo tenía mis hermanas ahí, que tenían guagua y nunca se controlaban...nunca. Llegaba el momento que iba a nacer y ahí lo tenían, lo cuidaba una persona de campo igual. (Maria B) mi mamá tuvo 10 embarazos, de los diez tuvo dos pérdidas y ocho fueron que nacieron, pero todos en el campo (Rosa). Para ella es innegable la influencia de los modelos reproductivos familiares en los sentimientos de las mujeres del estudio. En otros casos, si la experiencia materna fue negativa o dolorosa ellas sintieron el deseo de no vivir una situación similar como es el caso de Iliá, quien relata:

...yo nunca pensaba que me iba a casar o juntar con un hombre, yo decía, a lo mejor todos los hombres son malos, son iguales. Yo igual veía sufrir a mi mamá y me daba pena, lo que ella pasaba con mi papá, él se curaba, se volvía loco, iba a los cabaret, después llegaba a castigarnos, mis hermanos escondiéndose arriba del entretecho, debajo de las camas y así poh...durmiendo donde los vecinos... (Lilian)

Sin duda que los comportamientos reproductivos han cambiado con el paso de los años y por ello es recurrente escuchar, entre las mujeres participantes, temas que aborden la diferencia entre el comportamiento reproductivo de los años 60 y el actual. Para ellas es tema obligado referirse a la manera en que las mujeres jóvenes toman la salud sexual y reproductiva hoy.

Hay diversas perspectivas, en el primer grupo focal se concuerda que los métodos anticonceptivos han marcado un antes y un después en materia reproductiva. Ellas sienten que la carencia de estos, fue lo que gatilló su nula planificación familiar y por esta razón creen que las mujeres del mundo de hoy tienen más facilidades. En el mismo tema perciben que el acceso universal a los métodos de regulación de fertilidad ha fomentado el inicio precoz e irresponsable de la vida sexual, así lo señala Sonia:

... ahora los niños tienen relaciones sin estar casadas y se cuidan no más (...), les pasa eso que de chiquititas empiezan, porque como hay tantas cosas ahora para cuidarse. Ahora si ya conoció a un muchacho un día, al otro día ya están en la cama (Sonia)

También la mayoría conviene en que las percepciones actuales de familia son un tanto individualistas y consideran que el pensamiento moderno de realización personal de la mujer en el mundo laboral, la releva de su rol maternal. Así lo asegura Bernarda: *... Ahora es distinto porque la niña tiene una pega y por la pega no pueden planificar un niño, hasta que ya están en una pega, dos, tres años después, ahí puede planificarlo. Después si la niña es profesional dice: bueno yo voy a trabajar primero, cómo me voy a poner a tener hijos...* Según Ernestina la maternidad era más sufrida antes y la vida se hacía en función de los/las hijos/as y también refiere que pensar en sí mismas resultaba imposible porque no había tiempo, ni estaba permitido socioculturalmente, con respecto a esto mismo señala: *Ahora las chicas no tienen problemas, siguen estudiando” (Ernestina)*

En el segundo grupo focal se concluye lo siguiente: la forma en que la mujer toma el control de su fertilidad y su cuerpo es mejor ahora que antes. Según las entrevistadas los beneficios que tienen las mujeres en la actualidad son más mayores que antes, en períodos en que la SSR no era una perspectiva tan clara y aplicable como ahora. Respecto a lo mismo María G. afirma que: *es mejor ahora, porque ahora las jóvenes solteras tienen todas la regalías de hacer lo que quieran, porque esa pastilla que hay, esa que la están prohibiendo...*, refiriéndose a la píldora de anticoncepción de emergencia.

4.2.6 Influencia de factores socioculturales en las percepciones de SSR

Hay múltiples factores que inciden en las percepciones y autopercepciones que tienen las mujeres con respecto al tema de estudio. Particularmente, el grupo etario seleccionado posee una serie de característica que- en sí mismas- enriquece el estudio. Además hay que considerar la ubicación geográfica de la muestra seleccionada, la isla grande de Chiloé, lugar que posee un sinnúmero de variables que afectan el pensamiento de sus habitantes.

4.2.6.1 Influencia étnica. En Chiloé existe una influencia tácita de los grupos indígenas que habitaron la región. Hay una importante cantidad de personas que posee apellido de ascendencia indígena, en este caso del pueblo originario Huilliche. La documentación histórica señala que a la llegada de los españoles convivían en la zona dos etnias: huilliches y chonos, estos últimos fueron desplazándose más al sur. Estos dos grupos dejaron su herencia cultural expresada hasta los días de hoy en lo que se denomina cultura bordemar, que se describe como una vida desarrollada en torno de los canales, con actividades económicas surgidas de este emplazamiento geográfico e incluso viviendas levantadas en las orillas del mar (palafitos). La etnia huilliche legó sus innumerables palabras y nombre de lugares, el uso de la papa como principal alimento de consumo, las mingas, el conocimiento de la naturaleza utilizado para beneficio de la salud y la vida borde marina (MONTIEL, 2002). Sin duda que la influencia de los ancestros tiene una real importancia, pero muchas veces invisible para su descendencia.

A través de las entrevistas se indaga sobre la vinculación de las informantes con sus propias historias, su ascendencia indígena y su identificación con ella. Se intenta entender si las informantes consideran influencias étnicas en sus percepciones sobre SSR. Al preguntar sobre sus raíces, algunas de ellas niegan la ascendencia de algún pueblo originario, desconocen su origen y otras tienen como única vinculación el apellido, sin adscribirse, pertenecer a alguna colectividad, ni participar en ella.

