



Facultad de
Ciencias Sociales
Escuela de Sociología
Carrera de Sociología

Profesionales de la salud y personas mayores: la construcción social de la sexualidad en la vejez

Javiera Céspedes Moller

Paulina González Muñoz

Valparaíso, Chile
20 de diciembre de 2021

Memoria para optar al Título de Sociólogo/a.

Juan Pablo Pinilla Jara Profesor guía

DEDICATORIA

A mi jach'a mama Julia, que alentó mucho de lo que soy,
A mi familia, que me dio lo más importante en esta vida, atiniña y amawaña.
Y a Paulina, por ser una gran amiga y compañera.

A mi madre y hermanas, quienes me dan apoyo incondicional.
A mi compañera Javiera, por compartirme de su fuerza y ofrecerme amistad sincera.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Gerópolis, por darnos todo el apoyo para la realización de esta investigación, pero también por hacernos parte de sus encuentros, que nos llevaron a conectarnos de manera intergeneracional con las personas mayores, sin lugar a duda dejaron una gran huella en nuestros corazones.

Agradecemos también a nuestrxs profesorxs, que alentaron cada paso, cada pensamiento, cada idea y cada curiosidad. En especial a nuestro profesor guía Juan Pablo Pinilla, por siempre ofrecernos su tiempo, y por respetar los nuestros. También a la profesora Mónica Iglesias, por tener siempre las palabras precisas, gracias por su cariño y comprensión. Les estaremos siempre agradecidas por todo lo que influyeron en nosotras, les admiramos y queremos mucho.

Agradecimientos de Javiera

Agradezco a mi familia y amigxs por su apoyo, cariño y palabras aliento. Agradezco también, a mi compañero de vida y de este camino universitario, Alonso, quien además de su amor y sus platos de comida en los tiempos difíciles, fue gran lector y comentarista de este producto. Finalmente, y no menos importante, agradezco a mis padres, funcionarios de la salud pública que inspiraron esta investigación.

INDICE

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA | 2 |
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| INDICE DE ILUSTRACIONES..... | 6 |
| INDICE DE TABLAS..... | 6 |
| RESUMEN | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| Presentación | 9 |
| Relevancia | 9 |
| Motivaciones..... | 10 |
| Pregunta de investigación..... | 11 |
| ¿Cómo geriatras, matronas y matrones construyen socialmente la sexualidad de las personas mayores?..... | 11 |
| Objetivo General..... | 11 |
| Objetivos Específicos | 11 |
| a. Conocer cómo geriatras, matronas y matrones comprenden la sexualidad de las personas mayores..... | 11 |
| II. FORMULACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN..... | 12 |
| Contextualización..... | 12 |
| Contexto cultural: Cómo se entiende la sexualidad en las personas mayores..... | 13 |
| Constitución de los derechos sexuales y reproductivos | 16 |
| Ética y vejez..... | 18 |
| III. MARCO TEÓRICO | 20 |
| Estado del Arte..... | 20 |
| Conceptualización..... | 24 |
| Construcción social de la realidad..... | 25 |
| Campo, habitus y mercado lingüístico | 26 |
| IV. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 30 |
| Técnica de recolección de datos | 30 |
| Muestreo..... | 30 |

| | |
|--|----|
| Técnicas de análisis de datos | 31 |
| V. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS | 33 |
| Ideas generales sobre la sexualidad y personas mayores | 33 |
| 1.1. Comprensión de la sexualidad: ¿Solo coito? | 34 |
| 1.2. Sexualidad en la vejez | 34 |
| La invisibilización de la sexualidad en la vejez | 37 |
| 2. Formación académica | 38 |
| 2.1. Formación académica sobre sexualidad | 38 |
| 2.2. Formación y sexualidad en las personas mayores..... | 40 |
| 2.3. Valoración de la formación sobre sexualidad | 41 |
| 3. Experiencia laboral..... | 43 |
| 3.1. Conocimiento a través de la experiencia | 43 |
| 3.2. Abordar la sexualidad en la consulta médica | 44 |
| VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 47 |
| ¿Cómo entienden la sexualidad en la vejez? | 47 |
| Formación académica: desde la objetividad hasta lo valórico | 49 |
| La experiencia laboral: factores que inciden en la atención..... | 50 |
| Políticas públicas y cómo influyen en la labor del profesional de la salud | 51 |
| Hallazgos: edadismo, infantilización y colectivo LGBTIQ+ | 52 |
| Conclusiones | 53 |
| Bibliografía | 55 |

INDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1: Personas que señalan tener una vida sexual activa, según sexo, edad y nivel educacional..... | 14 |
| Ilustración 2: Personas que señalan tener una vida activa según si vive con pareja o no. | 15 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Derechos sexuales y reproductivos atingentes a la investigación..... | 17 |
| Tabla 2 Muestra..... | 30 |
| Tabla 3 Matriz de análisis | 32 |

RESUMEN

Las personas mayores son un grupo etario que ha ido en ascenso durante los últimos 10 años. A pesar de ello son un grupo relegado y vulnerado, al cual no se les reconoce como sujetos de derecho. Es por ello que esta investigación buscó comprender de qué forma las y los profesionales de la salud, específicamente matrones, matronas y geriatras, construyen socialmente la vida sexual de sus pacientes mayores. Para ello se realizó entrevistas analizadas considerando dos elementos importantes, la formación académica y la experiencia laboral. De esta manera se identificaron los elementos que juegan un rol en la socialización de las y los participantes, dando cuenta de las falencias del sistema de salud y la creación de las mallas curriculares universitarias donde se encuentran vacíos de contenido que permiten invisibilizar la sexualidad de las personas mayores y caracterizarlos como seres asexuados.

Palabras Clave: sexualidad, personas mayores, profesionales de la salud, construcción social.

ABSTRACT

Older people are an age group that has been on a rise on the past 10 years. Despite that, they are a relegated and violared group wich has not been recognized as subjects of rights. Thats why this investigation sought to understan how health professionals, specifically obstetricians and geriatricans socially constrcut the sexuality of their patients. Inteerviwes were analyzed considerig two importants elements; academic formation and work experience. In this way, the elements that play a role in the socialization of the participants were indetified accounting for the flaws of the health system and the creations of the university curricular programs in wich conten voids are found that allow the sexuality o folder people to be made invisible and characterize them as asexuals beings.

Key Words: Sexuality, Older people, healthcare profesional, social construction.

I. INTRODUCCIÓN

Presentación

La presente investigación pretende explorar las ideas que geriatras, matrones y matronas tienen respecto a la sexualidad de las personas mayores y a su vez, plantear supuestos mediante evidencia y teorización sociológica, de cómo la atención del profesional de la salud podría influir en los comportamientos y experiencia de las personas mayores sobre la práctica de su sexualidad. Para esto se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo los profesionales del área de la salud de obstetricia y geriatría construyen socialmente la vida sexual de las personas mayores? Debemos destacar que la concepción de sexualidad con la que trabajaremos no se reduce al acto del coito sexual, por lo que hemos decidido utilizar un concepto que abarque la diversidad del fenómeno, utilizando como concepto, la *sexualidad integral*. Este se refiere a la sexualidad desde un ámbito psicológico, físico, cognitivo y social, de manera que, como señala Sebastini y Guinn (2014) “se construye tomando en cuenta aspectos como un enfoque en derechos humanos, la perspectiva de género, la cultura, el entorno y las necesidades específicas del grupo con el que se está trabajando” (p. 35). En base a esta definición nuestros esfuerzos se enfocaron en conocer si los profesionales de la salud construyen socialmente una idea de la vida sexual de las personas mayores, y qué llega a influir en ellas y ellos.

Relevancia

La relevancia de la investigación en términos teóricos se centra en las percepciones en tanto estas influyen en el trato y construyen formas de relación, dando cuenta que el vínculo del profesional de servicio con una persona mayor debe considerar sus derechos humanos y en específico sus derechos sexuales. Con ello se contribuye a su información en la temática, seguridad y bienestar, de forma que no se dé lugar a estigmas o derechamente se obligue a adoptar un estilo de vida de parte de las y los profesionales hacia las personas mayores. En términos prácticos esta investigación puede ser una

herramienta de autoanálisis para Gerópolis, de forma que ayude a comprender que el trabajo de las y los profesionales de la salud del área de geriatría y matronería es fundamental y lleva en muchos casos a influir de forma positiva o negativa en la decisión de las personas mayores del cómo llevar su vida sexual. Incluso podrá ser utilizada para implementar programas de acompañamientos o eventos de formación en derechos sexuales para estos trabajadores, llevando a la institución a incorporar un área más a su servicio.

Motivaciones

La investigación surge desde dos motivaciones. Primero, la idea que pretendíamos desarrollar era en base a la exploración de la sexualidad de la población en general, desde una perspectiva de la sociología de la salud. En este sentido, la idea de investigar sobre sexualidad nace desde el querer unir nuestros intereses con los profesionales, puesto que desde lo extracurricular nos hemos instruido en la temática de sexualidad y prevención de ITS/VIH.

Cabe destacar que la realización de esta investigación es en colaboración con la organización Gerópolis, que se encuentra asociada a la Universidad de Valparaíso. Esta institución busca contribuir a la calidad de vida y autonomía de las personas mayores, por ello está compuesta por un equipo multidisciplinario (Gerópolis, 2015). Al presentarse la oportunidad de trabajar en conjunto a esta organización nos hace querer proponer una temática que para nosotras como investigadoras y estudiantes son poco exploradas, y a su vez, que sean un aporte y conocimiento nuevo a Gerópolis, que les ayude en términos prácticos. Precisamente, la sexualidad de las personas mayores no es un tema que se haya tratado anteriormente en dicha organización y tampoco una temática que hayamos tenido la oportunidad de estudiar durante nuestros años de formación académica. Teniendo en cuenta que Gerópolis cuenta con un amplio abanico de profesionales que se relacionan directamente con las personas mayores, es que

decidimos adentrarnos en esta relación e investigar cómo son las dinámicas de construcción social entre los profesionales y las personas mayores, y cómo esta influye directamente en cómo se comprende la sexualidad de las vejeces. Creemos firmemente que la experiencia de trabajar colaborativamente con una institución tan importante para las ciencias sociales y los estudios de las personas mayores es de por sí una motivación para la realización de esta investigación.

Pregunta de investigación

¿Cómo geriatras, matronas y matrones construyen socialmente la sexualidad de las personas mayores?

Objetivo General

Conocer la construcción social que generan geriatras, matronas y matrones sobre la sexualidad de las personas mayores

Objetivos Específicos

- a. Conocer cómo geriatras, matronas y matrones comprenden la sexualidad de las personas mayores.
- b. Conocer cómo la formación académica es un factor relevante en cómo geriatras, matronas y matrones construyen socialmente la sexualidad en las personas mayores.
- c. Conocer cómo la experiencia laboral de geriatras y matrones es un factor relevante en la construcción social sobre la vida sexual de las personas mayores.

II. FORMULACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN

Contextualización

Una de las razones por las que creemos que es importante investigar a las personas mayores tiene relación con su incremento estadístico en la sociedad actual. Las cifras muestran el incremento de este sector etario en el último tiempo. Según la información otorgada por el Instituto Nacional de Estadísticas (2020), en el Censo de 2017, la población de personas mayores correspondía al 11,4%, mientras que las proyecciones realizadas, muestra que en 2019 las personas mayores representaron el 11,9% de la población chilena. Así mismo, se estima que en 2035 la cifra ascienda a 19% (INE, 2019). De estos datos es importante señalar que la población de mujeres mayores sobrepasa a la de los hombres, siendo estas un 55,6% de la población de personas mayores efectivamente censadas (INE, 2021). También debemos tener en cuenta el constante aumento en la esperanza de vida, -la cual actualmente corresponde a un promedio de 81 años, y se espera que en 2035 la cifra ascienda a 83 años (INE, 2021)-.

Las estadísticas anteriormente presentadas demuestran que el país debería prepararse para este cambio demográfico, incrementando la preocupación por el bienestar y calidad de vida de las personas mayores.

Es pertinente señalar que el término de personas mayores abarca un grupo variable de edades, generalmente desde los 60 años (OMS, 2015) lo que puede resultar en una generalización sobre la vejez. Es por esto por lo que nos apegamos a la subdivisión entre la *tercera edad* -la cual abarca desde los 60 a 79 años- y *cuarta edad* -desde los 80 a más años- (Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, s/f). Con el fin de representar de forma más adecuada a las vejeces. En base a esta diferenciación, los datos de la encuesta

(CASEN, 2017), muestran que las personas correspondientes a la tercera edad son el 83,3% del total de personas mayores en Chile.

