



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**PROGRAMA DE SALUD PARA MEJORAR LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
RESPECTO AL TEMA DE SEXUALIDAD.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

PRESENTA:

MARIANA RIVERA PABLO

ASESOR:

DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUÍZ

NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO, MARZO 2019.

Dedicatoria

A mi madre...

Por todo el tiempo y esfuerzo que diste para que yo pudiera continuar con mis estudios, por las noches de desvelo y días de arduo trabajo, por el apoyo y la fe que tuviste en mí en todo momento, por darme esas palabras de apoyo que me enseñaron a no rendirme aun en los momentos más difíciles, por los consejos y regaños que me brindaste cuando me desviaba del camino, por motivarme todos los días muy a tú manera a levantarme y dar lo mejor de mí, por los sacrificios que tuviste que hacer para que yo siguiera adelante, por enseñarme que lograr lo que se quiere es cuestión de compromiso y que nada es imposible si de verdad se quiere, por ser una madre excepcional. Por todo eso y mucho más, eres mi ejemplo a seguir. Siempre has estado a mi lado ayudándome a crecer, creyendo en mí.

Sabiendo que un gracias no es suficiente por una vida de sacrificios, te dedico este logro tan importante en mi vida, del cual tú eres triunfante.

Te amo.

Gracias mamá!

Agradecimientos

Expresando mi gratitud hacia todas aquellas personas que me brindaron su apoyo durante toda mi preparación profesional, a mis profesores, amigos y familia, quienes fueron pilares esenciales en distintas etapas de mi vida. Por esas personas que aun están presentes y para aquellas quienes ya no están conmigo, muchas gracias.

Agradezco a mi madre por todo el esfuerzo, dedicación y empeño que puso en mi educación, a mi padre por ese amor incondicional y a mi hermano por estar a mi lado siempre y por todo el apoyo que me ha brindado, muchas gracias.

A Gerardo B. Benítez, por el apoyo, el interés, la comprensión, tiempo y cariño que me ha dedicado a mí y a la familia de la cual también forma parte, muchísimas gracias.

Un agradecimiento especial para el Dr. Esteban Jaime Camacho Ruíz, quien me oriento durante mi trayecto académico, así como en la elaboración del presente trabajo. Por su paciencia, apoyo y conocimiento brindado, muchas gracias.

ÍNDICE

Pag.

Resumen.....	1
Abstract.....	3
Introducción.....	4

Capítulo 1. Planteamiento del problema

1.1 Pregunta de investigación.....	6
1.2 Justificación.....	6
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general.....	8
1.3.2 Objetivos específicos.....	8
1.4 Hipótesis	
1.4.1 Hipótesis nula.....	8
1.4.2 Hipótesis alterna.....	8
1.5 Variables	
1.5.1 Variables dependientes.....	9
1.5.2 Variables independientes.....	9

Capítulo 2. Marco teórico.

2.1 Calidad de vida.....	12
2.1.1 Calidad de vida en la tercera edad.....	12
2.1.2 Antecedentes.....	13
2.1.3 Epidemiología.....	18
2.1.4 Definiciones.....	26

2.2 La sexualidad.....	28
2.2.1 Importancia de la sexualidad.....	28
2.2.2 La sexualidad y la vejez.....	29
2.2.3 Sexualidad y autoestima en la tercera edad.....	31
2.2.4 Mitos acerca de la sexualidad en el adulto mayor.....	32
2.3 Aspectos biopsicosociales de los adultos mayores.....	35
2.3.1 Aspectos sociales culturales de los adultos mayores.....	35
2.3.2 Significado socio cultural de la sexualidad.....	36
2.3.3 Aspectos fisiológicos o físicos.....	36
2.3.4 Aspectos psicológicos.....	37
2.3.5 Aspectos psicosociales.....	37
2.4 Efectos del envejecimiento en el adulto mayor, respecto a su sexualidad causas y factores.....	41
2.4.1 Cambios fisiológicos en el hombre que envejece.....	43
2.4.2 Disfunciones sexuales en el hombre adulto mayor.....	45
2.4.3 Cambios fisiológicos en la mujer de la tercera edad.....	45
2.5 Cese de la actividad sexual.....	47
2.5.1 Factores que influyen en la conducta sexual del adulto mayor....	47
2.5.2 Percepción del comportamiento sexual de los adultos mayores.....	48
2.5.3 Factores sociales y enfoque de género.....	49
2.6 Prevención de las disfunciones sexuales en la tercera edad.....	52
2.6.1 Educación sexual y salud en el adulto mayor.....	52
2.6.2 Alimentación en el adulto mayor.....	53
2.6.3 Ejercicio en el adulto mayor.....	54
2.6.4 Enfermedades que pueden afectar la vida sexual del adulto mayor.....	55
2.7 Políticas públicas y tercera edad.....	57

2.8 Teoría.....	59
2.9 Estado del arte.....	60
 Capítulo 3. Método	
3.1 Diseño de investigación.....	66
3.2 Muestra.....	66
3.3 Instrumento.....	66
3.4 Intervención.....	68
3.5 Procedimiento.....	68
3.6 Plan de análisis.....	68
 Capítulo 4. Resultados	
4.1 Resultados descriptivos de la preprueba y postprueba.....	69
4.1.1 Resultados Inferenciales (ANOVA).....	86
 Capítulo. 5 Discusión y análisis	
	87
 Capítulo 6. Conclusiones	
	91
 Referencias	
	95
 Anexos	
	102
Anexo 1. Instrumento CASV.....	103
Anexo 2. Manual	
Sesión 1. Autoestima.....	105
Sesión 2. Mitos, realidades y prejuicios.....	115
Sesión 3. Derechos.....	125
Sesión 4. Sexualidad.....	136
Anexo 3. Consentimiento informado.....	146