Para Ernestina, la influencia indígena es indiscutible, influencia que duró hasta la generación de sus padres, porque señala que hoy sus hijas ya tienen otra perspectiva acerca de la vida. Deja entrever en sus dichos que lo étnico le otorga una cierta ignorancia acerca de los temas abordados: *Claro que influye eso, porque uno fue criado de una manera y ahora yo misma veo a mis hijas...ellas están con otra mentalidad...yo aprendí con mis hijas cuando las empecé a educar...ellas me hacían preguntas a mí y ¡claro! Ellas sabían mejor que yo... (Ernestina)*

Para Oti la influencia étnica es inherente, sin embargo se infiere que no alcanza a percibir su trascendencia. *...sí, yo pienso que sí ha influido. Yo pienso que muchas cosas que los padres les dijeron, uno sigue con eso. Mis papás me decían cosas y yo aun me allego a eso. Mi mamá era la más que hablaba, mi papi...consejos que daba eran pocos...en todas partes era así. Otras participantes piensan que hay creencias que han quedado en la memoria y que se van transmitiendo de generación en generación, atribuyendo que estas cosas provienen de sus antepasados: ...mitos y tantas cosas así poh y uno lo hace, porque de atrás viene todo eso y uno se los va diciendo a sus hijos, sus nietos y ellos lo van repitiendo, ¿ve?, entonces yo creo que sí poh, hay mucha influencia y más todavía en zonas rurales (Dora)*

Hay prácticas que persisten aún muy arraigadas en la isla, muchas personas atienden su salud aplicando “saberes populares”, consejos que son brindados por yerbateras y machis, personajes que están presentes desde tiempos originarios en la cultura de todos los pueblos, cruzando zonas urbanas y rurales, situaciones económicas carentes o acomodadas.

Si, sí. Como yo te digo esa viejita que me dijo así y ella me dio remedio...me dio ese consejo, que los médicos no me lo dijeron. Y yo le creí a ella fíjate y me dio remedios, estuve tomando botellitas de remedio (...) Había otra cosa que me dio, era la ortiga...todas esas cositas, ¿ve? Y que eso a mí me hizo muy bien (Dora)

Y por último, está la posición de aquellas mujeres que teniendo un origen autóctono, consideran que en ellas no ha influido tal ascendencia, no tienen vinculación ni identificación con respecto a la influencia indígena y desconocen la herencia que emana de estas culturas ancestrales.

4.2.6.2 Diferencias en los significados de mujeres de procedencia urbana y rural. De la muestra utilizada para las encuestas, un 68,9% corresponde a mujeres que tienen procedencia rural. Este comportamiento también se repite en la submuestra utilizada para grupos focales y entrevistas en profundidad. Por esta razón era necesario determinar si existe influencia de los lugares geográficos en que crecieron las participantes de este estudio.

Al preguntar directamente si ellas consideran que haber crecido en el campo o en la ciudad incide en sus percepciones, la mayoría responde que proceder de zonas rurales ha sido desventajoso debido a que les ha reportado ignorancia, aprensiones y tabúes. Lucero se refiere al tema en cuestión de la siguiente forma:

...sí, si influye, porque....como le dijera....el campo es más cerrado a todas estas cosas, en el campo no se usa nada de esto. Entonces para mí, están como ignorantes. Bajan a estudiar, incultas, y se encuentran con una cosa distinta. En un colegio grande, ya cambian al tiro...en el campo no poh, el campo es toda una cosa tranquila y con los mayores, rectos los antiguos...imagínese, cuánto cambia... (Lucero)

La gente en el campo como que es más humilde y no tenía mucha preparación...ahora si, porque ahora los mandan afuera a estudiar, antes nadie salía a estudiar, del campo (Sonia)

Otro aspecto que se ve influido por la procedencia, es la adhesividad a los controles de atención de salud sexual y reproductiva. Aquellas participantes que fueron criadas en zonas rurales manifiestan que la lejanía es un factor determinante en este sentido y añaden que las distancias excesivas y el aislamiento geográfico no ayudan a llevar un control regular. Según ellas estos motivos causan que las personas que vivieron en el campo, hoy no se atiendan de manera disciplinada, ya que sus referentes (padres) así lo hicieron. La situación cambia cuando la mujer ha sido formada en zonas urbanas en donde el acceso a la salud es más inmediato. Con respecto a la accesibilidad, Nelly constata:

El problema también es los medios, trasladarse de Rilán acá no era tan...tenías que trasladarte en lancha o a caballo, entonces también te significaba una...como una aventura venir de a caballo de allá, imagínate, embarazada (Nelly)

...yo fui criada en el campo y no ha cambiado mi manera de pensar. Mi mamita tiene 84 años y en esos años, hablo de 53 años atrás, no habían hospitales, apenas había un médico, no habían ni consultorios, ni médicos particulares en esos años (Doris)

Ella (mamá) tampoco se controlaba, con los trece hijos que tuvo, no es así como en la ciudad, era puro campo, tenían sus guaguas con las matronas...parteras, falleció a los 80 años y nunca se controló (Flora)

Para Flora sus años de vida en el campo influenciaron en gran medida su forma de pensar con respecto a la SSR. Ese hermetismo que la caracteriza lo ha llevado por años, guardando todas sus molestias y reclamos para sí misma. Señala que esta instancia ha sido la primera en su vida para expresar sus inquietudes.