Contexto cultural: Cómo se entiende la sexualidad en las personas mayores

Envejecer supone cambios tanto biológicos como sociales. Un área de la vida que comprende ambos elementos es la sexualidad. Muy comúnmente se asume que las personas mayores son personas desligadas completamente de la sexualidad, sin embargo, a lo largo de esta investigación se mostrará evidencia de que no es así. Asumir que en alguna etapa de nuestra vida nos volvemos seres asexuados es una aseveración poco certera; más bien hay que entender que al llegar a la vejez, la sexualidad simplemente cambia. Estas falsas creencias se deben a que la sexualidad constituye un tabú y, particularmente, al hecho de que la sexualidad de las personas mayores es una temática poco explorada tanto en la biología como en las ciencias sociales (Llanes, 2013) A raíz de la poca documentación científica sobre la sexualidad de las personas mayores, se tienden a construir mitos o falsas creencias sobre esta. Sin embargo, la *quinta encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez* (2019) nos demuestra a través de la autopercepción de la sexualidad de la vejez, que un 60,6% de los encuestados señala que una vida sexual activa es un aspecto importante (p,53).

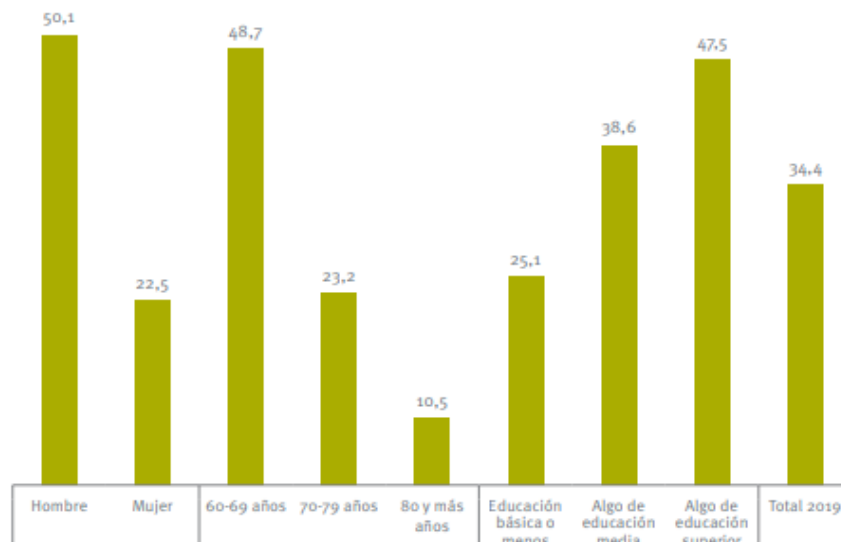
Con base en esta encuesta también podemos encontrar ciertas especificaciones sobre quienes mayoritariamente declaran llevar una vida sexual activa.

Ilustración 1: Personas que señalan tener una vida sexual activa, según sexo, edad y nivel educacional

Personas que señala tener una vida sexual activa, según género, edad y nivel educacional

Base: Total Muestra 2019.

% Sí



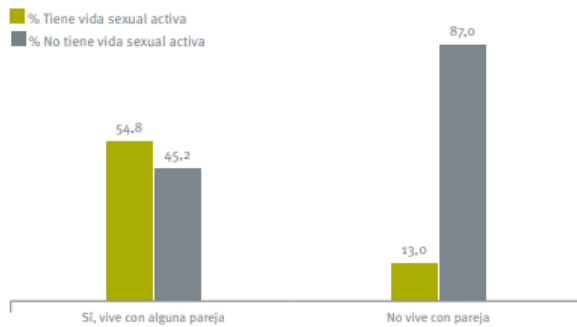
Tomada de: “Quinta encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez”. Universidad Católica, 2019. P. 53.

Como se muestra en el gráfico, los grupos predominantes son los hombres, personas entre 60 y 69 años y personas con un mayor nivel educacional.

Ilustración 2: Personas que señalan tener una vida activa según si vive con pareja o no.

Personas que señalan tener una vida sexual activa, según si vive o no con pareja

Base: Total Muestra 2019.



► Quienes viven con alguna pareja son quienes señalan en mayor porcentaje tener una vida sexual activa. Sin embargo, un 42% de quienes viven en pareja señala no tener vida sexual activa.

Tomada de: “Quinta encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez”. Universidad Católica, 2019. P. 54.

Es preciso comprender que la autonomía de las personas mayores se relaciona, en parte, con poder ejercer sus derechos sexuales al igual que cualquier otro grupo etario. La sexualidad según Acevedo y Bartolucci (2019)

(...) no es solamente contacto genital o procrear, es una manera de comunicación, recreación y disfrute de la vida, que mejora la autoestima pues se experimenta placer físico o emocional, que como se mencionó, puede incluir o no el tener sexo, en este ciclo vital y que en adulto mayor sigue teniendo mucho sentido porque la salud sexual es un derecho humano fundamental (p. 19).

Debemos visibilizar que la sexualidad va mucho más allá del coito, y se liga directamente con la salud mental. Teniendo en cuenta el bienestar que conlleva la sexualidad, podemos decir que la edad no tendría por qué ser un impedimento para un desarrollo de una vida sexual activa, incluso si fisiológicamente las condiciones para el coito no son las ideales, las personas mayores pueden vivir una sexualidad plena. Sin embargo, esta realidad hasta el momento no está del todo visibilizada, y usualmente se cae en una forma de discriminación edadista. El edadismo es un concepto que la OMS (2015) define como:

La discriminación por motivos de edad que abarca los estereotipos y la discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad. Puede tomar muchas formas, como actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias o políticas y prácticas institucionales que perpetúan estas creencias estereotipadas (p.11).

Esto es relevante para entender que la mirada prejuiciosa y estereotipada existe, debemos erradicarla y no seguir replicando estas conductas. Entendemos que muchas personas mayores mantienen una lucha contra el edadismo, lo que implica directamente que sus derechos se cumplan de forma efectiva, teniendo así, más oportunidades de llevar sus relaciones e identidades sexuales como ellos y ellas quieran, entendiendo que para ello no hay edad y anulando la idea de que la sexualidad se limita a la etapa de la juventud y adultez.

El hecho de que el imaginario colectivo no visibilice la sexualidad de las personas mayores como una situación normalizada puede llegar a afectar directamente la calidad de vida. En este sentido la calidad de vida presenta una forma dual entre la subjetividad y la objetividad, entendiendo que, en el primero de los casos, es precisamente porque ésta es una percepción que se tiene respecto a la vida. Y en términos de objetividad, se debe garantizar el cumplimiento de condiciones de vida óptima para el desarrollo psicosocial de las personas.

Constitución de los derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos -de ahora en adelante abreviados como DDSSRR- están contemplados dentro de los derechos humanos y tienen como finalidad reconocer la diversidad de conductas sexuales de las personas (Schiappacasse, Vidal, Casas, Dides, & Díaz, 2003). Por lo tanto, los DDSSRR buscan garantizar el ejercicio de una sexualidad plena. Para efectos de esta investigación, se consideran 4 derechos. Ahora, es importante destacar que el orden en el cual se presentan los derechos no se relaciona con su importancia; para vivir una sexualidad plena, todos y cada uno de ellos deben ser asegurados, inclusive aquellos que no señalamos aquí.

Tabla 1 Derechos sexuales y reproductivos atinentes a la investigación

| | |
|--|---|
| Derecho a la igualdad y a la no discriminación | Debe garantizar un trato igual sin importar factores como el género, la clase social o incluso su edad. |
| Derecho a la privacidad | Este derecho contempla dos enfoques, el primero tener derecho a que la intimidad sea respetada y el segundo ligado directamente a los prestadores de servicio en relación con resguardar información sobre sus usuarios como secreto profesional. |
| Derecho a la información | Debe garantizar el acceso a ser educado e informado con respecto a la salud sexual desde temprana edad, por lo cual, el dar información tardía constituye una falta a dicho derecho. |
| Derecho a la atención | Poder recibir atención y protección de la salud, garantizando disfrutar de una vida sexual plena y en condiciones que no supongan un riesgo para la salud sexual de las personas. |

*Nota: La información de esta tabla se obtuvo de (Schiappacasse, Vidal, Casas, Dides, & Díaz, 2003)

En Chile hay dificultades para reconocer los DDSSRR, debido a que, si bien el Estado se ha adherido a algunos acuerdos internacionales originados en instancias como la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing, en 1995, estos acuerdos no representan una obligación para el Estado (Schiappacasse, Vidal, Casas, Dides, & Díaz, 2003) Mientras no se garanticen los DDSSRR como una medida estructural en la política, difícilmente se incluirán dentro de la formación de los profesionales.

La preocupación sobre el trato de quienes atienden a las personas mayores y cómo logran percibir la sexualidad de quienes atienden, no es un tema escogido al azar, pues entendemos que la percepción que forjen los profesionales encargados de la atención de las personas mayores definirá el actuar que tendrán con los mismos. Para comprender a fondo el problema debemos tener en cuenta que existen distintas teorías acerca de cómo, a través de las ideas, vamos construyendo una forma de mundo, pero sobre todo, una idea de cómo son las personas de nuestro entorno.

Tenemos la idea de que los individuos creamos construcciones sociales, que para Berger y Luckmann (1968) esto es fruto de un imaginario colectivo, lo que quiere decir que son ideas compartidas y validadas por un grupo de personas, lo que lleva a adoptar comportamientos colectivos: “esta colectividad estará formada por el grupo que produce continuamente los significados en cuestión y dentro de la cual dichos significados cobran realidad objetiva” (pág. 110). Dicha realidad objetiva estará enmarcada en cuerpos de conocimiento, que en nuestra investigación corresponden a geriatras, matrones y matronas. Es de estos que proviene la verdad del conocimiento que se reafirma como verdad objetiva (Berger & Luckmann, 1968), de manera que construyen una forma específica de atención a las personas mayores lo que se valida y garantiza en su conocimiento y estatus profesional. En el apartado de conceptualización se tocará el tema de cómo el lenguaje para Berger y Luckman incide en la objetivación de ciertos significados en los pacientes, en este caso, las personas mayores.

Ética y vejez

El edadismo constituye un problema en el sentido de que la discriminación por edad es un factor que influye en una peor calidad de vida para las personas mayores. Una visión, formación educacional y relación negativa entre el profesional y persona mayor, podría derivar en que esta piense que vivir su sexualidad es algo negativo, o que simplemente no lo considere. Por lo tanto, el fin de esta investigación es ser útil para que las personas mayores sientan la libertad de hacer su vida sexual, y que, en consecuencia, los comportamientos y conductas de estos sean positivos para la vida en sociedad, llevándolos a un estado de bienestar sexual-emocional-social. Ya que nuestra hipótesis señala que esto no se cumple, es que afirmamos que se producen estigmas, malos tratos en la relación médico-paciente, y por sobre todo prejuicios, haciendo que la vulnerabilidad que ya viven las personas mayores se acentúe aún más (González & Martínez, 2014).

Sobre el reciente debate de la atención a las vejeces se pudo evidenciar la preocupación por el maltrato, la medicalización, autovalencia, trato médico-paciente, entre otros. Desde una apreciación social, Amaro (2016) determina que el principal eje de trabajo debería

partir por incluir una disposición específica para personas mayores en los derechos humanos, de forma que sea posible identificar que existen causas de discriminación por edad. Por otra parte, también señala la importancia de respetar la dignidad que implica el respeto de la autonomía e independencia de las personas mayores, tanto de acción como de pensamiento; es por ello que enfatiza sobre la estimulación de sus capacidades, con el fin de participar activamente de la sociedad.

Otros autores como Muñoz, et. al. (2004) debaten sobre la importancia de considerar la edad en el paciente de salud al momento de optar a un tratamiento, ya que algunos consideran que las personas mayores han recibido tratamientos específicos a lo largo de su vida, y que ya no debieran requerir de más recursos. Mientras que otros aseguran que son sujetos merecedores de un respeto social particular. De allí concluyen que es necesario distinguir entre edad cronológica y capacidad real de adaptación, para decidir el tipo de asistencia que se les dará a las personas mayores.

