



Universidad de Valparaíso
Faculta de Medicina
Escuela de Enfermería y Obstetricia.
Carrera de Obstetricia y Puericultura.

Tesis para optar al Grado de
Licenciado/a en Obstetricia y
Puericultura

Tesistas: Paulina Carola Arancibia Pradenas
Alexis Esteban Astudillo Silva
Maria Constantina Cameron García
Claudia Stephanie Pinto Melo
Isabel Nataly Romero Zárate

Profesora Guía: Paulina López Orellana

2007

i

AGRADECIMIENTOS

Hoy unimos nuestros corazones para agradecer a cada una de las personas que nos brindaron el apoyo y ayuda necesarios para llevar a cabo esta gran tarea.

A nuestras amadas familias, quienes nos han acompañado no solo en este proceso, sino durante todas nuestras vidas de manera incondicional.

A don Patricio Rodríguez, presidente de la Unión Comunal de Adultos Mayores y a los funcionarios del Consultorio Plaza Justicia, en especial a las enfermeras, por su excelente acogida y colaboración durante todo el proceso.

A cada uno de los adultos mayores entrevistados, quienes nos entregaron su experiencia a través de sus fraternales testimonios de incalculable valor para nuestro aprendizaje.

A nuestra estimada profesora guía Paulina López, quien nos ha entregado sus conocimientos y sabiduría a lo largo de estos dos enriquecedores años de aprendizaje, demostrando una vez más su experticia en el área de la investigación.

Valparaíso, Chile 2007 iv

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Gráfico N° 1: Distribución de los adultos mayores estudiados según sexo.....63

Tabla II: Distribución del total de adultos mayores en estudio según sexo.....	126
Tabla I: Distribución de los A.M. en estudio por grupo étnico según sexo.....	64
Tabla II: Distribución de los A.M. en estudio por estado civil según sexo.....	64
Gráfico N° 2: Distribución de los AM en estudio por origen según estado civil.....	65
Tabla III Distribución de los adultos mayores en estudio por origen según estado civil.....	126
Tabla III: Distribución de los adultos mayores en estudio por el número de personas con quien vive según estado civil.....	66
Gráfico N° 3: Distribución de los adultos según el Grupo Socioeconómico.....	67
Tabla V: Distribución de los adultos mayores según grupo socioeconómico.....	127
Tabla N° IV: Distribución del total de adultos mayores según su nivel de escolaridad.....	67
Tabla N° V: Distribución del total de adultos mayores por escolaridad según grupo socioeconómico.....	68
Gráfico N° 4: Distribución del total de adultos mayores, según su religión.....	69
Tabla VII: Distribución del total de adultos mayores entrevistados, según su religión.....	128
Gráfico N° 5: Distribución de los adultos mayores del Consultorio Pza. Justicia, según Sexo.....	70
Tabla VIII: Distribución de los adultos mayores del Consultorio Plaza Justicia según Sexo.....	129
Gráfico N° 6: Distribución de los adultos según el grupo socio económico.....	72
Tabla X: Distribución de los adultos mayores pertenecientes al consultorio Plaza Justicia, según grupo Socioeconómico.....	130
Gráfico N° 7: Distribución de los adultos según el Grupo Socioeconómico.....	74
Tabla XIV: Distribución de los adultos mayores pertenecientes a la UCAM, según grupo socioeconómico.....	132
Tabla VI: Distribución de los adultos mayores según su nivel de escolaridad.....	75

Tabla VII: Distribución de los adultos mayores en estudio por actividad sexual con pareja según sexo y procedencia.....	76
Tabla VIII: Distribución de los adultos mayores entrevistados por actividad sexual sin pareja según sexo y procedencia.....	77
Tabla IX: Distribución de los adultos mayores en estudio por Actividad Sexual con Pareja según Estado Civil.....	78
Gráfico N° 8: Distribución de los adultos mayores estudiados por actividad sexual con pareja, según estado civil y religión.....	80
Tabla XVI: Distribución de los adultos mayores estudiados por actividad sexual con pareja, según estado civil y religión.....	134
Tabla X: Distribución de los adultos mayores por actividad sexual con pareja según grupo socioeconómico.....	81
Gráfico N° 9: Distribución de los adultos mayores entrevistados según factores fisiológicos por procedencia.....	83
Tabla XXII Distribución de los adultos mayores estudiados según factores fisiológicos por procedencia	138
Tabla XI: Distribución de los adultos mayores entrevistados por factores fisiológicos según escolaridad.....	84
Gráfico N° 10: Distribución de los Adultos Mayores de sexo masculino según factores Fisiológicos.....	85
Tabla XXIII Distribución de los adultos mayores estudiados de sexo masculino según factores Fisiológicos.....	139
Tabla XII: Distribución de los adultos mayores con disfunción eréctil y con sequedad vaginal, según la presencia de actividad sexual con pareja.....	86
Tabla XIII: Distribución de los adultos mayores entrevistados por actividad sexual con pareja según disminución del deseo sexual.....	86
Tabla XIV: Frecuencia de deseo sexual con frecuencia de actividad sexual.....	87

Tabla XV: Grupo etáreo según frecuencia de la actividad sexual, relación sexual con pareja en 6 meses.....	88
Tabla XVI: Actividad sexual con pareja según estado de salud.....	89
Tabla XVII: Actividad sexual sin pareja, según estado de salud, clasificados en Crónicos y No Crónicos.....	90
Tabla XVIII: Presencia de deseo sexual, según su estado de salud, clasificados en Crónicos y No Crónicos.....	90
Tabla XIX: Presencia de deseo sexual según tiempo de evolución de la enfermedad en años.....	91
Tabla XX: Patología Crónica según sexo.....	92
Tabla XXI: Patología Crónica según presencia de deseo sexual.....	93
Tabla XXII: Patologías crónicas según cambios fisiológicos.....	94
Gráfico N° 11: Distribución de los adultos mayores por uso de antihipertensivos, según presencia de deseo sexual.....	95
Tabla XXIV: Distribución de los adultos mayores estudiados por Uso de Antihipertensivos, según presencia de deseo sexual.....	139
Tabla XXIII: Distribución de los adultos mayores por factores fisiológicos según uso de diuréticos.....	96
Tabla XXIII: Importancia de la sexualidad según sexo.....	97
Tabla XXIV: Importancia de la sexualidad según origen.....	97
Tabla XXV: Medidas de resumen de la variable importancia de la Sexualidad.....	98
Tabla XXVI: Importancia de la sexualidad con estado civil.....	98
Tabla XXVII: Satisfacción sexual según tipo de actividad sexual.....	99
Tabla XXVIII: Grado de satisfacción experimentada, según actividad sexual sin pareja.....	100

Tabla XXIX: Motivo para tener actividad sexual.....	101
Tabla XXX: Motivo para tener actividad sexual: Cumplir con la pareja según sexo.....	101
Tabla XXXI: Motivo para no tener actividad sexual.....	102
Tabla XXXII: Demanda del adulto mayor según sexo en el servicio de salud respecto a su sexualidad y afectividad.....	102
Tabla XXXIII: Demanda del adulto mayor en el servicio de salud respecto a su sexualidad y afectividad según procedencia.....	103
Gráfico 12: Clasificación del motivo de consulta del adulto mayor.....	103
Tabla XXIX: Clasificación del motivo de consulta del adulto mayor.....	141
Tabla XXXIV: Profesional a consultar por salud sexual y afectiva, según sexo.....	104
Tabla XXXV.- Frecuencia de la consulta en salud sexual y/o afectiva según sexo.....	104
Gráfico 13: Profesional Consultado en el área afectiva y sexual en los últimos 6 meses.....	105
Tabla XXX: Miembro del equipo de salud consultado según sexo del adulto mayor.....	142
Tabla XXXVI: Grado de satisfacción del adulto mayor posterior a la consulta sexual y/o afectiva.....	105
Tabla XXXVII: Uso del preservativo según sexo del adulto mayor.....	106
Tabla XXXVIII: Relación con el contacto sexual según el uso del preservativo.....	106
Tabla XXXIX.- Preferencia de los adultos mayores, en cuanto al sexo del monitor en salud sexual y afectiva en el consultorio Plaza Justicia.....	107
Tabla XL: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto al sexo del monitor en salud sexual y afectiva en la Unión Comunal del Adulto Mayor.....	108
Tabla XLI: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto al sexo del monitor en salud sexual y afectiva en el consultorio y la UCAM.....	108

Gráfico 14.- Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a la edad del monitor en salud sexual y afectiva.....	109
Tabla XXXII: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a la edad del monitor en salud sexual y afectiva.....	142
Tabla XLII: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a la formación del monitor en salud sexual y afectiva.....	110
Tabla XLIII: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a las características personales del monitor en salud sexual y reproductiva.....	111

INDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES	2.
Resumen	3

Abstract	4
Palabras claves	5
Introducción	6
Fundamentación	7
Delimitación del problema.	9
Definición de términos	10
Glosario	11
Abreviaturas.....	13
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	14
Marco teórico	15
CAPITULO III: OBJETIVOS Y VARIABLES	46
Objetivos Generales.	47
Objetivos Específicos.	47
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	60
Metodología	61
Tipo de investigación.	61
Diseño.	61
Universo.	61
Muestra.	61
Unidad de análisis.	62
Procedimiento de selección de las unidades de observación y de análisis (modalidad y criterios de inclusión y exclusión.)	62
Criterios de inclusión:	63
Criterios de exclusión:	63
Procedimientos técnicas e instrumentos de recolección de la información:	63
Problemas esperados y limitaciones del estudio.	64
Consideraciones éticas.	65
Recursos para el análisis.	65
Plan de análisis de los resultados.	65
CAPITULO V: PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS	66
Análisis de los datos	67
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	118
Conclusiones	119
Sugerencias	122

CAPITULO VII: BIBLIOGRAFÍA	124
Referencias bibliograficas.	125
CAPITULO VIII: ANEXOS	130
Anexos	131
Instrumentos	148
Entrevista.	149
Cuestionario.	153
Consentimiento informado	155

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

*“Afectividad y sexualidad
a partir de los 65 años”*

Tesis para optar al Grado de
Licenciado/a en Obstetricia y
Puericultura

Tesistas: Paulina Carola Arancibia Pradenas
Alexis Esteban Astudillo Silva
Maria Constantina Cameron García
Claudia Stephanie Pinto Melo
Isabel Nataly Romero Zárate

Profesora Guía: Paulina López Orellana

2007

INDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
PALABRAS CLAVES	5
INTRODUCCIÓN	6
FUNDAMENTACIÓN	7
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.	9
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	10
Glosario	11
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	14
MARCO TEÓRICO	15
CAPITULO III: OBJETIVOS Y	46
OBJETIVOS.	47
<u>OBJETIVOS GENERALES.</u>	47
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</u>	48
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	60
METODOLOGÍA	61
<u>Tipo de investigación.</u>	61
<u>Diseño.</u>	61
<u>Universo.</u>	61
<u>Muestra.</u>	61
<u>Unidad de análisis.</u>	62
<u>Procedimiento de selección de las unidades de observación y de análisis (modalidad y</u>	
<u> criterios de inclusión y exclusión.)</u>	62
<u>Criterios de inclusión:</u>	63
<u>Criterios de exclusión:</u>	63
<u>Procedimientos técnicos e instrumentos de recolección de la información:</u>	63
<u>Problemas esperados y limitaciones del estudio.</u>	64
<u>Consideraciones éticas.</u>	65
<u>Recursos para el análisis.</u>	65
<u>Plan de análisis de los resultados.</u>	65
CAPITULO V: PRESENTACIÓN	66
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS	67
<u>ANALISIS DE LOS DATOS</u>	67
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	118
CONCLUSIONES	119
SUGERENCIAS	119
CAPITULO VII: BIBLIOGRAFÍA	124
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	125
CAPITULO VIII: ANEXOS	130
ANEXOS	131
INSTRUMENTOS	148
<u>ENTREVISTA.</u>	149
<u>CUESTIONARIO.</u>	153
<u>Consentimiento informado</u>	155

CAPITULO I: GENERALIDADES

RESUMEN

El presente estudio muestra la visión personal de los mayores de 65 años sobre el ejercicio de su sexualidad, con el objeto de obtener un perfil afectivo y sexual del adulto mayor en la comuna de Valparaíso, logrando la identificación de las necesidades sentidas en este ámbito, con el propósito de diseñar las bases para el desarrollo de un trabajo profesional integral.

Se realizó una investigación de tipo mixta con diseño descriptivo transversal, en una muestra de 300 adultos mayores divididos en dos grupos de igual talla, provenientes del Consultorio Plaza Justicia (PJ) y de la unión Comunal de Adultos Mayores (UCAM). Se efectuó el análisis sobre el total de la muestra, por cada grupo y entre ambos grupos.

Dentro de los aspectos con mayor relevancia en el ámbito sexual y afectivo se encontró que un tercio de la población estudiada tiene algún tipo de actividad sexual con pareja, de éstos, la mayor parte son hombres. La mayoría de las personas con actividad sexual, pertenecen a la UCAM.

Se observó que factores como religión, patologías crónicas, uso de fármacos y otros tratamientos, entre otros, no tienen una evidente influencia en el ejercicio de la sexualidad, pero si influyen condiciones relacionadas con aspectos sociales y/o demográficos, como el estado civil, tener o no pareja y la presencia de deseo sexual. Destaca el impacto que tiene el nivel educacional y socioeconómico en la evolución de la sexualidad plena, puesto que se observa que a mayores recursos sociales y económicos las prácticas sexuales se ven enriquecidas.

En base a las respuestas abiertas de los entrevistados se creó un perfil para monitores especializados en el área afectiva y sexual en el adulto mayor, además se proponen las bases de un trabajo interdisciplinario y comunitario para la promoción de la salud sexual y afectiva.

ABSTRACT

The present study shows the personal vision of the greater ones of 65 years on the exercise of their sexuality, in order to obtain a profile of emotional and sexual elder in the commune of Valparaiso, making the identification of needs felt in this area, for the purpose of designing the foundations for the development of a comprehensive professional work.

A study joint design descriptive cross-examined to 300 seniors divided into two equal groups, from the Consultorio Plaza Justicia (PJ) and the Union of Communal seniors (UCAM). We conducted an analysis of the total sample of each group separately and comparative analysis between groups.

Among the most important aspects in sexual and emotional it was found that one third of the population has some type of sexual activity with partners, of whom most are men. Most people with sexual activity, belong to the UCAM.

It was noted that factors such as religion, chronic diseases, drugs and other therapies, among others, do not have an obvious influence on the exercise of sexuality. Therefore, are other conditions that influence, related mostly to social issues and / or demographic, rather than biological, as marital status, or have no partner, and the presence of sexual desire. Emphasizes the impact the educational level and socio-economic developments of sexuality fully, as it notes that higher socioeconomic group sex practices are enriched.

Based on the responses of those interviewed open created a profile for specialized monitors in the area emotional and sexual in the elderly, also proposes the foundation of interdisciplinary work and community for the promotion of sexual and emotional health.

Keywords: elderly, affection, sexuality, felt need.

PALABRAS CLAVES

- Adulto Mayor
- Afectividad.
- Sexualidad.
- Necesidades

INTRODUCCIÓN

Con motivo del aumento de la población adulta mayor en nuestro país, se hace necesario anticiparse a los cambios demográficos y sociales, de manera que éstos no se transformen en un problema en el futuro. Por esto, resulta conveniente obtener un mayor conocimiento de este grupo etáreo en el área afectiva y sexual, tanto sus características como sus necesidades, porque permite proponer acciones y estrategias de intervención en este grupo, derivadas de la información que entregará este estudio. De esta forma se pretende poner a disposición de los profesionales de las distintas áreas de la salud, tales como: médicos, matronas, enfermeras, psicólogos, una visión de la sexualidad y afectividad construida desde los testimonios de los propios adultos mayores residentes en la comuna de Valparaíso, entregando datos a cerca de sus propias vidas en el plano afectivo y sexual.

Dada la limitada cantidad de investigaciones existentes al respecto, en la comuna de Valparaíso y en nuestro país, este estudio pretende ser un aporte a las diversas profesiones, ya que contribuye a enriquecer el enfoque profesional de atención integral a esta población.

En lo que compete a la matrona y matró, su rol está basado en la interacción con la mujer a través de su ciclo vital, en torno a procesos que se relacionan directamente con la vida sexual y afectiva de ella misma, su pareja o sus hijos. La mujer adulta mayor es destinataria del programa de salud de la mujer y para otorgarle una atención integral se hace necesario un conocimiento adaptado a la realidad nacional y local de este grupo etáreo integrando al hombre como pareja y compañero. Este estudio además aspira a apoyar el rol de este profesional en programas de trabajo comunitario e interdisciplinario, dado que accede a la confianza y a los espacios de intimidad con la población femenina de todas las edades, a través de los controles periódicos de la salud de la mujer.

FUNDAMENTACIÓN

El ser humano aspira a vivir con bienestar a lo largo de todas las etapas evolutivas. Sin embargo existe en el medio social la convicción de que la vejez es una difícil etapa de la vida, muchas veces asociada a la declinación y/o supresión de variadas funciones incluyendo la sexualidad.

El tema de la afectividad y sexualidad es rara vez abordado a nivel de las prácticas de los diferentes profesionales y a nivel de la literatura e investigación este aspecto no es suficientemente desarrollado, tampoco se cuenta en el área de la salud, con programas que definan estrategias eficaces para actuar y entregar una adecuada atención a los adultos mayores en este ámbito de sus vidas.

En Chile, la población de adultos mayores aumenta progresiva y significativamente, y es la región de Valparaíso la que ocupa el primer lugar dentro de las regiones del país con el mayor porcentaje de personas mayores de 60 años, según antecedentes estadísticos basados en el 17° censo de población y 6° de vivienda, realizado en Abril del 2002 por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en todo el territorio nacional. Según estos datos en la región de Valparaíso existe un total de 206.872 adultos mayores equivalente al 13,43% de la población total de la región, de los cuales 89.200 corresponden a hombres y 117.672 a mujeres.

Por lo tanto, si la aumenta la población adulta mayor, la demanda de atención en salud de este grupo etáreo también aumentará y los proveedores de servicios de salud deben estar preparados para responder a ella. Si los adultos mayores ejercen su derecho a tener una vida sexual plena y placentera, la sociedad entera se verá beneficiada mejorando la calidad de vida en la vejez.

El que los profesionales del área de la salud sean capaces de entregar una atención integral a los adultos mayores respecto al área afectiva y sexual, contribuirá a mejorar la calidad de la atención mediante un mayor compromiso y confianza con el usuario. Además permitirá abordar temas no tratados en el actual Programa de Salud de la Mujer, ni en el Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud, de los cuales, el primero no contempla actividades destinadas a la satisfacción de estas necesidades en las mujeres mayores de 65 años y tampoco contempla la participación del hombre de la misma edad, limitando el interés y a la vez, validando

la falta de interés en la vida afectiva y sexual a la época reproductiva de la pareja, y el segundo tiene como objetivo principal mantener o recuperar la autonomía de los adultos mayores, considerando la alta prevalencia de enfermedades crónicas o de secuelas invalidantes en este grupo etáreo, lo cual demuestra el enfoque biomédico que tiene el programa, preocupándose solamente de resolver y rehabilitar los problemas de orden biológicos de las personas y dejando de lado su área psicoafectiva.

Dado el contexto socio-cultural, donde el sexo es un tabú y en muchos sectores de la población, el placer se vive con culpa, con miedo y pudor, este no es un tema abordado por el adulto mayor de forma espontánea.

Por todo lo antes expuesto el estudio se considera factible de realizar, obteniendo de esta manera resultados que pueden ser extrapolados a los adultos mayores de la región y que servirán al equipo de salud, en especial a los matrones/as para saber cómo manejar de manera más óptima la oportunidad de una relación de confianza con la mujer, contribuyendo al mejoramiento de su salud sexual y afectiva, y con ello al bienestar individual, de su pareja y su familia.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

“Necesidades en sexualidad y afectividad y promoción de la salud integral del adulto mayor de 65 años y más de la comuna de Valparaíso, año 2006 - 2007.”

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Adulto mayor:** Toda persona de 65 años y más.
- **Afectividad:** La afectividad es una función psíquica, de carácter subjetiva, que hace referencia a la necesidad que tienen los seres humanos de establecer vínculos con otras personas. Además se encuentra dentro de los factores emocionales que influyen en el concepto de salud formulado por la OMS.
- **Sexualidad:** Es un proceso de interacción y expresión de comportamientos, en torno a la cual se organiza toda una forma de racionalidad, dada la condición sexuada como varones y mujeres en contextos sociohistóricos y culturales específicos.
- **Necesidad:** son elementos que son necesarios para la supervivencia y la salud del ser humano. Se pueden jerarquizar según Maslow en fisiológicas (oxígeno, nutrición, evacuación, temperatura corporal, etc.), seguridad (física y psicológica), necesidades de amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.
- **Necesidad Sentida:** son las necesidades que el propio individuo identifica como tal.

GLOSARIO

- **Deseo sexual:** es la sensación que incluye el deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptivo a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener actividad sexual.
- **Actividad sexual:** cualquier práctica que otorgue satisfacción en el ámbito sexual como caricias, juegos sexuales, masturbación, relación sexual, ya sea con pareja o sin pareja.
- **Sequedad vaginal:** es la consecuencia de una disminución en la cantidad de fluidos producidos en la vagina.
- **Atrofia genital:** involución fisiológica de los órganos genitales.
- **Dispareunia:** es el dolor genital persistente o recurrente asociado al coito.
- **Disfunción eréctil:** inhabilidad consistente para alcanzar y mantener una erección del pene satisfactoria para el coito.
- **Monitor en salud sexual y afectiva:** Profesional que se dedica a resolver interrogantes en esta área, guiando de esta manera el aprendizaje y/o reforzándolo. Dentro de sus acciones se encuentran prácticas de prevención, promoción y protección de la salud sexual y reproductiva de los adultos mayores.
- **Caricias íntimas:** es toda aquella expresión corporal, manifestada a través de los besos o por cualquier otro tipo de contacto físico que toca áreas del cuerpo consideradas íntimas: las mamas, los glúteos, la pelvis, el clítoris y la vulva, en la mujer; la pelvis, los testículos y el pene en el hombre.
- **Relación sexual:** Se define como un conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que realizan dos personas, entre las cuales está presente la penetración y podría estar acompañada de las caricias íntimas o los juegos eróticos.

- **Juegos eróticos:** Práctica sexual que persigue la estimulación sexual sin coito.
- **Líbido:** Deseo sexual.

ABREVIATURAS

AINES: Antiinflamatorios no esteroidales

AM : Adulto Mayor

CA : Casado/a

CEP : Centros de Estudios Públicos

CIOMS : Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencia Médica

CONCT : Concreto

DM : Diabetes Mellitus

EBOC : Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica

EFAM : Examen Funcional del Adulto Mayor.

FONASA : Fondo Nacional de Salud

GSE : Grupo Socio-Económico

HTA : Hipertensión Arterial

INE : Instituto Nacional de Estadísticas

ISAP : Isapre

MAD : Madera

MINSAL : Ministerio de Salud

MIX : Mixta

N/S : No sabe

O : Otro

OMS : Organización Mundial de la Salud

PJ : Plaza Justicia

SENAMA : Servicio Nacional del Adulto Mayor

SE : Separado/a

SIDA : Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido

SNC : Sistema Nervioso Central

SO : Soltero/a

S/P : Sin Previsión

UCAM : Unión Comunal de Adulto Mayor

VI : Viudo/a

VIH : Virus de Inmunodeficiencia Humana

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Desde la prehistoria la sexualidad ha estado presente en el ser humano, evolucionando junto a él. En aquellos tiempos, debido al estilo de vida inseguro y nómada que llevaban los primeros hombres y mujeres, no existía una preocupación por la sexualidad como la hay en la actualidad, y ésta se limitaba a una simple satisfacción del impulso reproductivo. Sin embargo al volverse sedentarios, estableciéndose por períodos prolongados en territorios fijos, hombres y mujeres conocieron el “placer” de reproducirse.

Es así como la humanidad identifica a la mujer (da vida) con la tierra (da frutos), surgiendo el culto a la sexualidad femenina que sólo relegarían, las religiones judaica, cristiana e islámica.

Posteriormente, en la cultura grecolatina, el acto sexual llegó a ser una manifestación religiosa, dedicando a Dionisio o Baco - divinidad masculina de la sexualidad - orgías que fueron al principio verdaderos rituales del amor, pero que con el tiempo perdieron su base religiosa. En este período se consolidó también la exaltación del potencial sexual masculino, a través de las imágenes divinas como Zeus y especialmente Apolo.

Esta cultura conocía la importancia de desarrollar una sexualidad plena, por lo que otorgaba una educación sexual orientada al conocimiento de las funciones sexuales, enfatizando el erotismo y permitiendo conductas que otras culturas condenarían y perseguirían, como por ejemplo conductas homosexuales que no constituían un menoscabo de la virilidad, pero que al introducirse la moral imperturbable del Imperio Romano, fueron condenadas por varios pensadores y gobernantes.

La sociedad oriental también buscaba el conocimiento y el desarrollo de las funciones sexuales, lo demuestran numerosos libros sagrados de la India como el Kamasutra, que enseñan las maneras de convertir el goce de la sexualidad en una experiencia casi mística. Sin embargo, las conveniencias políticas y el pensamiento en extremo patriarcal permitían costumbres crueles y represivas contra las mujeres y las clases más humildes. Un ejemplo de esto es el “suti”, costumbre por la cual la viuda de un hombre debe ser quemada viva en la pira funeraria de su esposo.

Afortunadamente, esta costumbre fue erradicada por los cambios sociales que ese país experimentó en los últimos años.

Otra prueba de represión contra la mujer se manifiesta en los velos y pesados ropajes que están obligadas a llevar aquellas mujeres que habitan en países donde tienen como religión oficial el Islamismo; y en la limitación de la sexualidad a la procreación que impone la religión Judía, que llegó a considerar a la mujer como un simple objeto sexual destinado a la procreación y crianza de los hijos.

El cristianismo cambió esta visión, pero al pasar a ser religión oficial del Imperio Romano, se convirtió en una fuerza política y represiva que designó la sexualidad como algo impuro¹. Esto se puede ver reflejado en la imagen de un Dios Padre que no tiene pareja sexual ni amorosa y tampoco deja manifestarse a ninguna diosa frente a él; con un Hijo, como dios y como hombre, que tampoco tiene pareja; y María - la madre de Jesús - presentada por la teología católica como eternamente virgen.

Es este modelo cristiano "antisexo" que se origina en Europa el que llega a América y por ende a Chile, y que se impuso a través de la Conquista y la evangelización a los pueblos originarios de América, no respetando sus prácticas sexuales ni su visión espiritual, considerándolas "demoníacas y antinaturales".

Las sociedades precolombinas consideraban a la sexualidad como una experiencia vinculada a la espiritualidad, como algo sagrado que favorecía el desarrollo de la comunidad en contacto con lo divino, con dioses que practican un amor sexual. Se encuentran ejemplos en Alom y Qaholom, la Mujer y el Varón de la pareja primordial maya, la inca Inti y Mamaquilla, la azteca Tonacatecutli y Tonacacuatli, deidades que practican el amor sexual en forma activa y no subordinada a lo masculino, proyectando una imagen de igualdad de género; relatos y símbolos que seguramente tenían un impacto educativo dentro de la comunidad. En contraste, el relato de origen cristiano del pecado de Eva y Adán y la condena que sufren, ha servido para presentar a la sexualidad como algo "sucio" que tiñe toda la vida.²

¹.- Breve Historia de la Sexualidad. Nuria Sorli, Revista de Sexología, Antropología, noviembre del 2002 disponible en http://www.identidades.org/revista/historia_sexualidad.htm.

² La sexofobia judeocristiana versus sexualidades espiritualizadas de otras culturas. Sexualidad precolombina: fuerza sagrada dignificadora de las capacidades humanas y no necesariamente reproductivas. Analía Bernardo. Periodista y docente, investiga tradiciones femeninas ancestrales. México, Enero 2005. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2005/ene05/050103/informacion/ifr_reportajes.htm

En Chile, la cultura mapuche designa al acto sexual como kurrete que significa “acción circular y recíproca que se hace con la kure, es decir, con la “esposa”, palabra que se traduce etimológicamente como “la que torna pura la energía de la vida”, la que “purifica o ennoblece la fecundidad”.

En el pensamiento indígena, "el sexo es una fuerza poderosa, creadora y envolvente de todas las facultades humanas, y no una voluntad divina que prescriba determinada moralidad en la conducta. Y como fuerza que es, lo que decide su “bondad” o su “moral” es la dirección hacia donde se la empuja. Lo que cuenta es qué propósito se escoge para someter bajo él ese cúmulo de energía disponible. Por lo tanto, todo se resuelve en un asunto de sabiduría: Sabiduría para elegir una meta y sabiduría para guiar hábilmente –con mano diestra- las riendas del “caballo del deseo”. ”³

De esta manera, se podría decir de la sexualidad que es una energía vital, originaria y originante de la vida que se expresa a través del actuar de la humanidad.