Todas las opiniones mencionadas anteriormente dejan distinguir una cuota de disgusto y desencanto. Sin embargo, hay mujeres que defienden y aprueban las actitudes y comportamientos de sus padres, sin cuestionarlos, situación que las conduce a minimizar los métodos tradicionales de salud, y las desvincula aún más de los establecimientos de salud. Para ejemplificar, a Ana le parece más efectiva la labor desempeñada por la partera en el campo, que la atención que se entrega en un hospital:

...igual sus partos que tenía antes la gente, las parteras eran muy buenas, porque a usted no le dejaban ningún...ninguna pelota de sangre, porque se la hacían botar con remedios de hierbas, le limpiaban todo, todo, todo. En cambio a veces cuando se venía a hospitales quedaban cuestiones, y eso se notaba, porque la persona sentía dolor igual como si estuviera naciendo una guagua (Ana)

4.2.6.3 Influencia de factores derivados de la territorialidad. Las personas de Chiloé tienen un alto sentido de la territorialidad, existe un autoconcepto de “ser chilotes” que trasciende los sectores económicos y sociales. Los límites geográficos demarcados por la isla grande de Chiloé y sus islas adyacentes, crean un pensamiento colectivo en las personas, que tienden al resguardo de su identidad como chilotes.

Con el fin de determinar la influencia del territorio en la construcción de sus percepciones se hace reflexionar a las participantes y se indaga sobre la relevancia que tiene este en sus vidas y pareceres con respecto a la salud sexual y reproductiva. En el mismo tema Bernarda hace referencia sobre la diferencia de personalidad de los individuos que viven en la isla comparada con las del continente. Hace referencia a la tranquilidad de la zona, y da cuenta del aislamiento que se experimenta al vivir en Chiloé. A su parecer el canal de Chacao marca la diferencia entre las características de los pueblos. La única manera de tener acceso al archipiélago es por medio de transbordadores que comunican la isla grande con el resto del país. Este accidente geográfico trae a sus habitantes un grado de aislamiento que, por un lado dificulta accesos y que, por otro, promueve la conservación de su identidad. En general las personas chilotas defienden su territorio y son entusiastas de las bondades de la isla, aun cuando son conscientes de las desventajas de la incomunicación. Las participantes rememoran los tiempos en que los

medios de información masiva eran escasos en Chiloé, siendo que en el resto del país ya tenían su espacio. En sus tiempos de infancia las participantes fueron carentes de instrucción respecto a sexualidad y sus implicancias. Acusan que la dificultad de acceso a la televisión, radio u otros medios audiovisuales provocó esta ignorancia en ellas.

Generalmente en los grupos focales sucede que se unifican criterios con respecto a temas similares a este, sin embargo, en las entrevistas en profundidad se da un comportamiento distinto. Por un lado Doris piensa que los límites geográficos no deberían marcar una diferencia en las percepciones: *no, yo creo que en todos lados verán lo mismo...que tienen que cuidarse de su salud...yo creo que no, a no ser que sean zonas muy extremas que no tengan acceso a la salud.* Por otro lado Oti, con un razonamiento diversificado profiere lo siguiente: *Puede que piensen distinto, porque son distintas personas y distinta maneras de vivir, todos no podemos pensar igual.*

Yo pienso que pensarán distinto, porque si una persona se crió en Santiago, se creció en una ciudad totalmente distinto acá, ¿ve? Mira yo encuentro que Santiago es otro mundo, es una cosa tan rápido...si yo fuera a Santiago... yo he ido, pero a vivir, ni aunque me regalaran una casa, porque esa cuestión es rápido, es una vida totalmente rápida que parece que pasa y pasa, pasa y pasa. (Dora)

En otra opinión Silvia argumenta que el aislamiento geográfico es un factor obstaculizador en las urgencias médicas y lo menciona como una experiencia muy dolorosa que ha tenido que vivir. Estas vivencias han influido en su actitud actual frente a la salud y protesta por el desplazamiento de la isla de Chiloé en materias de destinación de recursos estatales. Esta es su opinión:

Chiloé siempre ha sido víctima de la salud, porque nadie nos pesca poh hija, es una realidad, no es culpa de los profesionales, porque...yo creo que los profesionales que están en Chiloé son lo máximo, son jugados, porque imagínate aguantar este clima...y el ambiente de carencia...siempre ha habido carencias en la salud poh mijita... (Silvia)

Aun cuando puede haber muchas falencias político- administrativas o de diversa índole, las participantes confluyen en una idea, muy afectiva y territorialista, que fomenta la identidad y el amor hacia la tierra en que se vive, así lo señala Dora:

Yo mi isla no lo cambio, yo digo que aquí estamos requete bien, tenemos trabajo...no es tan bien pagado los sueldos, pero hay trabajo. Pero yo no me hallo en otro lugar. Yo no me muevo de acá, este es algo...digo yo: "este Chiloé es mi casa, todo". Cuando ya vengo de otra parte a la isla, digo que llegué a mi casa (Dora)

En este mismo contexto, el “ser chilote/a” está conformado por aquellos/as nacidos/as y criados/as en la isla, condición inquebrantable para ser considerado/a por la comunidad un chilote/a auténtico/a. Chilotes serían aquellos/as sujetos/as que tienen internalizado ciertas máximas culturales como: la noción de tiempo, hacer las cosas en forma pausada que sigue el vaivén de las mareas; el espacio, una relación estrecha con la naturaleza, lo que se manifiesta en la necesidad de estar en contacto con el campo, con lo rural y cómo éste a la vez se traslada a lo urbano; la lengua auténtica con su tono “cantarino”; y la mujer como ser aglutinador de la familia, que no es visualizada bajo el poder simbólico del hombre, según algunos autores. (ARELLANO Y CERPA, 2004)

Para las mujeres entrevistadas la personalidad del pueblo chilote hace que los temas relacionados con la SSR sean distantes o de poca relevancia para ellas. Se escuchan términos como: “sano”, “más atrasado”, “puritanos”, “inocentes” para referirse a las características de la idiosincrasia chilota en el aspecto de la sexualidad. Para Nelly esto crea sensaciones en los y las chilotas que las diferencian de la personalidad de otras comunidades.