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS	Pag.
Figura 1. Proporción de adultos mayores por sexo.....	14
Figura 2. Distribución porcentual de la población adulta mayor de 60 años.....	15
Figura 3. Tasa de crecimiento de la población adulta mayor de 60 años.....	17
Figura 4. Principales causas de morbilidad en adultos mayores de 65 años.....	21
Figura 5. Diez principales causas de atención médica en hombres mayores de 65 años.....	23
Figura 6. Diez Principales causas de atención médica en mujeres mayores de 65 años.....	25
Figura 7. Distribución de la muestra por edad.....	69
Figura 8. Distribución de la muestra por género.....	69
Figura 9. ¿La andropausia marca el inicio de la vejez?.....	71
Figura 10. ¿La menopausia marca el final de la vida sexual de la mujer?.....	72
Figura 11. ¿Los adultos mayores que demuestran amor, se ven ridículos?.....	72
Figura 12. ¿Los adultos mayores deben reprimir su actividad sexual?.....	73
Figura 13. ¿Los adultos mayores tienen derecho a la vida y a la vida sexual?.....	73
Figura 14. ¿Los adultos mayores son impotentes?.....	74
Figura 15. ¿Las mujeres mayores son frías?.....	74
Figura 16. ¿Los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos Actividad sexual?.....	75
Figura 17. ¿Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual?....	75
Figura 18. ¿Las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual?...	76
Figura 19. ¿Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual?.....	76
Figura 20. ¿La belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes?.....	77
Figura 21. ¿La sexualidad se ejerce solo con fines procreativos?.....	77

Figura 22. ¿Los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son perversos?.....	78
Figura 23. ¿La andropausia marca el inicio de la vejez?.....	79
Figura 24. ¿La menopausia marca el final de la vida sexual de la mujer?.....	79
Figura 25. ¿Los adultos mayores que demuestran amor, se ven ridículos?.....	80
Figura 26. ¿Los adultos mayores deben reprimir su actividad sexual?.....	80
Figura 27. ¿Los adultos mayores tienen derecho a la vida y a la vida sexual?.....	81
Figura 28. ¿Los adultos mayores son impotentes?.....	81
Figura 29. ¿Las mujeres mayores son frías?.....	82
Figura 30. ¿Los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos actividad sexual?.....	82
Figura 31. ¿Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual?.....	83
Figura 32. ¿Las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual?.....	83
Figura 33. ¿Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual?.....	84
Figura 34. ¿La belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes?.....	84
Figura 35. ¿La sexualidad se ejerce solo con fines procreativos?.....	85
Figura 36. ¿Los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son perversos?.....	85
Figura 37. ANOVA de medidas repetidas y desviaciones estándar para ambos grupos en la preprueba y postprueba.....	86
Tabla 1. Porcentaje de la población adulta mayor de 60 años por un grupo quinquenal.....	15
Tabla 2. Proporción de adultos mayores en 1910 a 2050.....	16
Tabla 3. Principales causas de morbilidad en adultos mayores de 65 años.....	20
Tabla 4. Morbilidad en adultos mayores de 65 años del sexo masculino.....	22

Tabla 5. Morbilidad en adultos mayores de 65 años del sexo femenino.....	24
Tabla 6. Distribución de la muestra de acuerdo con el estado civil.....	70
Tabla 7. Distribución de la muestra por ocupación.....	70
Tabla 8. Distribución de acuerdo con el nivel de estudios.....	71

Resumen

La vejez es una parte esencial del ciclo de la vida del ser humano, por lo que cuidar cada aspecto de esta etapa, es esencial para poder disfrutar de ella plenamente. La sexualidad en los adultos mayores es un tema controversial que puede llegar a ser omitido e incomprendido por gran parte de la población y que afecta de manera directa a los adultos mayores.

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa de educación para la salud enfocado a aumentar los conocimientos respecto a la sexualidad en la vejez, dirigido a adultos mayores que estudian en una Universidad del Estado de México.

La muestra estuvo conformada por un grupo intervención de 25 participantes de edades de 60-80 años de edad. Antes de aplicar el programa, fue necesario brindar un consentimiento informado a los participantes, con el fin de que conocieran los objetivos, beneficios y la confidencialidad de su colaboración.

En dicha investigación se aplicó un pretest, para el cual se utilizó el instrumento de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (CASV), de Orozco y Rodríguez (2006), el cual consta de 14 ítems, midiendo los prejuicios, mitos, derechos y limitaciones que tienen los adultos mayores respecto al tema de sexualidad. Así mismo, la intervención estuvo conformada por 4 sesiones, las cuales incluyeron temas como autoestima, mitos, realidades y prejuicios, derechos y sexualidad, las cuales se llevaron a cabo en un aula dentro de la misma Universidad, con una duración de 1 hora a 1 hora 30 minutos cada una. Posteriormente se realizó la aplicación de un posttest, siendo el mismo cuestionario que se utilizó al principio para poder dar continuidad a la evaluación del impacto del programa mediante el ANOVA de medidas repetidas y desviaciones estándar para la preprueba y postprueba.

Dentro de los resultados, se obtuvo un aumento de conocimientos respecto a los temas de prejuicios, derechos y limitaciones y se reconoció al adulto mayor como un ser sexuado. La sexualidad es una necesidad básica, un derecho que debe prevalecer aun

en las personas de edad mayor, ya que esto trae beneficios a la salud. Por lo cual se recomienda implementar programas educativos utilizando herramientas para fomentar la capacidad crítica de los adultos mayores, estimulando actitudes positivas hacia la sexualidad en la vejez.

Palabras clave: sexualidad, adulto mayor, vejez, prejuicios, mitos, derechos.

Abstract

Old age is an essential part of the life cycle of the human being, so taking care of every aspect of this stage is essential to be able to fully enjoy it. Sexuality in older adults is a controversial issue that may end up being omitted and misunderstood by a large part of the population and that directly affects older adults. The objective of this research was to evaluate the impact of a health education program focused on increasing knowledge about sexuality in old age, aimed at older adults of a University of the State of Mexico.

The sample consisted of an intervention group of 25 participants aged 60-80 years old. Before applying the program, it was necessary to provide informed consent to the participants, in order to know the objectives, benefits and confidentiality of their collaboration.

In this research, a pretest was applied, for which the instrument of attitudes towards sexuality in old age (CASV; Orozco and Rodríguez, 2006), which consists of 14 items, measuring prejudices, myths, rights and limitations that older adults have regarding the issue of sexuality. Likewise, the intervention consisted of 4 sessions, which included topics such as self-esteem, myths, realities and prejudices, rights and sexuality, which were carried out in a classroom within the same university, with a duration of 1 hour to 1 hour 30 minutes each. Subsequently, the application of a posttest was performed, the same questionnaire being used at the beginning to be able to continue the evaluation of the impact of the program through the ANOVA of repeated measures and standard deviations for the pre-test and post-test.

Within the results, there was an increase in knowledge regarding the issues of prejudice, rights and limitations and the older adult was recognized as a sexed being. Sexuality is a basic need, a right that should prevail even in the elderly, as this brings benefits to health. Therefore, it is recommended to implement educational programs using tools to promote the critical capacity of older adults, stimulating positive attitudes towards sexuality in old age.

Keywords: sexuality, older adult, old age, prejudices, myths, rights.