Entendiendo la sexualidad desde una perspectiva antropológica, ésta no es sólo un hecho natural determinado biológicamente; es un proceso de interacción y expresión de comportamientos, dada la condición sexuada como varones y mujeres en contextos sociohistóricos y culturales específicos.

Tomando como referencia a Foucault, Vázquez y Mengíbar (1997) afirman, “La sexualidad no es por tanto un fundamento sino más bien un precario objeto de época, un acontecimiento más o menos arbitrario y fortuito, una rareza histórica en torno a la cual se organizaron saberes, instituciones, tipos de sujeto, toda una forma de racionalidad.”⁴

“La sexualidad se vive por tanto desde la interacción de un conjunto de procesos biológicos y psicosociales, como experiencias de vida y formas de relación, todo esto a partir de las diferencias biológicas, por lo tanto, es una experiencia de vida más allá de lo coital, genital y reproductivo; porque la sexualidad, no es sólo lo

³ Aproximación al amor y la sexualidad en la cultura mapuche. Ziley Mora Perez . Académico, escritor e investigador de la cultura Mapuche. Disponible en: http://www.dibam.cl/patrimonio_cultural/patrimonio_zonas/art_mapuche.htm

⁴ Cabral B., “sexualidad y género en subversión antropológica”, Boletín antropológico n° 48, enero-abril 200. Disponible en : http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/boletinantropologico/num48/blanca_cabral.pdf

que hacemos, es lo que sentimos y pensamos, es lo que somos como personas en una determinada sociocultura.”(4)

Siguiendo con esta línea de pensamiento, se puede entender la sexualidad desde un enfoque multidimensional y complejo, que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales como la identidad de género, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías, que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado.

No se pretende negar los límites planteados por la biología o los procesos mentales, pero las capacidades del cuerpo y la psique adquieren significado sólo en las relaciones sociales.⁵

Como plantea Weeks (1993) “la sexualidad no viene dada naturalmente, es un proceso contingente que se moldea a través de relaciones de poder de gran complejidad histórico social. No existe una forma de sexualidad natural biológicamente dada, a partir de la cual se expliquen conductas “normales”, preferencias sexuales, patologías o “desviaciones”. Hay un abanico de posibilidades sexuales, diferencias y singularidades que dan lugar a diferentes prácticas, comportamientos, orientaciones, opciones e identidades sexuales; lo que sugiere, que la sexualidad es cuestión de relaciones personales y culturales”.

Mirando la sexualidad desde este punto de vista, se entiende la diferencia con la genitalidad; en ésta se habla del proceso y aparato reproductivo, de las características hormonales; es decir, de la anatomía y de la fisiología. En la sexualidad, en cambio, se va mucho más allá, se habla también de genitalidad, pero al mismo tiempo, de un conjunto de características no tangibles, no biológicas. Por lo que queda involucrado el ser humano de una manera integral.

Analizándolo de esta manera se hace imposible reducir la sexualidad a pura procreación, si fuera así, estaría más en relación con el mundo animal que con el humano. El concepto de sexualidad es subjetivo, significando diferentes cosas para diferentes personas y así mismo está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

⁵ Rodríguez P. “Amor, afecto y sexualidad.”, **CURSO OPTATIVO DE FORMACION GENERAL "SEXUALIDAD, FERTILIDAD Y PROCREACION"**. Disponible en : http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/MEB173/Meb173_11.html

En nuestra cultura uno de los factores que influyen sobre la sexualidad humana es la edad, entendiéndose como edad al paso del tiempo en el ser humano, que determina el camino al envejecimiento.

A su vez, el envejecimiento se entiende como: “cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo”⁶, y se caracteriza por ser un proceso universal porque afecta a todos los seres vivos; progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital de forma inevitable; asincrónico porque la velocidad en que envejecen los diferentes órganos es distinta; e individual puesto que este proceso depende de factores genéticos, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo.

Desde el punto de vista social, este concepto adquiere diferentes matices. Thomae postula que “la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida”⁷. Por lo tanto, el pertenecer a la tercera edad o ser considerado adulto mayor no es sólo una condición física provocada por el envejecimiento, sino también una condición otorgada por la sociedad, la cual le brinda las características y la forma en como debe ser vivida. Esto se puede ver reflejado en el área laboral, en donde, quien ha cumplido 60 años en el caso de la mujer y 65 en el caso de los hombres, deja de ser productivo, obligándolo a jubilar; de tal manera la persona generalmente pasa a ser “carga” de su familia y la sociedad, lo cual le da una connotación negativa a esta etapa de la vida.

Esto concuerda con el enfoque dado por Chawla (1988), quien sostiene que los adultos mayores “no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos”⁷. Así es como se crea la imagen de un adulto mayor tierno, cuidador y consentidor de sus nietos, dado a la familia, alejado de la vida social y más aun de la sexualidad.

Pero, ¿Quién es adulto mayor?; según la ley 19.828 que creó al Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se define como “toda persona que ha

⁶ Biblioteca virtual en salud. Descriptores en ciencias de la salud Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

⁷ Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., Klassen, G. “Funcionamiento Social del Adulto Mayor”. Revista Ciencia y Enfermería. Diciembre 2006; 12 (2): 53-62.

cumplido los 60 años”.⁸ No obstante, el Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud, está dirigido a toda persona de 65 años y más.

Puesto que, el 50% de la muestra de esta investigación se obtuvo directamente de un Centro de atención Primaria de Salud, y que gran parte de la referencia bibliográfica utilizada considera los 65 años como inicio de la tercera edad, para efectos de este estudio, serán considerados adultos mayores todas las personas de 65 años y más, sin importar su sexo.

En nuestro país el proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población está generando indudablemente un impacto considerable en la sociedad, puesto que, en base a los censos de los años 1992 y 2002 se ha observado que del total de la población, un millón y medio son adultos mayores, por lo tanto, un 11.4% de la población tiene 60 años y más.

Por lo demás, los adultos mayores crecieron 7,5 veces en el siglo XX y se estima que se duplicarán en 21 años más. Esto está ligado a la baja sostenida de la mortalidad y al aumento de la longevidad.⁹

En Chile, actualmente la esperanza de vida al nacer es de 74,4 años para los hombres y 80,4 años para la mujer¹⁰, y se espera que en el año 2010 los adultos mayores sean equivalentes en número a la mitad de los menores de 15 años. Según estimaciones basadas en los censos del siglo XX, en el bicentenario habría en Chile 50 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años, y en el año 2034 ambos grupos se igualarían.

En la comuna de Valparaíso el total de adultos mayores es 38.481 lo que equivale al 13,94% de la población total de la comuna, este número se obtiene

⁸Pereira, M. “¿Cuáles son los problemas del Adulto Mayor hoy? Ideas para legislar” Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile. Santiago, enero de 2006. Disponible en: <http://sdi.bcn.cl/isp/udere/senama/Politica%20y%20situacion%20de%20los%20AMs.ppt#330,3>, Servicio: Objetivos y funciones

⁹ Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Estadísticas de la 3ª edad 9 de diciembre 2004. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2004/files/adultyomayordiciembre04.pdf

¹⁰ Censo 2002 www.ine.cl/cd2002/sinteciscensal.pdf

adicionando la cantidad de 15.506 hombres y 22.975 mujeres, ocupando el 3° lugar dentro de las 20 comunas con mayor población total de adultos mayores, perteneciente a la región de Valparaíso, liderando la lista nacional, la comuna de Viña del Mar.

Como consecuencia de esta transición demográfica, aumentará la demanda de servicios que requerirá esta población en los próximos años⁹ en todos los ámbitos de la vida, siendo uno de estos la salud sexual.

En 1975 la Organización Mundial de la Salud definió la Salud Sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Presenta decisiva importancia desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y el derecho al placer”.¹¹

La sexualidad en la vejez es un tema que ha sido poco estudiado, Maslow define Salud Sexual Geriátrica como “la expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito”. Basada en esta definición la geriatra Dra. Herrera menciona que: “en la vejez el concepto de sexualidad se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad de ésta. Este concepto se debe entender en forma amplia, integrando en él, el papel que juega la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades, intereses, etc”.¹²

En este estudio se considerará la definición de salud sexual geriátrica desarrollada por Maslow, la cual apunta a una sexualidad a través de la expresión de emociones, reconociendo a los adultos mayores como seres con pleno derecho a la vivencia de su sexualidad, no asociándolo a fines reproductivos ni al coito, sino más bien está abordada desde una mirada psicoafectiva, orientando al sujeto a la vivencia de una sexualidad plena.

¹¹ IV Curso de Gerontogeriatría Dr. Juan Jesús García Orduña, geriatra y Gerontólogo. Guanajato 22 de junio 2005. Disponible en: www.dif.gob.mx/adultosmayores/media/cursos.pdf

¹² Herrera, A. “Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68 (2): 150-162

La afectividad se puede definir como una función psíquica que designa al conjunto de experiencias subjetivas que acompaña a toda representación mental produciendo una activación del sujeto.

La afectividad es de carácter subjetiva; ya que no es directamente observable, pero si sus derivados, como la risa, el llanto, entre otros. Es trascendente, debido a que influye en otros aspectos de la personalidad, y es influida también por ellos. Es comunicativa, puesto que, es en sí una forma de comunicación con el medio y es bipolar, porque existen distintos polos que dirigen los afectos.¹³

En otras palabras la afectividad hace referencia a la necesidad que tienen los seres humanos de establecer vínculos con otras personas, que ayuda en la supervivencia y proporciona estabilidad emocional y seguridad.

Según la OMS, los factores que influyen en la salud son los físicos, sociales y emocionales. La afectividad se enmarca dentro de estos últimos, entre los cuales se pueden encontrar, la familia, la amistad, el reconocimiento social, la autoestima, el no sentirse excluido y la vida sexual.

Aspectos como los mencionados anteriormente, se encuentran inmersos en el concepto de necesidad sentida, el cual hace referencia a la necesidad, que expresan los adultos mayores de manera explícita o no, de proximidad, de contacto y de ser valorado como hombre o como mujer, sin importar cuales sean las capacidades físicas o cognitivas de las personas. De esta manera se demuestra la poderosa experiencia del tacto, como una de las expresiones humanas del amor y el cariño. Este tipo de necesidad está contenida dentro de las necesidades superiores (necesidad de amor y pertenencia, autoestima, autorrealización), según la jerarquización descrita por Maslow.

Cambios fisiológicos ocurridos en la tercera edad que afectan la sexualidad¹⁴

¹³ Asociación regional de Universidades Populares de Extremadura “Guía metodológica de educación para la salud”, publicado en junio de 2004. Disponible en:
<http://www.adeps.org/adeps/html/documentacion/biblio/guiaMetodologica/indice2libro.pdf>
<http://www.adeps.org/adeps/html/documentacion/biblio/guiaMetodologica/afectiva2libroFundaTeorica.pdf>

¹⁴ Yáñez C. “Mitos y verdades de la sexualidad en la tercera edad” Publicado el 22 de octubre 2004. Disponible en:
http://www.lanacion.cl/p4_lanacion/site/artic/20041021/pags/20041021194925.html

Los aspectos de la respuesta sexual humana han sido estudiados por varios autores a lo largo de los años. Van de Velde y Dickinson fueron los primeros en investigar y escribir sobre la fisiología sexual; en la segunda mitad de la década de los años sesenta, W. Masters, V. Johnson y otros, dieron a conocer los resultados de una investigación realizada en un laboratorio, una de las conclusiones a las cuales llegaron establece que el ciclo de la respuesta sexual humana, en ambos sexos se compone de cuatro fases y los cambios físicos elementales que sobrevienen durante el ciclo se deben a la vasocongestión y a la acumulación de tensión neuromuscular. Los autores describen lo siguiente:

Fases de la respuesta sexual humana:

- Excitación: Los signos más destacados de esta fase son la lubricación en la mujer y la erección del pene en el hombre; además, se expande la vagina y se tornan erectos los pezones de las mamas.
- Meseta: En esta fase la excitación alcanza su máximo nivel. En la mujer, la parte externa de la vagina se dilata y los labios se agrandan, formándose la llamada plataforma orgásmica. En el hombre, los testículos aumentan de tamaño y se pegan al cuerpo. En ambos casos el cambio de coloración genital es notable y se denomina rubor sexual.
- Orgasmo: Es un reflejo placentero que libera la tensión muscular acumulada en una respuesta global del organismo. En ambos sexos se produce una serie de contracciones a intervalos de 0.8 segundos que progresivamente disminuyen en intensidad y rapidez. El orgasmo femenino causa la contracción de la parte exterior de la vagina, el útero y el esfínter anal.

Lorenzo C. “La sexualidad en los adultos mayores” Publicado el 5 de junio 2006. Disponible en <http://www.portaltercera.com.ar/sections.php?op=viewarticle&artid=110>

Martínez Valdez M. “Vejez y sexualidad: una realidad más que posible” Publicado en agosto 2001. Disponible en: <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/sexo.html>

En los hombres, esta fase se inicia con la contracción de la próstata y de las vesículas seminales, lo cual desencadena la eyaculación; también se observa similares contracciones del esfínter anal.

- Resolución: En esta fase se invierten los cambios ocurridos previamente, hasta llegar a un estado de pasividad sexual. La respuesta sexual masculina está limitada por un período refractario que comienza inmediatamente después de la eyaculación; durante este tiempo, al hombre le resulta imposible volver a eyacular; en cambio, las mujeres no experimentan periodos refractarios y además pueden tener varios orgasmos durante una misma respuesta sexual.

Es importante destacar que las fases antes mencionadas son una aproximación descriptiva a una realidad mucho más compleja y rica en matices. Estas fases no siempre están bien delimitadas entre sí y pueden reflejar variaciones, tanto en diferentes momentos de la vida de una misma persona, como dentro de la relación de pareja.

Se ha considerado que estos aspectos son de suma importancia para el conocimiento de los adultos mayores, para poder comprender los cambios que ocurren en la respuesta sexual humana con el avance de la edad, puesto que la tercera edad es una etapa de la vida que como tal no está exenta de cambios ni de características propias, que están determinadas por el código genético y que a lo largo de la vida sufren modificaciones que están a cargo de distintos factores de tipo inmunológicos, ecológicos, nutricionales, socioculturales y en gran medida por la fuerza interna y las ganas de vivir plenamente.

Los procesos de envejecimiento sexual comienzan alrededor de los 30 a 35 años y siguen un proceso lento, es decir, a lo largo de la existencia y al igual que otros aspectos de las personas, la sexualidad cambia, evoluciona, se manifiesta y se vivencia de acuerdo a las diferentes etapas del desarrollo del ser humano.

A nivel fisiológico, las principales modificaciones se pueden resumir según cada sexo.

En el hombre se observa:

- Disminución de la producción de esperma, que comienza a partir de los 40 años, pero no desaparece. Los espermatozoides disminuyen su capacidad de movimiento dentro del semen, que también disminuye en número y calidad. Sin embargo más del 50% de los varones de 70 años tiene una abundante espermatogénesis, suficiente para poder mantener una buena capacidad genésica.
- Disminución de la producción progresiva de testosterona, a partir de los 55 años aproximadamente. Esta disminución provoca en algunos hombres, una serie de alteraciones que algunos autores llegan a etiquetar como climaterio masculino o andropausia: disminución del deseo sexual, cansancio, pérdida de la potencia sexual, irritabilidad, falta de apetito y limitaciones en la capacidad de concentración.
- La erección es más lenta, necesita de mayor estimulación y por lo general es menos firme. Se percibe una menor necesidad de eyacular y sensaciones orgásmicas menos intensas. La erección del hombre de más de 50 años es menos firme debido a que los vasos sanguíneos no son tan elásticos como antes y los músculos son menos potentes, lo que disminuye la intensidad de erección.
- Los testículos se elevan menos y más lentamente.
- El período de desentumescencia del pene, o pérdida de la erección después de la eyaculación, se produce con más rapidez, así como el tiempo necesario para lograr la próxima erección (período refractario) se prolonga.
- Un elemento funcional que se debe tener en cuenta es que las erecciones nocturnas, que en todo hombre se presentan durante las fases de sueño acompañado de movimientos oculares rápidos (fase MOR) sobre todo antes de despertarse, son menos frecuentes e intensas según avanza la edad.

- Se pierde la llamada fase de inevitabilidad eyaculatoria. Esta fase precede en unos escasos segundos a la eyaculación y en ella el hombre se hace conciente de que va a eyacular y no lo puede evitar o controlar. El anciano puede eyacular sin este aviso, que es producto de la contracción de la musculatura de las vías seminales, pero experimenta la segunda fase del orgasmo sin dificultad.

En la mujer se observa:

- La vagina con su deprivación estrogénica, tiene menos capacidad para su fluidificación, lo que a su vez facilita infecciones locales. Su mucosa se hace más fina y seca, además pierde longitud, se hace más estrecha, menos elástica y reduce su capacidad de distensión.
- Los labios mayores y menores pierden elasticidad y se muestran atrofiados progresivos de sus capas dérmicas y epidérmicas, lo mismo que el resto de la vulva.
- Las mamas también disminuyen de tamaño y pierden turgencia, su tejido glandular es sustituido por tejido graso y la piel pierde elasticidad en grado suficiente como para modificar de manera importante su posición en el tórax.
- La distribución de la grasa deja de ser "típicamente femenina", produciéndose cambios importantes en la figura corporal.
- El clítoris tiene mayor dificultad para la erección.
- Los cambios fisiológicos que acompañan a la respuesta sexual disminuyen de forma ostensible. Por ejemplo: las mamas apenas aumentan de tamaño, se produce una menor congestión de los órganos genitales; disminuye la intensidad y frecuencia de las contracciones.
- Desde el punto de vista endocrino metabólico, los cambios más importantes ocurren durante la menopausia, por el cese de producción de estrógeno, que provoca una serie de cambios fisiológicos:
 - El aumento de tamaño de la mama es menos intenso y se vuelven menos firmes y más planas.
 - No se observa al principio del coito los cambios tópicos en los labios mayores como: aplanamiento, separación, elevación.

Lo que se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico de esta zona; también hay una menor vasodilatación de los labios menores.

- o Debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existe menor contracción de la vagina durante la fase de plataforma orgásmica.
- o Menor elevación uterina.
- o Contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y en ocasiones dolorosas por ser más espásmicas que rítmicas.
- o Disminución del vello axilar y púbico.

Es necesario insistir que estos cambios se dan en distintos grados, y que también varía su aparición en el tiempo dependiendo de numerosos factores, entre los cuales, los más importantes son los factores socioculturales que determinan el comportamiento sexual humano.

En este sentido cobra especial importancia la cultura en la actual sociedad, donde existe un sentimiento de negatividad hacia la vejez en todos sus ámbitos, más aun en el ámbito de la sexualidad, llegando a considerar como ridículo, impropio o negativo en el adulto mayor cualquier manifestación erótica o sexual. Este sentimiento que finalmente es comunicado de diversas formas a los adultos mayores, pronto se va internalizando, prohibiendo todo tipo de acto sexual en ellos. En el siglo en que vivimos está de moda el estereotipo de una figura corporal esbelta, joven, con suave piel, haciendo que la ancianidad no sea vista con atracción por la sociedad ni por los mismos involucrados.¹⁵

Estas influencias que moldean la actitud del adulto mayor son llamados factores sociales, estos influyen desde el nacimiento en la vida sexual, la cual está siendo modelada por el medio social, y al llegar a la vejez, esta carga cultural es sentida, aunque no se forme parte de ella.

Sin embargo, “la persona que mantenga una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja mantendrá relaciones sexuales satisfactorias”¹⁵. Se cree que las adultas mayores pierden su atractivo sexual conjuntamente con la pérdida de la función reproductora, afectando así la propia autopercepción sexual.

¹⁵ Herrera A., Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68 (2): 150-162.

Se debe destacar que esta etapa de la vida está llena de mitos que vienen de parte de los propios involucrados, así muchas mujeres creen erróneamente que terminada su función reproductiva se pierde también la función sexual, sin embargo, la sexualidad en sí, permanece sin muchos cambios¹³.

Otro factor que influye en la expresión de la sexualidad y afectividad del adulto mayor es su grupo socioeconómico. Según Cayo Ríos en su estudio "Sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo", enfocado en el nivel socioeconómico medio alto y medio bajo de adultos mayores no institucionalizados, postula que: a mayor nivel educacional y socioeconómico el concepto de sexualidad se torna más enriquecedor perdiendo protagonismo el coito como única expresión sexual, abarcando entonces otros aspectos en la vida de la persona. De esto se desprende que la percepción de la mujer en su rol de madre está disminuida, otorgándole autonomía en el goce del placer. Aprovecha la información para disfrutar con más autoridad del erotismo, eliminando o disminuyendo el miedo que podría existir al disfrutar de la sexualidad.

Los adultos mayores, si bien entienden que la sexualidad de una pareja es responsabilidad de ambos, también creen que esta no necesariamente se debe vivir en pareja. Además, conocen y comprenden los cambios biológicos, adaptándose a ellos.

Otra conclusión de este estudio es que la educación superior, compensaría la poca experiencia de vida sexual en pareja que pudiera tener un adulto mayor.

En el grupo de mujeres de nivel socioeconómico y educacional medio bajo se encontró que el concepto de sexualidad está ligado al coito, considerado como una obligación dentro del matrimonio, excluyéndose el goce y la capacidad erótica de la mujer. En cuanto a lo educacional, la mayor parte de los conocimientos está basado en lo aprendido en pareja y lo entregado por los pares en conversaciones.

En ambos grupos estudiados se valoró la comunicación, las caricias y los besos, como tema fundamental en la dinámica familiar y no solo en el ámbito sexual.

Otro punto importante es que "las condiciones de pobreza, el alcoholismo y la falta de cariño no hacen posible el desarrollo de la vivencia de una sexualidad más placentera"¹⁴. Esto se manifiesta en condiciones asociadas a la pobreza, como el

hacinamiento y el alcoholismo que impiden la óptima expresión de la sexualidad y afectividad.

Según el mismo estudio a las mujeres les cuesta expresar que tienen deseos sexuales y consideran la vida sexual como una etapa que tiene inicio y término. La opinión de los hijos es relevante a la hora de tomar decisiones que tienen que ver con la reanudación de la vida en pareja.

Dentro de algunos estudios citados en el libro *Sexualidad Humana* de McCary se encontró que una de las mayores razones por las que los adultos mayores no tienen actividad sexual ni afectiva se debe a la viudez, mayoritariamente femenina y a que les resulta difícil reanudar las relaciones con otra persona cuando con la anterior se gozó bastante; otra influencia para no continuar la vida en pareja es la oposición de los hijos a que sus progenitores rehagan su vida afectiva.

Los adultos mayores que se encuentran en manos de sus hijos o viven en hogares, ven disminuida su intimidad a la hora de querer ejercer sus derechos sexuales; los cuidadores los restringen, no comprendiendo sus manifestaciones sexuales.¹⁶

Se observa claramente la influencia del medio en la pérdida de la autonomía, en la toma de decisiones, en el disfrutar y vivir el placer cuando se es mayor. Esto se ve agravado cuando no hay autonomía financiera.

En el estudio antes citado se comenta que: “Se encontraron en la muestra dos grupos distintos, unas manifestaron aún mantener el deseo sexual, y otras refieren haberlo perdido con la entrada a la menopausia, de acuerdo a sus relatos aún se mantiene el deseo sexual, pero este es inhibido fuertemente por creencias y valores como una forma de dar explicación a la pérdida de la actividad sexual y así mantener un sentido de coherencia en las relaciones de pareja”.¹⁷

Estas creencias y valores son determinadas en parte por la religión de las personas, aspecto que influye de igual forma la expresión de la sexualidad.

¹⁶ McCary J. “*Sexualidad Humana de McCary*” 2º edición, México. Manual Moderno 1996

¹⁷ Cayo Rios G., Flores E., La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas, participación, ciudadanía e inclusión social, Santiago, Julio 2003.

Para efectos de este estudio se definirá religión como un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas éticas y morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración para darle culto.

Según un estudio del Centro de Estudios Públicos (CEP), Chile es uno de los países con más altos índices de creencia religiosa; el 96% de las personas dice creer en Dios¹⁸, ocupando uno de los primeros 5 lugares dentro de los 32 países participantes, además se perfila como el segundo país más conservador, rechazando el aborto y las relaciones de homosexualidad.

Otro estudio realizado por la misma institución demuestra que en Chile el 69% se considera católico, 16% evangélico, 1.1% Testigo de Jehová, 0.7% Mormón, 0.1% Musulmán, 1.2% otra religión o credo¹⁹. Según el censo del año 2002, los mayores de 60 años que se declaran Católicos corresponden al 76.9%, los Evangélicos a un 13.6%, los Testigos de Jehová 4.5% y los Mormones a un 1.1%, entre otros.

El sexólogo español Cosme Puerto Pascual opina que “la Iglesia cristiana ha sido el forjador principal de una determinada actitud hacia la sexualidad y la vida espiritual durante los últimos diecisiete siglos. Actitud antisexual y de condena de la sexualidad como algo esencial de la espiritualidad cristiana. Por esto, los cristianos ven su sexualidad como el enemigo más grande de su vida espiritual y no caminan en la búsqueda y logro de una sexualidad integrada en esta esfera”.

El autor plantea que son muchos los creyentes y no creyentes que sienten una necesidad y un profundo deseo de que su espiritualidad no sea pesimista, negadora, sino más bien, que responda a una actitud positiva y optimista de la sexualidad²⁰.

La iglesia ha sostenido a lo largo de los siglos que la relación sexual encuentra su pleno sentido dentro del matrimonio. Como lo cita el autor Tim La Haye en su libro “*El acto matrimonial*”; “...Dios comprende profundamente el impulso sexual, que Él

¹⁸ Lehmann C. Mapa de la Religiosidad en 32 Países ¿Cuán Religiosos Somos los Chilenos?, CEP Centro de Estudios Públicos de Chile, Número 85, 2002.

¹⁹ Encuesta CEP, Centro de Estudios Públicos de Chile, Octubre-Noviembre 2005. Disponible en http://www.cepchile.cl/enc_preview.html

²⁰ Pascual C. P. Artículos “Guerra o paz entre sexualidad espiritualidad”, “Sexualidad-Espiritualidad”, Disponible en: <http://www.espirituyvida.org/ESPIRI/sexualidad/gralsexualidad.htm>

creó en la humanidad. Leemos en 1º Corintios 7:9: “Es mejor casarse, que arder” ¿Por qué? Porque existe un solo método legítimo, instituido por Dios, para liberar la tensión natural que Él mismo implanto en los seres humanos: el acto conyugal. Es el método primario de Dios para liberar el instinto sexual. Era su intención que marido y mujer tuviesen una total dependencia mutua para la satisfacción sexual”.²¹

Así mismo el autor dice en su libro haber realizado una encuesta a 3.377 personas cristianas sobre su vida íntima, donde concluye que los cristianos están considerablemente más satisfechos en su vida amorosa que los no cristianos, y que se entregan al acto amoroso más frecuentemente que los no cristianos.

Respecto a sus resultados el autor comenta: “La relación de un cristiano con Dios produce una mayor capacidad de expresar y recibir amor de lo que es posible para un no cristiano. El fruto del Espíritu aleja el fantasma del resentimiento y amargura, que impide y destruye las mejores relaciones de intimidad sexual”.²¹

Una opinión similar es la entregada por la Comisión Doctrinal Episcopal de Chile que establece que “la relación sexual es la expresión máxima de entrega fiel y exclusiva entre un hombre y una mujer; el matrimonio es aquella institución pública que defiende y expresa socialmente esta fidelidad y exclusividad. Por lo tanto, las relaciones prematrimoniales son éticamente malas ya que el gesto carece del compromiso correspondiente de mutua fidelidad y entrega total que él mismo exige.

En efecto, la intimidad sexual tiene una dimensión social que se expresa en la socialización del amor que es el matrimonio. Las relaciones prematrimoniales contradicen esta dimensión social al ser vividas como un intimismo de dos, sin proyección de compromiso estable y definitivo.

La iglesia convencida de la seriedad del compromiso matrimonial rechaza las infidelidades que dañan a la relación de pareja por traicionar el compromiso de amor fiel, destruyen a la familia y deterioran la sociedad”²².

²¹ La Haye T, La Haye B. “El acto matrimonial”, La belleza del amor sexual, 1976.

²² Comisión doctrinal conferencia Episcopal de Chile “Un enfoque ético-cristiano de la vida y de la sexualidad” Editado por el área de comunicaciones de la conferencia Episcopal de Chile. Chile, Septiembre 1990

Masturbación

Sobre la autosatisfacción se plantea en el libro, "La moral sexual explicada a los jóvenes" que: "La masturbación - repliegue egoísta sobre si mismo - por su misma naturaleza, contradice el sentido cristiano de la sexualidad vivida como alianza de amor. No se encuentra en ella nada de la alianza recíproca y fecunda de Cristo y de la Iglesia. El ejercicio de la facultad sexual queda privado de toda referencia efectiva con una pareja, en la medida de que el sujeto repliega sobre sí mismo, el disfrute de sí mismo. Es un comportamiento privado de la verdad del amor, deja a menudo insatisfecho a quien se entrega a ella y conduce al vacío y al disgusto.