Yo creo que si, porque los chilotes somos más...no somos tan arriesgados, no somos tan decididos, como le dijera...más tranquilos, más apagados (Nelly)

Silvia opina al respecto con enfoque crítico y con un mirada acuciosa: *si, porque deben haber muchas mujeres que tienen problemas y bueno, como no se lo preguntan, no lo dicen...y hay personas llenas que sienten que... ¡hablar de sexo es denigrante!, las mujeres de antes pensaban que eso las denigraba, pero no es así.*

Otro aspecto que está muy presente en la mujer chilota es la utilización de la herbolaria para la solución de problemas de salud. Estas conductas vienen a ser heredadas de las mujeres que han sido influyentes en sus vidas, que a través de la sabiduría orgánica, dan satisfacción a sus necesidades de salud (ARELLANO Y CERPA, 2004). Con respecto a este tema, Silvia se pronuncia:

Incluso mis abuelas fueron unas ancianas sanas que jamás tuvieron nada, nunca tuvieron un cáncer. Se murieron, porque se murieron de viejitas, siempre usaron cualquier hierba para sus dolores (Silvia)

Sin duda que el periodo del ciclo vital en que la persona recibe más estímulos, valores, enseñanzas de vida y otros variados aprendizajes, es en el periodo de infancia. Es por eso que la crianza en períodos iniciales marcan de por vida a los y las sujeto/as. La forma particular de los chilotes de formar a sus hijos, está dada por un alto sentido de la identidad chilota, una vida de esfuerzo, trabajo en faenas campesinas a edades precoces, poco fomento de la

comunicación entre padres e hijos, entre otras. Según Lidia esta carencia de comunicación crea una especie de tabú hacia los temas relacionados con la sexualidad y según afirma, le configuró un rechazo en la posteridad. A su vez, Ernestina opina:

...todo era más...no salía a la luz...eran las cosas más encerradas. Podría definirse como que las personas hacían y vivían lo mismo, pero estaba más oculto (Ernestina)

Según los discursos de las mujeres entrevistadas y los autores (MONTIEL, 2002), se creaban historias y fábulas para evadir los diálogos necesarios de sexualidad. Los padres de las participantes creaban relatos de cigüeñas o aviones que traían a los recién nacidos a las casas, narraciones místicas-oníricas de seres mitológicos que dan respuestas a problemáticas sociales, como embarazos precoces, relaciones sexuales prematrimoniales, conflictos de pareja (abandono), entre muchos otros. Se infiere que ellos/as optaban por este mecanismo de abordaje del tema y así mantenían su silencio, en desmedro de la formación sexual de sus hijos o pupilos.

Para muy pocas participantes la influencia de sus padres fue mínima, señalan que creen haber hecho todo de nuevo en sus vidas y que el consejo de ellos/as fue muy insuficiente. Al respecto, temas tan importantes como la menarquía y los cambios sexuales secundarios fueron totalmente ignorados en su tiempo por las mujeres entrevistadas. Así María cuenta su experiencia:

...pero no todos los padres inculcan cosas en sus hijos, yo por lo menos me crecí a mi modo de pensar las cosas por mí misma, mi madre nunca me dijo: hace las cosas así o esto es así, cuando estés la primera vez con un joven, pórtate así de esta manera...o: las cosas que a ti te van venir van a ser así de esta manera o de la otra...ni siquiera sabía cómo me iba a llegar mi menstruación...nunca los padres se preocupaban de eso... Antes jamás una persona antigua decía algo (María B)

Para otras, la formación familiar le ha determinado su forma de ser, asumiendo que son el reflejo de una generación pasada. Así lo señala Flora: *me retan allá porque me dicen que soy una vieja antigua (se ríe). Yo me crecí así y sigo siendo así (se ríe)*. Ella lo asume como tal y no tiene reservas en expresarlo. Para María la realidad fue otra, como ningún caso de los estudiados, ella encontró la instrucción y consejería sobre sexualidad en su madre, quien contraria al ostracismo de la época, revela a su hija todos los secretos del sexo y la reproducción:

... por ejemplo a mí cuando en la escuela me pasaron las cosas sexuales, donde estudié, el profesor no le decía: te va a pasar esto, te va a pasar lo otro. Ellos dibujaban un huevito, y

que el huevito llegó a ser una guagiita que salía...eso nos enseñaban a nosotros. Y cuando llegaba a mi casa, mi mamá se reía y decía: no poh hija, así no son las cosas, a ti te dijeron cosas que no son...Y ella me explicaba las cosas, para que no me pase nada el día de mañana- me decía (María U).

La informantes generalmente reconocen que la crianza fue exenta de comunicación, pero que hubo agentes que dieron lugar a esta situación, como ser: la falta de educación, la falta de recursos económicos y culturales, la vida hecha en función de las labores campesinas y su tendencia a repetir los comportamientos de sus tutores. Así explican lo difícil de su crianza y reflexionan en que estos modelos comportamentales incidieron en que hoy, su identificación con la salud sexual y reproductiva, sea tan escasa. Para retratar esta realidad, Dora confiesa:

Nos preocupamos del estómago, del corazón, de las vistas, de los oídos y el resto lo dejamos a un lado. Yo pienso que eso vendrá de atrás, de los padres que ha tenido uno, de los abuelos, ¿ve?, porque yo creo que ahora la gente nueva no es así...es distinta, depende de la crianza que uno ha tenido... (Dora)

Otra es la historia de una participante ya descrita anteriormente, una crianza dura y cruel, que la obliga a huir de su hogar. Para ella todos sus problemas actuales, el estado depresivo, su desencanto de la vida, tienen su origen en las huellas de un pasado desalentador. Este es el caso de Lilian:

Yo creo que si, tiene que ver...por ejemplo, yo creo que influyó el hecho de haber salido de mi casa mal, haberme ido a Punta Arenas sin conocer a nadie, yo pienso que a lo mejor por eso tengo esa manera de ser así. El hecho de haber sufrido mucho, mucho, mucho en mi vida es que tengo este carácter... y por la manera en que nos criaron, a nosotros nos crecieron casi...a nosotras nos decían las cenicientas, porque pasábamos encerradas, no nos dejaban salir a ningún lado, que vayamos al cine, que vayamos a la plaza, como hacen otras niñas, como lo hace la juventud de hoy día...nunca!, que vayan a bailar... ¡menos, nunca!, yo no tuve niñez (Lilian).