III. MARCO TEÓRICO

Estado del Arte

En el área de ciencias sociales encontramos investigaciones centradas en la percepción de las personas mayores sobre su vida sexual (autopercepciones) (Pérez, 2008) percepción de sujetos de diversas edades sobre la sexualidad de personas mayores (Cerquera, Galvis, & Cala, 2012) y de representaciones sociales de la sexualidad en la vejez (Maccarone & Lombardo, 2008).

La mayor parte de las investigaciones revisadas han generado información cualitativa, entre ellas encontramos una que recopiló resultados de otras investigaciones, contando alrededor de 11 artículos. Ésta muestra la intención de las personas mayores de llevar una vida sexual activa y las dificultades que existen para lograrlo (Torres Mencía & Rodríguez-Martín, 2020). Por otro lado, se llegaba a la conclusión de que las barreras para que pudieran llevar una vida sexual activa eran los estereotipos sociales, la creencia de que la sexualidad es sólo el acto penetrativo con fines fecundantes, que en este rango etario no existe suficiente privacidad y, lo relevante para esta investigación; que existen prejuicios de familiares y profesionales que dificultan la libertad de las personas mayores en el plano sexual (Torres Mencía & Rodríguez-Martín, 2020).

Cerquera, Galvis y Cala (2012) en su investigación utilizaron una muestra de 328 personas, compuestas por grupos etarios de 15 a 19 años, 20 a 59 y 60 en adelante. En este adaptaron un cuestionario de actitudes hacia la vejez de Colombia, lo que permitió recoger las consideraciones de variados grupos respecto a la temática. En los principales resultados encontramos que “(...) la mayoría de las personas tienen una opinión positiva respecto al amor y la sexualidad en la vejez (87%) y al inicio de nuevas relaciones tras

enviudar (88%)” (pág. 79). Lo que se traduce en que la vida sexual activa en las personas mayores no está ligada para siempre al matrimonio o a la idea de pareja de toda la vida.

En la investigación de Maccarone y Lombardo (2008) se analizaron las representaciones sociales construidas sobre la sexualidad en la vejez, estudiando a un grupo de 60 participantes de entre 20 y 60 años. En este caso en particular se usaron dos métodos de recolección de datos, que corresponden a una entrevista semidirigida y una encuesta autoadministrada. Este estudio concluyó que más del 60% de las personas creen que hay deseo sexual en la vejez (Maccarone & Lombardo, 2008).

Desde el punto de vista biológico hay artículos relacionados a la dificultad de mantener una vida sexual activa debido a disfunciones biológicas como la resequedad vaginal, disfunción eréctil, disminución o inhibición del deseo sexual, señalados como factores comunes en la vejez (García-Giralda & Casas, 2019). Con ello señalan que existe una dificultad fisiológica, pero que no es suficiente para afirmar que las personas mayores no mantienen relaciones sexuales en dicha etapa etaria.

Por otra parte, se presenta un estudio de observación en residencias permanentes para personas mayores, con el fin de conocer cómo los diversos trabajadores de 152 instituciones de este tipo llevaban a cabo su trabajo en relación con las conductas sexuales que se mantenían de parte de personas mayores y si en la atención garantizaban los derechos sexuales de estos. Evidenciando que muchos de los trabajadores tenían dificultades para tratar con este tipo de sucesos y que en los centros no existían normas que tuvieran como objetivo el cumplimiento de los derechos sexuales de las personas mayores (Villar et al., 2019).

En gran parte de las investigaciones señalan los beneficios fisiológicos que conlleva mantener una vida sexualmente activa, como lo es la baja considerable en el estrés y la disminución de las dolencias. Además, otras investigaciones concluyeron que la calidad de vida de las personas mayores mejoraba, haciéndolas sentirse mejor consigo mismas y con su entorno.

Otro de los hallazgos en las investigaciones son conceptos como pulsión sexual derivado de la teoría de Freud, utilizado para evidenciar el impulso sexual como algo constante en el tiempo. El concepto del placer aparece también como elemento fundamental para la vida sexual activa, mientras que otros apuntan hacia el prejuicio y los estereotipos sobre las personas mayores. Finalmente, otros se abocan en impulsar al personal sanitario a informar a sus pacientes sobre vida sexual activa y saludable.

Destacamos que, de las investigaciones aquí revisadas no todas cumplían con precisar que no hacía falta un acto penetrativo para considerar una actividad sexual. Lo que es relevante debido a que las personas mayores -y a medida que envejecen- tienden a tener dificultades fisiológicas de todo tipo, lo cual, si “tener actividad sexual” dependiera sólo de una relación genital, no podríamos hablar de sexualidad. Por ello, Torres y Rodríguez-Martín (2020) señalan que: “Las personas mayores institucionalizadas consideraron que la actividad sexual no era solo el acto sexual, sino también los deseos y pensamientos sexuales” (p.6) y conjunto a ello las caricias y variadas demostraciones de afecto.

Sobre los derechos sexuales y reproductivos, hacemos hincapié en que estos, comúnmente tratan DDSSRR como un estándar a cumplir, y si bien, es claro que deben serlo, no se realizan precisiones sobre cómo se garantizan esos estándares. Teniendo en cuenta de que sí, efectivamente siempre se deben garantizar los derechos sexuales y reproductivos, pero, también es pertinente comprender en qué contexto sociocultural no se suelen cumplir. Como aspecto positivo recalamos que Schiappacasse et al, (2003) presentan una mirada crítica respecto a la utilización de los DDSSRR en Chile, lo que permite que podamos rescatar esta posición para nuestra investigación.

Desde el área médica, que es la literatura que más abunda, encontramos aspectos éticos, sin embargo, no se problematiza la relación de la medicación y la baja en la libido del paciente, que por mejor cumplimiento ético que el médico pueda estar teniendo con su paciente, la medicación puede estar afectando a su vida sexual, lo que manifiesta la poca responsabilidad por el cuidado de la calidad de vida del paciente. Un cáncer de mama, un

cáncer endometrial (ambos en tratamiento), el consumo de fármacos antipsicóticos, antidepresivos, etc. (García-Giralda & Casas, 2019) pueden influir de manera negativa en la vida sexual de las personas mayores, llegando a perpetuar la problemática de manera más profunda y desde otras aristas.

Respecto a lo que esta investigación convoca, hemos rescatado la preocupación por el trato a las personas mayores durante las consultas médicas donde es posible visibilizar, como se mencionó anteriormente, que existen prejuicios expresados de parte de los profesionales de la salud a sus pacientes y que por tanto existe un estereotipo asociado a la figura de personas mayores donde se les infantiliza y se les niegan derechos sexuales ejerciendo edadismo. Esto revela que paulatinamente van apareciendo investigaciones con un enfoque ético respecto del trato médico-paciente donde no se debe interferir en la vida sexual de las personas mayores -ni de ningún otro grupo etario- (Group, 1996). La investigación aquí planteada, recupera dichas temáticas relevantes, aportando la arista que busca comprender cómo geriatras, matrones y matronas construyen socialmente la realidad sexual de las personas mayores a través de sus intervenciones en las consultas, comprendiendo que este está mediado por sus experiencias y formación académica. Además, se busca visibilizar que la calidad de vida en la vejez va de la mano con una vida sexual activa y saludable, ya que, las personas mayores deben disfrutar la última etapa de sus vidas de una forma sana y placentera.

Los estudios que se han realizado en Chile sobre la sexualidad en las personas mayores son escasos. Sin embargo, el libro *Sexualidad del Adulto mayor* (Acevedo & Bartolucci, 2019) ha aportado evidencia valiosa de un fenómeno ignorado en la investigación social y médica. No obstante, esta literatura sigue haciendo uso de conceptos sesgados, como es “adultos mayores”, en el sentido que adhieren a una concepción exclusivamente masculina de la vida sexual e íntima, e incluso a la idea de homogeneizar el tramo etario estudiado. Igualmente evidencia los cuestionamientos y dudas que mantienen las personas del tramo etario respecto de su sexualidad, visibilizando que el derecho a la información no está del

todo garantizado, lo cual es responsabilidad de funcionarias y funcionarios encargados de la atención a personas mayores.

El estudio fue realizado por personas de distintas disciplinas como lo son obstetricia, psicología, sexología, medicina, enfermería y trabajo social, lo que demuestra una intencionalidad interdisciplinaria en tratar el tema de la sexualidad, ya que comprender el fenómeno en su complejidad es fundamental. Desde el mismo punto de vista profesional, plantean que hay muy poca capacitación en las y los profesionales de la salud en la temática, por lo que no se genera una atención óptima de las personas mayores respecto a su sexualidad (Acevedo & Bartolucci, 2019), hecho que queremos destacar en esta investigación.

Conceptualización

Anteriormente se señaló que se utilizará en esta investigación, el concepto de sexualidad según Sebastini y Guinn (2014), sin embargo, se ha ampliado el alcance del concepto desde la Educación Sexual Integral - en adelante ESI - donde se proponen la participación de expertos y responsabilidad social respecto de la temática. Arenas, Duran, Dides y Fernández (2016) establecen que una ESI involucra reconocer la afectividad, la autonomía en la toma de decisiones, garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y asegurar acceso a la salud de forma oportuna.

Si bien ésta concepción de ESI está hecha para niñas, niños y jóvenes, es importante relevar los elementos que son transversales al estrato de las personas mayores, ya que se comprende que existe una deuda histórica en la educación sobre el tema, ya que no hay programas ni leyes más que los impulsados en los gobiernos de Eduardo Frei Montalva y Salvador Allende, donde se accionaba a través de la Ley de Educación Primaria obligatoria y gratuita, y el programa de Vida Familiar y Educación Sexual (Arenas, Duran, Dides, & Fernández, 2016), que quedaron a medio camino por haber sido erradicados de las políticas de enseñanza.

La ESI propuesta por estos autores, señala que es necesario que los Ministerios de Educación y de Salud accionen en conjunto, pues si bien, en las aulas se debe tocar la

temática para evitar embarazos adolescentes, Infecciones de Transmisión Sexual y otras consecuencias que involucra mantener una vida sexual activa, en los servicios de salud se deben ofrecer consultorías y elementos que provean de seguridad, como el uso de preservativos, asunto que está bastante al debe con las personas mayores, pues no se les otorga en los servicios públicos al asistir a control ginecológico. El Ministerio de Educación en el texto de Arenas, et. al. (2016) afirma que:

Recibir formación en sexualidad, afectividad y género garantiza la posibilidad de generar conductas de auto-cuidado en salud mental y física, de hacerse responsable de las propias decisiones en cada etapa vital, de relacionarse con otros en un marco de respeto mutuo más cercano con sus emociones y corporalidad (pág. 24)

Construcción social de la realidad

Como ya se adelantaba, Berger y Luckman (1968) señalan cómo las personas, en este caso, funcionarios de la salud, construyen la realidad social en base una dualidad entre lo objetivo y lo subjetivo. En primera instancia, la realidad es objetiva porque está por fuera de los individuos, pero a su vez, está precisamente construida por dichos sujetos. Bajo esta lógica, en la construcción social, los profesionales de la salud participan activamente, pero a su vez, los sujetos ya estaban predispuestos a esta construcción al socializarse. Es decir, cuando mediante agentes externos, vamos moldeando las ideas de nuestra realidad y consciencia (Berger y Luckman 1968). Los autores también diferencian esta socialización en niveles. La socialización primaria, como su nombre da a entender, son las primeras instancias en las que desarrollamos criterios e ideales. Mientras que la socialización secundaria es pertinente en la presente investigación, debido a que en esta etapa absorbemos conocimiento de la realidad de forma institucionalizada. La relevancia de esta socialización es que los sujetos estamos constantemente adquiriendo conocimiento (Berger y Luckman 1968). Por ejemplo, al formarnos en la universidad se adquiere ciertos conocimientos ligados a lo académico. Mientras que cuando el profesional comienza a desenvolverse en el mundo laboral, también se adquiere un conocimiento ligado a la experiencia. Cabe destacar además que según Berger y Luckman (1968), este segundo proceso de socialización no acaba nunca, pues se está en un constante proceso de

internalización de la sociedad mediante normas, códigos, conocimiento, valores y el lenguaje, siendo este un elemento que destacan los autores.