En su libro el autor deja un claro mensaje acerca de este tema: "Debes tener el coraje de pensar, y también de decir, que la masturbación es un mal, un gesto egoísta, que empaña el alma y turba el corazón. Contradice gravemente el sentido humano y cristiano de la sexualidad y el amor"²³.

Una opinión totalmente opuesta demuestra un revelador estudio realizado en Chile por la empresa Adimark, llamado "Los católicos opinan", que enfrenta el pensamiento eclesial con el sentir del católico común y corriente. Un total de 1.007 personas fueron entrevistadas. De éstas, 653 se definieron a sí mismos como católicos, mientras el resto optó por otras alternativas²⁴.

Dentro de los resultados se destacan las respuestas de tipo valóricas. El 74,3% cree que los separados y vueltos a casar pueden comulgar; el condón como método para prevenir el SIDA es aceptado por el 95,1% de los católicos; la libertad para escoger un método anticonceptivo que controle la natalidad es aprobada por el 91,2 %, y el 40,6% se manifiesta partidario de que el aborto se legalice ²⁴.

La pregunta acerca del aborto revela que quienes mayoritariamente se declaran de acuerdo son los adultos, mayores de 56 años (44,3%), mientras que el

²³ Léonard A. "La moral sexual explicada a los jóvenes", Ediciones Palabra S.A. Madrid 1994

²⁴ Adimark, (empresa de investigación de mercado y opinión pública) Encuesta "Los católicos opinan "Artículo publicado en el Suplemento "El Sábado" del diario "El Mercurio" de Santiago de Chile, 8 de Octubre 2005.

porcentaje de jóvenes entre 18 y 35 años que aprueba la iniciativa es bastante menor (34,3%)²⁴.

Sin duda, al leer estos artículos se puede rescatar la importancia que presenta la sexualidad dentro de la espiritualidad de las personas y que gran parte de ellos viven su sexualidad en función de su espiritualidad, independiente a la religión que pertenezca.

La religión en su afán de instaurar reglas morales limita la expresión de la sexualidad al matrimonio heterosexual, fundamentando con bases bíblicas la prohibición de cualquier otra forma que no encaje en esta unión, condenando a quienes incurren en estas prácticas. Desde este punto de vista se debería respetar las reglas impuestas, lo que repercutiría en indicadores como aborto, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescentes, entre otros.

Si se piensa que los adultos mayores hoy en día son los más arraigados a las religiones, estos serían los más perjudicados en la vivencia plena de su sexualidad, puesto que se les impide manifestarse libremente a través de autoerotismo y/o relaciones de pareja ya sea con o sin penetración.

De aquí nacen las interrogativas ¿Cómo puede el adulto mayor vivir su sexualidad de manera íntegra, perteneciendo paralelamente a una entidad religiosa? ¿Y si este adulto mayor fuese separado, viudo o conviviente?

Rol de la enfermedad en la sexualidad y afectividad.

Estar completamente sano puede ser considerado un concepto un tanto utópico, ya que según la OMS corresponde al “estado de completo **bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social**”, no obstante, tal condición es difícilmente alcanzada en su totalidad. Debido a esto se ha planteado una nueva

conceptualización de la salud en donde se establece como parte de la integralidad y dinamismo de la vida y no como un factor determinante en esta. Además se considera la salud como un proceso que genera diversidad en todas sus manifestaciones, biológicas y culturales, y que es una expresión del bien-ser, más que del bien-estar y bien-tener humano. Desde este punto de vista se entiende salud como un “conjunto armónico de procesos biológicos y culturales, que incluye aspectos espirituales, emocionales y socio-culturales, además de los físicos.”²⁵

Se entiende por enfermedad la alteración del estado de salud. Una enfermedad es cualquier trastorno anormal del cuerpo o la mente que puede provocar malestar y alteración de las funciones normales. Tanto la enfermedad física como psicológica estarían ligadas a una disminución de la libido y a trastornos de la respuesta sexual humana; además las consecuencias de algunas enfermedades o sus tratamientos que pudieran modificar la imagen corporal, alterarían también la conducta sexual ²⁶.

a.- Enfermedades Crónicas:

Se definen como aquellas de larga duración y cuya cura no puede preverse claramente o no ocurrirá, sin embargo el concepto no se refiere en ningún caso a la gravedad de ésta²⁷.

Independiente de la gravedad de la enfermedad que pudiera afectar al adulto mayor, la presencia de una patología puede influir de forma negativa en la conducta sexual.

Mary Burke y Mary Walsh señalan que: “la principal razón para el cese de las relaciones sexuales entre los adultos mayores es la enfermedad física de uno o de ambos miembros de la pareja”²⁸, sin embargo otro factor importante son las

²⁵ Petralanda I.. Desde una nueva conceptualización “Salud pública y ética: ¿bien-estar o bien-ser?”. 26 de noviembre de 2004. Caracas Venezuela. Disponible en: <http://www.voltairenet.org/article122993.html>

²⁶ Herrera, A. “Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68 (2): 150-162

²⁷ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

²⁸ Burke, M., Walsh, M., “Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor”. Segunda Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid1998. Pág.: 144-149.

alteraciones emocionales, como la depresión, que también pueden afectar el interés de la persona mayor por expresar su sexualidad.

La enfermedad crónica tendría consecuencias negativas en la función sexual tales como alteración del ciclo de la respuesta sexual humana y efectos en la función sexual, generados por los síntomas de la misma enfermedad o por el tratamiento para ellos (fármacos y otros), a lo anterior se suma la ansiedad y temor a la muerte, provocados por la presencia de una enfermedad, las que de igual forma afectarán la función sexual del individuo y aquellos trastornos que deterioran el cuerpo, alterando la imagen corporal de la persona y la expresión de su sexualidad.

A continuación se dan a conocer las enfermedades crónicas más frecuentes y su efecto directo y/o provocado por el tratamiento correspondiente en la sexualidad del adulto mayor: ^{28, 29, 30}

Diabetes Mellitus:

Corresponde a una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, secundario a una deficiencia o ausencia total de secreción de insulina por el páncreas, o a la resistencia a la insulina. Se caracteriza por presentar niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre.

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) se caracteriza por destrucción de las células betapancreáticas, que se traduce en un déficit absoluto de insulina y dependencia vital a la insulina exógena, es generalmente de inicio juvenil.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se caracteriza por resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina, se inicia generalmente en la vida adulta.

En nuestro país la prevalencia de diabetes mellitus en las personas de 65 años y más es de 15.2 %, según la Encuesta Nacional de Salud 2003 del MINSAL. Sin embargo en los hombres de 65 años y más la prevalencia es de 15.8 % mientras que en las mujeres de ese mismo rango de edad es de un 14.8 %.²⁹

²⁹ Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. "I Encuesta de Salud Chile 2003". Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/folletoENS.pdf>

Debido a esta enfermedad, se desarrollan complicaciones como neuropatía y/o lesión vascular que son las principales causas de alteraciones de la respuesta sexual. Se ha observado que el 60% de los varones diabéticos tienen trastornos de la erección, aunque el deseo sexual no suele verse afectado.

La mujer diabética puede experimentar disfunción orgásmica y/o disminución del deseo sexual o de la lubricación vaginal. Sin embargo, al parecer aquellos pacientes que aceptan su diagnóstico y llevan bien la enfermedad, tienen un menor riesgo de sufrir disfunciones sexuales.

Respecto al tratamiento con hipoglicemiantes, como la metformina y glibenclamida entre otros, no tendrían un efecto directo sobre la función sexual, por lo tanto los problemas de esta índole se deberían principalmente a las complicaciones derivadas de esta patología³⁰.

Hipertensión Arterial

Esta es una enfermedad a menudo asintomática. Se considera hipertensa a toda persona que mantenga cifras de presión arterial persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140/90 mm Hg.

Según la encuesta Nacional de Salud 2003 del MINSAL, la prevalencia de hipertensión en las personas de 65 años y más es de 78.8 %. En los hombres de 65 años y más, la prevalencia es de 74.6 %, mientras que en las mujeres de ese mismo rango de edad es de un 81.8 %.²⁹

La hipertensión no afecta directamente la función sexual, pero medicamentos de uso común en esta enfermedad, como metildopa, hidralazina, betabloqueadores y enalapril, entre otros fármacos, tienen efectos en la función sexual, provocando disminución de la libido y efectos negativos en la erección. Tales efectos no deseados provocan incumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

Además de la disminución del deseo sexual y los efectos negativos en la erección, las reacciones adversas como cefaleas, palpitaciones, náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, debilidad, entre otras, podrían estar presentes en el adulto mayor en

³⁰ ANFA. Anuario farmacológico de Chile. 14ª Edición. Año 2000.

tratamiento, y estas a su vez, generar trastornos en la esfera emocional y psicoafectiva, que podría afectar su deseo y desempeño sexual ³⁰.

Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica (EBOC):

Corresponde a un proceso progresivo e irreversible caracterizado por la disminución de la capacidad pulmonar inspiratoria y espiratoria. El sujeto que la padece refiere disnea de esfuerzo o dificultad para inhalar o exhalar profundamente y en ocasiones tos crónica.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003 del MINSAL, la prevalencia de síntomas respiratorios crónicos en las personas de 65 años y más es de 30.9 %. La diferencia entre hombres y mujeres no es significativa, puesto que, en los hombres de 65 años y más la prevalencia es de 31.3 %, mientras que en las mujeres de ese mismo rango de edad es de un 30.6 %.²⁹

Esta enfermedad no tiene efectos directos en la función sexual, sin embargo la intolerancia a la actividad, la ansiedad y temor, relacionados a la disnea y a los frecuentes ataques de tos afectan la expresión sexual de los pacientes haciendo del coito una situación estresante más que placentera.

Debido al tratamiento con corticoides se podrían observar dificultades en la erección. Además medicamentos como la aminofilina tienen reacciones adversas como náuseas, vómitos, desorientación, taquicardia, hipotensión y ansiedad; otros como la efedrina tienen efectos adversos como irritabilidad, palpitaciones, debilidad muscular, entre otras, las que afectarán en forma negativa la expresión de la sexualidad del adulto mayor ^{28,30}.

Patología Osteoarticular:

Esta patología es una enfermedad del colágeno, inflamatoria, crónica, destructiva y a veces deformante, que en el caso de la artritis, tiene un componente autoinmune caracterizado por inflamación de las articulaciones. En el caso de la artrosis la inflamación de las articulaciones es resultado de la degeneración o envejecimiento de estas.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003 del MINSAL, la prevalencia de síntomas músculo esqueléticos (artritis, artrosis) en las personas de 65 años y más es de 49.7 %. Sin embargo en los hombres de 65 años y más la prevalencia es de 39.8 %, mientras que en las mujeres de ese mismo rango de edad es de un 56.8 %.²⁹

Herrera postula que este tipo de patología no disminuiría el deseo sexual y se necesitaría solo que el paciente se adecue a mantener relaciones sexuales sin dolor, concuerdan con esta observación otros autores que afirman que esta enfermedad carece de efectos directos sobre el funcionamiento sexual, no obstante los síntomas artríticos, como dolor, rigidez articular, fatiga y debilidad afectan el movimiento y por ende la función sexual.

El tratamiento con esteroides podría disminuir el interés y deseo sexual, al igual que los antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

Otros fármacos que afectan la función sexual:

De los varones que sufren de disfunción eréctil, el 25 % es de causa medicamentosa; los que causan mayores problemas de potencia son los diuréticos tiacídicos que disminuyen las presiones en el pene y disminuyen las concentraciones de testosterona y la biodisponibilidad de esta. Además la mayoría de los antihipertensivos se han relacionado con disfunción eréctil.

A continuación se presentan 3 tablas extraídas del artículo “Sexualidad en la Vejez: ¿mito o realidad?”, con los principales fármacos que afectan la sexualidad del adulto mayor y aquellos que causan impotencia en el hombre:

Tabla 1.

FÁRMACOS QUE AFECTAN LA SEXUALIDAD EN LA MUJER

<i>Signo y síntoma</i>	<i>Fármaco</i>
Incremento de la libido	Andrógenos, benzodiacepinas

Disminución de la libido	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diazepam, alfa-metildopa, propranolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos
Alteración de excitación y orgasmo	Anticolinérgicos, clonidina, alfa-metildopa, IMAO, antidepresivos tricíclicos
Agrandamiento de la mama	Estrógenos, antidepresivos tricíclicos
Galactorrea	Clorpromazina, cimetidina, haloperidol, reserpina, alfa-metildopa, metoclorpramida, sulpiride, tiapride, antidepresivos tricíclicos
Virilización	Andrógenos, haloperidol

Tabla 2.

FÁRMACOS QUE AFECTAN LA SEXUALIDAD EN EL HOMBRE

<i>Signo y síntoma</i>	<i>Fármaco</i>
Incremento de la libido	Andrógenos, baclofén, diazepam, levodopa, haloperidol (bajas dosis)
Descenso de la libido	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diazepam, alfa-metildopa, propranolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina, clonidina, estrógenos. Fármacos antiandrógenos en el cáncer de próstata
Disminución eyaculación	Anticolinérgicos, clonidina, estrógenos, IMAO, alfa-metildopa, antidepresivos tricíclicos, tiacida, tioridazina
Disminución testosterona	Digoxina, haloperidol (altas dosis), litio, IMAO, Espironolactonas
Priapismo	Heparina, fenotiazidas
Enfermedad de Peyronie	Metoprolol

Tabla 3.

FÁRMACOS QUE PUEDEN PRODUCIR DISFUNCIÓN ERECTIL

Anticonvulsivantes	
Antibióticos	
Cardiovasculares:	
- Antiarrítmicos	
- Antihipertensivos:	Betabloqueadores, calcioantagonistas, vasodilatadores, diuréticos, bloqueadores adrenérgicos centrales
Fármacos con acción en SNC:	Ansiolíticos e hipnóticos, Antidepresivos, Antipsicóticos, Levodopa, Litio, Analgésicos narcóticos
Fármacos gastrointestinales	Anticolinérgicos, Antiespasmódicos, Antagonistas anti-H2, Metoclopramida
Misceláneas	Acetazolamida, Baclofén, Clofibrato, Danazol, Disulfiram, Estrógenos, Interferón, Naproxeno, Progesterona

b.- Patologías que afectan el aparato genital:

Una mención especial merecen las patologías que afectan el aparato genital por su influencia directa tanto en la vida sexual como afectiva del adulto mayor.

1.-Procesos Malignos

“Se considera neoplasia a la alteración de la proliferación celular y muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor”³¹. Las neoplasias según su evolución se clasifican en benignas y malignas.

“Las neoplasias malignas producen destrucción local y en sitios alejados, además de trastornos metabólicos generales. Provocan la muerte si no son tratadas adecuadamente y en el momento oportuno. Las neoplasias malignas reciben en conjunto el nombre de cáncer” ³¹. Una neoplasia maligna provocará alteraciones psicoemocionales y físicas, las cuales afectarán entre otras esferas, la sexualidad y afectividad del adulto mayor y su pareja.

En efecto, el “cáncer”, genera un gran impacto emocional por su connotación negativa asociada al dolor y a la muerte. Es importante señalar que la mayor parte de

³¹ Pontificia Universidad Católica, Manual de Patología General Capítulo 5: “Alteraciones del Crecimiento y desarrollo” Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/PatoI_090.html

los cánceres se producen con más frecuencia a medida que aumenta la edad en presencia de antecedentes médicos tales como las enfermedades crónicas.

“Los factores de orden psicológico: creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos tienen influencia en la aparición de dificultades de orden sexual”.³²

Con frecuencia el tratamiento de estas patologías es agresivo (quimioterapia, radioterapia) y algunas veces mutilante como el cáncer de mama en la mujer, lo que provoca efectos negativos en la autopercepción de la imagen corporal, provocando sentimientos de desagrado hacia sí mismo y de rechazo hacia la pareja. Pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de la persona enferma, aún en estadios terminales, donde se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico con la pareja, deseo que puede adoptar diversas modalidades de presentación.³²

Las dificultades sexuales más frecuentes que pueden presentar los enfermos de cáncer son:

- Disminución o pérdida de deseo sexual: puede llegar a resultar incómoda o desagradable cualquier insinuación o acercamiento por parte de la pareja, esto es causado por factores como: depresión del sistema nervioso central, derivado del dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante. Algunos medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina y ello disminuye el deseo sexual.

- Problemas en la excitación: déficit en la lubricación y sequedad vaginal en la mujer (sobre todo como consecuencia de la irradiación pélvica), lo que trae

como consecuencia dolor y molestias durante la relación sexual. En el hombre hay problemas de erección.

³² Grau J., Llantá M. del C., Chacón M., Fleites G. “La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento”, Publicado en: Rev. Cubana Oncol. 1999; 15(1):49-65, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm Oncología (Barc.) vol.28 no.3 Madrid Mar. 2005

Cuidados continuos en oncología radioterápica. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte E. López Ramírez¹; E. González Flores¹¹ ¹Servicio de Oncología Radioterápica, ¹¹Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=en&nrm=iso

- Dificultades para alcanzar el orgasmo: ausencia de orgasmo o disminución en su intensidad o duración.

Cáncer Cérvico-uterino

El cáncer Cérvico-uterino representa la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile. Montes y cols. publicaron un estudio en la revista chilena de Obstetricia y Ginecología en donde se evaluaron diferentes alteraciones de la vida de las mujeres con cáncer Cérvico-uterino como aspectos físicos, sociales, psicológico y sexual

Dicho estudio concluye que el aspecto más afectado en la calidad de vida de las mujeres es el ámbito sexual, y que esta dimensión se afecta fundamentalmente dependiendo del tipo de tratamiento utilizado. La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que tiene una menor repercusión, mientras que las mujeres que reciben tratamiento combinado (cirugía y radioterapia) reinician más tardíamente la actividad sexual que las que fueron sometidas sólo a cirugía.

El realizar cirugía reconstructiva a mujeres sometidas a exanteración pélvica favorece su vida sexual. Las mujeres que no son sometidas a cirugías reconstructivas, reportaron un deterioro en el funcionamiento sexual al presentar mayores impedimentos físicos y menor autoestima. A partir de esto, se puede deducir que la sexualidad, en mujeres sometidas es este tipo de tratamiento, sigue siendo un tema altamente ligado al aspecto físico.

La radioterapia, se describe como la modalidad de tratamiento que más altera el aspecto físico de la sexualidad, produciendo disfunción sexual persistente durante los dos años posteriores, incluyéndose: ausencia o falta de libido (85%), falta de lubricación vaginal (35%), dispareunia (55%), disconformidad con la vida sexual (30%) y pareja con libido disminuido (40%). La estrechez vaginal dificulta la penetración por lo que un 30% de las pacientes tienen gran dificultad de completar el coito, mientras que para un 45% éste fue imposible³³.

El reinicio de la actividad sexual tras haber recibido el tratamiento, es recordado como un evento psicológicamente traumático³³. Las mujeres se declararon emocionalmente desconectadas al reiniciar sus experiencias sexuales debido a que

³³ Montes L, Mullins M, Urrutia M., "Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino", Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2006; 71(2).

describían un miedo muy grande, refiriendo temor e inseguridad de no poder satisfacer sexualmente a sus parejas, ya que para los hombres es el coito el indicador de satisfacción sexual, desafiando sus dificultades físicas para satisfacer a sus parejas.

Cáncer de mama^{34, 35}

La sexualidad posterior a la mastectomía está disminuida. Aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido cáncer de mama sufren de disfunciones sexuales prolongadas. La atrofia vaginal particularmente severa que se presenta en las mujeres con cáncer de mama es a causa del tratamiento con antiestrógenos que provoca irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia.

Se manifiesta en los testimonios sobre el significado de la mama como un rasgo visible de la identidad de la mujer y del útero como un rasgo invisible, que se hace visible ante su ausencia y, por lo tanto, implica una pérdida parcial de aspectos sexológicamente significativos. De esta manera resalta lo simbólico dentro del componente mental, mostrando que las intervenciones quirúrgicas en mama y útero degradan la configuración amable de la autoimagen, perturbando su sexualidad, en tanto que el componente imaginario de la identidad, e identidad de género, necesita estar ligado a determinados rasgos anatómicos que funcionan como semblantes, que de acuerdo con la cultura y la época son resaltados o no.

³⁴ Abreu M, Regalado E, “El entorno sociopsicológico de las pacientes con cáncer de mama.” Disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/Ijornada/Mireysi/MIREISY.htm>

³⁵ Fernandez M, Ospina B, Munera A “**La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999**”,
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n2/v53n2a06.pdf>

Cáncer colorrectal³⁶

Las disfunciones de la vejiga y los problemas en el desempeño sexual son complicaciones comunes que provoca la cirugía del cáncer rectal. La causa principal de los problemas con la erección, la eyaculación y el orgasmo son las lesiones en los nervios de la cavidad pélvica. Es posible que se dañen durante la cirugía cuando se cortan o cuando se reduce su suministro sanguíneo.

Cáncer de próstata³⁶

Los hombres que han sido tratados de cáncer de próstata han informado haber tenido problemas de disfunción eréctil que varia dependiendo del tipo de tratamiento recibido. La recuperación de la función eréctil casi siempre ocurre luego de un año de la prostatectomía radical. Los efectos de la radioterapia en la función eréctil son más lentos, y es necesario esperar hasta dos y tres años después del tratamiento para recuperarla. La causa de la pérdida en la función eréctil es diferente en la cirugía y en la radioterapia. La prostatectomía radical lesiona los nervios que hacen que los vasos sanguíneos se abran para dejar entrar la sangre en el pene. En algún momento, el tejido no recibe suficiente oxígeno, las células mueren y se forma tejido cicatricial que interfiere con la función eréctil. Parece ser que la radioterapia daña las arterias que abastecen de sangre al pene.

c.- Trastornos mentales

La depresión es una de las mayores causas de la disfunción sexual, presentando disminución del deseo y de la actividad sexual. En las personas deprimidas existe un desapego general por las personas y las cosas incluyendo el desinterés sexual, el individuo se desafectiviza y pierde presencia e interés. En estudios efectuados se detectó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión grave y diversos grados de desinterés sexual³⁷, también se detectó una asociación entre la presencia de ideas de suicidio y desinterés total por la sexualidad.

³⁶ “Factores que afectan la función sexual en pacientes con cáncer “

Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/sexualidad/Patient/page3>

³⁷ Serfaty, E. . **DEPRESION Y SEXUALIDAD**. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000, Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa10/conferencias/10_ci_e.htm

Se sabe que algunos fármacos impiden una buena respuesta sexual desde el punto de vista biológico. Es por esto que la farmacología realiza esfuerzos para encontrar antidepresivos que ayuden en el tratamiento de la depresión y no acentúen los problemas de la sexualidad.

Desde otro punto de vista los antidepresivos tienen también efectos beneficiosos sobre la vida sexual ya que al mejorar los síntomas depresivos, influyen creando un mayor interés hacia la sexualidad. La gran mayoría de los pacientes tratados con antidepresivos han manifestado una mejoría en su actividad sexual mientras que otros pocos refieren efectos adversos de los antidepresivos respecto a un retardo en el orgasmo.

CAPITULO III: OBJETIVOS Y VARIABLES

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1.- Determinar el perfil del adulto mayor desde el punto de vista de su vida afectiva y sexual, en función de variables que influyen en el ejercicio de su sexualidad.

2.- Identificar las necesidades sentidas en afectividad y sexualidad del adulto mayor.

3.- Diseñar las bases para un trabajo profesional en conjunto con el equipo de salud del Nivel de Atención Primaria, destinado a la promoción de la salud integral del adulto mayor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.-

- Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor en estudio, según las variables: edad, sexo, estado civil, número de personas con quien vive, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad y religión.
- Determinar la influencia de las características sociodemográficas en la vida afectiva y sexual del adulto mayor.
- Determinar la influencia de morbilidades del aparato genital y su tratamiento, en el ejercicio de la sexualidad del sujeto de estudio.
- Determinar los factores fisiológicos propios de la vejez que afectan la vida afectiva y sexual del adulto mayor.
- Determinar la influencia de patologías crónicas, su tratamiento y tiempo de evolución, en el ejercicio de la sexualidad del sujeto de estudio.

2.-

- Determinar la importancia que tiene para el adulto mayor el ejercicio de su sexualidad.
- Determinar el grado de satisfacción que experimenta el adulto mayor después de realizar cualquier tipo de actividad sexual.
- Identificar la principal razón que determina la presencia o ausencia de actividad sexual en el adulto mayor.
- Identificar las demandas de los adultos mayores al servicio de salud respecto a su sexualidad y afectividad.

3.-

- Proponer un perfil para monitores especializados en el área afectiva y sexual en el adulto mayor.
- Proponer las bases de un trabajo interdisciplinario y comunitario para la promoción de la salud sexual y afectiva del adulto mayor.

Objetivo 1.- Determinar el perfil del adulto mayor desde el punto de vista de su vida afectiva y sexual, en función de variables que influyen en el ejercicio de su sexualidad.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Edad	Número de años cronológicamente cumplidos, a partir de los 65 años de edad.			Número de años.	
Sexo	Condición biológica determinada por el fenotipo.	Masculino. Femenino.		Masculino. Femenino	
Relación de pareja	Vínculo de pareja que mantiene actualmente el adulto mayor en estudio.	Tipo de vínculo.		Soltero/ a. Casado/ a. Separado/ a. Viudo/ a. Conviviente. Otra (según respuesta).	
Número de personas con quien vive.	Cantidad de personas que residen permanentemente en el domicilio del sujeto de estudio.	Numérica.		Número de personas.	

Afectividad y Sexualidad a partir de los 65 Años.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR		
Grupo socioeconómico.	Posición que ocupa el adulto mayor en la sociedad, determinada según estándares de protección individual en el área de la seguridad social, vivienda, servicios básicos y nivel de escolaridad.	Previsión.	Tipo de previsión	Sin previsión. FONASA A. FONASA B. FONASA C. FONASA D. ISAPRE. Otra. ¿Cuál? No sabe/ no contesta.	1 pto. 1 pto. 2 ptos. 2 ptos. 3 ptos. 3 ptos. 3 ptos. 1 pto.		
		Vivienda.	Tipo de vivienda	Concreto. Mixta. Madera. Adobe.	3 ptos. 2 ptos. 2 ptos. 1 pto.		
		Saneamiento básico.	Agua potable.	Si. No.	2 ptos. 1 pto.		
			Alcantarillado.	Si. No.	2 ptos. 1 pto.		
			Luz.	Si. No.	2 ptos. 1 pto.		
		Escolaridad	Nivel de Escolaridad	Sin escolaridad. Básica incompleta. Básica completa. Media incompleta. Media completa. Superior incompleta. Superior completa.	0 pto. 1 pto. 2 ptos. 3 ptos. 4 ptos. 5 ptos. 6 ptos.		
		18-15 ptos.: grupo medio-alto. 14-10 ptos: grupo medio-bajo					

Menos de 10 pts: grupo bajo.					
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Religión.	Agrupación religiosa de la cual se sienta parte el sujeto de estudio.	Tipo de religión.		Según respuesta	
Morbilidad del aparato reproductor	Diagnóstico médico de enfermedad actual que afecte al aparato reproductor del sujeto de estudio, referido por la persona, a excepción de los cambios fisiológicos de la vejez.	Tipo de diagnóstico	<p>Infecciones.</p> <p>Neoplasias malignas.</p> <p>Neoplasias benignas.</p> <p>Otros.</p>	Según respuesta	
Factores fisiológicos.	Cambios físicos y funcionales del aparato reproductor, propios de la vejez, referidos por el sujeto de estudio.	Síntomas y/o signos referidos.		Según respuesta.	

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Patologías crónicas.	Diagnóstico médico de enfermedad de tipo irreversible, referida por el sujeto de estudio, que lo afecta actualmente.	Nombre de la patología.		Según respuesta.	
Tratamiento	Terapia farmacológica, radiológica y/ o quirúrgica, para el tratamiento de las enfermedades crónicas y morbilidades del aparato reproductor.	Tipo de tratamiento.	Farmacológico Radiológico. Quirúrgico.	Según respuesta. (Nombre del tratamiento).	
Tiempo de evolución de la enfermedad	Número de años transcurridos desde el diagnóstico médico de la enfermedad crónica de más larga data, referida por el adulto mayor, hasta el momento de la entrevista.			Número de años.	