5. CONCLUSIONES

La mujer mayor en un mundo que envejece es una realidad que para nadie es desconocida. El rápido envejecimiento de la población femenina es un fenómeno que enfrenta la sociedad actual, con énfasis en los países en desarrollo, y en donde Chile no está exento. Las mujeres de 60 años y más, en este momento, constituyen una población objetivo para políticas públicas que las favorezcan. A principios de este año (2007), se conformó un comité asesor del gobierno cuyo fin era buscar y crear soluciones para la protección social de los adultos mayores. En materia de salud, aun queda mucho por trabajar y el punto de partida debe ser la investigación en este grupo poblacional.

Las mujeres participantes del estudio son mujeres de 60 años y más, con un promedio de 69 años, en su mayoría dueñas de casa, con un nivel de instrucción que no alcanza la educación básica completa (mediana 3° básico), casadas y viudas en porcentajes similares (40,4% y 37,2% respectivamente), de procedencia rural (69%) y no identificadas con la ascendencia indígena (66%).

En cuanto a la caracterización de la demanda de atención en salud, según las cifras entregadas por la encuesta, son mujeres que acuden a consulta médica en forma regular, mientras que la matrona es un profesional medianamente ausente de sus vidas. El motivo de consulta que las lleva al establecimiento de atención primaria de salud es el control de alguna o varias enfermedades crónicas no transmisibles en un 89,6% (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia). Son mujeres que no presentan mayores dificultades de acceso al establecimiento, ni tienen limitaciones socioculturales para la atención de su salud.

A través de los relatos que las mujeres hacen de sus vidas, se logra establecer un perfil socioafectivo de la mujer mayor de este estudio, que logra ser transversal, independiente de las características que puedan diferenciar a una de otra. Son mujeres sabias, que no han perdido su intelecto, su afectividad se ha ido desarrollando con el paso de los años, son consideradas como ser aglutinador de su familia, mujeres cuidadoras, trabajadoras, con desempeño de múltiples roles, autopostergadas en cuanto a SSR, distanciadas de sus cuerpos, experimentando el “descuido por el cuidado” y con todo esto, analíticas de sus errores y con mirada optimista hacia lo que les resta por vivir.

Sobre la importancia otorgada a la matrona o matrócn en este período, se concluye que las mujeres del estudio le confieren una relevancia en retrospectiva, es decir, ellas consideran que la o él profesional tuvo trascendencia en la etapa reproductiva. Sin embargo, expresan que la

matrona aún desempeña un papel importante en la adultez mayor con la realización de exámenes preventivos y con la consejería que toda mujer necesita, sin distinguir en su etapa del ciclo vital.

En cuanto al conocimiento que presentan las mujeres adultas mayores en materia de salud sexual y reproductiva, se concluye que se manifiesta impreciso, sin embargo, no es la falta de información lo que causa este desconocimiento, sino más bien, la escasa interiorización que ellas tienen del concepto-paradigma, como elemento fundamental de su salud. Además existe la percepción de que la SSR no les corresponde a ellas como adultas mayores y que es una necesidad que debe ser tratada en las primeras etapas del ciclo vital.

Para evaluar las percepciones reales sobre este amplio concepto fue necesario desarticularlo para que las mujeres informantes pudiesen reflexionar acerca de la salud sexual y reproductiva desde lo práctico y vivencial. Se logró concluir que parte fundamental de su “desvinculación actual” con estos temas, radica en sus experiencias pasadas, en la época en que la SSR no parecía un enfoque lo suficientemente preciso y valorado, tiempos en que los derechos sexuales y reproductivos se veían día a día vulnerados-tanto o más que hoy-, pero con el agravante del silencio y la naturalización masiva.

En materia de salud sexual, se desmitifica muchas afirmaciones que se hacen con respecto al sexo en las mujeres adultas mayores. Si bien, es innegable la disminución de la actividad sexual en esta edad, hay muchas mujeres que han experimentado una suerte de liberación en este plano. Así como también otras viven la consecuencia de una vida entera de coerción sexual, sin deseo sexual y aún con la preocupación de responder a sus maridos en la intimidad. No obstante, los testimonios recogidos y analizados, dan cuenta de una conciencia de sexo bastante notable y que se contradice totalmente con el prejuicio de que las mujeres viejas son asexuadas.

Por su lado, la salud reproductiva, concebida como tal, fue vivida sin mayor participación femenina, con dominación masculina en la toma de decisiones sobre el número de hijos y sus implicancias. Las mujeres participantes de la investigación vivieron su maternidad sin planificación y entendida como un proceso en que su opinión no ejercía mayor impacto. Estas realidades hicieron que la conciencia de sus cuerpos fuera vaga y difusa, situación que explicaría, en parte, el distanciamiento hacia su SSR en estas edades.

No se debe ignorar los factores que guardan directa relación con estas percepciones, como lo son: los modelos de crianza, la ruralidad, la idiosincrasia chilota, el sentido de territorialidad y la etnia. Desde esta perspectiva merece señalar que la isla de Chiloé se conforma como un territorio con límites claramente definidos por el aislamiento marítimo. Esta situación

geográfica crea una idiosincrasia particular en donde los habitantes conforman una colectividad exigente y hermética, rica en tradiciones y reticente a la modernidad. Efectivamente, estas características también influyen en la relación de las participantes con su salud y por ende, de su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, resulta necesario concluir que las mujeres adultas mayores expresaron su necesidad de ser escuchadas través de este estudio. Los grupos focales y las entrevistas en profundidad empleados para este estudio, se transforman en verdaderas puentes para pasar de la introspección a la exteriorización de vivencias, inquietudes, dudas y mitos. Una vez más se reafirma que las mujeres que pasan los 60 años, tienen mucho que decir aún y se constituyen en voces autorizadas para transmitir sus experiencias e historias de vida a las nuevas generaciones.