Precisamente, a través del lenguaje los profesionales van creando sus propias ideas objetivas de la realidad, lo que repercute en la vida personal de las y los pacientes. Es por ello por lo que su concepto de construcción social se enmarca en esta investigación que busca visibilizar esa esa objetividad, que se da a través de ciertos símbolos que portan un significado conocido por la mayor parte de la población (Berger & Luckmann, 1968), que para este caso se evidencia en el uso de la indumentaria y elementos médicos, como lo son uniformes, batas, estetoscopio, etc. Estos elementos que portan el significado de experiencia en el saber médico interfieren en la recepción del mensaje del emisor que porta dichos elementos.

Cuando se presentan escenarios lejanos, como han sido las tele-consultas durante la pandemia, es cierto que algunos factores repercuten de distinta forma en la comunicación médico-paciente, sin embargo, aquellos símbolos que se mencionaron anteriormente, ya están instalados en las subjetividades populares, por lo que la intencionalidad del mensaje del interlocutor se sigue transmitiendo de la misma manera, lo que lleva a considerar que “(...) el lenguaje tiene la capacidad de cristalizar y estabilizar para mí mi propia subjetividad persiste (aunque modificada) cuando el lenguaje separa de la situación “cara a cara”” (Berger & Luckmann, 1968, pág. p.54). Dado lo anterior es posible señalar que el lenguaje juega un rol importante durante la atención médica, pues en ella el paciente se exhibe tanto física como psicológicamente, quedando vulnerable ante él o la funcionaria de la salud, entonces es necesario considerar que como Berger y Luckman (1968) señalan: “El lenguaje se presenta como una facticidad externa a mí mismo y su efecto sobre mí es coercitivo”

Campo, habitus y mercado lingüístico

La posición jerárquica es de gran relevancia en la sociedad, pues tiene el poder de otorgar legitimidad a nuestras acciones o discursos, entonces, muchas veces somos

valorados teniendo en cuenta dicho factor. Sin embargo, esta posición social no es azarosa, sino más bien, hay ciertos elementos que podrían jugar un rol importante, como es lo económico, o nuestro nivel educacional. En base a esto, podemos decir que los profesionales que se desenvuelven en labores médicas muchas veces gozan de una posición privilegiada, y por ende, esto afecta directamente la relación médico-paciente, pues se presenta una distancia social, legitimada por el conocimiento del experto.

Bajo esta premisa, la teoría de Pierre Bourdieu cobra gran relevancia en el marco de la atención médica y la relación entre profesionales y usuarios. Particularmente el concepto de **campo Bourdieu y Wacquant (1995)** lo definen como:

una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones, (que) se definen objetivamente en sus existencias y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo, y de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología) (pág. 64).

Por otro lado, el **habitus podría definirse como un sistema de disposiciones que nos predisponen a actuar, pensar e incluso sentir dependiendo de nuestra posición social (Martínez & Saturnino, 2017). Es pertinente señalar que estas disposiciones no se desarrollan de forma natural en nosotros, sino que más bien corresponden a un proceso de socialización.**

Así, el campo médico es un ejemplo bastante particular, debido a que este reafirma su legitimidad mediante la formación académica y cierta institucionalización de las prácticas entre los agentes como lo serían profesionales de la salud y usuarios del servicio de salud. Estos se ven mediados a través de información científica, los cuales alimentan los discursos de los profesionales, mientras que los pacientes cumplen el rol de reafirmar el discurso médico.

Dentro de los campos, se produce una competencia por la adquisición de capitales, donde encontramos una lógica de agentes dominantes y agentes dominados, donde el

ejercicio del poder se puede ver de dos formas principalmente, de forma física o de forma simbólica (Bourdieu, 1991). En el marco de los saberes médicos, son los profesionales de la salud quienes asumen un rol de dominación legitimada por el desconocimiento de ciertas informaciones, pero también mediante elementos como los mencionados anteriormente, como el uso de un uniforme médico o bata. La importancia de la disputa por la adquisición de capitales opera de forma muy relevante en el área médica, pues es esta la que permite el poder decidir sobre nuestra salud, o por el contrario, subordinarse ante el saber médico. El escenario ideal sería que el conocimiento experto juegue un rol de informador objetivo, sin que este se superponga sobre los deseos y autonomía del paciente. Teniendo en cuenta de que una persona mayor que ignora información sobre salud sexual tomará como guía el conocimiento de un experto como podría ser un geriatra o un matrn/a, toma vital relevancia el que la información que otorgue el especialista no esté sesgada o desinformada, y así evitar formas de discriminación.

El lenguaje juega un rol muy relevante en el juego de la autoridad, Bourdieu y Wacquant abordan este tema mediante el habitus lingüístico, el cual se refiere a un:

sistema de disposiciones socialmente constituidas, que implica una propensión de hablar de cierta manera; una competencia para hablar inseparablemente definida como una aptitud lingüística; es la capacidad social para emplear adecuadamente esta competencia en una situación dada (págs. 104-105).

Así, entendemos que el lenguaje es un elemento que entrega estatus al hablante, debido a que los agentes, se expresaran de diferente forma en un contexto donde se deba disputar una autoridad verbal.

El campo médico y el campo de las y los pacientes, tienen límites claramente definidos, lo cual suele conllevar a una problematización en cuanto los agentes de ambos campos intentan mermar en el campo ajeno. Por ejemplo, si se piensa en el lenguaje y en la forma de comunicación que adquiere el campo médico versus el campo del paciente, comprenderemos que desde el campo del médico se buscará una nivelación para comunicarse de forma efectiva con el paciente, pues si no, el paciente puede no comprender aquello que le sucede en cuanto realiza la consulta médica. Esto lleva a

sostener que el lenguaje utilizado por agentes de ambos campos tiene distinto valor debido a su categoría campal-social. Es entonces cuando nos referimos al mercado lingüístico, donde se expresan de forma nítida las desigualdades sociales, pues representa la forma en que se accede y se viven las acciones normadas de las prácticas cotidianas de la atención médica. Por ello Bourdieu (1995) define el mercado lingüístico como:

Sistema de relaciones de fuerza simbólica que se imponen a través de un sistema de sanciones específicas... la anticipación práctica de que mi discurso será más o menos tenso, más o menos censurado, a veces hasta el silencio de la intimidación... Las desigualdades en la competencia lingüística se revelan constantemente en el mercado de las interacciones cotidianas (p.104-105)

Al enfrentarse dos discursos distintos donde se ejerce la dominación lingüística, la información está sujeta a competencia que se objetiva en la atención médica, con las reglas del campo médico. Por ello es relevante retomar el habitus y el mercado lingüístico de Bourdieu en esta investigación, así como también Berger y Luckman que complementan sobre el funcionamiento del lenguaje en este tipo de interacciones asimétricas.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Técnica de recolección de datos

Se realizó una recolección de datos primarios, los cuales fueron obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas de aproximadamente 10 preguntas. Esta herramienta nos ayudó a integrar preguntas fuera de la pauta que permitieron distender la conversación (Valles, 2000), puesto que la sexualidad en la actualidad sigue considerándose un tema tabú, independiente de que estemos trabajando con personas de la salud. De igual forma introdujimos las preguntas sin importar el orden, de manera que el diálogo fuera fluido sin necesidad de volver a preguntar. Las entrevistas se realizaron mediante videollamadas y la tuvieron una duración de no más de 40 minutos.

Muestreo

Para esta investigación se optó por un muestreo intencionado, dada la colaboración con el equipo de CIDAM Gerópolis, ya que esta institución será la principal proveedora de los primeros contactos de geriatras, matronas y matrones.

La población de referencia de matronas, matrones y geriatras colegiados, son datos recopilados de las colegiaturas de ambas profesiones. Desde el colegio de matronas y matrones de Chile manifiestan que hay un total de 2500 matronas y matrones colegiados (Colegio de Matronas y Matrones, s/f), mientras que geriatras corresponden a 116 miembros (Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, s/f)

Tabla 2 Muestra

| Geriatras | Matrones y matronas |
|---------------------|-----------------------|
| 3 hombres y 1 mujer | 2 hombres y 2 mujeres |

Autoría propia, 2021.

El número total es de 8 participantes, los cuales se distribuyeron de forma equitativa entre Geriatras (4) y Matrones/as (4). La cantidad de la muestra se estableció en 8 participantes porque permitió mayor profundidad para establecer los criterios de comparación entre geriatras y matrones, pero también por criterio de accesibilidad, por encontrarnos en el contexto de emergencia sanitaria, donde entendemos que las y los profesionales cumplen con horarios más acotados que los normales, por alta demanda de trabajo. Por otra parte, se incumplió con la muestra paritaria que nos habíamos propuesto, dado que al momento de contactar geriatras mujeres hubo nula disponibilidad para participar, por lo que la muestra de geriatras quedó conformada por 3 hombres y 1 mujer.

Al encontrarnos en el complejo escenario pandémico, optamos por no geolocalizar la muestra, ya que asumimos que los tiempos de las y los trabajadores de la salud son acotados por la contingencia. Por otra parte, consideramos que las y los geriatras son escasos en las regiones, por lo que tampoco fue una opción entrevistar a geriatras sólo de Valparaíso, es por ello por lo que abrimos la posibilidad de entrevistas a geriatras, matrones y matronas de cualquier parte de Chile.

Técnicas de análisis de datos

La técnica de producción de datos que hemos optado por utilizar es la entrevista semiestructurada, debido a que ésta nos deja llevar control y guiar la entrevista, pero a su vez nos permite flexibilidad sobre los temas a tratar con cada uno de los informantes. La duración de las entrevistas ha variado entre los 25 y 45 minutos. En cuanto a la cantidad de preguntas realizadas, esto ha ido variando entre los entrevistados según la distensión de su relato, pero se han establecido 11 preguntas base, llegando en algunos casos a realizarse 15 preguntas. Las entrevistas fueron realizadas previa coordinación con las y los participantes vía Google meet, las cuales fueron grabadas en audio y video para posteriormente transcribirlas en formato Word.

Para la codificación se transcribieron las entrevistas a formato word, para luego destacar manualmente frases relevantes en relación con 11 preguntas del guión de la entrevista, resultando una matriz similar a la de una operacionalización

Tabla 3 Matriz de análisis

| Dimensión | Pregunta | Participante 1 | Participante 2... |
|--------------------------|-------------|----------------|-------------------|
| Dimensión de análisis 1. | Pregunta 1. | Cita textual | Cita textual |

Autoría propia, 2021

Hubo 3 dimensiones de análisis ligadas a los objetivos. La primera dimensión es percepción, que tiene las preguntas: ¿Qué entiendes por sexualidad?, ¿Crees que la sexualidad se reduce al coito?, ¿Cómo entiende la sexualidad en las personas mayores?, ¿Crees que la sexualidad es un tema relevante para las personas mayores?, ¿Consideras que hay discriminación a las personas mayores respecto a su sexualidad? En la dimensión dos se encuentra formación académica con las preguntas ¿Cómo y cuál fue tu formación académica sobre sexualidad?, ¿Se abordó la temática de sexualidad de las personas mayores?, ¿La formación fue adecuada?, ¿Qué información importante que no haya sido considerada? Y por último la tercera dimensión que estuvo ligada a las siguientes preguntas ¿Crees que su experiencia laboral cambió la forma en que miras a las personas mayores? Y ¿Es frecuente que las personas mayores consulten sobre sexualidad?

V. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

A continuación, se presenta una caracterización de las y los entrevistados en función de la edad, género, religión, año de ingreso a pregrado, Universidad y tipo de sistema de salud en el cual trabajan actualmente, elementos que fueron consultados pues pueden ser factores importantes para considerar al momento de analizar cada entrevista.

Es necesario destacar que ciertos elementos han sido cambiados, como el nombre de los participantes, además no se especifica el establecimiento en el que trabajan, esto con el fin de poder conservar el anonimato de las y los informantes.

| Código | Edad | Sexo | Religión | Año ingreso | Universidad | Sector servicio de salud |
|--------|------|-----------|--------------|-------------|-----------------------|---------------------------|
| GM01 | 53 | Masculino | Católico | 1987 | PUC | Privado |
| GF02 | 40 | Femenino | Agnóstica | 2000 | UV/UCH | Público y privado |
| GM03 | 45 | Masculino | NR | 1994 | UV | Público |
| GM04 | 54 | Masculino | Agnóstico | 1986 | UNCUYO (argentina) | Público y privado |
| MF01 | 30 | Femenino | Católica | 2010 | UV | Público |
| MF02 | 47 | Femenino | Católica | 1994 | UTA | Público atención primaria |
| MM03 | 33 | Masculino | Sin religión | 2008 | UV | Público atención primaria |
| MM04 | 38 | Masculino | Sin religión | 2003 | UV | Público |

Es posible distinguir que, de los 8 participantes, 5 manifiestan pertenecer a una religión, 7 estudiaron en una universidad pública y laica, y 7 trabajan actualmente en el servicio público. Además, el tramo etario de nuestra muestra va desde los 30 años a los 54.