Objetivo 2.- Identificar las necesidades sentidas en afectividad y sexualidad del adulto mayor.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Deseo sexual.	Existencia de deseo sexual relatado por el sujeto de estudio en los últimos seis meses.	Presencia. Ausencia.		Si. No.	
Frecuencia de deseo sexual.	Apreciación subjetiva de la cantidad de veces que el sujeto ha experimentado presencia de deseo sexual en los últimos seis meses.	Nivel de frecuencia		Muy Frecuente. Frecuente. Poco frecuente.	
Cambios en el deseo sexual.	Presencia de aumento o disminución del deseo sexual, esperada según cambios fisiológicos de la vejez.	Disminución del deseo sexual. Aumento del deseo sexual		Si. No. Si. No.	
Actividad sexual.	Actividades eróticas relatadas por el sujeto de estudio, con o sin penetración, en los últimos seis meses.	Actividad Compartida. Actividad solitaria.		Caricias íntimas. Coito. Juegos eróticos. Otro. Masturbación. Juegos eróticos. Otro.	Si. No. Según respuesta
Razón para la presencia o ausencia de actividad	Motivo principal evocado por el sujeto para explicar la	Razón principal		Según respuesta	

sexual.	presencia o ausencia de actividad sexual				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Frecuencia de actividad sexual.	Número de veces según tipo de actividad que el adulto mayor relata tener en un periodo de seis meses.	Frecuencia según tipo de actividad	Actividad en pareja Actividad sin pareja	Caricias íntimas. Coito. Juegos eróticos. Otro. Masturbación Juegos eróticos. Otro.	Número de veces.
Satisfacción sexual.	Grado de cumplimiento de las expectativas sexuales preexistentes del adulto mayor, posterior a la realización de cualquier tipo de actividad sexual.	Actividad Compartida. Actividad solitaria.	Nivel de satisfacción	Muy satisfecho. Satisfecho. Insatisfecho. Muy insatisfecho. No contesta. Muy satisfecho. Satisfecho. Insatisfecho. Muy insatisfecho. No contesta.	
Auto cuidado.	Utilización de preservativo masculino (condón) en el acto sexual vaginal, anal u oral.	Usa. No usa.		Si. A veces. No	
Relación con el contacto sexual.	Relación afectiva que mantiene el sujeto de estudio, con su pareja sexual más significativa, durante los últimos seis meses.	Tipo de relación.		Cónyuge. Pareja estable. Pareja ocasional. Amigos. Ninguna.	

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Importancia de la sexualidad.	Prioridad que le otorga en su vida cotidiana, el sujeto de estudio al ejercicio de su sexualidad.	Escala de importancia		1. 2-3. 4-5. 6-7	Sin importancia Escasa importancia Importante. Muy importante.

--	--	--	--	--	--

Objetivo 3.- Diseñar las bases para un trabajo profesional en conjunto con el equipo de salud del Nivel de Atención Primaria, destinado a la promoción de la salud integral del adulto mayor.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUD DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Demanda de atención en salud sexual.	Necesidad de atención por parte del adulto mayor en estudio, hacia los servicios de salud en el área de la afectividad y/o sexualidad.	Presencia. Ausencia.		Si. No.	
Motivo de consulta en salud sexual.	Tipo de necesidad que lleva al adulto mayor en estudio a dirigirse a un servicio de salud, con el propósito de resolver alguna inquietud del área afectiva y/o sexual, durante los últimos seis meses.	Tipo de necesidad.	Afectiva. Sexual. Ambas	Según respuesta.	

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Frecuencia de consultas en los servicios de salud.	Número de veces que el adulto mayor en estudio ha consultado a un servicio de salud respecto a su sexualidad y/o afectividad en los últimos seis meses.			Número de veces.	
Miembro del equipo de salud consultado.	Miembro del equipo de salud al cual ha acudido el sujeto de estudio a consultar respecto del área afectiva y/o sexual en los últimos seis meses.	Función en el servicio de salud.		Según respuesta.	
Miembro del equipo de salud a consultar.	Miembro del equipo de salud al cual acudiría el sujeto de estudio a consultar respecto del área afectiva y/o sexual.	Función en el servicio de salud.		Según respuesta.	

Afectividad y Sexualidad a partir de los 65 Años.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION REAL	INDICADOR	SUB INDICADOR
Satisfacción usuaria.	Grado de cumplimiento de las expectativas que tiene el adulto mayor en estudio, posterior a la consulta en afectividad y/o sexualidad al equipo de salud.	Nivel de satisfacción.		Muy satisfecho. Satisfecho. Insatisfecho Muy Insatisfecho No ha consultado.	
Perfil del monitor.	Características que, según el adulto mayor en estudio, debería tener el profesional que lo orientará en el área afectiva y/o sexual.	Características personales. Tipo de título o formación. Sexo. Edad		Características referidas por el sujeto de estudio.	

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

La investigación es de tipo mixta. Considera variables cuantitativas, para la obtención de un perfil sociodemográfico y biológico, relacionado con la vida afectiva y sexual, así como variables de tipo cualitativo para la obtención de las necesidades sentidas por el adulto mayor.

Diseño

Descriptivo transversal.

Universo

Personas de ambos sexos cuya edad sea de 65 años o más, residentes en la ciudad de Valparaíso que según el censo del año 2002 son un total de 3.470 adultos mayores.

Muestra

La muestra proviene de dos fuentes y representa a los adultos mayores que se realizan el EFAM o el Control de Enfermedad Crónica ya sea con enfermera o médico en el Consultorio Plaza Justicia (N_1) y el total de adultos mayores pertenecientes a los clubes de la Unión Comunal de Adultos Mayores (UCAM), que están consignados en el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) de la ciudad de Valparaíso (N_2).

La muestra esta compuesta por 300 adultos mayores (N1+N2) distribuidos en la misma proporción para cada uno de los dos grupos, con el fin de formar grupos de talla comparable. Por lo tanto, el 50% de la muestra se constituye por adultos mayores que se realizan el EFAM o Control Crónico en el Consultorio Plaza Justicia y el 50% restante corresponden a adultos mayores pertenecientes a la UCAM durante el periodo octubre del 2006- abril del 2007.

Unidad de análisis.

Es la persona de 65 años y más que se realiza el EFAM o Control de Crónico en el Consultorio Plaza Justicia en el periodo octubre 2006- abril 2007 o que pertenezca a la UCAM de la ciudad de Valparaíso, durante el mismo periodo, que cumpla con los criterios de inclusión y acepte participar en el estudio.

Procedimiento de selección de las unidades de observación y de análisis (modalidad y criterios de inclusión y exclusión.)

La modalidad de muestreo para la UCAM, es del tipo aleatoria simple en dos etapas: la primera considera 20 clubes de un total de 149, la segunda considera 8 unidades de análisis al interior de cada uno de los clubes sorteados.

La modalidad de muestreo para el consultorio Plaza Justicia, es del tipo semi aleatoria simple. Se incluye al 50% de los adultos mayores que se realicen el EFAM o Control Crónico en el periodo de Octubre 2006 a Abril 2007 a razón de 4 a 5 adultos al día.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores de 65 años y más que se realizan el EFAM o Control Crónico con enfermera o médico, o que pertenezcan a la unión comunal, no hay exclusión por sexo ni por discapacidad física.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con limitaciones mentales.
- Adultos mayores con dependencia total de sus funciones y actividades (postrados).
- Todo adulto mayor que rechace o no esté en condiciones de participar en el estudio.

Procedimientos técnicas e instrumentos de recolección de la información:

Se utiliza la técnica de la entrevista semi-estructurada complementada con un cuestionario auto administrado.

Modalidad de obtención de los datos:

- a) Consultorio Plaza Justicia: Los adultos mayores son reclutados durante el EFAM o Control de Enfermedad Crónica efectuado por la enfermera o médico, donde se informa del objetivo del estudio. En esta instancia y posterior al examen, la persona que acepte participar, se traslada al box de atención de la universidad acompañada de un tesista quién le entrega la información relativa al propósito e importancia del estudio, se da a conocer el formulario de consentimiento informado para su firma. Para obtener la información relativa a las prácticas sexuales y necesidades sentidas, se entrega en la segunda mitad de la entrevista, un cuestionario autoadministrado en condiciones de privacidad.

- b) Club social: La misma modalidad es utilizada a nivel de los clubes sociales a

los adultos mayores previamente sorteados, el día destinado a sus reuniones en un espacio consignado para este efecto.

Control de sesgos:

- El instrumento es probado en 20 adultos mayores que asisten al EFAM o Control Crónico y 20 adultos mayores pertenecientes a la UCAM, en el periodo comprendido entre el 02 al 15 de Octubre del 2006.
- Los datos son recolectados por los mismos tesistas.
- Las condiciones de aplicación son óptimas; entrevista y/o cuestionario aplicados en condiciones de privacidad y confidencialidad, previa realización del consentimiento informado, sin limite de tiempo estipulado.
- Se planifican sesiones de control de calidad de la información recolectada.

Problemas esperados y limitaciones del estudio

- Debido a que los sujetos de estudio son adultos mayores que no convergen mayoritaria y aleatoriamente en un solo lugar, se dificulta la obtención de una muestra sin sesgo de selección.
- Debido al tema de estudio, naturaleza de las preguntas y a pesar de que el cuestionario es anónimo, se presume que las respuestas podrían estar sesgadas.
- Debido a que una parte de la muestra es recogida desde el consultorio Plaza Justicia, específicamente los adultos mayores que se realizan el EFAM o Control de Crónico, se espera que un gran número de ellos presenten alguna patología crónica, puesto que para este examen son derivados desde otros especialistas.
- En esta investigación no se considera el estudio cualitativo de los mitos y

creencias relativas al tema de la sexualidad y afectividad.

Consideraciones éticas

- El grupo de tesisistas toma conocimiento y aplica en el diseño de estudio las siguientes normativas éticas en vigencia: el código de deontología que rige la profesión matrona/matrón, la declaración de Helsinki, Norma técnica N° 57, Normas de Vancouver, Pautas éticas del CIOMS.
- La metodología de recolección de la información garantiza la aplicación de los principios de: no maleficencia, tolerancia, respeto, confidencialidad, privacidad y autonomía.
- El uso de consentimiento informado de las personas en estudio, previo a la participación en la investigación.

Recursos para el análisis

En una primera instancia los datos son tabulados manualmente a partir de registros e instrumentos escritos utilizados durante la entrevista, posteriormente la información se procesa con apoyo de recursos informáticos, específicamente el programa computacional Excel.

Plan de análisis de los resultados

- Análisis descriptivo univariado y bivarado: uso de medidas de tendencia central y variabilidad según el tipo de variable, uso de tablas de frecuencia.
- Presentación de la información en tablas y gráficos según la naturaleza de las variables.
- Análisis descriptivo y comparativo entre los dos grupos que conforman la muestra.
- Interpretación, síntesis y elaboración de resultados finales.

CAPITULO V: PRESENTACIÓN Y ANALISIS DEL LOS DATOS

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS

ANALISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos, las tablas y/o gráficos serán presentados de manera global en el caso que no se observen diferencias evidentes entre los grupos estudiados. En caso contrario, estos serán presentados en forma estratificada según sexo y procedencia de la muestra.

Objetivo General N° 1:

1. Determinar el perfil del adulto mayor desde el punto de vista de su vida afectiva y sexual, en función de variables que influyen en el ejercicio de su sexualidad.
- Objetivo específico N° 1: Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor en estudio, según las variables: edad, sexo, estado civil, número de personas con quien vive, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad y religión.

Perfil del Adulto Mayor en estudio en el total de la muestra:

El Adulto Mayor en estudio es en su mayoría de sexo femenino, de edad promedio 73 años, perteneciente a la religión católica, casado, con una escolaridad promedio básica incompleta, de grupo socioeconómico medio bajo y que en promedio vive acompañado de dos personas.

Perfil comparativo:

Características.	Plaza Justicia	UCAM
Sexo (mayoría)	Femenino	Femenino
Edad Promedio	74 años	73 años
Religión mayoritaria	Católica	Católica

Estado Civil	Casado	Viudo
Escolaridad (frecuencia modal)	Básica incompleta	Básica completa
Grupo Socioeconómico (frecuencia modal)	Medio bajo	Medio bajo
Número Promedio de Personas con quien vive.	Solos.	Dos

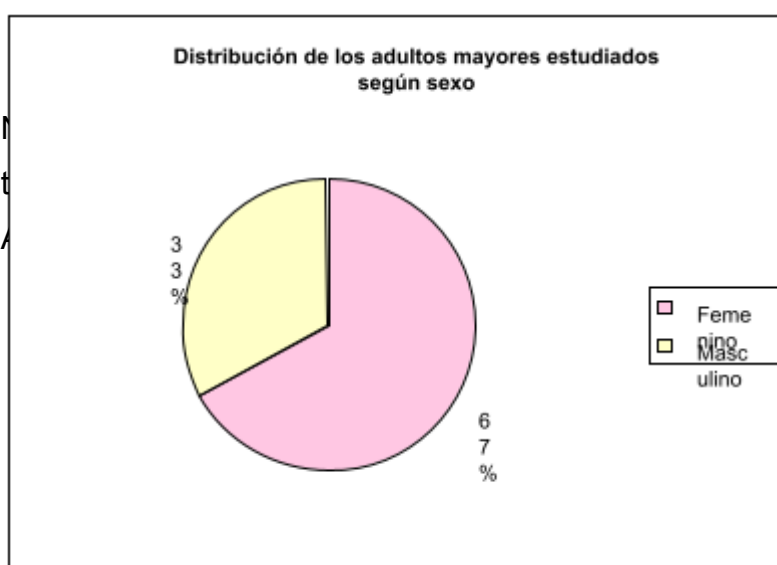
I.- ANÁLISIS EN EL TOTAL DE LA MUESTRA

-Edad de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia y en los clubes de adultos mayores pertenecientes a la UCAM.

La edad promedio de los adultos de 65 y más años, encuestados en el consultorio Plaza Justicia y en el Club Social es de 73 años, con una desviación estándar de 5.8. El promedio coincide con la mediana. Al analizar por procedencia, no se observa diferencia en relación al promedio de edad de la población en estudio.³⁸

-Sexo de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia y en los clubes de adultos mayores pertenecientes a la UCAM.

Gráfico N° 1:



300).

gráficos fueron obtenidos a Plaza Justicia y/o en Clubes de

³⁸ Ver Anexo tabla I

Tabla I.-

Distribución de los A.M. en estudio por grupo etáreo según sexo.

Grupo etáreo	Femenino Cantidad	Porcentaj e	Masculin o Cantidad	Porcentaj e	Total Cantidad	Porcentaj e
65-69	53	17,6	32	10,7	85	28,3
70-74	63	21,0	33	11,0	96	32,0
75-79	55	18,3	23	7,7	78	26,0
80-84	20	6,7	7	2,3	27	9,0
85-90	9	3,0	4	1,3	13	4,3
91 y más	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Total	201	67,0	99	33,0	300	100

La mayoría de los adultos de 65 y más años, pertenecen al género femenino con un 67%. Se debe tener en consideración que las mujeres están representadas por un porcentaje mayor que los hombres en esta etapa de la vida.

La razón hombre mujer en el total de la muestra es de 1:2, lo que corresponde a que por cada 100 hombres hay 200 mujeres; esto varía según procedencia.

En Plaza Justicia por cada 100 mujeres hay 38 hombres, mientras que en la UCAM por cada 100 mujeres hay 63 hombres.

-Estado civil de los A.M. encuestados en el consultorio Plaza Justicia y en los clubes de adultos mayores pertenecientes a la UCAM.

Tabla II.-

Distribución de los A.M. en estudio por estado civil según sexo.

	Femenin o Cantidad	Porcentaj e %	Masculin o Cantidad	Porcentaj e %	Total Cantidad	Porcentaj e %
Casado	60	20,0	56	18,7	116	38,7
Soltero	21	7,0	7	2,3	28	9,3

Conviviente	7	2,3	14	4,7	21	7,0
Separado	21	7,0	8	2,7	29	9,7
Viudo	92	30,7	14	4,7	106	35,3
Total general	201	67,0	99	33,0	300	100,0

El estado civil que se presenta con más frecuencia es casado con un 38.7%, mientras que los viudos ocupan el segundo lugar con un 35.3%.

De la muestra total el 44.7% corresponde a mujeres mayores de 65 años viudas, separadas o solteras, en contraste con un 9.7% que corresponde a hombres en esta misma condición. Esto pone de manifiesto que casi la mitad de las mujeres en esta etapa de la vida refiere no tener pareja. Esta variable es diferente según procedencia de la muestra dado que hay una mayor proporción de viudos proveniente de la UCAM con un 19,7%, respecto a un 15,7% del Consultorio Plaza Justicia, lo que se observa en el grafico N° 2.

Gráfico N° 2

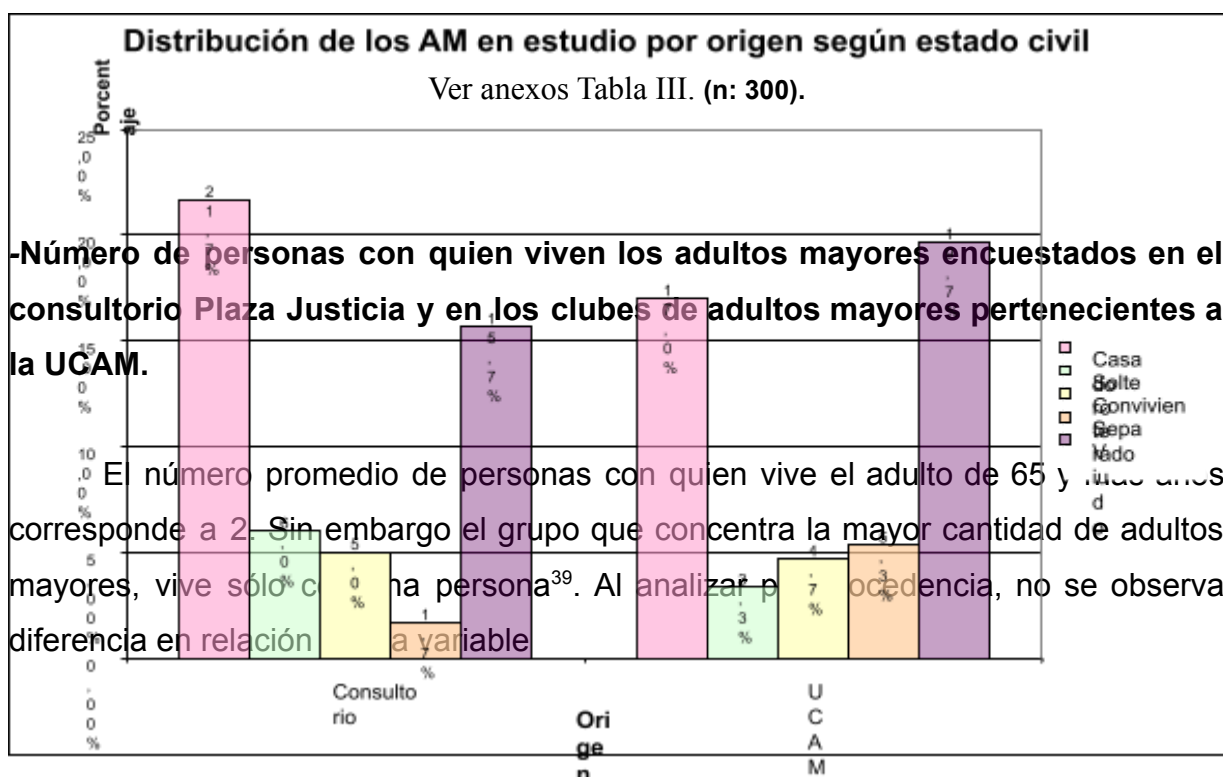


Tabla III.-

³⁹ Ver anexos tabla IV.

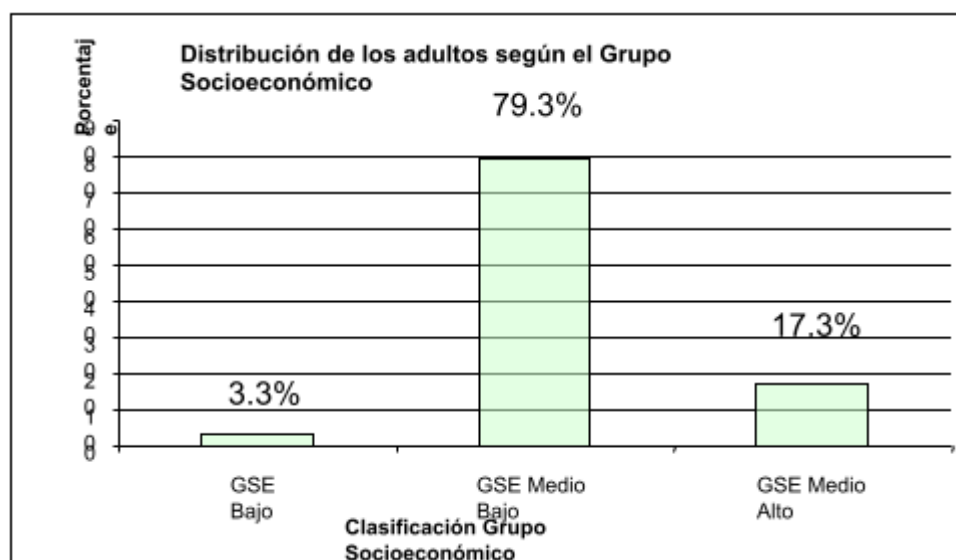
Distribución de los adultos mayores en estudio por el número de personas con quien vive según estado civil.

Numero de personas con quien vive	Estado Civil					Total
	Casado	Soltero	Conviviente	Separado	Viudo	
0	0	7	0	9	37	53
1	49	9	11	3	17	89
2	21	4	4	3	18	50
3	25	0	2	7	14	48
4	16	2	0	3	10	31
5	2	2	1	3	7	15
6 y más	3	4	3	1	3	14
Total	116	28	21	29	106	300

La mayor parte de los adultos mayores (29.7%) vive con una sola persona, de estos la mayor parte pertenece al grupo de los casados con un 55.1%. Le siguen las personas que viven solas (17.7%), de las cuales el 69.8%, pertenece al estado civil viudo/a. Por lo tanto la mayor parte de los adultos mayores viven solos o únicamente con su esposo o esposa sin la presencia de hijos.

-Grupo socioeconómico de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia y en los clubes de adultos mayores pertenecientes a la UCAM.

Gráfico N° 3:



Ver anexos tabla V (n: 300).

El nivel medio bajo es el predominante en los adultos de 65 y más años, con un 79.3% del total.

En este estudio no se utiliza la clasificación de grupo socioeconómico vigente según CASEN, debido a que esta encuesta incluye en la medición indicadores tales como: aspectos demográficos, educación, salud, vivienda, ocupación e ingresos, datos no abordados en profundidad por no ser un objetivo de esta investigación.

Tabla N° IV: Distribución del total de adultos mayores según su nivel de escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Acumulada	Porcentajes %	Porcentaje Acumulado %
Sin Escolaridad	6	6	2.0	2.0
Básica Incompleta	83	89	27.7	29.7
Básica Completa	76	165	25.3	55.0
Media Incompleta	78	243	26.0	81.0

Media Completa	28	271	9.3	90.3
Superior Incompleta	12	283	4.0	94.3
Superior Completa	17	300	5.7	100.0

El 55% de la muestra tiene como máximo escolaridad básica completa, esta categoría por si sola reúne la mayor frecuencia con un 26.7%, seguida por el 26% que tiene escolaridad media incompleta. Lo que significa que en el total del grupo estudiado, una amplia mayoría (81.0%) alcanza como máximo una escolaridad media incompleta y sólo el 9.7% las personas tiene educación superior completa o incompleta.

Esto puede reflejar el hecho de que para esta cohorte, estaba en vigencia la Ley de Instrucción primaria obligatoria, siendo la educación media un nivel menos frecuente en el grupo socioeconómico que se presenta en este estudio.

Sin embargo, según procedencia, se observa que el nivel de escolaridad básica incompleta en los adultos mayores pertenecientes a los clubes sociales esta menos representado que en el grupo de los adultos mayores del consultorio Plaza Justicia.

Tabla N° V: Distribución del total de adultos mayores por escolaridad según grupo socioeconómico.

Escolaridad	Grupo Socioeconómico (%)			Total (%)
	Grupo Bajo	Grupo Medio Bajo	Grupo Medio Alto	
Sin escolaridad	5	1	0	6 (2)
Básica Incompleta	4	79	0	83 (27.7)
Básica Completa	1	75	0	76 (25.3)
Media Incompleta	0	70	8	78 (26)
Media Completa	0	9	19	28 (9.3)

Superior Incompleta	0	3	9	12 (4)
Superior Completa	0	1	16	17 (5.7)
Total	3,3	238	52	300 (100%)

La mayor parte de las personas tienen escolaridad básica incompleta en las cuales predomina el grupo socioeconómico medio bajo.

Todas las personas del grupo socioeconómico medio alto tienen al menos escolaridad media incompleta.

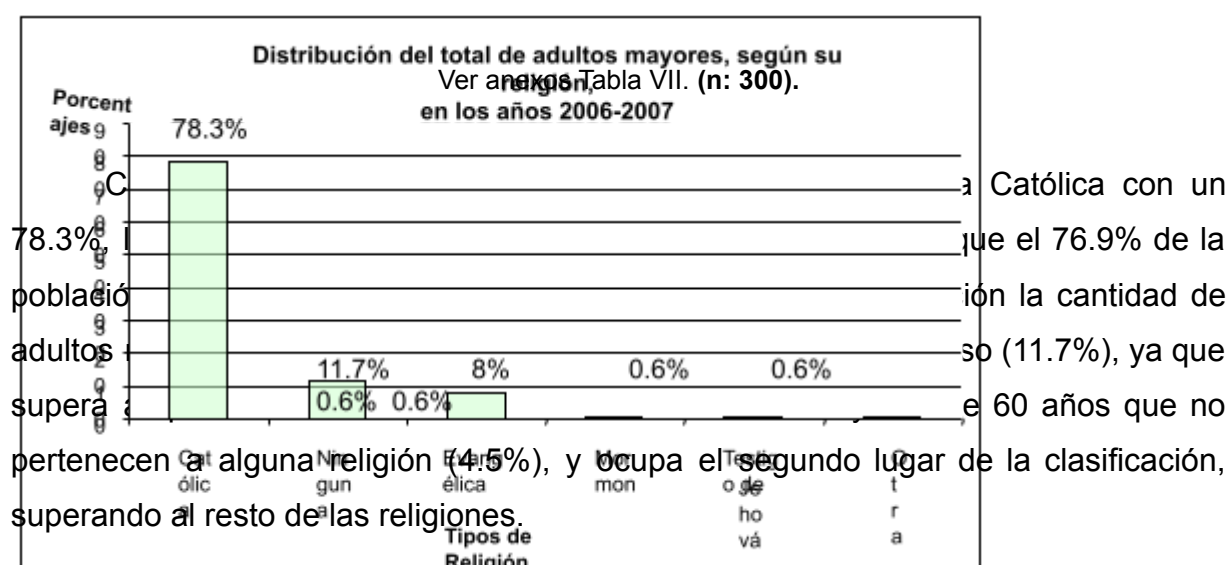
El 83.3% de las personas que no tiene escolaridad pertenecen al grupo socioeconómico bajo.

El 94.1% de las personas que tienen escolaridad superior completa corresponden al grupo socioeconómico medio alto.

Lo anterior confirma que la escolaridad es un buen indicador de grupo socioeconómico.

-Religión de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia y en los clubes de adultos mayores pertenecientes a la UCAM.

Gráfico N° 4:



I.- ANÁLISIS EN MUESTRA DEL CONSULTORIO PLAZA JUSTICIA

Una vez realizado el análisis global para la determinación del perfil, se procede a la estratificación de la muestra según procedencia y sexo.

La procedencia de la muestra es una condición que influye de manera evidente en la sexualidad.

Perfil del adulto mayor perteneciente al consultorio:

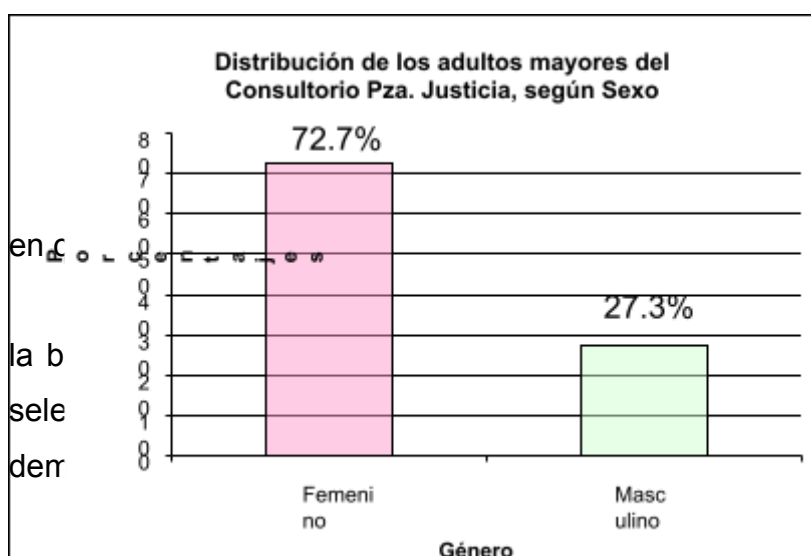
El adulto mayor en estudio es en su mayoría del sexo femenino, con un promedio de edad de 74 años, perteneciente a la religión Católica, casado/a, con una escolaridad básica incompleta, pertenece al grupo socioeconómico medio bajo y vive con dos personas en promedio, sin embargo en su mayoría viven solos.