A partir de esta premisa es imprescindible dejar de usar los eufemismos “abuela”, “viejita”, “tercera edad”, “años dorados” “mujeres asexuadas” para referirse a las mujeres adultas mayores y comenzar a visualizarlas como mujeres con protagonismo en el mundo actual, con voz audible y vasta experiencia en la vida. Así también es prioritario considerar cómo se vive y percibe la salud sexual y reproductiva en esta edad, luego, dar explicación a sus comportamientos en torno a ella, para así finalmente elaborar las estrategias pertinentes a sus demandas.

Al observar las acciones desplegadas hasta hoy a nivel gubernamental, con respecto a la mujer adulta mayor, se puede concluir que no se han invertido los suficientes recursos humanos, económicos, ni logísticos para el desafío del envejecimiento poblacional. Es preciso decir que las mujeres mayores cada día tendrán más presencia en la población chilena, lo que hace necesaria la acción interdisciplinaria para la satisfacción de sus necesidades. En este contexto corresponde a matronas y matrones conocer estas necesidades y así desplegar estrategias que sean aplicables, pertinentes y focalizadas a este grupo etario que, sin duda, necesita una atención profesional de calidad. Para esto es necesario ampliar el ejercicio del rol e incluir realmente a la mujer en todo su ciclo vital, realizando acciones que acerquen a las mujeres mayores a la atención de su salud sexual y reproductiva.

La feminización del envejecimiento es un fenómeno poblacional que debe ser estimado y abordado de tal manera que las mujeres mayores se encuentren solventadas en sus necesidades en salud, con herramientas que mejoren a su calidad de vida y promuevan el desarrollo individual, sin tener como límite la brecha generacional, ni la discriminación por edad. Este estudio hace un aporte valioso para que matronas y matrones conozcan las inquietudes y percepciones de este grupo poblacional y desde allí se inicie un cambio en los modelos de atención, partiendo por proponer estrategias innovadoras y efectivas para la mujer adulta mayor, bajo el paradigma de la salud sexual y reproductiva.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ARBER, S.; J. GINN. 1996. Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid, Ediciones Narcea.
- ARELLANO H., C.; C. CERPA V. 2004. Identidades locales en la modernidad; un acercamiento a la identidad en Castro y los grupos identitarios que la conforman. Tesis Lic. Antrop. Soc. Santiago, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Antropología Social. 157 p.
- ARILHA, M.; R. HAKKERT; N. ANDINO; A. DIAZ T.; D. LEONARD. 2003. Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor: un campo por explorar y evidenciar. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe, Fondo de Población de Naciones Unidas. 13 p.
- BRIONES, G. 2002. Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. ARFO Editores e Impresores Ltda., Santiago. 219 p. (Disponible en: www.icfes.gov.co/cont/s_fom/pub/libros/ser_inv_soc/modulo3.pdf. Consultado el: 26 de septiembre de 2005)
- CASTAÑO, D.; I. MARTÍNEZ-BENLLOCH. 1990. Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de psicología*. 6 (2): 159-168
- CAYO R., G.; E. FLORES T.; X. PÉREZ; M. PIZARRO; A. ARACENA. 2003. La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago, Chile. 9 p. (Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog020_cayorios.pdf. Consultado el: 26 de septiembre de 2005)
- COMITÉ NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR. (CHILE). Política Nacional sobre Envejecimiento (resumen ejecutivo). Santiago. 2002
- DELGADO, J. M.; J. GUTIÉRREZ. 1999. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid, Síntesis S.A. 671 p.

- ERIKSON, E. H.; J. M. ERIKSON; H.Q KIVNICK. 1986. Vital involvement in old age. New York, Norton. (Original no consultado, citado por: PAPALIA, D. E.; S. WENDKOS O. 1997. Desarrollo Humano. 6 ed. Colombia, Mc Graw Hill. 745 p.)
- GONZÁLEZ L., I. 2002. Experiencia Médica; sexualidad en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen. Integr. (3): sp (Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ssoc/vol5-3-99/ssoc07399.htm>. Consultado el: 24 de noviembre de 2005)
- GONZÁLEZ M., A.; L. RODRÍGUEZ R. 2006. Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2. (Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/derribar_los_mitos_en_la_tercera_edad_.etica_medica.pdf. Consultado el: 15 de agosto de 2007)
- HERNÁNDEZ S., R.; C. FERNÁNDEZ C.; P. BAPTISTA L. 2003. Metodología de la investigación. 3 ed. México, D.F. Mc Graw-Hill. 705 p.
- HERRERA P., A. 2003. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Rev. chil. obstet. ginecol.. 68(2): 150-162. (Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. Consultado el: 09 Noviembre 2005)
- LAGARDE M. 2003. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. Ciudad de México. 5 p. (Disponible en: http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf. Consultado el: 15 de agosto de 2007)
- LANGER, A.; G. NIGENDA. 2000. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades. México. D.R.© Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo. 88 p.
- MELLA, O. 1998. Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa. Venezuela. 74 p. (Disponible en: <http://www.invenia.es/oai:dialnet.unirioja.es>: ART00000050386. Consultado el: 09 Noviembre 2005)