Introducción

La sexualidad en la vejez, hoy en día continúa siendo un tema tabú, ya que durante mucho tiempo ha sido negada a ciertos grupos vulnerables como lo es durante la vejez. Esto responde al hecho de haber considerado a la sexualidad estrechamente vinculada a la reproducción en la que los adultos mayores ya no forman parte. Los prejuicios sociales y la ignorancia llevan a muchos profesionales de la salud, al propio individuo y a la familia a evitar el tema de la sexualidad durante esta etapa de la vida, por tal la sexualidad ha sido marcada como una aberración, un tema que no debe ser tocado (Díaz, 1987).

Los adultos mayores son un grupo vulnerable, ya que son excluidos por la sociedad y son limitados no solo en cuanto a la información y las actividades, sino también en las necesidades de ellos mismos, como lo es la sexualidad. Ya que los adultos mayores tienen derecho a contar con la información que concierne a su comportamiento sexual y conocer así mismo, aspectos biológicos, sociales, que conciernen en su propia sexualidad (Hernández, 2013).

La sexualidad en el adulto mayor involucra las características físicas, psicológicas, biológicas y afectivas del individuo, de la existencia de una pareja y sus características, así como del contexto sociocultural en el que tiene lugar, es decir la sexualidad no sólo es el contacto sexual sino que hace referencia al afecto y sentimientos, incluyendo una simple caricia, un tomarse de las manos o un simple beso (Llanes, 2013).

El presente trabajo tuvo como finalidad, evaluar el impacto de un programa de educación para la salud para aumentar los conocimientos de los adultos mayores respecto al tema de sexualidad, este fue evaluado antes y después de la intervención. Siendo así que dentro de cada capítulo, se abordan distintos puntos, tales como en el capítulo 1, se detalla el planteamiento del problema, la contextualización del objetivo general, así como de los específicos, la hipótesis nula y alterna y las variables dependientes e independientes.

Dentro del capítulo 2, se aborda la fundamentación, marco teórico, marco histórico que incluye los antecedentes y la epidemiología, marco conceptual que son las definiciones y el estado del arte que es la descripción de forma breve de cada uno de los estudios encontrados ya previamente revisados.

En el capítulo 3, se aborda el método que se llevó a cabo, la muestra de participantes, el diseño de la investigación, descripción del instrumento así como la validación y la confiabilidad del mismo, la intervención que se llevó a cabo, el procedimiento, es decir, los pasos a seguir desde el momento que inicio y termina la investigación, incluida la descripción de toda la preprueba y la postprueba refiriéndose a las condiciones en que se aplicó y área geográfica.

En el capítulo 4, se abordan los resultados del presente trabajo, incluyendo los resultados de la preprueba y la postprueba que se llevaron a cabo para evaluar el impacto del programa.

En el capítulo 5, se aborda la discusión y el análisis. Donde se muestra la comparación de los resultados de la presente investigación con la de otras investigaciones previas.

En el capítulo 6, se abordan las conclusiones finales que se obtuvieron del programa de educación para la salud, en adultos mayores.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

La sexualidad en la vejez, es un tema controversial y poco conocido por la sociedad, ya que no se habla mucho al respecto y tampoco existe interés. Muchas personas consideran que una vez que se llega a esta etapa de la vida, se acaba el afecto emocional y de interés sexual. Por esto, los adultos mayores hombres y mujeres son vistos como seres asexuados, por lo cual los privan de todo derecho a expresar sus sentimientos. Y cuando los adultos mayores, van en contra de estas creencias, la sociedad los ve mal y los consideran como seres enfermos (Escobar, Lara, Morales y Ortega, 2013).

Por tal motivo es importante conocer las opiniones de las personas mayores, respecto a este tema. Para que de esta manera, se pueda abordar la problemática desde una perspectiva de educación para la salud, para así poder incrementar los conocimientos.

1.1 Pregunta de investigación

En hombres y mujeres de 60 a 80 años de edad, estudiantes del turno matutino en una Universidad pública, UNIDE (unidad de desarrollo y educación para la tercera edad), en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México, ¿cuál será el impacto de una intervención en educación para la salud, en los conocimientos de los adultos mayores respecto al tema de sexualidad en la vejez?

1.2 Justificación

Hablar de sexualidad es un tema complejo, ya que es una de las áreas del comportamiento humano más desconocida. Generalmente se asocia la sexualidad a la genitalidad y a la reproducción, dejando de lado otros aspectos tan importantes como los afectivos, morales y eróticos que influyen directamente en el desarrollo de su propia sexualidad y por ende en sus conocimientos previos y calidad de vida (Arango, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) considera que “La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales, La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Los adultos mayores son un grupo vulnerable, ya que son excluidos por la sociedad y son limitados no solo en cuanto a la información y las actividades, sino también en las necesidades de ellos mismos, como lo es la sexualidad (Castro, Merino y Sanhueza, 2005).

La sexualidad de los adultos mayores es objeto de prejuicios y mitos, ya que se piensa que los adultos mayores pierden todo el interés sexual cuando envejecen. La realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte aun cuando sea alterado por los cambios físicos y biológicos del envejecimiento. El mito sobre el adulto mayor asexual es reforzado por patrones sociales y creencias personales de cada individuo. Sin embargo, las necesidades de interacción, intimidad y afecto de una persona no terminan a ninguna edad. Todos estos aspectos sociales limitan al adulto mayor, privándolo de su derecho de tener una vida sexual satisfactoria. Si se considera la sexualidad como parte natural, necesaria y saludable de la vida, y se acepta que los sentimientos, los deseos y la actividad sexual están presentes durante todo el ciclo vital de cada individuo, se comprenderá mejor la sexualidad. Los adultos mayores tienen derecho a contar con la información que concierne a su comportamiento sexual, tales como aspectos biológicos y sociales, así como a disfrutar plenamente de ella (Llanes, 2013).

1.3 Objetivos

1.3.1 objetivo general.

Evaluar el impacto de un programa de educación para la salud, para incrementar los conocimientos respecto al tema de sexualidad en adultos mayores de 60 a 80 años de edad.

1.3.2 objetivos específicos.

- Diseñar un programa de educación para salud enfocado a los adultos mayores, para promover el tema de la sexualidad en la vejez.
- Implementar el programa de sexualidad en los adultos mayores.
- Caracterizar el impacto del programa antes y después de la intervención.

1.4 Hipótesis

1.4.1 hipótesis alterna.

La implementación de un programa de educación para la salud, logrará aumentar los conocimientos sobre la sexualidad en la vejez.