Ideas generales sobre la sexualidad y personas mayores

Esta primera fase de prese incluirá preguntas generales que fueron realizadas con el fin de lograr comprender la visión que tienen las y los profesionales entrevistados con respecto a lo que es la sexualidad y cómo la relacionan con las personas mayores.

1.1. Comprensión de la sexualidad: ¿Solo coito?

Bajo la premisa de qué es la sexualidad para los entrevistados y si ésta es necesariamente coital, encontramos dos tipos de respuestas predominantes. A continuación, las ilustramos mediante citas textuales:

“Entiendo por sexualidad todos los atributos que determinan la forma de ser de una persona en términos de ser sexuado, esto significa no solamente el sexo cierto, sino, sus gustos, sus preferencias, su forma de relacionarse con los demás, las cosas que le gusta realizar... eh, todos los constructos que no solamente biológicos, cierto, sino que también intelectuales, sociales y funcionales”. (GM03)

En el caso de este Geriatra, podemos ver que el entrevistado establece que, para él, la sexualidad no es solamente coito, nombrando también elementos como los gustos, preferencias, relaciones interpersonales además ligando lo sexual con constructos de diversa naturaleza como lo social.

Por otro lado, también es destacable las siguientes respuestas del entrevistado MM03:

“sexualidad es, pucha, es que pueden ser varios conceptos diferentes, pero, enfocado a mi profesión, la sexualidad en las relaciones íntimas puede llevar a cabo parejas”.

En esta cita podemos identificar en primer lugar, que, si bien el entrevistado considera que la sexualidad puede ser definida desde diferentes conceptos, él decide dar una respuesta que encuentra su fundamento en lo profesional. Siendo un primer instinto identificar la sexualidad como las relaciones íntimas entre dos personas.

En una segunda reflexión tras preguntar si el sexo es coito, decide identificar otras características como la identidad:

“No necesariamente porque... cómo lo puedo definir, ¿cómo se llama? la identidad de la persona, sus características por ejemplo, sus características personales, definen a una persona con respecto a su sexualidad, y... no necesariamente para hablar de sexualidad, tenemos que hablar de que tiene que haber coito”.

1.2. Sexualidad en la vejez

Entendiendo ya las ideas generales que los informantes tienen sobre la sexualidad, nos enfocamos en conocer cómo aplican esa visión específicamente a las personas mayores.

Cabe mencionar que la pregunta se realizó de una forma en la que los participantes pudieran responder tanto desde su visión como profesional de la salud como de sus creencias o conocimientos personales.

En muchas de las citas que se presentan en este apartado destacan por centrarse en responder principalmente sobre la sexualidad de las mujeres mayores, a su vez también se les da un enfoque a los cambios físicos por sobre la emocionalidad u otros aspectos.

GM01 responde principalmente desde un conocimiento médico diciendo que:

“A nivel fisiológico en el organismo de las mujeres, que hacen que eventualmente... las relaciones sexuales pueden ser un poco más molestas, dolorosas, etcétera... eh por la inclusión de la hormona etcétera... en cuanto al deseo sexual también va cambiando cosas de ese tipo en el fondo... Eso es lo que más se aborda”.

Así mismo MF01, nos indica que la sexualidad de las mujeres se ve marcada por un cambio de características hormonales y que estas muchas veces conllevan cambios y problemas físicos.

“como tiene todo este ciclo de un descenso brusco de los estrógenos, si hablamos de una parte física... si po’, la falta de estrógeno afecta todo... afecta a nivel óseo, empiezan las enfermedades de las artritis, las artrosis... por ende se asocia mucho al dolor físico, hay dificultad para caminar, a los problemas de las caderas, a los problemas de las rodillas, ahí tienen un montón de secuelas por problemas de los estrógenos, empiezan con los bochornos, empiezan con los cánceres de mama, con los cánceres de ovario, empiezan con... el problema de la lubricación... Hay una estrechez de la vagina, hay pérdida de las rugosidades, hay un montón de factores físicos asociados a la baja de estrógenos”.

Lo que menciona MF01 es importante dado que se vincula a su trabajo en el área oncológica, lo que da cuenta de patologías que pueden dificultar una vida sexual en las personas mayores.

GM03 reflexiona sobre cómo los cambios pueden verse reflejados en dos formas distintas en las cuales las personas mayores llegan a vivir su sexualidad. Un grupo estaría muy centrado en el coito, y por ende vería más truncada su salud sexual debido a la pérdida o deterioro de ciertas funciones. Mientras que otro, no se ven mayormente afectados por esto pues pueden reconocer una sexualidad activa más allá de la función biológica:

“las personas mayores que a mí me ha tocado atender, en general viven la sexualidad de dos formas, algunos están muy centrados en el coito, tanto varones como mujeres y en las dificultades que tienen para poder llegar al orgasmo, eh... dificultades que por cierto con el

deterioro de algunas funciones se van haciendo más marcadas todo aparecen efectivamente dificultades y disfunciones sexuales, disfunción eréctil, dolor durante la penetración, sequedad de los órganos sexuales, etc., entonces hay un conjunto de cosas que dificultan el coito, pero también existe otro grupo de personas mayores que son extremadamente libres frente a la vivencia de la sexualidad como un todo bastante más holístico entonces, le dan mucho énfasis a aspectos que no están directamente relacionados con el coito, sino que son más bien del agrado de ser sexuado, entonces son personas que se cuidan mucho en su apariencia, gustan de vestirse bien de ser agradables a la otra persona, se fijan en muchos detalles... mm habitualmente tienen pareja y tienen una vida... una sexualidad activa, no son personas inhibidas en su sexualidad”.

Por otro lado, el matrn MM03 destaca también problemáticas de orden social que limitan principalmente a las mujeres a vivir una sexualidad plena:

“Por experiencia yo he visto, atendido a muchas mujeres, que en realidad no es sólo un tema hormonal que disminuye la libido sexual, sino que tiene que ver con conflictos personales, ya sea con infidelidad o cosas que ya no les gusta que está haciendo su pareja, o no... también se da mucho la no comprensión, como que el hombre generalmente es muy machista (...)”.

También se les consultó a los participantes si consideran que la sexualidad es algo relevante para las personas mayores y por qué. Encontramos en primera instancia, bajo la mirada de GM01 que si bien, sí podría ser relevante, las personas mayores tienden a minimizar su importancia por constructos culturales

Yo creo que es relevante, pero que probablemente tanto por, la generación en que ellos tuvieron que... que vivir digamos o sea la... eh... no le dan la importancia suficiente, o piensan que eventualmente... no, no es algo tan importante o sea, creo que por este tema un poco de que la sexualidad antes se concebía como más bien un... un tema un poco pecaminoso... o algo que era como un poco medio de inadecuado, sobre todo en determinadas edades... eh los inhibe a eventualmente expresar claramente su sexualidad, y vivirla plenamente.

En la línea de la misma pregunta vale mencionar que tres de los ocho participantes considera que la sexualidad sí es relevante para las personas mayores, además es en esta pregunta donde GM03 comienza a reflexionar sobre la responsabilidad médica de abordar a los usuarios mayores para garantizar una salud sexual óptima:

“Por supuesto, tanto como es relevante para todos nosotros, no tiene por qué dejar de serlo para las personas mayores. Es igual de relevante que en cualquier otra edad, solo que con sus particularidades que hay que abordar, Dentro de esas particularidades si bien es cierto... podríamos pensar que las personas mayores que viven la sexualidad más centradas en el coito podrían tener mayor cantidad de problemas no es así. Efectivamente este grupo que tiene un... que está centrado en el coito, puede llegar a tener algunos problemas de origen

biológico, que efectivamente se ven más durante las edades mayores... y hay que abordarlos adecuadamente para que ellos puedan tener satisfacción sexual y una sexualidad por lo tanto más plena”

MM04 indica además que incluso en las etapas de la vejez, la sexualidad podría incluso tomar mayor relevancia para las personas mayores, pues también corresponde muchas veces a una etapa de cambios en sus círculos sociales.

Yo he trabajado con varios grupos y cuando tocamos temas de sexualidad... se abre el tema y... todas y todos reconocen los cambios que se van generando a esta edad, pero a pesar de eso igual viven su sexualidad, de alguna u otra manera se van adaptando a esos cambios, así que creo que sí es un tema relevante, sobre todo cuando en este periodo muchos de los hijos se van y las parejas se reencuentran, y comienzan a vivir más momentos íntimos, por supuesto que... quizá toma mayor relevancia.

Por el contrario, los participantes que consideran que la sexualidad no es relevante para las personas mayores, plantean que éstas adquieren otras prioridades, puesto que hay aspectos de la salud a los cuales les dan mayor relevancia.

Mm... yo creo que no fíjate, la verdad, yo creo que no... yo creo que muchas pacientes sienten que ya pasó su vida sexual y su sexualidad y el sentirse atraído por alguien o atractiva o el querer preocuparse de su aspecto físico, de su sentir, no... yo me he dado cuenta de que la gente mayor después de cierta edad... de hecho hay pacientes que me dicen... no si yo ya tengo 60 años, que voy a andar haciendo eso, y yo... pero si es joven todavía no es como que no pueda (...) entonces de por sí siento que no es como un tema que les afecte... o que ellas me refieran que les afecta (MF01)

No sé si decir que es relevante, pero sí es un derecho (...) Tal vez, dependiendo de la condición de vida de ese adulto mayor puede haber otras prioridades, de... no sé, económicas tal vez, o de otro tipo de temas de salud una patología grave, un cáncer (MF02).

La invisibilización de la sexualidad en la vejez

Cuando se le preguntó a los participantes si consideran que hay discriminación a las personas mayores con respecto a su sexualidad, la totalidad de las respuestas resultaron ser afirmativas. Además, GM03 destacó además que dicha discriminación puede provenir principalmente del desconocimiento y poca información, generando muchos mitos, siendo el principal el que las personas mayores simplemente no tienen una vida sexual activa.

Asumir que si es viejo no tiene sexualidad, si es viejo es como asexuado, sin embargo, es algo complicado porque siendo que todos somos sexuados, todos tenemos sexualidad, en el fondo es quitarnos parte de nuestra condición humana, así que sí, de todas maneras, tiene que ver con la ignorancia de la gente... no me parece que sea una forma de querer producir

daños, sino que se asume un conjunto de mitos por desconocimiento y esos mitos pueden ser incluso asumido por la misma persona mayor, existe una auto-discriminación de las personas mayores con respecto a la vivencia de su sexualidad, tanto como con la vivencia de muchas otras cosas.

MM03 además, hace alusión a la responsabilidad y el rol que juega el sistema de salud en la discriminación mediante la implementación de programas centrados principalmente a la sexualidad en términos reproductivos y control de ITS, además siendo enfocados a usuarias y usuarios adolescentes:

Si uno se da cuenta del programa que nosotros atendemos, el programa de la mujer... muchas veces no viene enfocado al tema de la sexualidad del adulto mayor, generalmente está más enfocado en... en la adolescencia, en métodos anticonceptivos, en consejerías de infecciones de transmisión sexual... pero todo va enfocado a la población adolescente o adulto joven... no hay programas como que involucren directamente al adulto mayor, entonces ahí si hay cierta discriminación.

2. Formación académica

Estudiar una carrera universitaria conlleva aprehender conocimientos especializados, técnicos y complejos. Para las carreras vinculadas a las ciencias biológicas, ha existido una tradición de objetividad ligada al método científico que utilizan en sus trabajos, sin embargo, no debemos ignorar el hecho de que el conocimiento se genera a la luz de paradigmas e ideas que guían la forma de comprender un determinado fenómeno. Las ciencias de la salud no se quedan atrás en dicha intencionalidad subjetiva. La libertad de cátedra, las diferentes mallas curriculares, las misiones y visiones de las distintas Universidades a lo largo de Chile, van otorgando diferentes ofertas a pesar de tener un currículum común ligado a la atención.