- MIDEPLAN. Ministerio de Planificación y Cooperación. División Social (CHILE). 1993. Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez; lineamientos Básicos. Santiago. 39 p.
- MIDEPLAN. Ministerio de Planificación y Cooperación. División Social (CHILE). 2000. Resultados de la VII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 1998); Documento N° 15 Perfil de la Mujer Adulta Mayor. Santiago. 100 p.
- MIDEPLAN. Ministerio de Planificación y Cooperación. División Social (CHILE). 2003. Principales resultados situación de los adultos mayores. Santiago. 32 p.
- MIDEPLAN. Ministerio de Planificación y Cooperación. División Social (CHILE). 2005. Resultados de la IX Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2003); Documento N° Perfil de la Mujer Adulta Mayor. Santiago. 57 p.
- MINSAL. Ministerio de Salud (CHILE). 1997. Programa de Salud de la Mujer. 115 p.
- MONTIEL, D. 2002. Chiloé: Crónicas de un mundo insular. Primera edición. Ancud, Chile. Dimar Ediciones. 169 p.
- MUÑOZ, L., R. s.f. Tipo, frecuencia y calidad de las relaciones sexuales en la tercera edad; la magia de reencontrar el amor. Rev. de Estudios Médicos Humanísticos. Pontificia Universidad Católica. 8(8): 23 p. (Disponible en: <http://www.escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica.html>. Consultado el: 9 de noviembre de 2005)
- NUÉ G., A. 2001. Percepciones y autopercepciones de ancianos en Santa Cruz de Andamarca. Asociaciones con actividad y productividad, y salud y muerte en una comunidad de la sierra de Lima". Ponencia presentada en el Simposio Antropología de la Vejez, del Cuarto Congreso Chileno de Antropología. Chile.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. 2001. Programa Mujer, Salud y Desarrollo; género y el envejecimiento. (Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/AGN/aging-about.htm>. Consultado el: 8 de noviembre de 2005)
- PAPALIA, D.; S. WENDKOS O. 1997. Desarrollo Humano. México. Mc Graw-Hill. 776 p.

- ORIHUELA, J.; M. GÓMEZ V.; M. FUMERO N. 2001. Sexualidad en el anciano; un elemento importante en su calidad de vida. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 17(6):545-547. (Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17-6-01/mgi06601.pdf>. Consultado el: 11 de octubre de 2005)
- RAMOS P., M. 2005. La masculinidad en el envejecimiento. Vivencias de la vejez de varones de una zona popular de Lima. 87 p. (Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosupload/la_masculinidad_del_envejecimiento.pdf. Consultado el: 15 de agosto de 2007)
- SARMIENTOS, G. V.; J. PAGOLA L.; L. ORAMAS H. 1999. La sexualidad del adulto mayor. *Rev Sexología y Sociedad.* 5 (3): 29-32
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. SENAMA (CHILE). 2003. Catastro de Población Adulta Mayor; Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes. Editores Moreno, E.; Miles. 28 p.
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (CHILE). S.f. 2 ed. Mitos sobre la vejez: Manual para talleres. Santiago. 61 p. (Disponible en: <http://www.senama.cl>. Consultado el: 21 de octubre de 2005)
- TAYLOR, S. J.; R. BOGDAN. 1987. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 2 ed. Ed. Paidós Básica. España. 343 p.
- UNIVERSIDAD DE CHILE. DEPARTAMENTO DE PREGRADO. 1997. Cursos de Formación General, salud reproductiva: políticas y gerencia social. Editor Corvalán, H. Santiago. OPS. 26 p. (Disponible en: www.cfg.uchile.cl. Consultado el: 21 de octubre de 2005)

7. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

Aspectos generales

1. Nombre : _____
2. Edad : _____
3. Escolaridad : _____ 4. Actividad: _____
5. Estado civil : casado soltero viudo conviviente
- Nº hijos: _____
6. ¿Dónde vive actualmente? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ (años)
¿Dónde vivía antes? _____
7. ¿Tiene Ud. ascendencia indígena?: si no cuál _____

Características demanda de atención

8. Tipo de consulta:
- Consulta matrona
- Consulta médica
- Consulta salud mental
- Consulta urgencia
- Otros
9. Frecuencia de consulta (al mes)
- Consulta matrona
- Consulta médico
- Consulta salud mental
- Consulta urgencia
- Otros
10. ¿Por qué motivos Ud. acude al Consultorio?
- _____
11. ¿Cuánto se demora en llegar al consultorio? más de 1 hora menos de 1 hora
12. ¿Cuánto gasta para atenderse? _____ ¿dispone de ese dinero? si no
13. ¿Conoce usted las atenciones de salud que da en consultorio? si no
14. ¿Cuándo tiene un problema de salud, acude al consultorio? si no

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Yo, _____ a través de este documento dejo de manifiesto que se me ha solicitado participar en una investigación cuyo objetivo es analizar las percepciones en torno a salud sexual y reproductiva y la importancia otorgada a la atención de la matrona, de las mujeres de 60 años y más.

Acepto participar de esta investigación estando en pleno conocimiento de los objetivos de ésta. Y estoy de acuerdo en que la información recolectada será utilizada sólo para fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la absoluta confidencialidad y privacidad de los testimonios realizados y de mi identidad.
2. Podré retractarme en cualquier momento o no aceptar la invitación de participar en este estudio, sin necesidad de dar razón alguna.
3. Los resultados de este estudio pueden ser publicados con propósitos académicos, previa corroboración de los datos que serán impresos en el documento final.
4. Que autorizo la publicación de los resultados del estudio, asegurando la confidencialidad de mi identidad.
5. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable: Damaris Sunamita Meza Lorca. Fono: 094280536
6. Acepto firmar este consentimiento libremente, bajo ningún tipo de presión o mandato.