1.4.2 hipótesis nula.

La implementación de un programa de educación para la salud, no logrará aumentar los conocimientos sobre la sexualidad en la vejez.

1.5 Variables

1.5.1 variables dependientes.

Conocimientos: Es la acumulación de información adquirida de forma científica o empírica. Partiendo de que conocer es aprender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto (Cheesman, 2011).

Esta variable se midió de forma cualitativa, mediante una encuesta que se les aplicó a los participantes.

Calidad de vida: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Esta variable se midió de forma cualitativa, mediante una encuesta que se les aplicó a los participantes.

Prejuicios: Actitud desfavorable, intolerante, injusta o irracional hacia otro grupo de personas (Oskamp, 2001).

Esta variable se midió de forma cualitativa, mediante una encuesta que les aplicó a los participantes.

Derechos: Conjunto de principios y normas establecidas, expresivos de una idea de justicia y orden, que regulan las relaciones humanas en toda la sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera colectiva (Real academia española, 2017).

Esta variable se midió de forma cualitativa, mediante una encuesta que les aplicó a los participantes.

Límites: Es una restricción o una limitación de algo o alguien, esto puede hablarse de un límite legal, social o de otro índole (Pérez, 2011).

Esta variable se midió de forma cualitativa, mediante una encuesta que les aplicó a los participantes.

Mitos: El término mito deriva del griego mythos (fábula) y se refiere a aquellas historias que explican la existencia u ocurrencia de fenómenos (tanto naturales como culturales) como consecuencia de la intervención de fuerzas sobrenaturales. A través de los mitos, las diversas culturas han dado razón de su manera particular de comprender cómo se organiza el universo (Eliade, 1991).

1.5.2 variables independientes.

Sexo: Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Esta variable se midió de forma cualitativa, hombre/mujer.

Edad: una categoría de periodificación no sólo biológica, sino también como un constructo sociocultural y simbólico que nos remite a la ubicación espaciotemporal del ciclo de vida de cada cultura en función de su cosmovisión (Escorcía, 2013).

Esta variable se midió de forma de forma cuantitativa, de un rango de 60 a 80 años.

Religión: Del verbo "*relegere*" que significa "volver a leer" o "recorrer". "Religión" indicaría así la repetida reflexión que hace el hombre sobre el culto de los dioses, objeto que reclama su atención preferencial (Neira, 2001).

Esta variable se midió de forma cualitativa, en católico, cristiano, ateo, entre otros.

Estado civil: es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del "estado de familia" en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil. Relaciones de familia, como el matrimonio o la filiación, al determinar un estado civil, atribuyen derechos e imponen obligaciones específicas para los individuos que vinculan. Solamente las personas individuales o físicas tienen estado civil (Mazza, 2012).

Esta variable se midió de forma cualitativa, en casado, soltero, unión libre y viudo.

Nivel de estudios: Niveles de educación básica y media. Los tres niveles de educación formal son: educación básica primaria / secundaria, educación media superior y la educación superior (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008).

Esta variable se midió de forma cualitativa, en primaria (completa o trunca), secundaria (completa o trunca), preparatoria (completa o trunca), universidad (completa o trunca), maestría, doctorado y sin estudios.

Residencia: Lugar donde vive una persona, donde ejerce sus funciones y convive con personas como familia, amigos o personas no ajenas (Larousse, 2016).

Esta variable se midió de forma cuantitativa y cualitativa, en número de personas con las que se vive y si son familiares o personas no ajenas a ellas.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Calidad de vida

La calidad de vida es sin duda, un tema liado y sobre el cual los investigadores sociales les ha sido difícil lograr un avance. En los últimos años se ha hecho muy frecuente el uso del término, en varios contextos. Primero se le da al término de un carácter biologicista y luego mediante otros estudios se prueba el cruce de la salud con el del bienestar social la calidad de vida colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social. La Organización Mundial de la Salud, concibe dicho termino en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales está en relación con sus objetos y expectativas: patrones y preocupaciones (García, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987), definió la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social.

El estudio de la calidad de vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una esencial atención. Por otro lado, se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social, incluyendo la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de su trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad (OMS, 2002).

2.1.1 la calidad de vida en la tercera edad.

La calidad de vida en la tercer edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentara la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad. La calidad de vida aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional de esta información y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta

información es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho marco de procesos interesantes (García, González y Fernández, 2005).

Son acciones educativas que tienen un gran significado para la vida diaria de las personas adultas mayores, ya que se trabajaría en distintos aspectos de su vida y entorno, para tener un mejor estado de bienestar (García et al., 2005).

2.1.2 antecedentes.

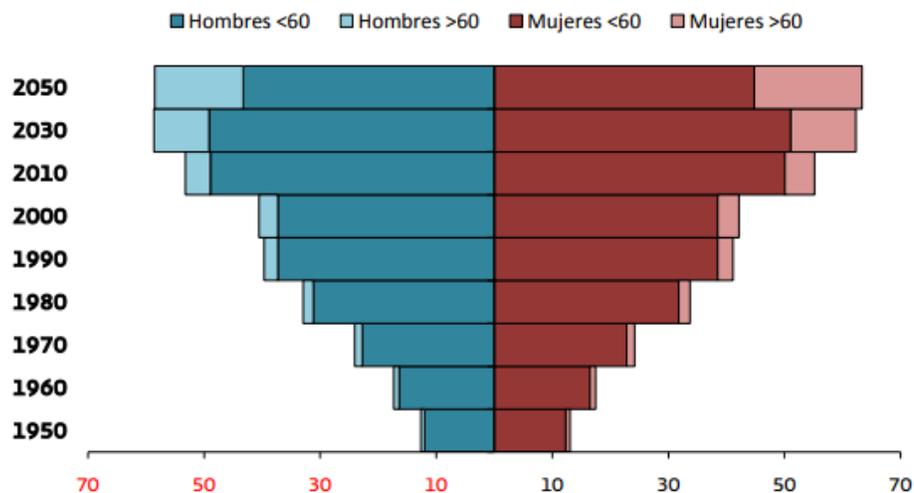
A partir de 1996 se establecen Políticas en Salud para la atención de los adultos mayores, es así como se instaura el Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM) que incluye la salud sexual como variable dicotómica evaluando la “Conformidad” de la actividad sexual con la pareja. En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud definió la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no sólo implica la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad; sino que requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, y la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (OMS, 2002).