-Edad de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia.

La edad promedio de los adultos de 65 y más años, encuestados en el consultorio Plaza Justicia es de 74 años, con una desviación estándar de 5.7. El promedio coincide con la mediana.

-Sexo de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia

Gráfico N° 5



en c
la b
sele
der

ero femenino, con un 72.7%,
riadas razones, partiendo de
e el sujeto de estudio no fue
as mujeres, en términos de
ás responsable frente a su

autocuidado, actitud que se genera la mayor parte de la veces en el control de la gestación, y que permanece por el resto del ciclo vital en programas que le son destinados tales como los controles ginecológicos, examen de Papanicolau y controles perimenopausicos. A esto se agrega que el cuidado de las personas es en nuestra cultura una tarea predominantemente femenina, esto mantiene a la mujer en permanente relación con los servicios de salud.

Lo anterior se confirma por las diferencias existentes dentro de las personas mayores de 65 años, inscritas en el consultorio donde un 60.9% corresponde a las mujeres y el 39.1% a los hombres.

-Estado civil de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia

El 43.3% de los adultos mayores que asiste al consultorio Plaza Justicia es casado, predominando las mujeres con un 24.7% versus un 18.7%. Esto se puede explicar debido a que según las cifras nacionales de enfermedades crónicas, como por ejemplo la HTA, las mujeres sufren más de estas enfermedades. Además si consideramos la población inscrita en este consultorio, el mayor porcentaje de esta corresponde a mujeres, según datos extraídos de estadísticas de este mismo Centro de Salud.

Es necesario destacar la gran diferencia que se puede observar en la cantidad de hombres y mujeres viudos que asisten al consultorio (31.3%), en donde la cantidad de mujeres supera en aproximadamente 6 veces la cantidad de hombres.⁴⁰

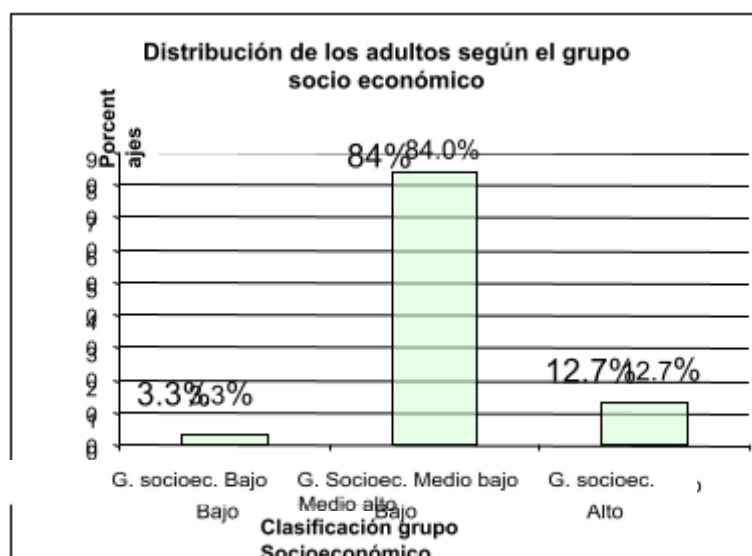
-Número de personas con quien viven los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia

El número promedio de personas con quien vive el adulto de 65 y más años corresponde a 2.

Sin embargo la mayor cantidad de adultos mayores vive sólo con una persona.

-Grupo socioeconómico de los adultos mayores

⁴⁰ Ver anexos tabla IX.

Gráfico N° 6.-

Ver anexos tabla X. (n: 300).

El nivel medio bajo es el predominante en el adulto mayor, con un 84.0 % del total.

-Nivel de escolaridad de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia

El 90.7% de la población alcanza una escolaridad media completa o menos, sin embargo cabe destacar que la categoría más representada es el nivel de escolaridad básica incompleta, con un 32% de los adultos mayores entrevistados.⁴¹

Esta cohorte proviene de la cultura chilena previa a la transición sociocultural, donde el rol social masculino era eminentemente de proveedor y el femenino como dueña de casa y cuidadora de los hijos, se priorizaba el trabajo y el matrimonio en pro de la vida en familia, desplazando a segundo plano la educación formal completa. Este objetivo tampoco era estimulado por el estado si se considera que la obligatoriedad de la enseñanza media es una disposición reciente en Chile.

-Religión de los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia

El tipo de religión con mayor adeptos es la Católica con un 79.33%. Cabe destacar que no existe diferencia con el total de la muestra respecto de otras religiones.

⁴¹ Ver anexos tabla XI.

I.- ANÁLISIS EN MUESTRA DE CLUBES DE ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA UCAM.

-Perfil del adulto mayor de clubes sociales.

El adulto mayor en estudio es en su mayoría del sexo femenino, con un promedio de edad de 73 años, perteneciente a la religión Católica, viudo, con una escolaridad básica completa, pertenece al grupo socioeconómico medio bajo y vive con dos personas en promedio, sin embargo en su mayoría viven solos.

-Edad de los adultos mayores encuestados (n: 150).

La edad promedio de las personas encuestadas en el Club Social es de 73 años, con una desviación estándar de 5.7. Mientras que la mediana es de 72 años.

En este grupo se concentran principalmente los adultos mayores más jóvenes. A medida que aumenta la edad de los adultos mayores, la participación de éstos disminuye.⁴²

-Sexo de los adultos mayores (n: 150).

Se observa un predominio de participación femenina por sobre la masculina dentro de los clubes sociales de adultos mayores con un 61.3% y un 38.7% respectivamente.

-Estado civil de los adultos mayores (n: 150).

El 55.3% de los adultos mayores que participan de estos clubes sociales, pertenecen al grupo de solteros, separados y viudos. El mayor porcentaje está dado por los viudos, con un predominio del género femenino sobre el masculino, con un 34.7% y 4.7% respectivamente. En cambio, al analizar el grupo de los adultos mayores casados estas cifras disminuyen considerablemente, notándose el predominio del género masculino por sobre el femenino con un 18.7% y un 15.3% respectivamente. Además se observa, la poca participación de las mujeres que

⁴² Ver anexos tabla XII, gráfico N° 1.

tienen pareja, ya sea casadas o convivientes, en comparación a los hombres con este mismo estado civil.⁴³

Todo lo anterior hace pensar que este grupo de adultos mayores, se reúne buscando compensar de alguna manera la soledad en que se encuentran, creando redes de apoyo con el grupo de pares, sobretodo en el caso de las mujeres adultas mayores, que en su mayor proporción llegan sin pareja a esta etapa de la vida.

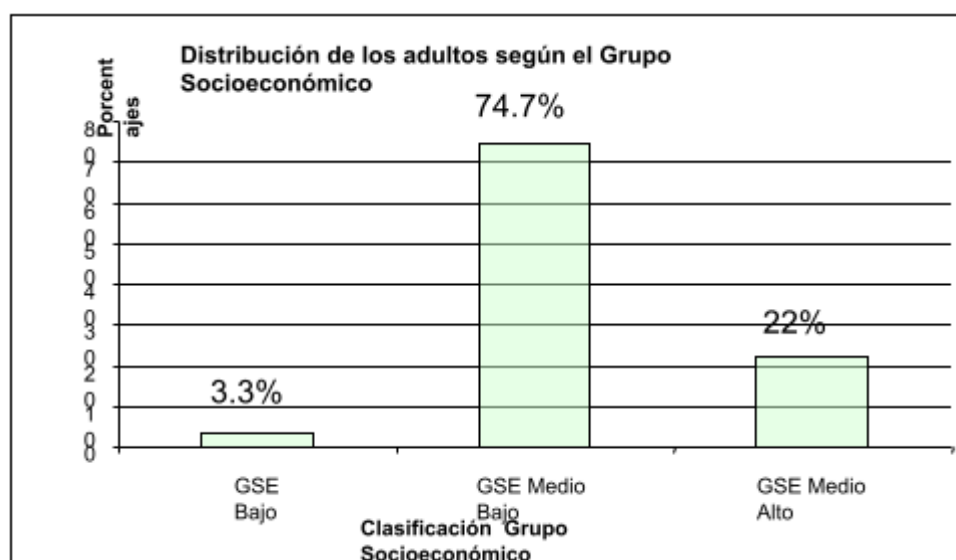
-Número de personas con quien viven los adultos mayores (150).

El número promedio de personas con quien vive el adulto de 65 y más años corresponde a 2.

Sin embargo la mayor cantidad de adultos mayores vive sólo con una persona.

-Grupo socioeconómico de los adultos mayores encuestados en la UCAM

Gráfico N° 7.-



Ver anexos Tabla XIV. (n: 300)

El GSE medio bajo es el predominante en los adultos mayores, con un 74.7% del total. Cabe destacar el aumento del grupo socioeconómico medio alto, lo que se puede explicar por la mayor diversidad de la muestra, debido a que los clubes visitados para realizar las entrevistas están dispersos en varios sectores de Valparaíso, lo cual entrega una población no circunscrita a un solo sector de la comuna.

⁴³ Ver anexos tabla XIII.

A lo anterior se suma la mayor escolaridad que presenta este grupo en comparación con el grupo estudiado del Consultorio Plaza Justicia.

-Nivel de escolaridad de los adultos mayores encuestados en la UCAM

Tabla VI.-

Distribución de los adultos mayores según su nivel de escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Acumulada	Porcentajes %	Porcentaje Acumulado %
Sin Escolaridad	3	3	2.0	2.0
Básica Incompleta	35	38	23.3	25.3
Básica Completa	40	78	26.7	52.0
Media Incompleta	38	116	25.3	77.3
Media Completa	19	135	12.7	90.0
Superior Incompleta	6	141	4.0	94.0
Superior Completa	9	150	6.0	100.0

El 90.0% de la población alcanza una escolaridad media completa o menos, sin embargo cabe destacar que el mayor porcentaje de adultos mayores de la muestra, se concentra en el nivel de escolaridad básica completa, con un 26.7% de los adultos mayores entrevistados.

-Religión de los adultos mayores encuestados en la UCAM

El tipo de religión con mayor adeptos es la Católica con un 77.33%. Cabe destacar que no existe en la muestra algún adulto que pertenezca a las religiones Mormón y Testigo de Jehová.

- **Objetivo específico N° 2: Determinar la influencia de las características sociodemográficas en la vida afectiva y sexual del adulto mayor.**

Tabla VII.-

Distribución de los adultos mayores en estudio por actividad sexual con pareja según sexo y procedencia.

		ORIGEN		
ACTIVIDAD SEXUAL CON PAREJA	SEXO	Consultorio %	UCAM %	Total general %
Ninguna	Femenino	32,7	25,0	57,7
	Masculino	6,0	5,3	11,3
Total Ninguno		38,7	30,3	69,0
Relación Sexual	Femenino	0,3	1,0	1,3
	Masculino	1,7	2,7	4,3
Total Relación Sexual		2,0	3,7	5,7
Otro	Masculino	0,0	1,0	1,0
Total Otro		0,0	1,0	1,0
Relación Sexual + Caricias Intimas	Femenino	3,0	4,0	7,0
	Masculino	5,3	7,7	13,0
Total Relación Sexual + Caricias Intimas.		8,3	11,7	20,0
Rel. Sex. + Jueg. Erot. y/o Caricias Intimas y/u Otros	Femenino	0,3	0,7	1,0
	Masculino	0,6	2,6	3,3

Total Rel. Sex. + Jueg. Erot. y/o Caricias Intimas y/u Otros		0,9	3,3	4,3
Totales	Femenino	36,3	30,7	67,0
	Masculino	13,7	19,3	33,0
Total general		50,0	50,0	100,0

El 31% de los adultos mayores estudiados tiene algún tipo de actividad sexual con pareja, la mayor parte tiene relación sexual asociado a caricias íntimas.

Destaca que son los hombres los que en su mayoría realizan estas actividades sexuales en todas las categorías consultadas.

Sólo un 9.3% de la muestra es mujer y tiene actividad sexual, en contraste con el 21.6% que es hombre y tiene actividad sexual.

Destaca que la mayoría de las actividades son realizadas por los adultos mayores pertenecientes a la UCAM.

Tabla VIII.- Actividad sexual sin pareja de los adultos mayores, según sexo y procedencia.

Actividad Sexual sin Pareja	SEXO	ORIGEN		Total general %
		Consultorio %	UCAM %	
Ninguna	Femenino	36,0	30,0	66,0
	Masculino	12,7	17,7	30,3
Total ninguna		48,7	47,7	96,3
Masturbación	Femenino	0,3	0,7	1,0
	Masculino	1,0	1,7	2,7
Total Masturbación		1,3	2,3	3,7
Total General		50,0	50,0	100,0

El 96.3% de los adultos mayores dice no realizar prácticas masturbatorias. Sólo el 1% de la muestra corresponde a mujeres que reconocen practicar el autoerotismo.

Llama la atención el bajo porcentaje de hombres que dice practicar la masturbación u otras formas de autoerotismo, considerando que socialmente esta práctica es aceptada en este género no otorgándosele la connotación negativa que se le atribuye a esta práctica en sus pares femeninos.

La procedencia de la muestra no es un factor que influye en la práctica de actividad sexual sin pareja.

El 40,5% de los adultos mayores que tiene actividad sexual con pareja, sea esta relación sexual y/o caricias íntimas, realizan estas prácticas sexuales de 1 a 13 veces en 6 meses y se concentran principalmente en el grupo etéreo más joven.

La edad es un factor determinante en la frecuencia de la actividad sexual, esto queda de manifiesto al observar que a medida que el adulto mayor avanza en edad va disminuyendo la frecuencia con que practica las relaciones sexuales y las caricias íntimas.

Cabe destacar que los adultos mayores, de 85 años y más no practican ninguna de estas dos actividades sexuales.⁴⁴

⁴⁴ Ver anexos Tabla XV

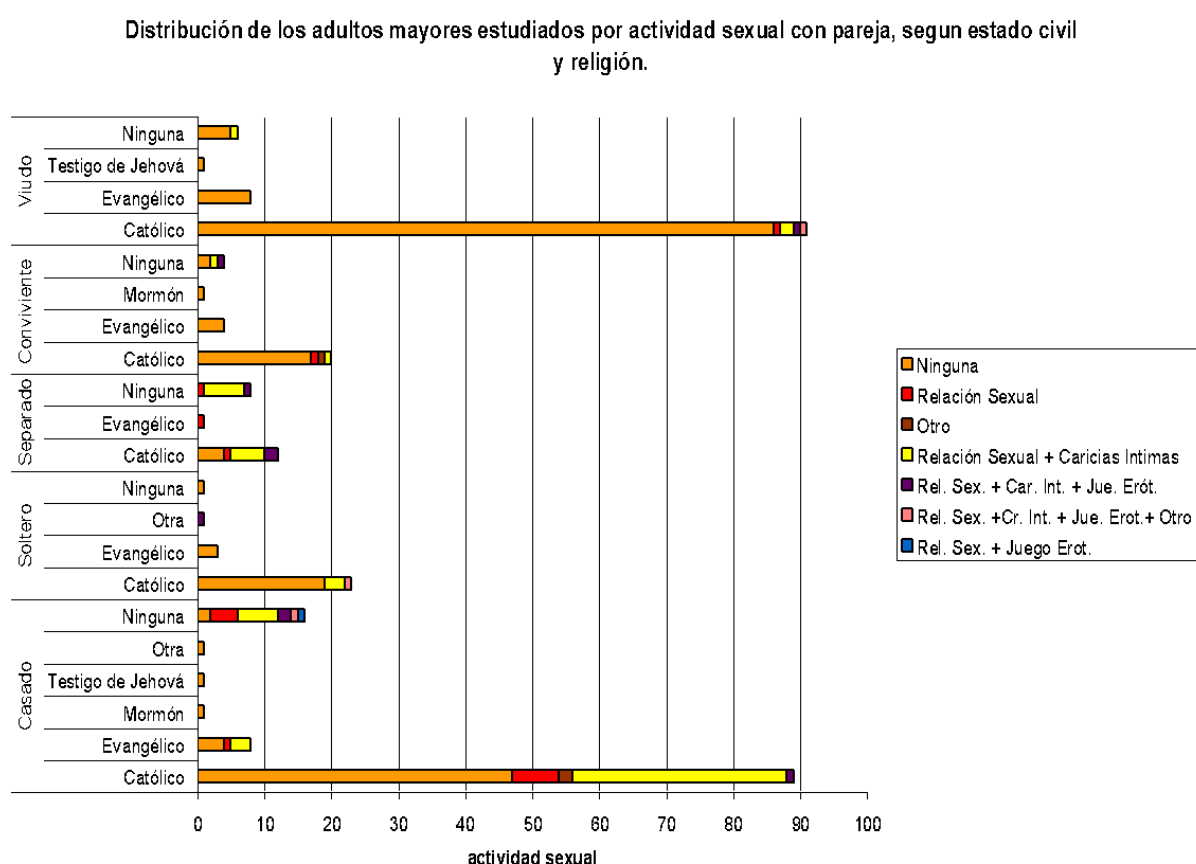
Tabla IX.-**Distribución de los adultos mayores en estudio por Actividad Sexual con Pareja, según Estado Civil.**

E. civil	Ninguna	R. sexual	Otro	R. sexual + C. Intimas	R. sexual + C. intimas + J. eróticos	R. Sexual + C. intimas+ J. Eróticos + otros	R. sexual + Juegos Eróticos	Total general
	%	%	%	%	%	%	%	%
Casado/a	18,7	4,0	0,7	13,7	1,0	0,3	0,3	38,7
Soltero/a	7,7	0,0	0,0	1,0	0,3	0,3	0,0	9,3
Conviviente	1,3	1,0	0,0	3,7	1,0	0,0	0,0	7,0
Separado	8,0	0,3	0,3	0,7	0,3	0,0	0,0	9,7
Viudo/a	33,3	0,3	0,0	1,0	0,3	0,3	0,0	35,3
Total General	69,0	5,7	1,0	20,0	3,0	1,0	0,3	100,0

Un 18,7% de los adultos mayores está representado por casados sin actividad sexual con su pareja, en este mismo grupo, los que si tienen actividad sexual convergen principalmente en la categoría relación sexual asociado a caricias íntimas. Es importante destacar que la categoría que reúne la mayor parte de adultos mayores es viudo sin actividad sexual. Todo lo antes expuesto permite decir que la variable estado civil, influye de manera evidente en la conducta sexual, pues la mayor parte de los AM sin actividad sexual, está representada por los viudos, separados y solteros. Otro dato destacable es que al estar casado, tienen una mayor diversidad de actividades sexuales, complementando el acto coital, con otras formas de contacto sexual, tales como los juegos eróticos y caricias íntimas, que no necesariamente terminan en coito, incluyendo practicas eróticas orales y/o anales, entre otras.

Gráfico N° 8.

Distribución de los adultos mayores estudiados por actividad sexual con pareja, según estado civil y religión



Ver anexos tabla XVI (n: 300).

Al analizar el gráfico precedente, se aprecia la casi nula influencia de la religión (católica en esta muestra) sobre la actividad sexual con pareja, esto queda de manifiesto por la presencia de actividad sexual en los grupos de adultos mayores que no están casados.

Además se observa la clara influencia que tiene el estado civil sobre la actividad sexual, influencia que es evidentemente mayor que la religión. Los datos obtenidos concuerdan con la bibliografía, ya que aun cuando las distintas entidades religiosas pretenden instaurar ciertas reglas morales y limitar la expresión de la

sexualidad, los adultos mayores han formado su propio criterio en este ámbito, lo que les permite vivir su sexualidad independiente de lo que su credo les imponga.

Tabla X.-

Distribución de los adultos mayores por actividad sexual con pareja según grupo socioeconómico.

Actividad Sexual	Grupo Socioeconómico		GSE. Medio Bajo		GSE. Medio Alto		Total	
	GSE. Bajo	%	GSE. Medio Bajo	%	GSE. Medio Alto	%	Total	%
Ninguno	8	2,7	170	56,7	29	9,7	207	69
Relación Sexual	2	0,7	11	3,7	4	1,3	17	5,7
Caricias Intimas	0	0	0	0	0	0	0	0
Juegos Eróticos.	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros.	0	0	3	1	0	0	3	1
Relac. Sex. + Car. Intimas	0	0	45	15	15	5	60	20
R. Sex.+ Juegos Erót. y/o C. Intimas y/u Otros	0	0	9	3	4	1,3	13	4,3
Total	10	3,4	238	79,4	52	17,3	300	100

La mayoría de los adultos mayores no tiene actividad sexual con pareja y pertenece al grupo socioeconómico medio bajo.

El grupo socioeconómico bajo practica sólo las relaciones sexuales, es decir no manifiesta ningún otro de tipo de expresión de la sexualidad. Mientras que en los grupos socioeconómicos medio bajo y medio alto los adultos mayores practican una más variada gama de actividades sexuales. Esto concuerda con lo expuesto por Cayo Ríos en su estudio "Sexualidad en la tercera edad y su relación con el

bienestar subjetivo”, en el cual el autor plantea que, a mayor nivel educacional y socioeconómico el concepto de sexualidad se torna más enriquecedor perdiendo protagonismo el coito como única expresión sexual, abarcando de esta manera otros aspectos de la vida de la persona.

Observamos, además, claramente esto en el grupo socioeconómico medio alto, en el cual del total de las personas que tiene actividad sexual, el 82,6%, dice incluir dentro de sus prácticas sexuales, las caricias íntimas y/o los juegos eróticos.

También lo observamos en el nivel de escolaridad superior incompleta y completa en donde el coito es complementado con otro tipo de manifestaciones sexuales, tales como las caricias íntimas y los juegos eróticos.⁴⁵

- **Determinar la influencia de morbilidades del aparato genital y su tratamiento en el ejercicio de la sexualidad del sujeto de estudio.**

Se realizaron diferentes tablas para analizar la influencia de estas patologías en el ejercicio de la sexualidad del Adulto Mayor, no obstante, el número total de personas con alguna morbilidad corresponde al 5%, lo que no hace posible conclusiones evidentes y satisfactorias. En el análisis bivariado no hay mayores diferencias con la población que no tiene patología del aparato reproductor.⁴⁶

⁴⁵ Ver anexos tabla XVIII

⁴⁶ Ver anexos Tablas XIX, XX, XXI

- Determinar los factores fisiológicos propios de la vejez que afectan la vida afectiva y sexual del adulto mayor.

Gráfico N° 9

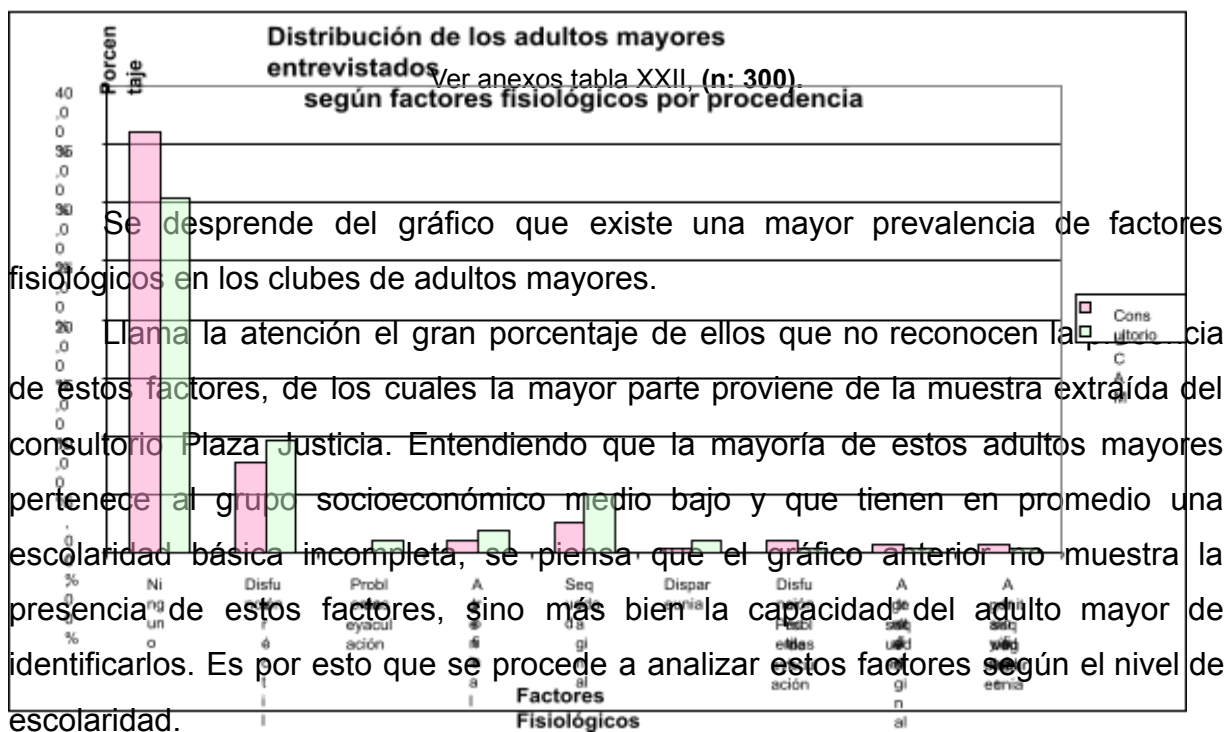


Tabla XI.-

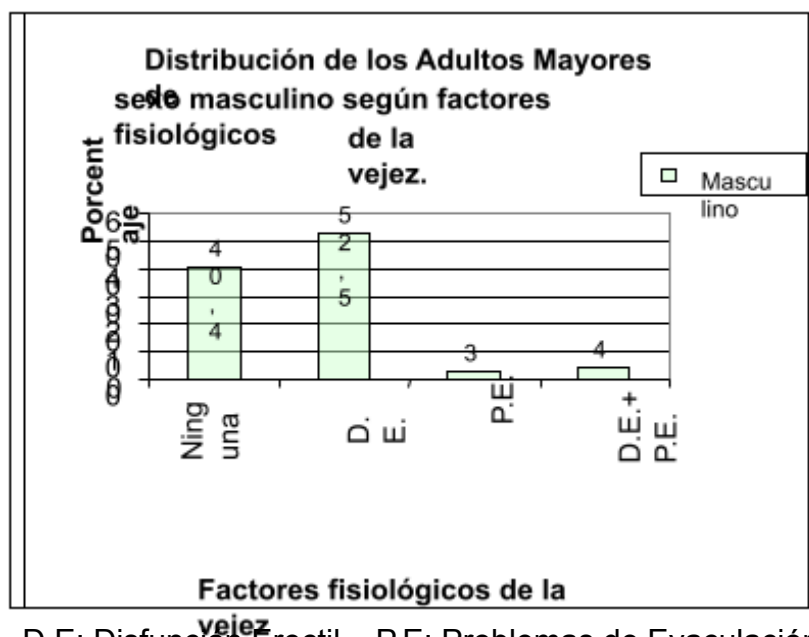
Distribución de los adultos mayores entrevistados por factores fisiológicos según escolaridad.

ESCOLARIDAD							
FACTORES FISIOLÓGICOS.	S/Esco I	Bás. incompl	Básica compl	Media incompl	Media compl	Sup. incompl	Su Con
Ninguno	100,0	77,1	65,8	59,0	71,4	50,0	4
Disfunción eréctil	0,0	7,2	19,7	21,8	10,7	25,0	4
Problemas de eyaculación	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	8,3	5
Atrofia genital	0,0	1,2	5,3	5,1	0,0	0,0	0
Sequedad vaginal	0,0	9,6	6,6	7,7	7,1	16,7	0
Dispareunia	0,0	2,4	1,3	0,0	0,0	0,0	5
Disfunción eréctil + Problemas de eyaculación	0,0	0,0	1,3	1,3	7,1	0,0	0
Atrofia genital + Sequedad vaginal	0,0	1,2	0,0	2,6	0,0	0,0	0
Atrofia genital y/o Sequedad vaginal + Dispareunia	0,0	1,2	0,0	2,6	0,0	0,0	0
General	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	10

Se observa claramente que a mayor escolaridad hay mayor reconocimiento de los factores fisiológicos que afectan al adulto mayor, esto queda en evidencia al analizar la disfunción eréctil y la sequedad vaginal en los niveles de escolaridad superior incompleta y completa en donde se concentra la mayor cantidad de adultos mayores que refieren este tipo de factores.

Los cambios fisiológicos de la vejez que se presentan con mayor frecuencia, son la disfunción eréctil con un 17,3% y la sequedad vaginal con un 7,7% del total de la muestra. Datos esperables, debido a que coinciden con las fuentes bibliográficas consultadas, en las cuales se señala que, ya a partir de los 50 años los cambios propios del proceso de envejecimiento comienzan a hacerse evidentes en la esfera sexual.