En este apartado se abordará la formación que tuvieron las y los participantes sobre sexualidad, la sexualidad en personas mayores y la valoración que hacen respecto de su formación.

2.1. Formación académica sobre sexualidad

MM04 es un matrón egresado de la Universidad de Valparaíso que trabaja en el sistema público y realiza clases en la misma carrera de la cuál egresó. Señala en retrospectiva, que

para él su aprendizaje sobre sexualidad fue una temática que se tocó de manera progresiva, pero que no vinculaban aspectos más allá de lo biológico:

“(…)en el primer año recuerdo muy bien en una asignatura que se denominaba educación en salud, cuando se comenzaron a incorporar estos conceptos, de sexualidad dentro de todo lo que se ve, y ahí entonces pude tener el primer acercamiento con estos conceptos... con (se pierde conexión), con otros elementos relacionados, y a medida que fue avanzando año a año, el tema se fue profundizando más... y recuerdo en una asignatura pero... no recuerdo en qué años, que se abordaba el tema de sexualidad pero no como ahora, era sólo una unidad en la formación ... en ese tiempo del matrn y de la matrona, por lo tanto imagínate tú ¿unas 4 clases habrán sido?... y.... y creo después en el postítulo, cuando ya estuve titulado, hice un diplomado en sexualidad humana y ahí sí se vieron aspectos muy profundos relacionados a la temática”

Desde la geriatría se señala que sobre sexualidad no se vió mucho, fue sólo un ápice del contenido, una temática incompleta y biologicista que debiera tomarse como un concepto holístico.

(...) que yo siento que cuando se hablaba de la sexualidad, era como un capítulo final de un capítulo más grande... o sea, de un tema más grande... y era como el pelo de la cola de toda la conversación o el tema para estudiar... era como bueno, y al final veamos un poco de sexualidad. No era como el capítulo principal a estudiar ¿me entiendes? como que era un ápice en Endocrinología... en gine o en urología... era como un apartado muy pequeño. Creo que no se le dio la importancia. (GF02)

La formación de pregrado ha sido insuficiente, así lo dejan ver los siguientes testimonios que afirman haberse introducido mucho más en la temática al optar por diplomados o estudios de posgrado.

En general... en las mallas curriculares no hay un ramo que se llama sexualidad, bueno no sé ahora en las generaciones de ahora y que quizás sea enfocado... o sé más que enfocado, se ha visualizado que es una vía a un tema que es importante de conocer y tener conocimiento e información... generalmente, estos temas así como de sexualidad se trataba en ginecología o en la parte de cuando tu empiezas a ver la parte reproductiva común en la carrera como contenido... pero así como un ramo de sexualidad, no. Ahora actualmente y eso te lo digo en la... en las carreras de salud entregado casi la mayoría, yo creo, que tiene la deficiencia o el déficit de contenido. Actualmente la sexualidad como, se está realizando estos como capacitaciones de posgrado y hay bastantes diplomados que yo sé que por lo menos, matronas están tomando, porque claramente hay una carencia en esa área. (MF02)

Uf, bueno, en la etapa de pregrado diría que tal vez se tocaba el tema, pero fundamentalmente, yo creo que lo que uno sabe de sexualidad, por lo menos en lo personal, lo tengo después en postgrado, abordando distintos cursos en forma específica, donde se aborda la sexualidad del adulto mayor, en este caso, por ejemplo, como geriatra,

los conocimientos los adquirí fundamentalmente en la etapa de postgrado, mediante cursos, charlas. (GM04)

Desde otro punto de vista, GM01 señala que cree que la falta de información sobre la temática se debe a su casa de estudios, la Universidad Católica. GM01 empezó sus estudios en el año 1987, tiempo de dictadura cívico-militar, contexto que pesa en el aprendizaje de una temática tabú -aún más- en aquella época.

“Se habla mucho del tema de la sexualidad en relación con todo lo que tiene que ver el desarrollo sexual de los niños... y todo eso... esa fue un poco la formación que uno recibe en esa etapa, pero en realidad yo creo que sobre todo en la época en que yo me formé y además en la Universidad que yo me formé, que era la Universidad católica, claramente... tenía un cierto sesgo y ciertas limitaciones en cuanto a la enseñanza que había y, en posgrado ya haciendo la especialización en geriatría en realidad, se toca en algunos tópicos en relación a la sexualidad de los adultos mayores, pero en realidad son bastante menores, es bastante escasa la formación por lo menos que yo recibí, en mi formación como geriatra respecto a la sexualidad de los adultos mayores.”

2.2. Formación y sexualidad en las personas mayores

Con respecto a la formación en sexualidad de las personas mayores, consultamos si se había abordado la temática, a lo que las respuestas fueron en su mayoría negativas, ya que como se señaló anteriormente, el concepto general de sexualidad no se profundizó lo suficiente, entonces de esperarse que el aprendizaje de sexualidad en personas mayores fuera mucho más precario.

Mira en pregrado se asociaba principalmente a las disfunciones sexuales y el... cómo acompañarlas, tratarlas... pero no con la profundidad que ahora yo visualizo... ya, era más biomédico...ya, o sea, ¿el hombre tenía un problema de erección?, al médico para que le de un tratamiento, cuando la mujer tiene un problema de vaginismo, hay que derivar a especialista (MM04)

Las disfunciones sexuales fueron un tema recurrente cuando se habló de sexualidad en las personas mayores. De la misma forma estuvieron de acuerdo dos de las y los participantes, el primero dando a conocer que podían existir complicaciones y la segunda centrándose en la resolución de esas dificultades de forma farmacológica.

Eh... en realidad, sólo se enfocó demasiado por encima, como una pincelada nomás de sexualidad en el adulto mayor, no fue muy profundizado este tema. Por ejemplo, la disfunción sexual que pueden tener las personas adultas, con respecto a... más enfocado a la mujer, que al hombre, en relación a la privación de hormonas, que pueda tener una

mujer, y eso dificulta en sí el acto sexual... como que las relaciones pueden ser dolorosas... y ese tipo de cosas. O disminución de la libido sexual, con respecto a los adultos mayores por el tema de las situaciones hormonales de cada mujer, es como enfocado a eso. (MM03)

A veces se comentaba el efecto adverso de algún fármaco en relación al desempeño sexual de un paciente... o qué medicamento podría usar, o si se recomendaba la actividad sexual digamos, extenuante, según la condición médica de un paciente. (GF02)

Otra de las preguntas se enfocó en los cambios físicos y/o psicológicos que conlleva mantener una vida sexual activa siendo persona mayor, a lo que las respuestas surgidas fueron en la misma línea biológica de lo que ya se comentaba antes. El factor hormonal vuelve a surgir como uno de los elementos fundamentales en los cambios, y en este caso, se asocia a las dificultades que tienen las personas mayores para poder mantener una vida sexual activa. MF03 que trabaja en atención primaria, nos comenta que es una sumatoria de elementos que hacen que las personas mayores vayan perdiendo su vida sexual.

Del ámbito de la sexualidad algunas pueden evidenciar que tienen una baja de deseo sexual una disminución de la libido pero incluso en la parte de los trastornos esto en la zona genital que hay un una sequedad vaginal.

A pesar de los comentarios anteriormente mencionados, surge la idea de que estos cambios físicos que suceden llegada esta etapa etaria, son sinónimo de perder la vida sexual, cuando en realidad para GM03 depende de qué se piensa cuando se habla de sexualidad.

Si hacemos el sinónimo de sexualidad es coito y tenemos en cuenta que las personas mayores tienen más dificultades para llevar a cabo un coito o para llegar a un orgasmo por ejemplo, claramente vamos a asumir que los pacientes mayores (...) no tienen sexualidad, tienen grandes dificultades para su sexualidad'.

2.3. Valoración de la formación sobre sexualidad

Al estar insertas e insertos en el mundo laboral, es posible mirar de forma rememorativa los aprendizajes obtenidos en el pregrado, los diplomados, magísteres o postítulos en general, y realizar una evaluación de estos a través de la aplicación práctica del conocimiento, el trabajo. Es en la práctica donde se reconocen las fortalezas, las falencias

e incluso la necesidad de actualizar el conocimiento. Es por ello que se les consultó a las y los participantes acerca de cómo evalúan su formación y qué información importante creen que no estuvo presente en su enseñanza.

MM04 menciona que incluso al ser obstetricia una carrera ligada completamente al área sexual, el trato de la temática fue deficiente.

Pensando en esos años... porque yo el diplomado de sexualidad lo hice el año 2010 aproximadamente... muy deficiente, a pesar de que era una carrera de la salud, y del área de la salud sexual y reproductiva, donde uno trabaja el tema de sexualidad con las personas, no, deficiente (niega con la cabeza) ... comparado con la del postítulo.

A pesar de que GM03 no cree poder evaluar su formación, sí cree que el concepto de sexualidad debió ser visto desde una forma holística, comprendiendo que somos seres sexuados, y que por ello la categoría sexual se encuentra en muchas más aristas que sólo lo biológico.

No podría evaluar como buena, mala o completa o incompleta la formación que tuve en cuanto a sexualidad, juzgarla digo... pero sí creo que es ampliamente mejorable, en particular creo que... es necesario cambiar el enfoque biologicista que se le da la sexualidad aún hoy, a un enfoque holístico... a un enfoque biopsicosocial, espiritual y funcional... y dentro del enfoque biológico, no solamente hablar del sexo, del coito, ni tampoco hablar del sexo cromosómico, sino que hablar de la vivencia biológica de la sexualidad... asumir nuestra condición de seres sexuados, eso no tiene nada de malo, es un hecho no más, creo que eso falta todavía, hacer evidente que somos seres sexuados, en nuestra formación profesional, no solamente del médico, en la formación de todas las áreas.

Respecto de cómo podría mejorar la formación, a criterio de las y los participantes, tiene que ver principalmente con actualizar la temática, involucrando a la diversidad sexual, desarraigando el machismo y la visión reproductiva.

Faltó mucho el tema que se da ahora, o sea, la diversidad sexual que no es solamente la relación heterosexual que conocemos mujer-hombre en realidad, se pueden dar de diferentes... eh, tener sexo, tener relaciones, y no depende eso de la heterosexualidad, entonces es como muy marcado hombre-mujer, entonces, mi formación fue como: el hombre, tiene las características de hombre, y estas son las características sexuales de la mujer, entonces uno se da cuenta que a medida que va ejerciendo su carrera, se da cuenta que su formación no debiese haber sido así. (MM03)

Si... de todas maneras, o sea, en esos años... el machismo estaba muy muy marcado, bueno todavía es así pero antes, mucho más entonces no se consideraba importante el placer en la mujer... era más que nada una visión reproductiva y al servicio del hombre. Otro ejemplo de eso es que en ningún momento se habló de las personas trans... o de sus

necesidades... poco se hablaba de la sexualidad en las personas mayores, y yo creo que absolutamente nada del tema de la sexualidad o de la vida en general del colectivo LGBTIQ+.(MM04)

3. Experiencia laboral

Si bien la formación académica es la base teórica que cualquier profesional necesita para desarrollar su labor, existe otro elemento relevante, la experiencia laboral. Es mediante la práctica que se van adquiriendo conocimientos complementarios que fortalecen el conocimiento teórico. Es por esto que también se propuso conocer cómo el desempeño laboral de las y los profesionales entrevistados ha incidido en el constructo social sobre la sexualidad en la vejez.

3.1.Conocimiento a través de la experiencia

Los informantes comentaron cómo el acercamiento directo con los usuarios cambia la forma en que perciben y comprenden la realidad de las personas mayores.

GM01: El hecho de tener una determinada edad, no significa que la persona tenga que tener limitaciones en muchas cosas sino que todo lo contrario... a veces puede incluso tener más posibilidades de hacer cosas porque tiene más tiempo, más experiencia y actualmente eso le da más herramientas para eventualmente contribuir en distintos aspectos, en el fondo es algo que nuestra sociedad todavía no está valorando en forma adecuada, o sea uno ve que las personas mayores son desplazadas... que son discriminadas.

GF02: antes yo tenía una formación muy biomédica... paciente de tantos años, con antecedentes de que usa tal fármaco, que evoluciona de tal forma, ahora no, o sea no concibo no evaluar a un paciente sin saber si es independiente o no... con quién vive y es que en el caso de que requiera ayuda.