El envejecimiento de la población mexicana, se acelerará significativamente en el presente siglo. En el año 2000, las personas de 60 años o más representaban 6.8% de la población total del país y se espera serán 28.0% en el año 2050. De acuerdo con la revisión de 2002 de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo habría aumentado de 11.7% en 1950 a 32.3% en 2050. Así, el proceso que a los países más desarrollados les consumirá un siglo (incrementar la proporción en casi 21 puntos porcentuales) a México le tomará la mitad del tiempo (Secretaría de Salud, 2010).

La Figura 1, muestra el crecimiento constante y gradual de la población adulta mayor de 60 años para ambos sexos, con cortes poblacionales de censos nacionales registrados en el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y las

proyecciones del CONAPO. La población mayor de 60 años para ambos sexos aumentará como resultado de la transición demográfica y la población de menores de 60 años disminuirá hasta que la pirámide muestre una base invertida; sin embargo, la pirámide al primero de enero del año 2051 eventualmente alcanzará la estabilidad, si permanecieran invariables las condiciones demográficas previstas para 2050 (Secretaría de Salud, 2010).

Figura 1. Proporción de adultos mayores por sexo. México, 1950 al 2050.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2008.

En cuanto a la población desagregada de adultos mayores de 60 años en cien años, se ha observado que el grupo etario de 60 a 64 años desde el año 1910 ha sido el más poblado, alcanzando los porcentajes más altos en los años 1921 y 1930; la presentación de los grupos etarios en la Tabla 1, es con tendencia a ocupar menor porcentaje conforme aumenta la edad; sin embargo, se debe reconocer que las diferencias porcentuales entre cada grupo etario han ido disminuyendo gradualmente y actualmente relación de cada adulto mayor de 60-64 años es de cinco por cada adulto mayor de 85 años y más años, cuando en el año 1910 era de casi 7. Se observa

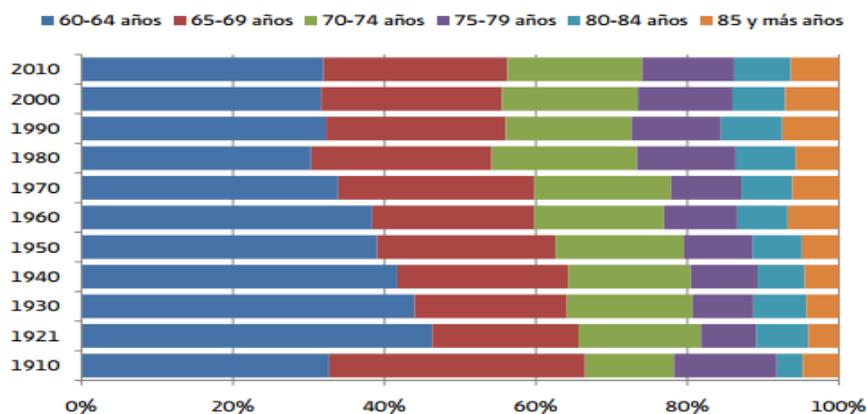
también en la siguiente Figura 2, que el grupo poblacional de 70 a 79 años ha presentado una tendencia heterogénea, más notoria entre los 75-79 años con presencia de elevaciones y disminuciones porcentuales marcadas. A partir de los 80 años, la tendencia vuelve a ser al alza (Secretaría de Salud, 2010).

Tabla 1. Porcentaje de la población adulta mayor de 60 años por grupo quinquenal.

Porcentaje de la población adulta mayor de 60 años por grupo quinquenal, 1910-2010							
Año	Población de adultos mayores de 60 años	Grupo etario en años					
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
1910	511,964	32.7	33.8	11.7	13.5	3.5	4.8
1921	700,206	46.3	19.3	16.1	7.3	6.8	4.1
1930	872,101	44.0	20.2	16.6	8.0	6.9	4.3
1940	1,005,803	41.7	22.5	16.2	8.8	6.2	4.5
1950	1,419,685	39.0	23.5	17.0	9.1	6.5	4.9
1960	1,939,745	38.4	21.4	17.2	9.7	6.6	6.8
1970	2,709,238	33.9	25.9	18.0	9.3	6.7	6.2
1980	3,676,266	30.3	23.8	19.2	13.1	7.9	5.7
1990	4,988,158	32.3	23.7	16.6	11.8	8.1	7.5
2000	6,948,457	31.6	23.9	17.9	12.5	7.0	7.1
2010*	9,424,000	32.0	24.3	17.8	12.1	7.5	6.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2008.

Figura 2. Distribución porcentual de la población adulta mayor de 60 años, 1910-2010.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2008.

En cuanto al indicador que nos reporta la proporción de adultos mayores en relación a la población total $[(P_{60} \text{ y } + \text{ años}/P \text{ total}) * 100]$, en la Tabla 2, encontramos que gradualmente la proporción mexicana mayor de 60 años ha aumentado, como ejemplo, encontramos que en 1910 había 3.4% de personas adultas mayores respecto a la población total y en 2050, habrá aproximadamente uno de cada 4 personas (Secretaría de Salud, 2010).

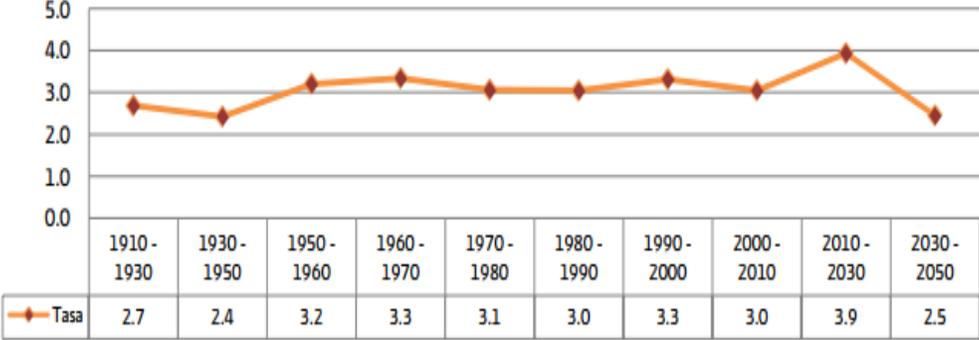
Tasa de crecimiento de la población adulta mayor de 60 años, 1910-2050 En cuanto a la tasa de crecimiento de la población adulta mayor $\{[\text{Ln}(P_{60} \text{ y } + \text{ años al final del periodo}/P_{60} \text{ y } + \text{ años al inicio del periodo})/\text{Tiempo}] * 100\}$, que sintetiza la magnitud del aumento relativo de la población adulta mayor en los períodos estudiados, se observa en la Figura 3, que en general la tasa mantiene una tendencia constante a partir de 1950 y posteriormente, con apoyo de las proyecciones del CONAPO, la tasa más elevada se ubica en el periodo comprendido del año 2000 al 2030, a partir del cual se registrará aproximadamente la menor tasa (Secretaría de Salud, 2010).