Gráfico N° 10.-



D.E: Disfunción Erectil P.E: Problemas de Eyacuación

Ver anexos tabla XXIII (n: 300).

El factor fisiológico de la vejez que se presenta con mayor frecuencia en el hombre es la disfunción eréctil con un 52,5%. Sin embargo, llama la atención que un 40,4% de los varones no reconoce la presencia de los factores consultados.

El cambio fisiológico propio de la vejez que se presenta con mayor frecuencia, en las mujeres entrevistadas, es la sequedad vaginal con un 11,4%. Sin embargo, la mayoría de ellas no reconoce la presencia de los factores fisiológicos consultados. Esto se puede explicar si se considera que la mayor parte de estas mujeres no tiene actividad sexual, por lo que se piensa que muchas de ellas no tienen la capacidad de darse cuenta de los propios cambios que afectan su cuerpo, por el hecho de encontrarse, de algún modo desconectadas o alejadas de la sexualidad y más aún de la genitalidad.

Tabla XII.-

Distribución de los adultos mayores con disfunción eréctil y con sequedad vaginal, según la presencia de actividad sexual con pareja.

Actividad Sexual con Pareja	Disfunción eréctil	%
Ninguna	16	44,4
Algún tipo de actividad sexual con pareja	20	55,6
Total general	36	100
Actividad Sexual con Pareja	Sequedad vaginal	%
Ninguna	17	65,4
Algún tipo de actividad sexual con pareja	9	34,6
Total general	26	100

Del total de los adultos mayores que reconocen presentar disfunción eréctil, la mayoría tiene algún tipo de actividad sexual con pareja. Lo que sugiere que éste no es un factor determinante en la presencia o ausencia de sexualidad. Por otro lado del total de las mujeres que reconocen la presencia de sequedad vaginal un 34,7% refiere mantener la actividad sexual con pareja.

Tabla XIII.-

Distribución de los adultos mayores entrevistados por actividad sexual con pareja según disminución del deseo sexual.

Actividad Sexual con pareja	Disminución del deseo sexual					
	Sí	%	No	%	Total general	%
Ninguna	178	59,3	29	9,7	207	69,0
Relación Sexual	11	3,7	6	2,0	17	5,7
Otro	1	0,3	2	0,7	3	1,0
Relación Sexual +Caricias Íntimas	42	14,0	18	6,0	60	20,0
R. Sexual + C. Íntimas + J. Eróticos	2	0,7	7	2,3	9	3,0
R. Sexual + C. Íntimas + J. Eróticos+ Otro	2	0,7	1	0,3	3	1,0
R. Sexual + J. Eróticos	0,0	0,0	1	0,3	1	0,3
Total general	236	78,7	64	21,3	300	100,0

Del total de las personas que refieren una disminución en su deseo sexual un 75,4% no mantiene ningún tipo de actividad sexual con pareja. Por otra parte es importante mencionar que un 24,6% de las personas mantiene actividad sexual con pareja a pesar de referir una disminución en su deseo sexual.

Del total de las personas que dicen no presentar disminución en el deseo sexual un 54,7% mantiene algún tipo de actividad sexual con pareja. Por lo tanto, la disminución del deseo sexual influye en gran medida en la presencia o ausencia de la actividad sexual.

Tabla XIV.-

Frecuencia de deseo sexual con frecuencia de actividad sexual.

Frecuencia de deseo sexual	Frecuencia de actividad sexual en 6 meses										Total
	Relación Sexual con pareja										
	1 a 13	14 a 26	27 a 39	40 a 52	53 a 65	66 a 78	79 a 91	92 a 104	105 a 117	118 a 130	
Poco Frecuente	52	13	2	1	0	1	0	0	0	0	69
Frecuente	22	15	5	7	2	4	1	0	0	2	58

Muy Frecuente	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Sin deseo	164	2	0	1	0	0	0	0	0	1	168
Total	240	32	7	9	3	5	1	0	0	3	300

El 97.6% de los entrevistados que no tienen deseo sexual manifestó tener Relaciones sexuales con pareja entre 1 a 13 veces en 6 meses. Esto es equivalente al 54.7% del total de los adultos mayores entrevistados que sin deseo presentan esta frecuencia de actividad sexual con pareja.

A pesar que hay entrevistados que manifestaron tener deseo sexual *frecuente* o *muy frecuente* no hay aumento significativo de la frecuencia de la actividad sexual en 6 meses.

El 80% de los adultos mayores en estudio sin importar la frecuencia del deseo sexual manifestó tener relaciones sexuales 1 a 13 veces en 6 meses.

Tabla XV.-

Grupo etáreo según frecuencia de la actividad sexual, relación sexual con pareja en 6 meses.

Edad / Frecuencia	1 a 13	14 a 26	27 a 52	53 a 78	79 a 130	Total
65 - 69 años	12	16	6	4	1	39
70 - 74 años	12	11	6	3	1	33
75 - 79 años	9	5	3	0	0	17
80 - 85 años	1	0	1	0	1	3
85 años y más	0	0	0	1	0	1

Afectividad y Sexualidad a partir de los 65 Años.

Total	34	32	16	8	3	93
-------	----	----	----	---	---	----

Se desprende de esta tabla que a mayor edad, menor es la frecuencia de relación sexual con pareja.

Dentro del grupo de 65 a 69 años la mayoría tiene relaciones sexuales con pareja con una frecuencia de 14 a 26 veces en 6 meses. Mientras que con el resto de los grupos de edad la mayoría oscila entre las frecuencias 1 a 13 veces en 6 meses.

-Determinar la influencia de patologías crónicas, su tratamiento y tiempo de evolución, en el ejercicio de la sexualidad del sujeto de estudio.

Tabla XVI.- Actividad sexual con pareja según estado de salud n=300.

Actividad sexual con pareja	Crónicos	Porcentaje %	No Crónicos	Porcentaje %
Ninguna	185	72.8	22	47.8

Afectividad y Sexualidad a partir de los 65 Años.

Relación sexual	16	6.3	1	2.1
Caricias intimas	0	0	0	0
Juegos eróticos	0	0	0	0
Otro	1	0.4	2	4.3
Relación sexual+caricias intimas	44	17.3	16	34.8
Relación sexual+caricias intimas+juegos eróticos	5	2.0	4	8.7
Relación sexual+caricias intimas+juegos eróticos +otro	2	0.8	1	2.1
Relación sexual+juegos eróticos	1	0.4	0	0
Total	254	100	46	100

Tabla XVII.- Actividad sexual sin pareja, según estado de salud, clasificados en Crónicos y No Crónicos.

Actividad sexual sin pareja	Crónicos	Porcentaje %	No Crónicos	Porcentaje %
Ninguna	244	96.1	45	97.8

Masturbación (M)	10	3.9	1	2.2
Juegos eróticos (JE)	0	0	0	0
M + JE	0	0	0	0
Otro	0	0	0	0
Total	254	100	46	100

Tabla XVIII: Presencia de deseo sexual, según su estado de salud, clasificados en Crónicos y No Crónicos.

Deseo Sexual	Crónicos	Porcentaje %	No Crónicos	Porcentaje %
Si	104	40.9	28	60.9
No	150	59.1	18	39.1
Total	254	100	46	100

De las tres tablas anteriores se puede concluir que las patologías crónicas influyen en el ejercicio de la sexualidad, el porcentaje de los no crónicos con cualquier actividad sexual con pareja sobrepasa ampliamente a los crónicos, asimismo manifiestan en la mayoría la presencia de deseo sexual. Sin embargo, las prácticas del autoerotismo son mayores en el grupo de los crónicos.

Tabla XIX: Presencia de deseo sexual según tiempo de evolución de la enfermedad en años.

Tiempo evolución en años	Presencia de deseo					
	SI	%	NO	%	Total	%
0	29	22,0	20	11,9	49	16,3
0,25- 5	41	31,0	51	30,4	92	30,7
06 -10	32	24,2	40	23,8	72	24,0
11 – 15	6	4,5	23	13,7	29	9,7
16 – 20	7	5,3	7	4,2	14	4,6
21 – 25	6	4.5	9	5.4	15	5.0
26 – 30	4	3.0	6	3.6	10	3.3
30 – 35	1	0.7	4	2.4	5	1.7
más de 35	6	4.5	8	4.8	14	4.7
TOTAL	132	100,0	168	100,0	300	100,0

No se observa una tendencia clara en el aumento del no deseo respecto al aumento del tiempo de evolución de la enfermedad, sin duda porque no todas tienen la misma influencia en la respuesta sexual además esta observación esta cruzada por el mismo avance de la edad.

En esta tabla se aprecia que la presencia de deseo sexual va disminuyendo conforme pasan los años de evolución de la enfermedad, no obstante se esperaría que las personas que no refieren deseo sexual fuesen en aumento, fenómeno que no ocurre en la tabla, por lo tanto se piensa que el deseo disminuye puesto que las personas con más años de evolución de enfermedad tienen más años de vida, consiguiente ha disminuido el deseo sexual, pero no a causa del tiempo de evolución de enfermedades crónicas, sino como causa fisiológica.

Tabla XX: Patología Crónica según sexo

Patología Crónica	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Ninguna	21	7,0	25	8,3	46	15,3
Hipertensión Arterial (HTA)	75	25,0	34	11,3	109	36,3
Diabetes Mellitus (DM)	8	2,7	4	1,3	12	4,0
Artrosis y/u Osteoporosis	4	1,3	2	0,7	6	2,0
Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica (EBOC) / Asma	5	1,7	3	1,0	8	2,7
Enfermedad Cardíaca	0	0,0	2	0,7	2	0,7
Otras	6	2,0	4	1,3	10	3,3
HTA + DM	33	11,0	11	3,7	44	14,7
HTA + (artrosis/osteoporosis y/o EBOC/asma y/o enfer. Cardíaca y/o otras)	41	13,7	12	4,0	53	17,7
HTA + DM (artrosis/osteoporosis y/o EBOC/asma y/o enfer. Cardíaca y/o otras)	8	2,7	1	0,3	9	3,0
DM + (artrosis/osteoporosis y/o EBOC/asma y/o enfer. Cardíaca y/o otras)	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Total	201	67,0	99	33,0	300	100,0

Lo que se muestra en esta tabla es que el total de AM hipertensos corresponde al 71.7%, concordando con el escenario nacional en donde la prevalencia de HTA en personas de 65 años y más es de 78.8%.

Dentro de las personas con Hipertensión arterial, las mujeres tienen mayor prevalencia en relación a los hombres coincidiendo de igual forma con cifras del MINSAL.

El total de AM con diabetes sobrepasa el porcentaje nacional, siendo 22.0% y 15.2% respectivamente. El sexo predominante en esta patología es el masculino coincidiendo a lo dicho anteriormente en la teoría.

Las cifras de 2 o más enfermedades crónicas sobrepasan el 35%.

Lo anterior refleja el efecto de selección de la muestra, donde los enfermos crónicos están más representados que en la población general.

Tabla XXI.- Patología Crónica según presencia de deseo sexual

Patología Crónica / Deseo Sexual	SI	%	NO	%	Total	%
Ninguna	28	21,2	18	10,7	46	15,3
Hipertensión Arterial (HTA)	44	33,3	65	38,7	109	36,3
Diabetes Mellitus (DM)	6	4,5	6	3,6	12	4
Artrosis y/u Osteoporosis	2	1,5	4	2,4	6	2
Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica (EBOC) / Asma	2	1,5	6	3,6	8	2,7
Enfermedad Cardíaca	2	1,5	0	0	2	0,7
Otras	6	4,5	4	2,4	10	3,3
HTA + DM	17	12,9	27	16,1	44	14,7
HTA + (artrosis/osteoporosis y/o EBOC/asma y/o enfer. Cardíaca y/o otras)	20	1,5	33	19,6	53	17,7
HTA + DM (artrosis/osteoporosis y/o EBOC/asma y/o enfer. Cardíaca y/o otras)	4	3,1	5,0	3,0	9	3,0
DM + (artrosis/osteoporosis y/o EBOC/asma y/o enfer. Cardíaca y/o otras)	1	0,8	0	0	1	0,3
Total	132	100	168	100	300	100

Del total de las personas que refieren no tener deseo sexual, un 77,4% son hipertensos, y del total de las personas que refieren mantener el deseo sexual un 50,8% presentan esta misma patología. De estos datos se puede determinar que la hipertensión influye en cierta medida en el ejercicio de la sexualidad y afectividad.

Tabla XXII.- Patologías crónicas según cambios fisiológicos

Patologías Crónicas	Factores Fisiológicos									Total
	Ninguna	Disfunción eréctil (1)	Problemas de eyaculación (2)	Atrofia genital (3)	Sequedad Vaginal (4)	Dispareunia (5)	1 + 2	3 + 4	3 y/o 4 + 5	
Ninguna	28	12	1	2	3	0	0	0	0	46
Hipertensión arterial (HTA)	77	14	1	2	10	0	3	1	1	109
Diabetes mellitas (DM)	8	3	0	0	0	1	0	0	0	12
Artrosis y/u osteoporosis (3)	4	1	0	0	1	0	0	0	0	6
Eboc/asma (4)	5	1	0	2	0	0	0	0	0	8
Enfermedad cardíaca (5)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otras* (6)	3	3	0	0	2	0	0	1	1	10
HTA+DM	33	7	0	2	0	0	0	1	1	44
HTA+(3 y/o 4 y/o 5 y/o 6)	35	10	0	1	4	2	1	0	0	53
HTA+DM (3y/o 4y/o 5 y/o 6)	4	1	0	0	3	1	0	0	0	9

DM(3 y/o 4y/o 5 y/o 6)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	199	52	3	9	23	4	4	3	3	300

*Otros: dislipidemia, enfermedad tiroidea, epilepsia, gota, lupus, parestesia, gastritis, insuficiencia renal, enfermedad celiaca, glaucoma, etc.

El 62.1% de los hombres hipertensos *reconocen* tener disfunción eréctil.

El 48% de los hombres sin ninguna patología crónica *reconoce* tener disfunción eréctil.

El 64.7% de los hombres diabéticos reconocen tener disfunción eréctil.

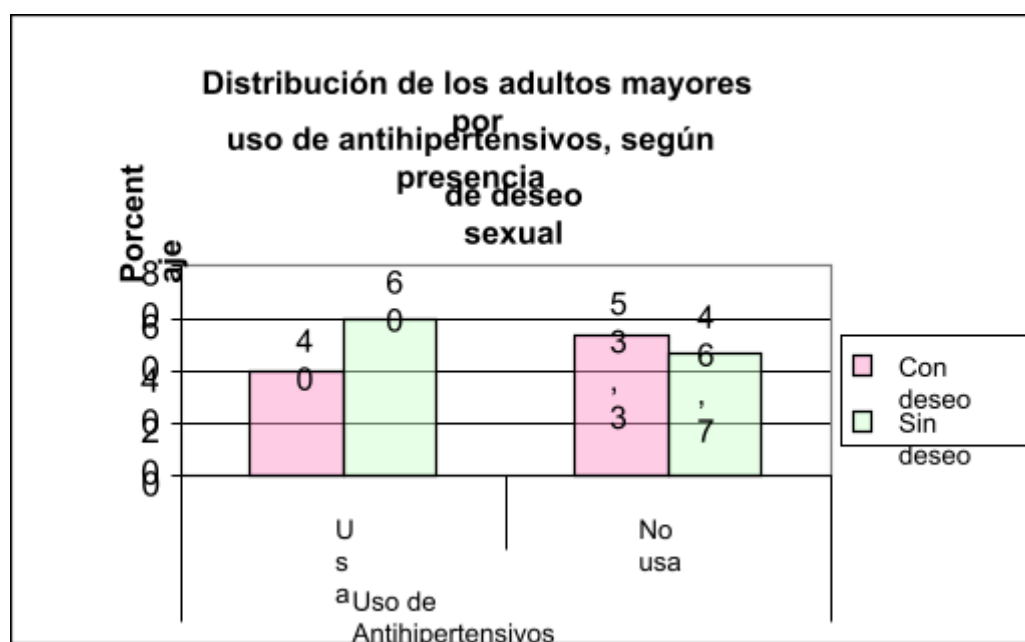
Por lo tanto la mayoría de los hombres que tienen alguna enfermedad crónica se ven afectados en el área sexual.

Esto contrasta con las mujeres con alguna enfermedad crónica, donde se ve que el 8.2% de las mujeres diabéticas reconocen tener sequedad vaginal.

El 11.5% de las mujeres hipertensas reconocen tener sequedad vaginal.

El 14.3% de las mujeres sin ninguna patología reconocen tener sequedad vaginal, lo cual hace pensar que la patología crónica no influye de manera evidente en la aparición de factores fisiológicos como la sequedad vaginal.

Gráfico N° 11.-



no se observan diferencias entre aquellos adultos mayores que consumen

⁴⁷ Ver anexos Tabla XXV.

antihipertensivos y quienes no lo hacen⁴⁸. A pesar de esto último, se considera a los antihipertensivos como medicamentos que tienen una influencia negativa en el ejercicio de la sexualidad ya que se asocian a disminución o ausencia del deseo sexual y a disfunción eréctil en los adultos mayores entrevistados.

Hay otros tipos de medicamentos que se usan como tratamiento complementario al uso de antihipertensivos, estos son los diuréticos. Según la teoría, este tipo de medicamento disminuye la erección.

En la tabla se aprecia que un 56,3% de los adultos mayores que usan algún diurético, tienen disfunción eréctil, y un 12,5% tienen disfunción eréctil asociado a problemas de eyaculación.

Tabla XXIII.-

Distribución de los adultos mayores por factores fisiológicos según uso de diuréticos.

FACTORES FISIOLÓGICOS	Diurético					
	No usa	%	Usa	%	Total	%
Ninguno	35	42,2	5	31,3	40	40,4
Disfunción eréctil	43	51,8	9	56,3	52	52,5
Problemas de Eyaculación	3	3,6	0	0	3	3
Disf. Eréctil + Probl. Eyaculación	2	2,4	2	12,5	4	4
Total general	83	100	16	100	99	100

Como se espera según datos bibliográficos, el uso de hipoglicemiantes no tiene un efecto directo en la presencia o ausencia de deseo sexual.⁴⁹

Respecto a los broncodilatadores, se observa que el uso de éstos, no muestra una evidente influencia sobre la respuesta sexual, esto es igual para ambos sexos.⁵⁰

Otro de los medicamentos consultados son los antidepresivos; el uso de éstos representa sólo el 2,7% del total de la muestra y corresponden a mujeres, del total de las mujeres que presenta dispareunia el 50% usa algún tipo de antidepresivos y del total de las mujeres que presenta atrofia genital asociado a sequedad vaginal el 33,3% usa este mismo tipo de medicamento.

⁴⁸ Ver anexos Tabla XXVI.

⁴⁹ Ver anexos Tabla XXVII.

⁵⁰ Ver anexos Tabla XXVIII.

Por lo que se deduce, este fármaco tiene algún grado de influencia sobre la presencia de ciertos factores fisiológicos consultados. Por otro lado este mismo fármaco no permite suponer una influencia sobre la disminución del deseo sexual en las mujeres entrevistadas.

El uso de otros fármacos o tratamientos como la levotiroxina, eutirox, ranitidina, aspirina, simvastatina o la radioterapia y la quimioterapia, respectivamente, no permiten suponer una influencia sobre la presencia o ausencia de factores fisiológicos, ni en la disminución del deseo sexual en los adultos mayores entrevistados.

Objetivo N° 2: Identificar las necesidades sentidas en afectividad y sexualidad del adulto mayor.

- Determinar la importancia que tiene para el adulto mayor el ejercicio de su sexualidad.

Tabla XXIII.-

Importancia de la sexualidad según sexo

Importancia de la Sexualidad	Femenino		Masculino		Total General	
	Cantida d	%	Cantida d	%	Cantida d	%
Sin Importancia	87	43,3	5	5,1	92	30,7
Escasa Importancia	23	11,4	6	6,1	29	9,7
Importante	52	25,9	38	38,3	90	30
Muy Importante	39	19,4	50	50,5	89	29,7
Total	201	100	99	100	300	100

Nota	Importancia
1	Sin Importancia
2-3	Escasa Importancia
4-5	Importante
6-7	Muy Importante

Para la mayor cantidad de las mujeres del total de la muestra, la sexualidad no tiene importancia con un 43.3%, en discordancia, la mayoría de los hombres

manifiestan que es muy importante. En total, los adultos mayores dentro de las categorías; “importante” y “muy importante” suman un 59.7%, esto demuestra que a un poco más de la mitad de las personas de 65 años y más, aún les interesa y le dan importancia a la sexualidad en su vida actual.

Tabla XXIV.- Importancia de la sexualidad según origen

Importancia de la Sexualidad	Consultorio	%	UCAM	%	Total general	%
Sin Importancia	51	34,0	41	27,3	92	30,7
Escasa Importancia	19	12,7	10	6,7	29	9,7
Importante	45	30,0	45	30,0	90	30,0
Muy Importante	35	23,3	54	36,0	89	29,6
Total	150	100,0	150	100,0	300	100,0

Al analizar la muestra según origen, si bien en un tercio de la muestra proveniente del consultorio, predomina la categoría “sin importancia”, el 53.3% clasifica la sexualidad en su vida actual como importante o muy importante.

No obstante los encuestados de la Unión Comunal de Adultos Mayores, le brindan en promedio mayor importancia a su sexualidad que las personas procedentes del consultorio Plaza Justicia.

Tabla XXV.- Medidas de resumen de la variable importancia de la sexualidad

Procedencia / Medida de resumen	Promedio	Desviación Estándar	Moda
Consultorio	3,6	2,2	1
UCAM	4,2	2,3	1
Total Muestra	3,9	2,3	1

Al analizar el dato en el total de la muestra, los adultos mayores califican la sexualidad en su vida actual con nota promedio 3,9. El grupo más numeroso lo constituye aquellos que le otorgaron nota 1,0.

Se hace indispensable resaltar que la mayor parte de los adultos mayores en estudio califican en promedio su sexualidad como “escasamente importante”. Esto se explica por el hecho que la mayoría de la muestra no tiene ningún tipo de actividad sexual, ni siquiera el autoerotismo o autosatisfacción, esto sumado al hecho que las personas viudas sumadas a las solteras y separadas sobrepasan en gran parte a las casadas.

Tabla XXVI.- Importancia de la sexualidad con estado civil.

Importancia de la sexualidad	Estado Civil						Total
	Casado	Soltero	Conviviente	Separado	Viudo	Otro	
Sin importancia	22	7	0	13	50	0	92
Escasa importancia	11	4	1	3	10	0	29
Importante	41	11	8	6	24	0	90
Muy importante	42	6	12	7	22	0	89
Total	116	28	21	29	106	0	300

En resumen la tabla muestra que los adultos mayores que tienen o buscan pareja (casados o solteros) dicen que la sexualidad en su vida actual es importante o muy importante, mientras que para los que no tienen pareja, sean separados o viudos, en su mayoría le otorgan escasa o nula importancia.

- **Determinar el grado de satisfacción que experimenta el adulto mayor después de realizar cualquier tipo de actividad sexual.**

Tabla XXVII.- Satisfacción sexual según tipo de actividad sexual n: 300.

Satisfacción sexual con pareja	Actividad sexual con pareja									Total
	Ninguna	Relación Sexual (1)	Caricias Intimas (2)	Juegos eróticos (3)	Otro* (4)	1+2	1+2 +3	Todas	1+3	
Muy satisfecho	0	3	0	0	1	16	3	1	0	24
Satisfecho	0	13	0	0	2	39	6	2	1	63
Insatisfecho	0	1	0	0	0	4	0	0	0	5

Muy insatisfecho	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Sin actividad sexual	207	0	0	0	0	0	0	0	0	207
Total	207	17	0	0	3	60	9	3	1	300

*Sexo anal, Sexo oral.

La mayoría de los adultos mayores en estudio mantiene como actividad sexual con pareja la asociación; relación sexual más caricias íntimas.

De todos los adultos mayores que mantenían actividad sexual con pareja la mayoría se declara “satisfecho” o “muy satisfecho” con una equivalencia del 93.5%, sólo un 6.5% de la población se declaró “insatisfecho” o “muy insatisfecho”.

No hay diferencia de satisfacción entre los que mantenían dos tipos de actividad sexual y los que mantenían más de dos.

Tabla XXVIII.- Grado de satisfacción experimentada, según actividad sexual sin pareja.

Satisfacción sexual sin pareja	Actividad sexual sin pareja				Total
	Ninguna	Masturbación (1)	Juegos eróticos (2)	1+2	
Muy satisfecho	0	0	0	0	0
Satisfecho	0	9	0	0	9
Insatisfecho	0	2	0	0	2

Muy insatisfecho	0	0	0	0	0
Sin actividad sexual	289	0	0	0	289
Total	289	11	0	0	300

Solo un 3.8% del total de los estudiados reconoce tener como actividad sexual sin pareja la masturbación.

De ellos un 81.8% se declaró satisfecho, mientras que el resto, se declaró insatisfecho. Nadie declaró sentirse muy satisfecho con la actividad sexual masturbación.

- **Identificar la principal razón que determina la presencia o ausencia de actividad sexual en el adulto mayor.**

Tabla XXIX.- Motivo para tener actividad sexual. n:300.

Motivos para tener relaciones sexuales	Cantidad de personas	%Porcentaje
Deseo/placer	63	67.0
Por cumplir con la pareja	13	13.8
Buena relación con la pareja	9	9.6
Se siente bien biológicamente	9	9.6
Total	94	100

Tabla XXX.- Motivo para tener actividad sexual: Cumplir con la pareja según sexo.

Sexo/Motivo	Cantidad	Porcentaje %
Hombres	1	7.7
Mujeres	12	92.3
Total	13	100.0

El principal motivo que relatan los adultos mayores para tener algún tipo de actividad sexual, corresponde al deseo o placer con un 67.0%.

Se debe recalcar que un 13.8% relata que su principal motivo es el cumplimiento con la pareja, independiente si existe o no deseo. Dentro de este grupo fueron las mujeres quienes mayoritariamente respondieron de esta forma.

Se puede concluir que el género femenino se siente más “obligado” a responder a las necesidades del hombre, ya sea por temor, sumisión o la existencia de una carga cultural predominantemente machista.

Tabla XXXI.- Motivo para no tener actividad sexual.

Motivos para NO tener relaciones sexuales	Cantidad de personas	% Porcentaje
Sin interés / sin deseo	74	35.9
Sin pareja	70	34.0
Enfermedad y/o problemas de la pareja	26	12.6
Por la edad	20	9.7
Enfermedad personal	7	3.4
Trauma / desilusión / temor	6	2.9
Religiosos	2	1.0
No sabe	1	0.5
Total	206	100

El principal motivo de los adultos mayores para no tener ningún tipo de actividad sexual es por falta de interés o deseo, se destaca que el 34% no tiene actividad sexual por no tener pareja, ya sean viudos, solteros o separados. Mientras que las enfermedades de la pareja o personales suman el 16%. La religión no es un factor influyente a la hora de tomar esta decisión.

- **Identificar las demandas de los adultos mayores al servicio de salud respecto a su sexualidad y afectividad.**

Tabla XXXII.- Demanda del adulto mayor según sexo en el servicio de salud respecto a su sexualidad y afectividad.

Demanda / Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
SI	6	2.0	10	3.3	16	5,3%
NO	195	98.0	89	26.7	284	94,7%
Total	201	100%	99	100%	300	100%

Solo el 5.3% del total de los estudiados ha consultado al menos una vez en el servicio de salud sobre el tema afectivo y/o sexual, de estos la mayor parte corresponde a hombres. Destaca que la mayoría de los adultos mayores no consulta sobre este tema, teniendo en cuenta lo que plantea la teoría acerca de los cambios fisiológicos que ocurren en la esfera sexual y afectiva, motivos que

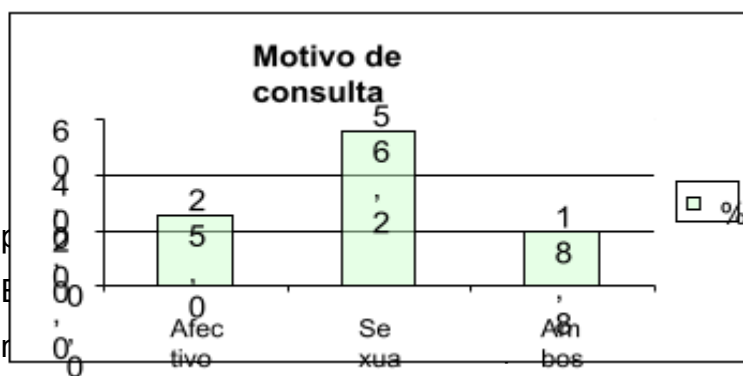
podrían inducir a consultar.

Tabla XXXIII: Demanda del adulto mayor en al servicio de salud respecto a su sexualidad y afectividad según procedencia.