Investigadora Responsable

Participante

ANEXO 3.**Tabla 1. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según actividad, 2006-2007**

| Actividad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|--------------|
| dueña de casa | 153 | 83,6 |
| trabajadora dependiente | 4 | 2,2 |
| trabajadora independiente | 22 | 12,0 |
| trabajo en actividad social | 4 | 2,2 |
| Total | 183 | 100,0 |

ANEXO 4.**Tabla 2. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según escolaridad, 2006-2007**

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Básica completa | 12 | 6,6 |
| Básica incompleta | 127 | 69,4 |
| Educación Media completa | 10 | 5,5 |
| Educación Media incompleta | 8 | 4,4 |
| Estudios superiores completos | 2 | 1,1 |
| Sin estudios | 24 | 13,1 |
| Total | 183 | 100,0 |

ANEXO 5.**Tabla 3. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según estado civil, 2006-2007**

| Estado civil | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| casada | 74 | 40,4 |
| conviviente | 1 | 0,5 |
| separada | 12 | 6,6 |
| soltera | 28 | 15,3 |
| viuda | 68 | 37,2 |
| Total | 183 | 100,0 |

ANEXO 6.

Tabla 4. Distribución de mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, según procedencia, año 2006-2007

| Procedencia | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| rural | 126 | 68,9 |
| urbana | 57 | 31,1 |
| Total | 183 | 100,0 |

ANEXO 7.

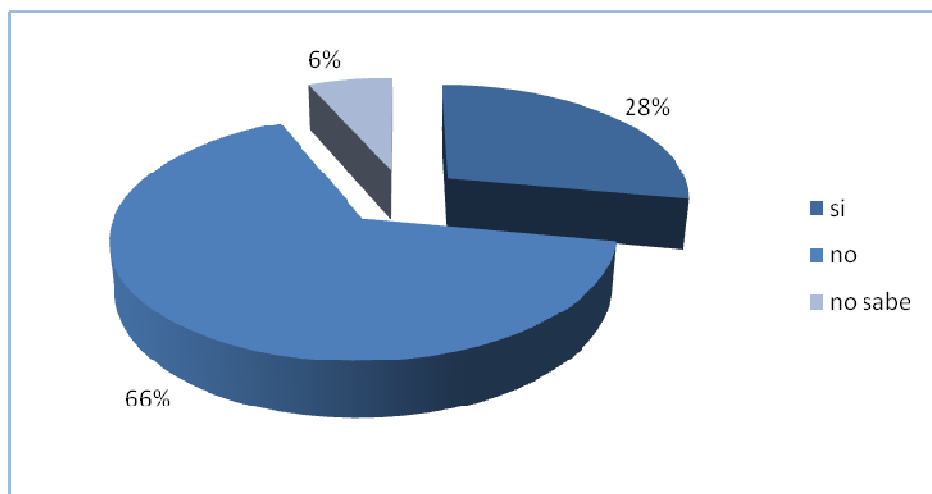


Gráfico 2. Distribución mujeres de 60 años y más usuarias del CESFAM Castro, según ascendencia indígena, 2006

ANEXO 8.

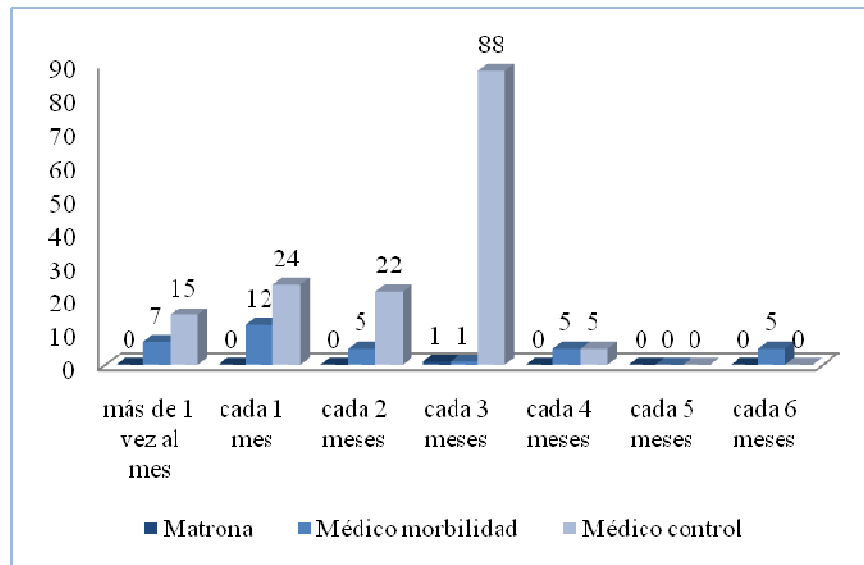


Gráfico 5. Distribución mujeres de 60 años y más usuarias del CESFAM Castro, según frecuencia (mensual) de consulta matrona, médico morbilidad y médico control, 2006

ANEXO 9.

Cuadro 2. Factores facilitadores y limitantes del acceso a la atención de salud, en mujeres de 60 años y más, usuarias del CESFAM Castro, 2006-2007

| Factores | Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------|------------|------------|
| Tiempo traslado | > de 1 hora | 19 | 10,4 |
| | < de 1 hora | 164 | 89,6 |
| Gastos (\$) | 0 | 57 | 31,1 |
| | 0 - 600 | 86 | 47,0 |
| | 601 - 1200 | 20 | 10,9 |
| | 1201 - 1800 | 3 | 1,6 |
| | 1801 - 2400 | 4 | 2,2 |
| | >2401 | 13 | 7,1 |
| Disposición económica | Si | 138 | 75,4 |
| | No | 45 | 24,6 |
| Conocimiento atención centro de salud | Si | 57 | 31,1 |
| | No | 126 | 68,9 |
| Percepción problemas salud | Si | 147 | 80,3 |
| | No | 36 | 19,7 |