Tabla 2. Proporción de adultos mayores en 1910 a 2050.

Año	Población general	Proporción de adultos mayores de 60 años
1910	15,141,998	3.4
1921	14,196,037	4.9
1930	16,549,629	5.3
1940	19,648,818	5.1
1950	25,743,677	5.5
1960	34,809,586	5.6
1970	48,225,238	5.6
1980	66,653,584	5.5
1990	80,757,380	6.2
2000	95,429,611	7.3
2010*	108,396,211	8.7
2030*	120,928,075	17.1
2050*	121,855,703	27.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

Figura 3. Tasa de crecimiento de la población adulta mayor de 60 años, 1910-2050.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

2.1.3 epidemiología.

En nuestra sociedad se tiene la idea que, si la población de la tercera edad reside con sus familiares, tienen asegurado cierto bienestar, físico y biológico. Sin embargo, las condiciones socioeconómicas que viven los mexicanos no permiten que la familia pueda atender a los adultos mayores, es decir, las familias y los adultos mayores residen en condiciones de pobreza, lo que en definitiva limita la atención a diversas necesidades de la población; circunstancias que originaban el maltrato, discriminación, violencia física y verbal y problemas en la salud. Muchos son obligados a vivir en un asilo o albergues, donde prácticamente son abandonados y rara vez reciben una visita (INEGI, 2009).

La población de la tercera edad que suele estar jubilada (persona no activa) tiene la posibilidad de aportar sus conocimientos, además de realizar nuevas tareas comunitarias como asociaciones, sindicatos, grupos religiosos, entre otros. Por ejemplo, el grupo “nuevo amanecer” del sistema del DIF de esta comunidad, fundado hace 7 años, lo integran 21 personas aproximadamente de la tercera edad, su función es promover la calidad de vida mediante la elaboración de manualidades, baile, caminata, saltos, ejercicios de relajación, prácticas de nutrición, estilos de vida y tratamientos para enfermedades crónico degenerativas. Además de participar en los concursos de baile, festivales de municipios etc. Por ello, se debe considerar importante la calidad de vida que tiene la persona mayor de 65 años, originada por cambios sociales, económicos, tecnológicos, demográficos y culturales, apartándolas de la corriente principal de desarrollo (OMS, 2002).

Se analiza la información de los años 1995 y 2009, proveniente del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Al sumar las notificaciones de ambos años, se obtiene como resultado que, en promedio las diez primeras causas de morbilidad, corresponden a entre 35 y 36 de cada 100 adultos mayores enfermos por cualquier causa reportada durante el año. En los datos siguientes se puede observar que México presenta una polarización epidemiológica, en específico en el grupo de adultos mayores, en donde se aprecia que el patrón de morbilidad se distingue por tener simultáneamente tanto enfermedades infecciosas como enfermedades crónicas no

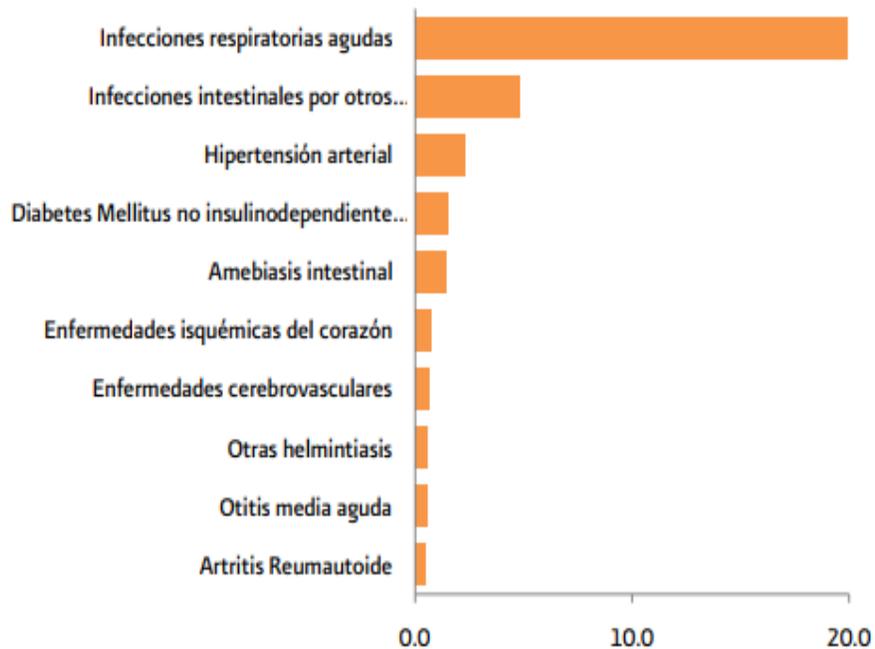
transmisibles y de tipo carencial y desnutrición. Los niveles de enfermedades transmisibles que se observan, son más altos de los que se esperaría, dados los niveles observados de enfermedades crónicas. Como resultado de la información predominan dentro de las principales causas de morbilidad aún las de carácter infeccioso, tales como afecciones respiratorias y gastrointestinales, lo que indica que debemos realizar acciones encaminadas a prevenir y atender estos padecimientos. Se decidió la presentación de esos periodos, debido a que, el año 1995 es el momento del cual se cuenta con la base de datos manipulable de SUIVE. Sin embargo, en la plataforma aún no se había codificado la variable “sexo”, con lo cual se reportaban los datos totales, sin diferencia por género. Es a partir del año 2003, cuando se actualiza la plataforma y se codifican las variables “sexo masculino” y “sexo femenino”, con lo cual se decidió tomarlo como antecedente primario de la situación de morbilidad de los adultos mayores de 60 años en aquel entonces. Finalmente, el año 2009 es el último año con datos validados. Según el Programa de Acción Específico de Envejecimiento 2007-2012 de la Secretaría de Salud, en el año 2000 la esperanza de vida saludable (EVISA), considerando los extremos entre los estados, era de 55.2 a 63.1 años en hombres y de 61.0 a 67.3 años en mujeres. Este indicador mide los años de vida que puede vivir una persona sin discapacidad. En la Tabla 3, se observan las principales causas de daños a la salud o muerte en adultos mayores, las cinco principales causas de pérdida de años saludables fueron las lesiones perinatales, los choques y atropellamientos, la diabetes, la violencia y las cardiopatías. Por otro lado, en la Figura 4, se observa la importancia de las primeras 10 causas de búsqueda de atención médica en el adulto mayor, en que estas, se concentran la mayoría de los padecimientos en relación al resto de los padecimientos notificados por el sistema de información (Secretaría de Salud, 2010).