Demanda / Origen	Consultorio		UCAM		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
SI	6	2,0	10	3.3	16	5,3
NO	144	48,0	140	46.7	284	94,7
Total General	150	100,0	150	100,0	300	100,0

Dentro de ambos grupos estudiados los adultos mayores de la UCAM son los que más han consultado, con un número absoluto de 10 personas. Llama la atención que las personas provenientes del consultorio tiene un porcentaje menor de consultas, aún cuando están en constante control médico, oportunidad que no aprovechan a la hora de resolver sus posibles interrogantes.

Gráfico 12.- Clasificación del motivo de consulta del adulto mayor



En los adultos mayores a los que se les consultó sobre su vida sexual y la minoría en ambos. Esto indica que la población estudiada tenga poca conciencia de que la afectividad esta ligada a la sexualidad.⁵¹

⁵¹ Ver tabla XXIX en anexos

Tabla XXXIV.-**Profesional a consultar por salud sexual y afectiva, según sexo, n:300.**

Miembro del Equipo de salud a Consultar	Mujeres	Hombres	Total
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Médico	20.8	53.5	31,7
Matrón/a	25.9	0,0	17,3
Enfermera	5.5	1.0	4,0
Ginecólogo	22.9	2	16,0
Urólogo	1.0	14.1	5,3
Psicólogo	9.0	5.1	7,7
Ninguno	7.0	10.1	8,0
No contesta / no corresponde contestar	4.0	8.1	5,3
Otro	4.0	8.1	4,7
Total general	100,0	100.0	100,0

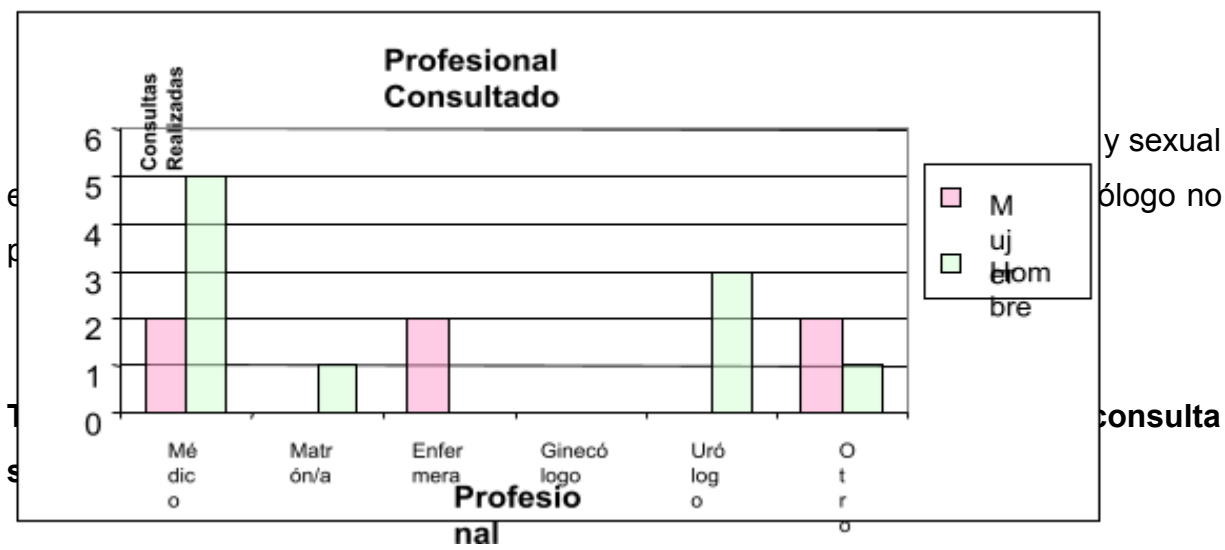
La mayor cantidad de mujeres que respondieron la entrevista consultaría a un Matrón/a, seguido por el Ginecólogo y en tercer lugar, consultar a un médico sin especialidad. Por el contrario la mayoría de los hombres acudirían a un médico para consultar, el segundo porcentaje a un Urólogo y en tercer lugar se sitúan los hombres que no consultarían. Así mismo, ninguno asistiría a un Matrón/a en caso de necesitar ayuda.

Tabla XXXV.- Frecuencia de la consulta en salud sexual y/o afectiva según sexo.

Frecuencia	Sexo		
	Mujer	Hombre	Total general
1 Vez	1	5	6
2 Veces	1	1	2
4 Veces	1	0	1
6 Veces	1	0	1
Total	4	6	10

Dentro de los adultos mayores que consultaron en los últimos seis meses se contabilizó un total de 10 personas. La frecuencia más común fue de una consulta en seis meses.

Gráfico 13.- Profesional Consultado en el área afectiva y sexual en los últimos 6 meses.



Grado de Satisfacción	Cantidad
Muy satisfecho	3
Satisfecho	10
Insatisfecho	2
Muy Insatisfecho	1
No consulto	284

Del total de 16 personas que consultó a un profesional por motivo afectivo y/o sexual, 13 se sintieron satisfechos o muy satisfechos posterior a la consulta. En esta clasificación no hay diferencias evidentes según el profesional consultado.

Tabla XXXVII: Uso del preservativo según sexo del adulto mayor.

Autocuidado	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	

⁵² Ver anexos, Tabla XXX

Si	3	2	5
No	25	61	86
A veces	0	2	2
Total	28	65	93

Del total de las personas con algún tipo de actividad sexual con pareja (93), sólo 7 adultos mayores refieren uso del preservativo. Dentro de estos no hay diferencia relevante por sexo ni por procedencia.⁵³

Tabla XXXVIII: Relación con el contacto sexual según el uso del preservativo.

Relación con contacto sexual	Autocuidado			
	Si	No	A veces	Total
Cónyuge	4	54	0	58
Pareja estable	1	18	0	19
Pareja ocasional	0	9	1	10
Amigos	0	3	1	4
Ninguno	0	2	0	2
Total	5	86	2	93

Se rescata de esta tabla que de las personas con contacto sexual no establecido (pareja ocasional, amigos, ninguno), nadie recurre al uso del preservativo en sus prácticas sexuales.

Esto se puede atribuir al hecho que los adultos mayores no se preocupan por embarazos no deseados, pero así mismo, no tienen la noción del uso del condón como método para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

⁵³ Ver anexos, Tabla XXXI

Objetivo N° 3: Diseñar las bases para un trabajo profesional en conjunto con el equipo de salud del nivel de atención primaria, destinado a la promoción de la salud integral del adulto mayor.

- Proponer un perfil para monitores especializados en el área afectiva y sexual en el adulto mayor.

Para realizar el perfil del monitor se consideraron las opiniones del total de los adultos mayores en ambos consultorios, con esto se obtuvo la siguiente información:

Tabla XXXIX.- Preferencia de los adultos mayores, en cuanto al sexo del monitor en salud sexual y afectiva en el consultorio Plaza Justicia. n: 150.

Consultorio Plaza Justicia

Sexo/	Preferencia							Total
	Hombre	%	Mujer	%	Sin Importancia	%		
Hombre	12	29, 3	5	12, 2	24	58, 5	41	
Mujer	15	13, 8	54	49, 5	40	36, 7	109	

Se desprende de esta tabla que para la mayoría de los hombres pertenecientes al consultorio, no tiene importancia el sexo del monitor en salud sexual y afectiva, mientras que la mayor parte de las mujeres prefiere conversar de estos temas con una mujer.

Tabla XL: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto al sexo del monitor en salud sexual y afectiva en la Unión Comunal del Adulto Mayor. n: 150.

UCAM								
Preferencia								
Sexo	Hombre	%	Mujer	%	Sin Importancia	%	Total	
Hombre	7	12,1	6	10,3	45	77,6	5	
Mujer	8	8,7	29	31,5	55	59,8	9	

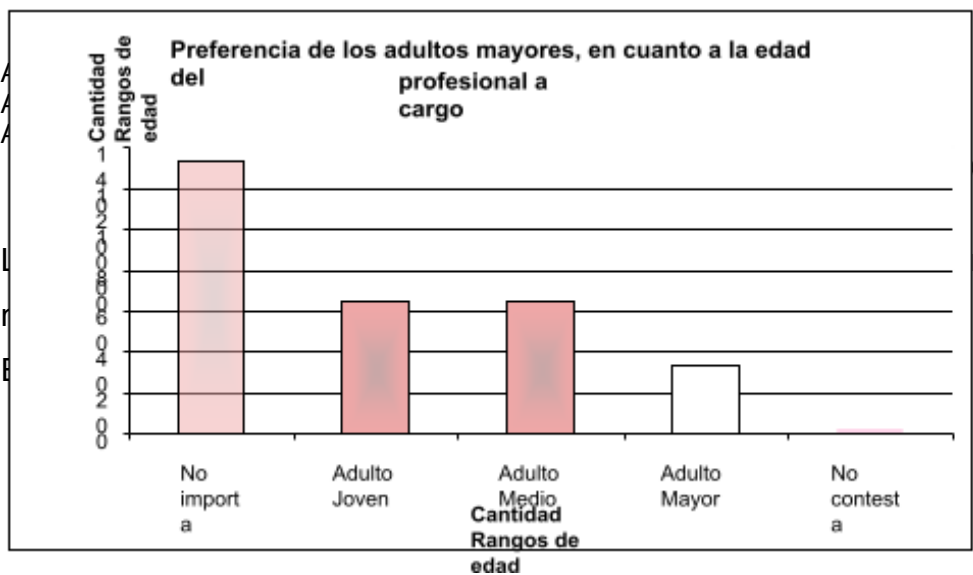
Se puede apreciar que en los clubes de adulto mayor a la mayoría de los hombres y mujeres no les importa el sexo del monitor en salud afectiva y sexual. Esto se puede explicar debido a que los integrantes de los clubes comparten más tiempo con sus pares, conversando temas de distinta índole con el sexo opuesto

Tabla XLI: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto al sexo del monitor en salud sexual y afectiva en el consultorio y la UCAM

UCAM y Consultorio								
Preferencia								
Sexo	Hombre	%	Mujer	%	Sin Importancia	%	Total	
Hombre	19	19,2	11	11,1	69	69,7	30	
Mujer	23	14,4	83	41,3	95	47,3	118	

El 69.7% de los hombres del total de la muestra, admite que el sexo del monitor no tiene importancia a la hora de tratar el tema, sin embargo, la mujer si bien en mayor parte refiere no importarle (47.3%) un 41.3% prefiere que una persona de su mismo genero la oriente en el tema sexual y afectivo. Esta diferencia se acentúa en las mujeres pertenecientes al consultorio Plaza Justicia.

Gráfico 14.- Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a la edad del monitor en salud sexual y afectiva.



nto a la edad del

Tabla XLII: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a la formación del monitor en salud sexual y afectiva.

Respuestas	Cantidad	Porcentaje %
Profesional	142	47.3
Medico	38	12.7
No contesta	28	9.3
Ginecólogo (a) y/o Sexólogo (a)	28	9.3
Matrón (a)	24	8.0
Sin importancia	18	6.0
Psicólogo	10	3.3
Urólogo	5	1.7
Enfermera	5	1.7
Profesor	2	0.7
Total	300	100

Se observa que un 47.3% de los adultos mayores contestó que la formación del monitor debe ser “profesional”.

Si analizamos las otras respuestas, se aprecia que el profesional más nombrado es el médico, siguiéndolo el ginecólogo y/o sexólogo, mientras que la matrona(ón), ocupa el tercer lugar. Cabe enfatizar el hecho que la gran mayoría las respuestas nombran a profesionales (84.7%), independiente el área en la cual se desempeñen, siendo sólo un 6% los adultos mayores que no le dan importancia a la formación o título del monitor.

Tabla XLIII: Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a las características personales del monitor en salud sexual y reproductiva.

Respuestas	Cantidad
Amable	103
Explicativo/claro	52
Sincero/honesto	46
Experiencia	39
Confiable	34
Respetuoso	26
Simpático	22
Capacitado	21
Comprensivo	14
Sin importancia	13
Atento	12
Alegre	12
Cariñoso	10
Sencillo	9
Paciente	7
Serio	5
Buen carácter	5
Delicado/sensible	5
Prudente	5
Con criterio	4
Responsable	3
Buena presentación	2
Didáctico	2
Casado	2
Sin tabú/prejuicios	1
Dinámico	1
Buena voluntad	1
Seguro	1
Heterosexual	1

En base a las respuestas abiertas de los entrevistados se ha creado el siguiente perfil para monitores especializados en el área afectiva y sexual en el adulto mayor:

“El monitor/a en sexualidad y afectividad debe ser un profesional del área de la salud de preferencia adulto joven o adulto medio, con sólidos conocimientos científicos, técnicos, humanísticos y socioculturales que le permitan resolver las interrogantes en el área de la sexualidad y afectividad, especialmente del adulto mayor. Debe incluir en su ejercicio profesional acciones educativas, de fomento, prevención, protección y recuperación de la salud sexual, además de velar por los derechos sexuales de los adultos mayores y su integralidad afectiva. El monitor debe poseer características personales tales como amabilidad, honestidad, confiabilidad, respeto, comprensión, paciencia, claridad en sus respuestas, experiencia, entre otras. Cualidades esenciales que favorecen el trabajo con la comunidad adulta mayor demandante, ya sea de entidades públicas, privadas, organizaciones sociales o aquellas manadas por necesidades sociales o sentidas por este grupo etéreo.

Podrá realizar, también, acciones destinadas a minimizar los efectos del proceso degenerativo en el ámbito de la sexualidad de las personas”.

- Proponer las bases de un trabajo interdisciplinario y comunitario para la promoción de la salud sexual y afectiva del adulto mayor.
-
- Promover dentro del equipo de salud que se vincula con el adulto mayor, la constante capacitación en temas relacionados con la geriatría, incluyendo la sexualidad y afectividad en esta etapa de la vida, mediante la sensibilización de los profesionales, a través de la presentación de este y otros estudios similares, en instancias destinadas para ello (ejemplo: reuniones clínicas).
 - Incentivar al adulto mayor a que se empodere de su sexualidad y afectividad, en los controles periódicos de salud, con el fin de que éste logre internalizar, de cierta manera estos conceptos en su vida cotidiana, reconociéndolos como elementos que están presentes a lo largo de todo el ciclo vital, y que no finalizan con el término de la vida reproductiva.
 - Creación de equipos multidisciplinarios en el nivel primario de atención, que trabajen en la comunidad, mediante proyectos de fomento, educación y promoción de un estilo de vida afectiva y sexual saludable, con el fin de tratar estos temas en todos los grupos etéreos de manera que no sean un tabú al llegar a la vejez.
 - Creación de monitores especializados en el adulto mayor dentro de los equipos de salud de atención primaria, que se ajusten al perfil entregado en este estudio, el cual

emana de los deseos y necesidades de los propios adultos mayores, con el objeto de desarrollar talleres en el área de la salud afectiva y sexual.

- Coordinación efectiva entre el equipo de atención de salud primaria y la UCAM, para la realización de los talleres antes mencionados, en cada uno de sus centros, con apoyo y participación del Servicio Nacional del adulto mayor.

- Creación de terapias y/o talleres para parejas que reconocen problemas en el área afectiva y/o sexual, con el objetivo de reforzar lazos afectivos, de comunicación y confianza para el ejercicio satisfactorio en ambos miembros de la pareja.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

Dentro del estudio, el género que predomina es el femenino. De estas, la gran mayoría se encuentran viudas o solteras, a esto se le suma el hecho que gran parte de ellas vive con sólo una persona. Con estos datos generales se puede concluir que las mujeres adultas mayores del estudio se encuentran en soledad, de esta manera ven coartado el desarrollo de su sexualidad, puesto que la principal razón para no tener algún tipo de actividad sexual es el no tener pareja, mas no refieren ni siquiera realizar prácticas de autoerotismo, esto se ve reflejado en el hecho de que la mayor parte de las mujeres no le dan importancia a la sexualidad en su vida actual. Evidentemente las adultas mayores buscan otros espacios para compartir o para desarrollarse fuera de sus hogares, lo que se demuestra en el gran porcentaje de mujeres participantes dentro de los clubes sociales o la gran

adhesividad de estas a los centros de salud de atención primaria.

Los adultos mayores viven en promedio con dos personas, no obstante, gran parte está acompañado de sólo una, al contrario de lo que se piensa en general de las personas mayores de 65 años, que viven esta etapa de la vida en compañía de sus seres queridos.

El nivel educacional del adulto mayor es determinante en el grupo socioeconómico y éste a su vez en el desarrollo de la sexualidad, se observa claramente que a mayor grupo socioeconómico las prácticas sexuales se ven enriquecidas, agregando a la relación sexual otro tipo de prácticas que hacen de la intimidad un espacio de comunicación y afectividad, dejando atrás el coito como una mera expresión de la sexualidad, no ciñéndola exclusivamente a la genitalidad.

Algunos factores como religión, patologías crónicas, uso de fármacos y otros tratamientos, tiempo de evolución de la enfermedad, cambios fisiológicos en el área genital, demuestran no modificar de manera evidente el ejercicio de la sexualidad, sino más bien son otro tipo de condiciones las que están influyendo, relacionadas en su mayoría con aspectos sociales y/o demográficos, más que aspectos biológicos, como: estado civil, el hecho de tener o no tener pareja y la presencia de deseo sexual, estos factores, si bien no determinan las prácticas sexuales en su totalidad, son importantes condicionantes de éstas.

Las cifras demuestran que un escaso porcentaje de adultos mayores consulta en los servicios de salud por motivos afectivos y sexuales, de esto se concluye que la población adulta mayor le resta importancia y/o no tiene conciencia de que la sexualidad y afectividad es un tema de salud, por el cual tienen el mismo derecho a consultar como si se tratara de cualquier otra patología. Este grupo etéreo continúa familiarizado con el concepto biomédico de salud, ligando a ésta sólo la esfera biológica sin considerar la amplia gama de factores que están influyendo sobre este concepto.

El grupo de las personas pertenecientes a la Unión Comunal de adultos mayores y que además no presentan patologías crónicas viven de mejor manera su sexualidad y afectividad. Se ve reflejado en el hecho de que le brindan mayor importancia a la sexualidad, presentan una mayor frecuencia de consulta en estos temas, tienen mayor frecuencia de actividad sexual y mayor reconocimiento de sus cambios fisiológicos atribuibles a la edad.

Un muy bajo porcentaje de adultos mayores refiere incluir las prácticas de autosatisfacción sexual a su vida actual. Se cree que los resultados obtenidos de esta variable no serían del todo fidedigno, esto debido a la connotación que le asigna la sociedad a cualquier tipo de acto sexual que se vincule a este grupo etéreo, connotación que según la literatura consultada, es transmitida al adulto mayor de

diversas formas. Coartando de esta manera la libre expresión de la intimidad de los personas del estudio.

A pesar de que el porcentaje de adultos mayores que tiene algún tipo de actividad sexual es bajo, la mayoría de ellos se siente satisfecho después de realizar estas prácticas.

La mayoría de los adultos mayores refiere que la principal razón para tener actividad sexual es el placer o el deseo sexual. Llama la atención que otra de las razones que refieren los individuos sea “por cumplir con la pareja”, de éstos el mayor porcentaje representa a las mujeres. Hace pensar que éstas se sienten muchas veces obligadas a mantener relaciones sexuales con sus parejas sin tener en cuenta sus propios intereses, sentimientos o motivaciones. Por otro lado, esto de alguna manera nos informa de la falta de comunicación que existe entre las parejas de adultos mayores, lo que los lleva a tener algún tipo de actividad sexual sin necesariamente hacerlo por deseo o motivación propia.

De los adultos mayores que no tienen actividad sexual la mayor parte de ellos (35,9%) refiere que la principal razón es por falta de interés o deseo, seguido por el 34% que manifiesta que el motivo principal es la falta de pareja. De esto se puede concluir que la condición de tener o no deseo sexual es determinante a la hora de mantener la actividad sexual.

Otro de los factores que también es en cierta medida importante en la afectividad y sexualidad del adulto mayor es la condición de tener o no pareja.

Esto toma real importancia si se considera que muchas de la mujeres de este estudio son viudas lo que las deja muchas veces en condición de soledad, desconectadas casi por completo de su sexualidad y afectividad.

La mayor parte de los adultos mayores entrevistados dice que si alguna vez tuviese que consultar por algún motivo afectivo o sexual, lo haría a un médico. Esto nos indica que los adultos mayores tienen internalizado el modelo biomédico entregado por los servicio de salud, además de creer, que la sexualidad se basa sólo en la fisiología y que esta se encuentra sólo relacionada al cuerpo y más aún a la genitalidad.

La otra gran parte de los adultos mayores entrevistados refiere que consultaría a una matrona/ón. De estas personas, el 100% corresponde a mujeres, se deduce de esto que hay una gran falta de información acerca del rol, o de las competencias que posee el profesional matrona/ón. Los adultos mayores del sexo masculino piensan que el campo de acción de este profesional se limita sólo a la atención de mujeres.

A pesar del bajo porcentaje de personas adultas mayores que refiere la utilización del preservativo como una de las prácticas del autocuidado, llama la atención que del total de las personas que refiere mantener actividad sexual con pareja no establecida, ya sea pareja ocasional o amigos, ninguna de ellas refiere utilizar condón en sus prácticas sexuales. Esto hace pensar que los adultos mayores no tienen la noción de que las enfermedades de transmisión sexual están presentes, como un acontecimiento real y peligroso, y que afectan indistintamente a las personas de cualquier grupo étnico, considerando la utilización del condón únicamente para la prevención de embarazos.

Cuando se consulta acerca de las características que los adultos mayores creen que debería tener un monitor en salud afectiva y sexual, llama la atención que, si bien la mayoría de ellos espera que éste sea una persona con sólidos conocimientos en el tema, no le dan tanta importancia a características como el sexo o la edad del sujeto, sino más bien, lo que los adultos mayores quieren es que éste monitor/a tenga características de tipo humanitarias, con quien puedan establecer un lazo de confianza, para manifestar sus inquietudes y dudas más íntimas, en el plano afectivo y sexual.

SUGERENCIAS

Es necesario insistir en la creación de monitores en afectividad y sexualidad especializados en el adulto mayor, puesto que en Chile la población de personas mayores de 65 años va en aumento, lo que nos hace pensar que aumentarían las demandas en todos los ámbitos, en especial en el área de la salud.

La sexualidad es un tema que se debe comenzar a tratar en todos los grupos étnicos para que no sea un tabú al llegar a la vejez, recalando en cada etapa del

ciclo vital la importancia de una sexualidad plena y de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de la persona. Esto se lograría con la creación de equipos multidisciplinarios que trabajen en el área comunitaria a través de proyectos destinados al fomento, educación y promoción de un estilo de vida afectiva y sexual plena, con el propósito de que los adultos mayores mantengan su actividad sexual hasta las últimas etapas de la vida, destacando los múltiples beneficios que puede conllevar esta expresión de amor en pareja.

Se hace necesario capacitar al equipo de salud de todos los niveles de atención, con el objetivo de reconocer, resolver o derivar las alteraciones pesquisadas en el ámbito sexual y afectivo del adulto mayor.

Resulta necesario que se realicen estudios similares en otras zonas del país, para describir la realidad afectiva y sexual del adulto mayor por región, cultura y etnia, con el propósito de que los profesionales de la salud conozcan la realidad de las personas a las cuales van a intervenir. Resultaría interesante conocer como se vive la afectividad y sexualidad en las culturas Mapuche, Aymara, Rapa Nui, entre otras.

Sugerimos que el profesional Matrona/Matrón se capacite en el área geriátrica, con el fin de que sea uno de los pilares fundamentales en estos equipos multidisciplinarios, además de aumentar su radio de acción, pensando en el envejecimiento que actualmente sufre el país.

Incentivar al profesional Matrona/Matrón para que realice actividades educativas de promoción y prevención fuera de un box de atención, manteniendo una constante coordinación con clubes de adulto mayor, centro de madres, voluntariados, por ejemplo.

Incluir en el control de climaterio la participación del hombre como instancia educativa, en un principio, para familiarizarlo con el profesional Matrona/Matrón para que tome conciencia y hacerlo participe como un actor fundamental en la vida afectiva y sexual de ambos. Posterior a esto para que reconozca al profesional como una ayuda en la resolución de las inquietudes en esta área.

Incluir en el control de salud del adulto mayor aspectos que tengan que ver

con su vida afectiva y sexual, de manera de conocer la forma en que están viviendo, enfrentando, y disfrutando de este aspecto de su vida, en esta etapa del ciclo vital, además de dar paso a que los mismos adultos mayores se den cuenta de que si bien, el periodo reproductivo a finalizado, esto no tiene relación alguna con que no puedan existir dudas, temores, o que no puedan continuar disfrutando de una vida sexual plena.

También incluir en el mismo control información y preguntas que tengan que ver con la respuesta del organismo frente a las diferentes patologías y fármacos entregados que pueden llegar a tener alguna influencia en las prácticas sexuales de los adultos mayores.

Se sugiere incluir a los adultos mayores en todas las actividades de promoción y prevención de Enfermedades de transmisión sexual y VHI - SIDA, con el objetivo de concientizar a toda la población que este es un problema de salud pública que puede presentarse en cualquier etapa del ciclo vital. Más aún cuando a través de este estudio se demuestra la poca adhesividad del uso del preservativo en las personas pertenecientes a este grupo etéreo.

Sin duda, la soledad de las mujeres adultas mayores no es un tema menor, por esto se recomienda que todos los profesionales que de alguna forma tengan interacción con este grupo de personas, incentiven la adhesión de estas, a clubes sociales de adultos mayores, en donde tengan la oportunidad de conocer, interactuar, desarrollarse y compartir con sus pares, de tal forma de mejorar la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en soledad.

CAPITULO VII: BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**LIBROS**

BURKE, M, WALSH, M. "Enfermería Gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor". Editorial Harcourt Brace. 2ª Edición Madrid 1998.

COMISIÓN DOCTRINAL CONFERENCIA EPISCOPAL DE CHILE. "Un enfoque ético-cristiano de la vida y de la sexualidad" Editado por el área de comunicaciones de la conferencia Episcopal de Chile. Santiago. Chile. 1990

HERNANDEZ, R; FERNANDEZ, C; BAPTISTA, P. "Metodología de la Investigación", Editorial Mc Graw-Hill. México. 1991.

LA HAYE T, LA HAYE B. "El acto matrimonial". La belleza del amor sexual. Editorial Terrassa. CLIE. 1976

LÈONARD, A. "La moral sexual explicada a los jóvenes", Editorial Palabra S.A. Madrid. 1994

McCARY, J. "Sexualidad Humana de McCary" Editorial Manual Moderno 2º Edición. México. 1996.

MORALES, E; MILES, J. "Adulto Mayor por regiones, comunas y porcentajes". Editado por Servicio Nacional del Adulto Mayor, Chile 2003.

MORENO, M. "Adultos mayores en plenitud: riqueza de vida". Editado por Servicio Nacional del Adulto Mayor, Chile 2003.

PAPALIA, D. "Desarrollo Humano". Editorial Mcgraw-Hill. 8º Edición. Bogotá. 2001

PÈREZ A. "Ginecología". Editorial Publicaciones Mediterráneo. 3º Edición. Chile 2003.

PINEDA, E. y cols. "Metodología de la investigación". Editado por Organización Panamericana de la Salud. 2º Edición. E.U.A. 1994

POTTER, P. PERRY, A. "Fundamentos de Enfermería" Volumen I. Editorial Elsevier. 5° Edición. España. 2002

SILVA, M. "Anuario Farmacológico de Chile". Editorial Ediciones y diseño Mario Silva Martinez .14° Edición. Año 2000.

REVISTAS

ADIMARK, (empresa de investigación de mercado y opinión pública) Encuesta "Los católicos opinan " Artículo publicado en el Suplemento "El Sábado" del diario "El Mercurio" de Santiago de Chile, 8 de Octubre 2005.

BLÜMEL, J. y cols. "Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 69 (2): 118-125. 2004

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

MONTES L, MULLINS M, URRUTIA M. "Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino", Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 71(2). 2006.

ZAVALA, M, VIDAL, D, CASTRO, M, QUIROGA, P., KLASSEN, G. "Funcionamiento Social del Adulto Mayor". Revista Ciencia y Enfermería. 12 (2): 53-62. Diciembre 2006.

DOCUMENTOS PUBLICADOS EN LA WEB

ABREU M, REGALADO E. "El entorno sociopsicológico de las pacientes con cáncer de mama." Disponible en:

<http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/ljornada/Mireysi/MIREISY.htm>

ANALÌA, B. "La sexofobia judeocristiana versus sexualidades espiritualizadas de otras culturas. Sexualidad precolombina: fuerza sagrada dignificadora de las

capacidades humanas y no necesariamente reproductivas”. México, Enero 2005.

Disponible en:

http://www.jornada.unam.mx/2005/ene05/050103/informacion/ifr_reportajes.htm

ASOCIACIÓN REGIONAL DE UNIVERSIDADES POPULARES DE EXTREMADURA. “Guía metodológica de educación para la salud”, publicado en junio de 2004.