‘Al escuchar todas las experiencias personales que me ha dado cada usuaria, entiendo de otra forma... yo antes del, cuando me formaron en la universidad... yo, uno lo forman teóricamente con un montón de cosas, y cuando uno sale a... consulta por algo, uno dice ah, y... ella no tiene deseos de tener relaciones sexuales principalmente, empezamos con exámenes hormonales... o algo, para determinar si es que efectivamente... eso está generando la disminución de la libido sexual, pero en realidad eh, uno ahora con esto... todas estas experiencias que he escuchado de usuarias, uno se da cuenta que el problema es otro, y que no tiene nada que ver con eso. (MM03)

Al ir conociendo diversas formas de vivenciar la sexualidad que vamos aprendiendo también... vamos asumiendo experiencias, vamos incorporando formas de ver la vida, vamos incorporando diversidad, entonces sí por supuesto que sí la el ejercicio profesional me siento que ha sido muy positivo en cómo vivencio mi propia sexualidad y cómo comprendo acepto y colaboro con que las otras personas a mi alrededor sean pacientes o no, se sientan cómodos con su por su vivencia de la sexualidad. (GM03)

Ha cambiado totalmente la visión de las personas mayores, previo a una experiencia que tuve yo en el centro comunitario san roque, eh... donde... un grupo de estudiantes preparó temáticas del feminismo, del aborto, del colectivo lgbtiq+, yo tenía mis... tenía el prejuicio de que las personas mayores lo... su recepción iba a ser negativa, y, estuve, ahí me di cuenta de mi gran error. (MM04)

Mediante estos relatos, los participantes cuentan cómo el ejercicio práctico de la profesión y el conocimiento de las experiencias y realidades de las y los usuarios del sistema de salud resulta ser una fuente más de conocimiento.

3.2. Abordar la sexualidad en la consulta médica

Por otro lado, también fue relevante conocer mediante su experiencia si es frecuente que las personas mayores consulten sobre temas de sexualidad, esto con la finalidad de conocer qué tan familiarizados están con la atención en este ámbito.

En general lo que más nos toca ver es... pacientes masculinos que consultan más que nada cómo, eh... resolver problemas de disfunción eréctil... cómo mejorar un poco su rendimiento del punto de vista de la capacidad sexual... esa es la... diría yo la principal consulta, en el caso de las mujeres eh... es raro digamos que consulte, o sea... es... una minoría pero en general no, no consulta y las veces que consultan a veces es porque... cuando tienen, porque tienen molestias en relación al acto sexual más que nada por sequedad vaginal (GM01).

Mediante este relato podríamos ver que al menos en la experiencia de este participante, las consultas se centran principalmente en resolver dificultades físicas relacionadas con una sexualidad posiblemente más centrada en el coito.

Mientras que GM03 reflexiona sobre que muchas veces los pacientes no se sienten con la libertad de preguntar directamente.

la verdad que no es muy frecuente... tampoco es algo infrecuente, y yo diría que ha ido aumentando la libertad de las personas mayores para abordar el tema de la sexualidad en la consulta médica geriátrica, al menos en mi experiencia, tanto en la consulta privada

digamos, ambulatoria, como en el paciente mayor hospitalizado. Allí yo dividiría a los pacientes mayores también en dos consultantes, aquellos que van directamente a consultar sobre sexualidad. Algún aspecto en particular, que suele ser un aspecto relacionado con el coito, y otro grupo de pacientes que lo abordan pero en forma de rodeos, no lo hacen directamente, a veces es la pareja la que da algunas luces y es uno como médico quien debe empezar a preguntar y ahondar en el tema, y por otra parte hay un tercer grupo de pacientes que son abordados directamente por mí, porque me parece relevante en el caso de ellos por alguna situación en particular, cómo es su sexualidad y si se encuentran satisfechos con la vivencia de su sexualidad

Además de relatar que muchas veces la iniciativa de abordar la sexualidad es tomada por él, lo cual coincide también con el relato de GM04, quien además especifica que muchas veces para abordar estas temáticas se debe tener en cuenta que en algunos casos no se puede hablar libremente de sexualidad.

No, no es tan frecuente, te diría que es un poco infrecuente, generalmente uno tiene que abordar el tema, y para abordar el tema, igual hay que ser cauto porque tiene que ver con la privacidad, el momento, muchas veces los adultos mayores van acompañados de los hijos, entonces hay que buscar el mejor momento para hablar de sexualidad. También hay que recordar que los adultos mayores, vienen de otra época, probablemente ustedes van a ser adultos mayores donde se va a abordar el tema con una mayor facilidad, pero nuestros adultos mayores, vienen con otra, con otras vivencias en los cuales era un tema tabú.

La matrona MF01 relata que es mucho más sencillo abordar la temática cuando existe una mayor confianza con el usuario.

No... poco! (niega con la cabeza), es poco, al final uno termina indagando, ellas no consultan... uno llega por alguna razón al tema, pero no es como que lleguen a consultarme sobre ese tema, de por sí es muy raro que la paciente me pregunte... “sabe qué estoy sintiendo esto” o “me pasa esto” o “perdí la libido”, no, no es una preocupación... o a lo mejor es una preocupación para ellas pero no se atreven a preguntar tampoco, entonces al final uno porque las conoce... hace tiempo... ya sabe cómo son... de repente por tirarle la talla o algo sale el tema como más a cabalidad y uno puede orientar un poquito a las pacientes, hacer las derivaciones pertinentes pero... no, no es como que una paciente llegue preguntando precisamente por eso, no pasa.

Según MM03 el impedimento para consultar libremente sobre sexualidad se enraiza en el pudor de las personas mayores al relacionar la sexualidad en la vejez como algo negativo.

En realidad, con respecto de eso... hay mucho pudor. Hay mucho pudor por parte de la usuaria consultar, porque creen que ellas no pueden seguir teniendo relaciones, siempre está ese como... ese temor de la usuaria que si ella dice que está teniendo relaciones como que algo estuviera mal... como que ya no es normal que a esa edad tuvieran relaciones.

Se puede concluir que, al menos en la experiencia de los entrevistados, las personas mayores no se sienten en la libertad de consultar sobre sexualidad y de alguna u otra forma, existe una especie de autocensura. Sin embargo, muchos de los participantes consideran que es labor del profesional abordar el tema de una forma en la cual se sientan seguros de compartir sus vivencias.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se desarrolla a partir de los relatos ya revisados. El análisis se ordenará a partir de las citas presentadas y las dimensiones ya expuestas.

¿Cómo entienden la sexualidad en la vejez?

Antes de analizar los medios de socialización que guían a los profesionales de la salud, es necesario reflexionar sobre las respuestas de los participantes que estaban orientadas a conocer en lineamientos generales cómo relacionan la sexualidad y las personas mayores.

En general existe una valoración positiva sobre la sexualidad de las personas mayores, pues se reconoce como materia atinente a la salud. Además, su formación les ha otorgado un sólido conocimiento de la sexualidad desde una base biomédica; cambios fisiológicos, hormonales y físicos. Sin embargo, la ambigüedad en las respuestas a la hora de tratar la sexualidad fuera de lo biológico, podrían indicar que también existe una cierta dificultad para definir o identificar elementos culturales, sociales y psicológicos de la sexualidad. Esto puede darse principalmente por la formación académica, específicamente en los pregrados, pues en palabras de los mismos entrevistados, la formación académica no trata la sexualidad de forma integral.

Sin embargo, podemos notar una particularidad respecto a diferenciar o entender que, en primer lugar, no existe solo una forma de vivir la sexualidad y la importancia del rol médico para que la sexualidad de la persona mayores continúe siendo satisfactoria, sobre todo cuando las personas se centran en el coito, pues pueden existir ciertos cambios o condiciones que dificultan vivir una sexualidad plena, sin embargo, mediante una atención adecuada esto no tendría por qué presentarse como un impedimento.

Por otro lado, el que muchas veces las respuestas, sobre todo las de matronas y matrones fueran enfocadas a la sexualidad de las mujeres mayores, deja entrever que no hay familiaridad de la disciplina con la atención masculina. Incluso podríamos hablar de un grado de desconocimiento respecto a que la obstetricia también es un servicio dirigido a hombres.

De cierta forma se tiende a relacionar a las personas mayores como usuarios de la salud enfermos. Y si bien, con el paso de los años es más común sufrir algunas enfermedades o perder algunas funciones, a lo largo de las entrevistas son mencionadas enfermedades como, cánceres de mama, cánceres de ovario o problemas de lubricación vaginal. Cuando todas estas problemáticas bien pueden estar presentes en otras etapas de la vida de las mujeres. Además, el que dichas problemáticas correspondan a una dificultad para vivir una sexualidad plena, es precisamente porque como sociedad, se interioriza que una única forma de vivir la sexualidad, es necesariamente ligada al sexo, olvidando otras formas de desarrollo. Incluso si nos enfocamos en la sexualidad en términos coitales, nuestros entrevistados afirman que muchas veces los problemas de sequedad vaginal o cambios hormonales son controlables si se interviene correctamente.

Finalmente, cuando consultó a los entrevistados si según su criterio, las personas mayores sufrían discriminación en torno a su sexualidad, todos respondieron afirmativamente, destacando además, que muchas veces no es una discriminación voluntaria, sino más bien, invisibilización principalmente del sistema de salud, pues la mayoría de programas que se enfocan en una sexualidad saludable son enfocadas al sexo y control reproductivo en jóvenes. Que si bien, la educación sexual temprana, es totalmente necesaria, no podemos olvidar que muy probablemente quienes hoy son personas mayores, no la recibieron a tiempo, y no por eso podemos olvidar o asumir que ya es muy tarde para recibirla. Cabe señalar que, lo que los participantes relatan considera una falta de parte del Estado y sus políticas públicas, pasando a llevar los cuatro derechos sexuales y reproductivos considerados en el apartado de contextualización.

Formación académica: desde la objetividad hasta lo valórico

Los relatos de las y los profesionales que participaron de ésta investigación posibilitaron comprender que la formación profesional no es sólo un eje que desarrolle los contenidos de una carrera profesional, si no que tiene que ver con una formación profesional, personal y valórica, lo que significa que en el aprendizaje universitario se impregnan muchos más elementos que sólo conocimiento institucionalizado.

En la formación de pregrado, las y los participantes manifestaron no haber obtenido un aprendizaje completo en lo que respecta a sexualidad, quedando esta materia postergada al menos hasta los posgrados o cursos de especialización. Ésta idea da cuenta de la falta de integración de la ESI a los currículos en la educación superior, y esto empeora al hablar de ESI y personas mayores. El principal problema identificado en este punto es posible asociarlo a la mercantilización de la educación, que ha permitido la existencia de la falta de contenidos para poder suplirlos con posgrados, y en consecuencia, fomentando una competencia en la oferta de cursos y especializaciones (Verger, 2013). Es posible afirmar que esta dificultad sistémica afecta a ambas carreras más allá de las diferencias curriculares, lo que preocupa debido a que obstetricia es una carrera totalmente relacionada a la salud sexual, y a las que las personas mayores tienen mucho más acceso por ser parte de la atención primaria de la salud, y que como ya se ha mencionado, parte importante de la población mayor, se atiende en el sector público.

Por otra parte, la visión de las Universidades influye en el trato de los distintos contenidos que imparten las distintas carreras. Una Universidad pública laica, dista de las ideas de una privada y católica. Así lo dejó entrever GM01 cuando mencionaba que le parecía que su casa de estudios fue un elemento fundamental en el no trato de la temática. Esta premisa logra ilustrar que la visión permea a los contenidos de forma que se puede establecer que no existe una objetividad total en la enseñanza. Aquí no se pretende realizar

juicios de valor sobre si la objetividad es buena o mala, sino más bien dar a entender que en esa pretendida objetividad, existe una subjetividad guiadora de los conocimientos. Haraway según Cruz, Reyes y Cornejo (2012) menciona en su teoría del conocimiento situado, que no existe realmente una objetividad neutral, sino que las personas deben hacerse cargo de su subjetividad y apuntar a la objetividad rigurosa, del mismo modo debiese suceder en las y los docentes de las carreras ligadas a las ciencias biológicas, apuntando así a una enseñanza más transparente, que aclara intenciones en base a la libertad de cátedra.