Tabla 3. Principales causas de morbilidad en adultos mayores de 65 años, 1995.

Clave CIE-10	Diagnóstico	Casos	Tasa*
J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	Infecciones respiratorias agudas	803,659	19,953.3
A04, A08-A09 excepto A08.0	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	194,669	4,833.3
I10-I15	Hipertensión arterial	92,600	2,299.1
E11-E14	Diabetes Mellitus no insulinodependiente (Tipo II)	62,987	1,563.8
A06.0-A06.3;A06.9	Amebiasis intestinal	59,607	1,479.9
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	29,306	727.6
I60-I67, I69	Enfermedades cerebrovasculares	27,157	674.3
B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	Otras helmintiasis	23,999	595.9
H65.0-H65.1	Otitis media aguda	22,144	549.8
J14.0	Artritis Reumatoide	20,092	498.8
J12-J18 excepto J18.2	Neumonías y bronconeumonías	17,864	443.5
NCOP E810-E819	Accidentes De Trafico	8,092	200.9
B86	Escabiosis	7,372	183.0
B77	Ascariasis	6,807	169.0
L10-L11	Dermatosis y Dermatomicosis	6,201	154.0
A46	Erisipela	5,796	143.9
A01.1-A02	Paratifoidea y otras salmonelosis	5,552	137.8
K70.3, K74.6	Cirrosis Hepática	4,892	121.5
T63, X21, X23, X27, excepto T63.2	Intoxicación por ponzoña de animales	4,694	116.5
T63.2, X22	Intoxicación por picadura de alacrán	4,291	106.5
	Total principales causas	1,407,781	34,953
	Total general	1,444,909	35,874.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

Figura 4. Principales causas de morbilidad en adultos mayores de 65 años, 1995.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

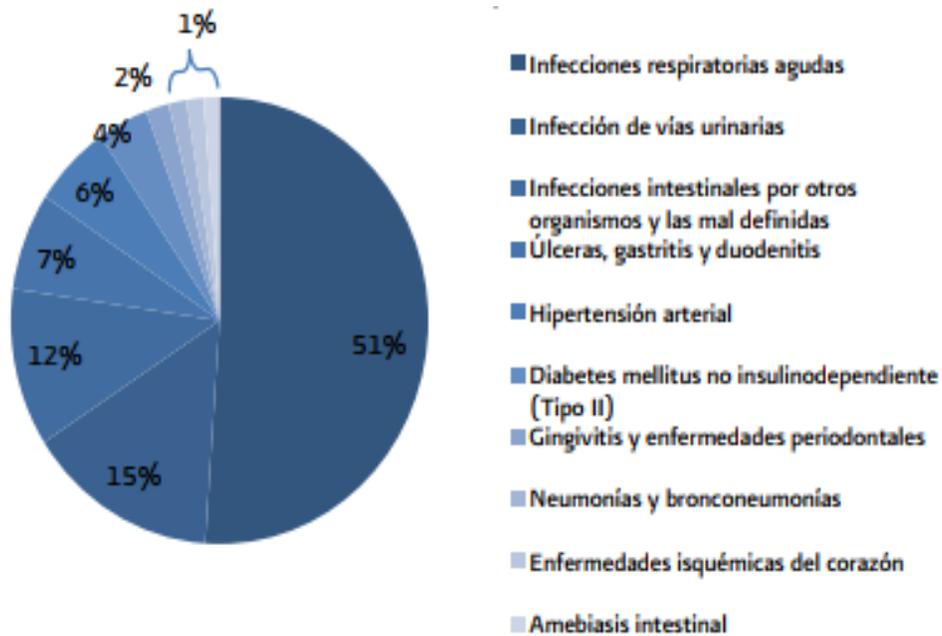
Para los hombres mayores de 65 años se observa en la Tabla 4, una tasa general de incidencia de 38,874.7 casos nuevos por cada 100 mil hombres de ese grupo etario, con un total de 1, 085,417 casos. Se registraron en las primeras tres posiciones entidades transmisibles e infecciosas. A partir del quinto lugar aparecen registros de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y en siguiente posición la diabetes mellitus, con tasas de incidencia de 2,138.9 y 1,395.1 casos por cada 100 mil habitantes, respectivamente. Posteriormente existe registro de ambos tipos de entidades. En la Figura 5, se muestra que de las diez principales causas de atención, son las enfermedades infectocontagiosas (infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas), las que ocupan el mayor porcentaje, 78% (Secretaría de Salud, 2010).

Tabla 4. Morbilidad en adultos mayores de 65 años del sexo masculino, 2009.

Clave CIE-10	Posición	Diagnóstico	Casos	Tasa*
J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	1	Infecciones respiratorias agudas	507,203	18,165.70
N30, N34, N39.0	2	Infección de vías urinarias	146,266	5,238.60
A04, A08-A09 excepto A08.0	3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	113,517	4,065.70
K25-K29	4	Úlceras, gastritis y duodenitis	70,089	2,510.30
I10-I15	5	Hipertensión arterial	59,720	2,138.90
E11-E14	6	Diabetes mellitus no insulinodependiente (Tipo II)	38,953	1,395.10
K05	7	Gingivitis y enfermedades periodontales	17,876	640.2
J12-J18 excepto J18.2	8	Neumonías y bronconeumonías	13,450	481.7
I20-I25	9	Enfermedades isquémicas del corazón	13,338	477.7
A06.0-A06.3;A06.9	10	Amebiasis intestinal	12,068	432.2
B30, H10.0	11	Conjuntivitis	11,157	399.6
H65.0-H65.1	12	Otitis media aguda	10,566	378.4
I60-I67, I69	13	Enfermedades cerebrovasculares	10,293	368.6
T63.2, X22	14	Intoxicación por picadura de alacrán	9,160	328.1
B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	15	Otras helmintiasis	8,619	308.7
J45, J46	16	Asma y estado asmático	7,309	261.8
W54	17	Mordeduras por perro	3,898	139.6
T20-T32	18	Quemaduras	2,847	102
A01.1-A02	19	Paratifoidea y otras salmonelosis	2,279	81.6
B86	20	Escabiosis	1,978	70.8
		Total principales causas	1,060,586	37,985.30
		Total general	1,085,417	38,874.70