Disponible

en:

<http://www.adeeps.org/adeeps/html/documentacion/biblio/guiaMetodologica/indice2libro.pdf>

CAYO G, FLORES E. “La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo”. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas, participación, ciudadanía e inclusión social, Santiago, Julio 2003.

Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog020_cayorios.pdf

CABRAL, B. “Sexualidad y género en subversión antropológica”, Boletín antropológico nº 48, Enero-Abril 200. Disponible en:

http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/boletinantropologico/num48/blanca_cabral.pdf

CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS DE CHILE. “Encuesta CEP Octubre-Noviembre 2005”.

Disponible en: http://www.cepchile.cl/enc_preview.html

FERNANDEZ M, OSPINA B, MUNERA A. “La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999”, Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n2/v53n2a06.pdf>

GARCÍA, J. “IV Curso de Gerontogeriatría”. Guanajuato. Junio 2005.

Disponible en: www.dif.gob.mx/adultosmayores/media/cursos.pdf

GRAU J, LLANTÁ M, CHACÓN M, FLEITES G. "La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento", Publicado en: Rev. Cubana Oncol. 1999; 15(1):49-65, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). "Estadísticas de la 3ª edad" 9 de Diciembre 2004. Disponible en:
http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2004/files/adult_yomayordiciembre04.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). Censo 2002 Disponible en:
www.ine.cl/cd2002/sinteciscensal.pdf

INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER. "Factores que afectan la función sexual en pacientes con cáncer "
Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/sexualidad/Patient/page3>

Lehmann C. "Mapa de la Religiosidad en 32 Países ¿Cuán Religiosos Somos los Chilenos?", CEP Centro de Estudios Públicos de Chile, Número 85, 2002.
Disponible en: www.cepchile.cl/dms/archivo_3020_524/rev85_lehmann.pdf

LÓPEZ E; GONZÁLEZ E. Servicio de Oncología Radioterápica, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
Disponible en:
http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=en&nrm=iso

LORENZO C. "La sexualidad en los adultos mayores" Publicado el 5 de junio 2006. Disponible en
<http://www.portaltercera.com.ar/sections.php?op=viewarticle&artid=110>

MARTÍNEZ M. "Vejez y sexualidad: una realidad más que posible" Publicado en agosto 2001. Disponible en:
<http://psicomundo.com/tiempo/monografias/sexo.html>

MINISTERIO DE SALUD. Gobierno de Chile. "I Encuesta de Salud Chile 2003".

Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/folletoENS.pdf>

MORA, Z. "Aproximación al amor y la sexualidad en la cultura mapuche".

Disponible en:

http://www.dibam.cl/patrimonio_cultural/patrimonio_zonas/art_mapuche.htm

PASCUAL C. Artículos "Guerra o paz entre sexualidad espiritualidad", "Sexualidad-Espiritualidad", Disponible en:

<http://www.espirituyvida.org/ESPIRI/sexualidad/gralsexualidad.htm>

PEREIRA, M. "¿Cuáles son los problemas del Adulto Mayor hoy? Ideas para legislar"
Editado por Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile. Santiago, Enero de 2006. Disponible en:

<http://sdi.bcn.cl/isp/uderel/senama/Politica%20y%20situacion%20%de%los%20AMs.ppt#330,3>, Servicio: Objetivos y funciones

PETRALANDA I. "Desde una nueva conceptualización "Salud pública y ética: ¿bien-estar o bien-ser?". 26 de noviembre de 2004. Caracas Venezuela.

Disponible en: <http://www.voltairenet.org/article122993.html>

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA. "Manual de Patología General" Capítulo 5: "Alteraciones del Crecimiento y desarrollo" Disponible en:

http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/Patol_090.html

RODRIGUEZ P. "Amor, afecto y sexualidad" curso optativo de formación general "sexualidad, fertilidad y procreación". Disponible en:

http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/MEB173/Meb173_11.html

SERFATY, E. "Depresión y Sexualidad" I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero 15 de Marzo 2000, Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa10/conferencias/10_ci_e.htm

SORTI, N. "Breve Historia de la Sexualidad". Revista de Sexología y Antropología, Noviembre, 2002 Disponible en:

http://www.identidades.org/revista/historia_sexualidad.htm.

YÁÑEZ C. "Mitos y verdades de la sexualidad en la tercera edad" Publicado el 22 de octubre 2004. Disponible en:

http://www.lanacion.cl/p4_lanacion/site/artic/20041021/pags/20041021194925.html

Otros

Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

Microsoft Student. Encarta Premium. 2007

Programa de Salud de la mujer, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Reforma de la salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

CAPITULO VIII: ANEXOS

ANEXOS

Los datos que se presentan a continuación fueron obtenidos a través del instrumento aplicado en el Consultorio Plaza Justicia y en Clubes de Adultos Mayores pertenecientes a la UCAM en los años 2006-2007.

Tabla I.-

Edad de los adultos mayores encuestados (n:300).

Variabes	Promedio	Desviación Estándar	Mediana
-----------------	-----------------	--------------------------------	----------------

<i>Edad</i>	73	5.8	73
-------------	----	-----	----

Tabla II.-

Distribución del total de adultos mayores en estudio según sexo (n: 300)

Sexo	Cantidad	Porcentajes %
Femenino	201	67,0
Masculino	99	33,0

Tabla III.-

Distribución de los adultos mayores en estudio por origen según estado civil.

	Casado		Soltero		Conviviente		Separado		Viudo		Total	
	Canti dad	%	Canti dad	%	Canti dad	%	Canti dad	%	Canti dad	%	Canti dad	%
Consultori o	65	21, 7	18	6,0	15	5,0	5	1,7	47	15,7	150	50,0
UCAM	51	17, 0	10	3,3	14	4,7	16	5,3	59	19,6	150	50,0
Total general	116	38, 7	28	9,3	29	9,7	21	7,0	106	35,3	300	100,0

Tabla IV.-

Número de personas con quien viven los adultos mayores encuestados en el consultorio Plaza Justicia y en los clubes de adultos mayores pertenecientes a la UCAM.

Variab les	Promedio	Desviación Estándar	Mediana	Moda
-----------------------	-----------------	--------------------------------	----------------	-------------

N° de personas con quien vive	2	1.8	2	1
-------------------------------	---	-----	---	---

Tabla V.-**Distribución de los adultos mayores según grupo socioeconómico.**

Grupo Socioeconómico	Cantidad	Porcentajes %
Bajo	10	3.3
Medio Bajo	238	79.3
Medio Alto	52	17.3

Tabla N° VI.-**Distribución de los adultos mayores del Consultorio Plaza Justicia, según su nivel de escolaridad.**

Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Acumulada	Porcentajes %	Porcentaje Acumulado %
Sin Escolaridad	3	3	2.0	2.0
Básica Incompleta	35	38	23.3	25.3
Básica Completa	40	78	26.7	52.0
Media Incompleta	38	116	25.3	77.3
Media Completa	19	135	12.7	90.0
Superior Incompleta	6	141	4.0	94.0
Superior Completa	9	150	6.0	100.0

Tabla VII.-

Distribución del total de adultos mayores entrevistados, según su religión, en los años 2006-2007.

Religión	Cantidad	Porcentajes %
Católica	235	78.33
Evangélica	24	8.0
Mormón	2	0.6
Testigo de Jehová	2	0.6
Otra	2	0.6
Ninguna	35	11.7

Tabla VIII.-

Distribución de los adultos mayores del Consultorio Plaza Justicia según Sexo en los años 2006-2007(Grafico N° 1)

Sexo	Cantidad	Porcentajes %
Femenino	109	72.7
Masculino	41	27.3

Tabla IX.-

Distribución de los adultos mayores encuestados en consultorio Plaza Justicia por estado civil según sexo.

	Femenin o		Masculin o		Total general	
	cantidad	Porcentaj e %	cantidad	Porcentaj e %	cantidad	Porcentaj e %
Casado	37	24,7	28	18,7	65	43,3
Soltero	16	10,7	2	1,3	18	12,0
Convivient e	3	2,0	2	1,3	5	3,3
Separado	13	8,7	2	1,3	15	10,0
Viudo	40	26,7	7	4,7	47	31,3
Total general	109	72,7	41	27,3	150	100,0

Tabla X.-

Distribución de los adultos mayores pertenecientes al consultorio Plaza Justicia, según grupo Socioeconómico, en los años 2006-2007.

Grupo Socioeconómico	Cantidad	Porcentajes %
Bajo	5	3.3
Medio Bajo	126	84.0
Medio Alto	19	12.7

Tabla XI.-

Distribución de los adultos mayores pertenecientes al Consultorio Plaza Justicia, según su Nivel de Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia acumulada	Porcentaje %	Porcentaje acumulado %
Sin Escolaridad	3	3	2.0	2.0
Básica Incompleta	48	51	32.0	34.0
Básica Completa	36	87	24.0	58.0
Media Incompleta	40	127	26.7	84.7
Media Completa	9	136	6.0	90.7
Superior Incompleta	6	142	4.0	94.7

Superior Completa	8	150	5.3	100.0
-------------------	---	-----	-----	-------

Tabla XII.-

Distribución de los adultos mayores por grupo etáreo según procedencia.

	Plaza Justicia		UCAM		Total	
Grupo etáreo	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
65-69	34	11,3	51	17,0	85	28,3
70-74	51	17,0	45	15,0	96	32,0
75-79	44	14,7	34	11,3	78	26,0
80-84	11	3,7	16	5,3	27	9,0
85-89	10	3,3	3	1,0	13	4,3
90 y más	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Total	150	50,0	150	50,0	300	100,0

Tabla XIII.-

Distribución de los adultos mayores pertenecientes a la UCAM por Estado civil según sexo.

	Femenin o	Masculin o	Total general
--	--------------	---------------	------------------

	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %
Casado	23	15,3	28	18,7	51	34,0
Soltero	5	3,3	5	3,3	10	6,7
Conviviente	4	2,7	12	8,0	16	10,7
Separado	8	5,3	6	4,0	14	9,3
Viudo	52	34,7	7	4,7	59	39,3
Total general	92	61,3	58	38,7	150	100,0

Tabla XIV.-

Distribución de los adultos mayores pertenecientes a la UCAM, según grupo socioeconómico.

Grupo Socioeconómico	Cantidad	Porcentajes %
Bajo	5	3.3
Medio Bajo	112	74.7
Medio Alto	33	22.0

Tabla XV.-

Frecuencia de actividad sexual con pareja: relación sexual y/o caricias íntimas por grupo etáreo.

Frec. Ac. sex	Grupo Etáreo												% total	
	Ctd	%	Ctd	%	Ctd	%	Ctd	%	Ctd	%	Ctd Total			
	65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90 y más			
1 a 13	12	16,2	10	13,5	7	9,5	1	1,4	0	0,0	0	0,0	30	40,5
14 a 26	12	16,2	8	10,8	4	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	32,4
27 a 39	0	0,0	3	4,1	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	5,4
40 a 52	3	4,1	2	2,7	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	7	9,5
53 a 65	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7
66 a 78	2	2,7	2	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	5,4
79 a 91	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
92 a 104	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
105 y más	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	2	2,7
total	31	42,0	27	36,6	13	17,7	3	4,2	0	0,0	0	0,0	74	100,0

Tabla XVI Distribución de los adultos mayores estudiados por actividad sexual con pareja, según estado civil y religión

Cuenta de SUJETO		ACTIVIDAD SEXUAL CON PAREJA							Total general	
ESTADO CIVIL.	RELIGIÓN	Ninguna	Relación Sexual	Otro	Relación Sexual + Caricias Intimas	Rel. Sex. + Car. Int. + Jue. Erót.	Rel. Sex. +Cr. Int. + Jue. Erot.+ Otro	Rel. Sex. + Juego Erot.		
Casado	Católico	47	7	2		32		1		89
	Evangélico	4	1			3				8
	Mormón	1								1
	Testigo de Jehová	1								1
	Otra	1								1
	Ninguna	2		4			6		2	1
Total Casado		56	12	2		41		3	1	116
Soltero	Católico	19				3			1	23
	Evangélico	3								3
	Otra							1		1
	Ninguna	1								1
Total Soltero		23				3		1	1	28
Separado	Católico	4		1		5		2		12
	Evangélico			1						1
	Ninguna			1		6		1		8
Total Separado		4		3		11		3		21
Conviviente	Católico	17		1	1		1			20
	Evangélico	4								4
	Mormón	1								1
	Ninguna	2				1		1		4
Total Conviviente		24		1	1	2		1		29
Viudo	Católico	86		1		2		1		91
	Evangélico	8							1	8
	Testigo de Jehová	1								1
	Ninguna	5				1				6
	Total Viudo		100		1		3		1	1
Total general		207		17	3	60		9	3	300

Tabla XVII.-

Distribución de los adultos mayores estudiados por Actividad Sexual con Pareja, según Religión

RELIGIÓN	ACTIVIDAD SEXUAL CON PAREJA							Total
	Ninguna	Relación Sexual	Otro	Relación Sexual + Caricias Intimas	Rel. Sex. + Car. Int. + Jue. Erot.	Rel. Sex. +Car. Int. + Jue. Erot.+ Otro	Rel. Sex. + Juego Erot.	
Católico	73,6	4,3	1,3	18,3	1,7	0,9	0,0	100,0
Evangélico	79,2	8,3	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	100,0
Mormón	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Testigo de Jehová	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Otra	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Ninguna	28,6	14,3	0,0	40,0	11,4	2,9	2,9	100,0
Total	69,0	5,7	1,0	20,0	3,0	1,0	0,3	100,0

Tabla XVIII.-

Distribución de los adultos mayores estudiados por escolaridad según Actividad sexual con pareja

ESCOLARIDAD	AC ACTIVIDAD SEXUAL CON PAREJA %							Total general
	Ninguno	Rel. Sex.	Otros	Rel. Sex. + Car. Int.	Rel. Sex. + Car. Int.+ J. Erot.	Rel. Sex+Car Int+ J. Erot.+Otro	Rel. Sex.+J. Erot.	
Sin escolaridad	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Básica completa	72,3	7,2	0,0	19,3	1,2	0,0	0,0	100,0
Básica incompleta	72,4	4,0	1,3	18,4	2,6	1,3	0,0	100,0
Media completa	60,7	0,0	0,0	28,6	3,6	7,1	0,0	100,0
Media incompleta	69,2	5,1	2,6	18,0	3,9	0,0	1,3	100,0
Superior completa	58,8	17,7	0,0	23,5	0,0	0,0	0,0	100,0

Afectividad y Sexualidad a partir de los 65 Años.

Superior incompleta	41,7	8,3	0,0	33,3	16,7	0,0	0,0	100,0
Total general	69,0	5,7	1,0	20,0	3,0	1,0	0,3	100,0

Tabla XIX.- Presencia del deseo sexual según morbilidades del aparato reproductor.

Presencia de deseo sexual			
Morbilidad	SI	NO	Total
Ninguna	122	163	285
Infecciones	1	0	1
Neoplasias Benignas	7	0	7
Neoplasias Malignas	1	1	2
Otras	1	4	5
Total general	132	168	300

Tabla XX.- Actividad sexual según morbilidad del aparato reproductor.

Morbilidad	Sin Actividad Sexual	Relación Sexual(1)	Caricias Intimas (2)	Juegos Eróticos (3)	Otras	1+2	1+2+3	1+2+3+4	1+3	Total
Ninguna	199	17	0	0	3	59	4	2	1	285
Infecciones	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Neoplasias Benignas	1	0	0	0	0	1	4	1	0	7
Neoplasias Malignas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otras	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Total General	207	17	0	0	3	60	9	3	1	300

Tabla XXI.- Frecuencia del deseo sexual según patologías del aparato reproductor.

Patología	Frecuencia del Deseo			Sin deseo	Total
	Poco Frecuente	Frecuente	Muy Frecuente		
Ninguna	66	52	4	163	285
Infecciones	0	1	0	0	1
Neoplasias Benignas	1	5	1	0	7
Neoplasias Malignas	1	0	0	1	2
Otras	1	0	0	4	5
Total	69	58	5	169	300

Tabla XXII.-

Distribución de los adultos mayores estudiados según factores fisiológicos por procedencia.

Factores fisiol.	Consultorio	%	UCAM	%	Total general	%
Ninguno	108	36,0	91	30,3	199	30,3
Disfunción eréctil	23	7,7	29	9,7	52	9,7
Problemas de eyaculación	0	0,0	3	1,0	3	1,0
Atrofia genital	3	1,0	6	2,0	9	2,0
Sequedad vaginal	8	2,7	15	5,0	23	5,0
Dispareunia	1	0,3	3	1,0	4	1,0
Dis. eréctil + Probl. de eyaculación	3	1,0	1	0,3	4	0,3
Atrofia genital+ sequedad vaginal	2	0,7	1	0,3	3	0,3
Atr. genital y/o sequedad vag. + dispareunia	2	0,7	1	0,3	3	0,3

Total general	150	50, 0	150	50, 0	300	50, 0
----------------------	-----	----------	-----	----------	-----	----------

Tabla XXIII.-

Distribución de los adultos mayores estudiados de sexo masculino según factores fisiológicos.

	Masculin o	
	Cantidad	%
Factores Fisiológicos de la Vejez		
Ninguna	40	40,4
Disfunción eréctil	52	52,5
Problemas de eyaculación	3	3
Disfunción. Eréctil.+ Problemas de eyaculación.	4	4
Total	99	100

Tabla XXIV.-

Distribución de los adultos mayores estudiados por Uso de Antihipertensivos, según presencia de deseo sexual.

Presencia de Deseo Sexual	Uso de Antihipertensivos					
	Us a	%	No usa	%	Total	%
Con deseo	84	40,0	48	53,3	132	44,0
Sin deseo	126	60,0	42	46,7	168	56,0
Total	210	100, 0	90	100, 0	300	100, 0

Tabla XXV.-

Distribución de los adultos mayores estudiados por Uso de Antihipertensivos, según disminución del deseo sexual.

Disminución del deseo sexual	Antihipertensivos					
	No Usa	%	Usa	%	Total general	%
Si	69	77,0	167	80,0	236	78,7
No	21	23,0	43	21,0	64	21,3
Total general	90	100,0	210	100,0	300	100,0

Tabla XXVI.-Distribución de los adultos mayores estudiados por tipo de antihipertensivos usado, según factores fisiológicos del envejecimiento

Antihipertensivos	Factores Fisiológicos									Total
	Ninguna (%)	Disfunción eréctil (%)	Problemas de eyaculación	Atrofia genital	Sequedad Vaginal	Dispareunia	Disfunción eréctil + problemas de eyaculación	Atrofia genital + sequedad vaginal	Atrofia genital y/o sequedad vaginal+dispareunia	
<i>Ninguno</i>	54 (27,1)	21 (40,4)	2 (66,7)	4 (44,4)	6 (26,1)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	90 (30,0)
<i>Enalapril</i>	55 (27,6)	10 (19,2)	1 (33,3)	2 (22,2)	5 (21,7)	0 (0,0)	2 (50,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	76 (25,3)
<i>Nitrendipino</i>	27 (13,6)	6 (11,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	3 (75,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	42 (14,0)
<i>Propanolol</i>	4 (2,0)	0 (0,0)	0(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,3)
<i>Atenolol</i>	14 (7,0)	0 (0,0)	0(0,0)	1 (11,1)	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (5,3)
<i>Enalapril + nitrendipino</i>	14 (7,0)	8 (15,4)	0 (0,0)	2 (22,2)	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	26 (8,7)
<i>Enalapril +otro</i>	14 (7,0)	4 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	20 (6,7)
<i>Enalapril+ Nitrendipino+ otro</i>	3 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (13,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,0)
<i>Nitrendipino+ otro</i>	7(3,5)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (2,7)
<i>Otro*</i>	7(3,5)	2 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	12 (4,0)

Afectividad y Sexualidad a partir de los 65 Años.

Total	199 (100,0)	52 (100,0)	3 (100,0)	9 (100,0)	23 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)	300
--------------	------------------------	-------------------	------------------	----------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------

*Otro: metildopa, hidralazina, nifedipino

Tabla XXVII.-

Distribución de los adultos mayores estudiados por Uso de Hipoglicemiantes, según presencia de deseo sexual.

Presencia de Deseo Sexual	Uso de Hipoglicemiantes					
	Usa	%	No usa	%	Total	%
Con deseo	25	43,9	107	44,0	132	44,0
Sin deseo	32	56,1	136	56,0	168	56,0
Total	57	100	243	100,0	300	100,0

Tabla XXVIII.-

Distribución de los adultos mayores por factores fisiológicos según el uso de broncodilatadores.

FACTORES FISIOLÓGICOS.	Uso de Broncodilatadores					
	No Usa	%	Usa	%	Total general	%
Ninguno	187	66,5	12	63,2	199	66,3
Disfunción Eréctil	49	17,4	3	15,7	52	17,3
Problemas de Eyacuación	3	1,1	0	0,0	3	1
Atrofia Genital	6	2,1	3	15,7	9	3
Sequedad Vaginal.	22	7,8	1	5,3	23	7,7
Dispareunia	4	1,4	0	0,0	4	1,3
Disf. Eréctil + Probl. Eyacuación	4	1,4	0	0,0	4	1,3
Atrofia Genital * Sequedad vag.	3	1,1	0	0,0	3	1
Atrofia Gen. y/o Sequedad Vag. + Dispareunia	3	1,1	0	0,0	3	1
Total general	281	100	19	100,0	300	100

Tabla XXIX.- Clasificación del motivo de consulta del adulto mayor

Motivo de consulta	Cantidad	%
--------------------	----------	---

Afectividad y Sexualidad a partir de los 65 Años.

Afectivo	4	25,0
Sexual	9	56,2
Ambos	3	18,8
Total	16	100,0

Tabla XXX: Miembro del equipo de salud consultado según sexo del adulto mayor.

Miembro del Equipo de Salud Consultado	Femenino		Masculino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Médico	2	0,7%	5	1,7%	7	2,3%
Matrón/a	0	0,0%	1	0,3%	1	0,3%
Enfermera	2	0,7%	0	0,0%	2	0,7%
Urólogo	0	0,0%	3	1,0%	3	1,0%
Otro	2	0,7%	1	0,3%	3	1,0%
Ninguno	195	65,0%	89	29,7%	284	94,7%
Total general	201	67,0%	99	33,0%	300	100,0%

Tabla XXXI.- Uso del preservativo según origen del adulto mayor

Autocuidado / Origen	Consultorio	UCAM	Total
Si	3	2	5
No	30	56	86
A veces	1	1	2
Sin actividad sexual con pareja	1	0	1
Sin actividad sexual	115	91	206
Total general	150	150	300

Tabla XXXII.- Preferencia de los adultos mayores, en cuanto a la edad del monitor en salud sexual y afectiva.

Respuestas	Cantidad	Porcentaje %
Adulto Joven	65	21.7
Adulto Medio	65	21.7
Adulto Mayor	34	11.3
No importa	133	44.3
No contesta	3	1

Total	300	100
-------	-----	-----

Adulto Joven: 20 a 40 años.

Adulto Medio: 40 a 65 años.

Adulto Mayor: mayor de 65 años.

INSTRUMENTOS

Número: _____.

Entrevistador:.....

Fecha:.....

ENTREVISTA.**Consultorio--UCAM****Edad:****Sexo:****Estado civil: Ca; So; Co; Se; Vi; O.**1) **¿Con cuántas personas vive usted actualmente? (excluir al adulto mayor)**2) **Sr./Sra..... :****¿Cuál es su previsión? F: A - B - C - D; ISAP.; OTRA; N/S; S/P.****¿De qué material es su vivienda?: CONCT MAD MIX ADOBE.**

¿Tiene alcantarillado?: SI; NO

¿Tiene agua potable?: SI; NO

¿Tiene luz eléctrica?: SI; NO

3) ¿Cuál fue el último curso que aprobó?

4) ¿Tiene usted alguna religión? SI; NO

¿cuál? _____

5) ¿Tiene usted alguna(s) enfermedad(es) crónica(s) diagnosticada(s) por un médico?

SI; NO

¿cuál(es)? _____

6) ¿Qué tratamiento recibe para esta(s) enfermedad(es)?

Enfermedad

Tratamiento.

7) ¿Hace cuántos años le diagnosticaron esta/s enfermedad/es? ó ¿Cuántos años tenía cuando le diagnosticaron esta/s enfermedad/es?

Enfermedad

Años.

8) ¿Tiene usted alguna enfermedad, diagnosticada por un médico, que afecte el aparato genital?

SI; NO

¿cuál(es)? _____

9) ¿Qué tratamiento recibe para esta(s) enfermedad(es)?

Enfermedad

Tratamiento.

10) ¿Ha notado cambios ya sea físicos o del funcionamiento de sus genitales, que usted pudiera atribuir a la edad? (sequedad vaginal, atrofia genital, dispareunia, disfunción eréctil, otra).

¿Ha notado una disminución en su deseo sexual?

SI NO.

11) En una escala del 1 al 7, ¿cuán importante es la sexualidad actualmente en su vida?

12) ¿Ha tenido deseo sexual en los últimos 6 meses?

SI NO.

En los últimos 6 meses, ¿como calificaría usted la frecuencia de deseo?

MUY FRECUENTE

FRECUENTE

POCO FRECUENTE.

13) En el último mes, ¿ha tenido usted cualquier tipo de actividad sexual, ya sea solo o acompañado?

SI

NO

14) Según corresponda:

¿Por qué razón tiene actividad sexual?

¿Por qué razón no tiene actividad sexual?

15) ¿Ha necesitado usted, acercarse a un centro de salud para consultar sobre sexualidad y afectividad?

SI NO

15.1) Si no ha consultado ¿a qué miembro del equipo de salud consultaría?:(pase a la pregunta n°16)

15.2) Si ha consultado, preguntar:

a) El motivo por el cual ha consultado es :

AFECTIVO

SEXUAL

AMBOS.

b) Dentro de los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha consultado por estos motivos?:

AFECTIVO:_____

SEXUAL:_____

AMBOS:_____

c) ¿A qué miembro del equipo de salud consultó?:

d) Después de la atención otorgada, usted se sintió:

MUY SATISFECHO/ SATISFECHO/ INSATISFECHO/ MUY INSATISFECHO.

16) ¿Qué características cree usted que debería tener un monitor en salud sexual y afectiva?

Características personales:

Actitud:

Título o formación:

Sexo:

Edad:

Número: _____

CUESTIONARIO.

Este cuestionario es totalmente confidencial y de carácter anónimo, el cual será adjuntado a su entrevista.

Lea atentamente y responda con calma las siguientes preguntas:

1.- Marque con una cruz (X), cuál o cuáles de las siguientes actividades sexuales ha realizado, dentro de los últimos seis meses; con pareja y/o sin pareja:

a) Con Pareja:

Caricias íntimas.

Relación sexual.

Juegos eróticos.

Otro. ¿Cuál? _____

b) Sin Pareja:

Masturbación.

Juegos eróticos.

2.- Anote el número aproximado de veces que realiza las siguientes actividades sexuales en seis meses, con pareja y/o sin pareja:

a) Con Pareja:

Nº:

..... Caricias íntimas.

..... Relación sexual.

..... Juegos eróticos.

..... Otro. ¿Cuál? _____

b) Sin Pareja:

Nº:

..... Masturbación.

..... Juegos eróticos.

3.- Marque con una cruz (X) el grado de satisfacción que experimenta, después de cualquier actividad sexual, con pareja y/o sin pareja:

a) Con pareja:

Muy satisfecho.

Satisfecho.

- Insatisfecho.
 Muy insatisfecho.

b) Sin Pareja:

- Muy satisfecho.
 Satisfecho.
 Insatisfecho.
 Muy insatisfecho.

4.- Marque con una cruz (X) que tipo de relación tiene con su pareja sexual más importante en estos últimos seis meses (elija sólo una):

- Cónyuge.
 Pareja estable.
 Pareja ocasional.
 Amigos.
 Ninguna.

5.- Cuando tiene relaciones sexuales, ¿utiliza condón?:

- Sí.
 No.
 A veces.

6.- ¿En qué ocasiones utiliza condón?

Muchas gracias por su colaboración.

Universidad de Valparaíso.

Facultad de Medicina.

Escuela de Enfermería y Obstetricia.

Carrera de Obstetricia y Puericultura.

Consentimiento informado

“Sexualidad y afectividad a partir de los 65 años”

Entrevistador: _____ . Estudiante de 4º año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

Se me ha solicitado participar de la presente investigación a través de una entrevista, la cual será realizada por uno de los miembros del equipo investigador.

Considerando que se me ha otorgado información completa referente al estudio, se han resuelto mis dudas respecto al mismo y, finalmente, se ha garantizado mi anonimato, yo, haciendo pleno uso de mis facultades mentales

- **Acepto participar.**

- **Rechazo Participar.**

Del mismo modo, en caso de adoptar la decisión de retirarme del presente estudio, mi decisión será respetada y no afectará mi calidad de usuario(a) del sistema de salud.

Firma del entrevistador

Firma del Entrevistado

Valparaíso, de

del año 2006.