Del mismo modo puede influir el hecho de que esa pretensión de objetividad florezca según lo que plantea Berger y Luckmann (1968), pues las ideas compartidas son validadas para fortalecer un imaginario colectivo, y este imaginario colectivo se expresa en la biologización de la sexualidad.

La experiencia laboral: factores que inciden en la atención.

El análisis en torno a cómo la experiencia laboral incide como se construye socialmente la sexualidad de las personas mayores, se centrará en comprender cuáles son los factores del entorno laboral y la relación con los pacientes, que juegan un rol importante en la socialización de los profesionales.

A través de las citas presentadas en el apartado referente a la experiencia laboral, podemos identificar que los mismos participantes reconocen que mediante el ejercicio práctico van aprendiendo y asimilando las realidades de la sexualidad de las personas mayores. Muchas veces, encontrando situaciones con las cuales su formación académica no los preparó. Esto precisamente, constituye un peligro de ser una socialización inadecuada según Berger y Luckman (1968). Y si bien, el aprendizaje por medio de la práctica es necesario e inevitable, una buena socialización mediante el aprendizaje académico de pregrado es indispensable para formar las bases de una buena atención. De lo contrario, la calidad de la atención queda fuera de las manos de los profesionales o al

servicio del autoaprendizaje o la búsqueda de conocimiento mediante especializaciones, diplomados, o postgrados. Pero se debe tener en cuenta que no todos los profesionales tienen las condiciones para realizar este tipo de actividades. Por otro lado, el ambiente en el que se desenvuelven los profesionales cobra vital relevancia. Sobre todo en un país con una división tan categórica de la salud pública y la salud privada.

Tal y cómo expresó la matrona MF01, el tiempo de atención en una consulta del servicio de salud primaria público, es de aproximadamente 15 minutos. Además debemos tener en cuenta que conseguir atención no es una tarea sencilla. Estos dos elementos son impedimentos para que el usuario de la salud reciba una atención adecuada, y muchas veces puede dificultar la labor de los profesionales de la salud, sobre todo al momento de tratar de introducir la sexualidad, teniendo en cuenta los tabús que se han construido sobre ellas. Y en base a las entrevistas realizadas, los participantes fueron explícitos en señalar que la falta de confianza genera que exista cierto pudor y censura a la hora de consultar sobre sexualidad. La importancia de crear un lazo que disminuya la relación tan asimétrica entre profesional y usuario radica en que mediante el diálogo se genere un aprendizaje y socialización positiva en términos donde el usuario adquiere el conocimiento técnico necesario para su atención, y el profesional adquiere el conocimiento mediante el relato, vivencias y necesidades de su paciente.

Políticas públicas y cómo influyen en la labor del profesional de la salud

Uno de los hallazgos encontrados en las entrevistas refiere a la temática de políticas públicas, planes y programas respecto de la salud en las personas mayores. Es importante señalar que en la actualidad los planes y programas existentes son enfocados a implementos, rehabilitación, urgencias, acercamiento a las familias, prevención, vacunas, alimentación, área dental, cánceres, demencia y atención domiciliaria (MINSAL, 2019). Para ilustrar esta situación, es prudente presentar la información bajo las palabras de MF03 y MF01 respectivamente:

(...) tenemos el programa que es control de climaterio, ya que la población que se instala entre los 45 y los 55 años... la menopausia es la última red dentro de esa población el programa pocas actividades, porque que se prioriza la mujer joven, el control de

embarazo, el ingreso a planificación familiar, los adolescentes... entonces te das cuenta que también, como te digo, que tenemos que priorizar porque son pocos los recursos.

Hoy día un paciente que quiere hablar de sexualidad tiene que ir a una consulta particular, pero el sistema no otorga mucho esa prestación, aunque salga en la, en las prestaciones de FONASA y todo eso, en realidad como que en la práctica no se lleva muy bien, como que queda en el limbo... (MF01)

Las y los entrevistados principalmente matrones y matronas, encuentran claras deficiencias respecto de las políticas para las personas mayores en torno a sexualidad, donde destacan la poca atención a la temática por priorizar a sectores jóvenes y en edad fértil -lo cual como mencionamos citando a MM03 anteriormente-, se traduce en una discriminación hacia el sector etéreo. Por otra parte, reconocen que la problemática existe debido a la priorización de recursos, y como la sexualidad no es un tema recurrente en las personas mayores, pues no se invierte en él. No menos importante es el hecho que identifican el problema de no trato de la temática como un problema del sistema de salud público, pues quienes pueden pagar las consultas privadas tienen mayor tiempo en la consulta y pueden tratar más temáticas que sólo las que les motivan a asistir.

Hallazgos: edadismo, infantilización y colectivo LGBTIQ+

Uno de los principales factores que no se tomó en cuenta y salió a la luz en ésta investigación, fue la relación de las y los participantes con sus padres, que son hoy personas mayores. Ello ilustra que logran empatizar con sus pacientes a través de la imagen de sus padres, lo cual tiene un lado positivo, como uno negativo. Lo positivo es que reafirma que efectivamente existe una preocupación por las personas mayores, pero lo negativo al mismo tiempo, es que dicha imagen se deja llevar por la relación personal que tienen con sus padres y madres, lo que puede llevar a la negligencia y al paternalismo. Para evitar ello es claro que se debe pensar en las y los sujetos atendidos como sujeto de derecho, pues como ya se ha mencionado, son elementos que garantizan el ejercicio de una vida sexual plena. Así también se evitaría el edadismo e infantilización que pueden sufrir las personas mayores respecto a su vida sexual.

Por otra parte, también surge de las y los entrevistados la preocupación por comprender a la diversidad sexual mayor, y darles un espacio de autodeterminación en las consultas, pues saben que ambas categorías les llevan a ser un grupo doblemente marginalizado y rechazado en esta sociedad. Manifiestan que otorgarles un lugar de reconocimiento, incluso sólo mencionando que existen, es lo mínimo que se puede hacer para que este grupo comience a ser parte activa de la sociedad y no se encuentre relegado a la vergüenza y desdicha, además de que desde la diversidad se estará construyendo realidad y tolerancia.

Conclusiones

Es complejo actuar en un escenario con baches, donde se espera mucho de la atención pero no existen las condiciones ni materiales ni de formación para poder encontrar una solución a la medida en poco tiempo. Las y los participantes que formaron parte de ésta investigación lograron dar cuenta que las falencias sistémicas, ya sea en la educación cuando hablamos de formación, o en el sistema de salud cuando hablamos de experiencia laboral, son cuestiones enraizadas difíciles de reparar, aún cuando existen las voluntades personales de hacerlo.

Gran parte de los participantes asumió no manejar un concepto integral de sexualidad, incluso reconocieron no saber mucho respecto de la temática, pero al mismo tiempo reconocieron la responsabilidad que tenían de conocer sobre sexualidad para poder contribuir de mejor manera a sus pacientes, pues reconocían en sí mismos un poder que hace que sus pacientes actúen conforme la opinión, comentario o juicio de valor que ellas y ellos emitan.

La sexualidad está construida socialmente como privada, lo cual daría respuesta a la falta de políticas públicas y la integración de la sexualidad de forma holística. Sin embargo, el hecho de que la sexualidad sea materia de salud, quiere decir que el estado debe velar por este bienestar mediante políticas públicas y programas que incluyan a toda la población,

sin sesgos edadistas. Por ende, la sexualidad debe dejar de ser vista como privada y personal para darle un enfoque a la público y colectivo.

La importancia de una mirada de la sexualidad que no incluya el coito, radica en el trato al paciente y no tanto en la búsqueda de información, pues, desde el punto de vista médico habitualmente las preguntas e información que los usuarios solicitan se centran en resolver problemas relacionados con el coito y no con problemas de vivenciar la sexualidad de forma holística. Sin embargo, el que los profesionales de la salud comprendan la sexualidad de forma que integre elementos como la identidad, nuestras orientaciones, gustos y formas de relacionarnos, logrará que rompamos con estigmas, tabús y mitos que se han desarrollado alrededor de la vivencia de la sexualidad en las personas mayores y por lo tanto, estemos un poco más cerca de garantizar a las personas mayores un trato justo, sin edadismo y una sexualidad saludable y guiada por profesionales.

Bibliografía

- Acevedo, J., & Bartolucci, C. (2019). *Sexualidad en el adulto mayor*. Santiago de Chile: Facultad de Medicina.
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Arenas, L., Duran, J., Dides, C., & Fernández, C. (2016). Salud sexual, salud reproductiva y derechos humanos en Chile. En C. Dides, & C. Fernández, *Educación Sexual* (págs. 15-37). Recoleta, Chile: Miles Chile.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1995). *Respuestas: Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Cáceres, C., Talavera, V., & Mazín, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 698-704.
- CASEN. (2017). *Adultos mayores síntesis de resultados*. Santiago de Chile: Ministerio desarrollo social.
- CASEN. (2017). *Salud síntesis de resultados*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social. Obtenido de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
- Cea, M. Á. (1996). *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Cerquera, A., Galvis, M., & Cala, M. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(2), 73-81. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788009>
- Colegio de matronas y matrones de Chile. (s/f). *Quiénes somos*. Obtenido de https://colegiodematronas.cl/?page_id=1113
- Cruz, M. A., Reyes, M. J., & Cornejo. (2012). Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador. *Cinta moebio*, 253-274.
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*, 1-13. Obtenido de https://www.academia.edu/7572064/_C%C3%B3mo_analizar_datos_cualitativos
- García-Giralda, L., & Casas, I. (2019). Disfunciones sexuales. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 34(3), 90-94.

- Gerópolis. (2015). *Somos*. Obtenido de <https://geropolis.uv.cl/nosotros/somos>
- Godoy, G. (2020). *Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan?* INE prensa. Obtenido de <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan>
- INE. (2018). *Síntesis de resultados Censo 2017*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas.
- INE (2019). ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN de CHILE 2002-2035 TOTALES REGIONALES, POBLACIÓN URBANA Y RURAL. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-2002-2035_base-2017_reg_%C3%A1rea_s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=aaeb88e7_5
- INE (2021). Características de la población. Disponible en: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/caracteristicas-de-la-poblacion>
- Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Enfermería*, 223-232.
- Maccarone, S., & Lombardo, E. (2008). Vejez y sus problemáticas. Las representaciones sociales acerca de la sexualidad. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (págs. 92-94). Buenos Aires: Facultad de Psicología.
- María, G., & Martínez, M. (2014). Desmitificando la vejez: heterosexualidad obligatoria y colectivos LGGBT. *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual*. La Plata: Facultad de Trabajo Social.
- MINSAL. (2019). *Oferta de salud para personas mayores*. Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_OFERTA-SALUD-PERSONAS-MAYORES.pdf
- Morán, J. M. (2013). Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial. *Revista Estudios Feministas*, 485-508.
- OMS. (1996). La gente y la salud, ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la salud*, 385-387.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, V. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1), 1-8. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100010

- PUC. (s/f). *Proyecto educativo*. Obtenido de <https://admisionyregistros.uc.cl/alumnos/programas-estudio/proyecto-educativo-2>
- Schiappacasse, V., Vidal, P., Casas, L., Dides, C., & Díaz, S. (2003). *Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Santiago de Chile: ICMER y CORSAPS.
- Sebastiani, A., & Guinn, M. (2014). *Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias*. Santiago: Oficina de educación regional de educación para América Latina y el Caribe OREAL/UNESCO.
- Silva, R. (1999). Epistemología y sociología contemporánea. *Revista de Sociología*, 21-74.
- Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. (s/f). *Historia*. Obtenido de <https://www.socgeriatria.cl/web/>
- Tajfel, H. (1981). *Differentiation between social groups: studies in social psychology*. Cambridge University Press.
- Torres, S., & Rodríguez, B. (2020). Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistémica de estudios cualitativos. *Rev. Esp. Salud pública*, 93.
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Editorial.
- Verger, A. (2013). Políticas de mercado, Estado y universidad: hacia una conceptualización y explicación del fenómeno de la mercantilización de la Educación Superior. *Revista de Educación*, 268-291.
- Villalobos, P., & Guzmán, R. (2021). Geriatras en Chile: historia, brechas y desafíos futuros. *Estudios Públicos*, 49-80.
- Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., Fabá, J., & Martínez, T. (2019). Expresión sexual y regulación de la sexualidad en residencias de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 12-18.