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

Figura 5. Diez principales causas de atención médica en hombres mayores de 65 años, 2009.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

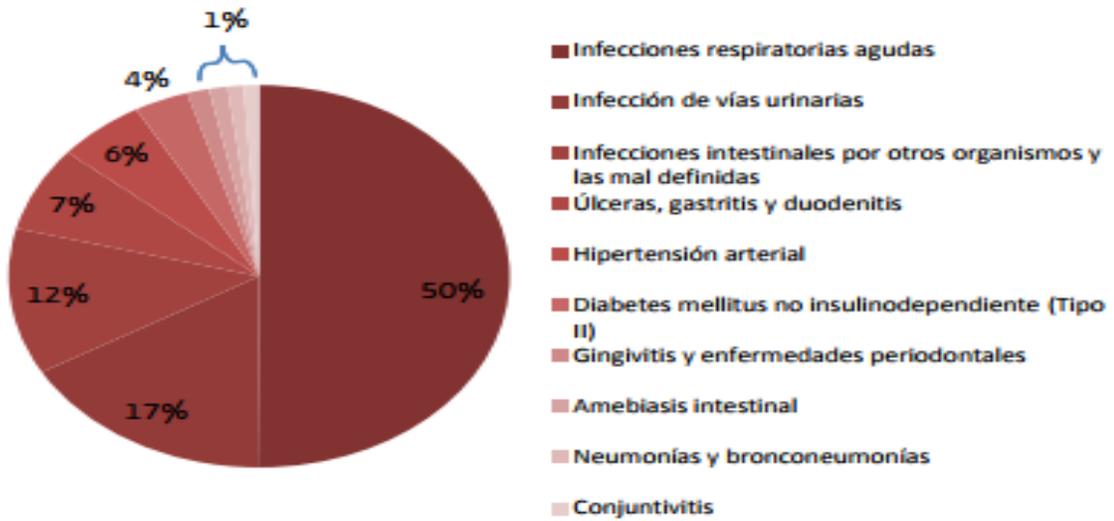
En las mujeres mayores de 65 años se observa en la Tabla 5, una tasa general de incidencia de 47,114.5 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de ese mismo grupo etario, superior a la encontrada en el sexo masculino.; con un total de 1, 607,744 casos. Mientras que en la Figura 6, se observa que en general las primeras diez causas corresponden a las mismas causas que las registradas en el sexo masculino, también a partir del quinto sitio aparecen registros de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, sin embargo, esta última con una tasa de incidencia de 1,528.9 casos, muy por encima de la registrada en los varones (1,395.1 casos), a diferencia de las enfermedades isquémicas del corazón, las cuales registran una tasa de 361.3 casos, inferior a la encontrada en los varones (477.7 casos). En las mujeres, las enfermedades infectocontagiosas ocuparon el 79% de las diez primeras causas de atención (Secretaría de Salud, 2010).

Tabla 5. Morbilidad en adultos mayores de 65 años del sexo femenino, 2009.

Morbilidad en adultos mayores de 65 años del sexo femenino, 2009				
Clave CIE-10	Posición	Diagnóstico	Casos	Tasa*
J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	1	Infecciones respiratorias agudas	745,044	21,901.4
N30, N34, N39.0	2	Infección de vías urinarias	246,145	7,235.7
A04, A08-A09 excepto A08.0	3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	183,881	5,405.4
K25-K29	4	Úlceras, gastritis y duodenitis	106,924	3,143.2
I10-I15	5	Hipertensión arterial	83,966	2,468.3
E11-E14	6	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	52,010	1,528.9
K05	7	Gingivitis y enfermedades periodontales	21,456	630.7
A06.0-A06.3; A06.9	8	Amebiasis intestinal	17,467	513.5
J12-J18 excepto J18.2	9	Neumonías y bronconeumonías	15,335	450.8
B30, H10.0	10	Conjuntivitis	14,819	435.6
H65.0-H65.1	11	Otitis media aguda	13,373	393.1
I20-I25	12	Enfermedades isquémicas del corazón	12,292	361.3
B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	13	Otras helmintiasis	11,140	327.5
J45, J46	14	Asma y estado asmático	10,277	302.1
I60-I67, I69	15	Enfermedades cerebrovasculares	10,124	297.6
T63.2, X22	16	Intoxicación por picadura de alacrán	8,568	251.9
B37.3-B37.4	17	Candidiasis urogenital	4,354	128.0
A01.1-A02	18	Paratifoidea y otras salmonelosis	3,838	112.8
T20-T32	19	Quemaduras	3,758	110.5
W54	20	Mordeduras por perro	3,565	104.8
		Total principales causas	1,568,336	46,103.0
		Total general	1,607,744	47,114.5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

Figura 6. Diez principales causas de atención médica en mujeres mayores de 65 años, 2009.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008.

2.1.4 definiciones.

- Adulto mayor sano: un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985).
- Envejecimiento: La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales (OMS, 2002).
- Derecho: es el conjunto de normas que imponen deberes y normas que confieren facultades, que establecen las bases de convivencia social y cuyo fin es dotar a todos los miembros de la sociedad de los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia (Latorre, 2008).
- Sociedad: una agrupación de personas que constituyen una unidad, con la finalidad de cumplir mediante la mutua cooperación, todos o algunos de los fines de la vida. Así, podemos definir la sociedad como un conjunto organizado de individuos que siguen un mismo modo de vida (Moreira, 2003).
- Tabú: Es la prohibición usual y convencional que condiciona a las personas, instituciones y cosas, basada en ciertos motivos sociales, religiosos, supersticiosos o prejuiciosos (Real Academia Española, 2014).
- Salud geriátrica: la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito (Organización Mundial de la Salud, 2008).
- Salud sexual: La salud sexual es 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 (Organización Mundial de las Salud, 2008).
- Sexualidad: La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo

largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (Organización Mundial de la Salud, 2010).

- Salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948).
- Familia: La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" (Organización Mundial de la Salud, 2009).
- Grupos vulnerables: se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2005).
- Educación para la Salud: Es una herramienta de salud pública a través de la que podemos facilitar cambios, crear corriente de opinión, establecer canales de comunicación y capacitar a individuos y a colectividades para con su auto-responsabilización e implicación, hacerles activos y participantes en el rediseño individual, ambiental y organizacional con acciones globalizadoras. Así su objetivo final será el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables (Espinosa, 1998).

2.2 La sexualidad

La sexualidad es la forma cómo la persona se expresa, siente y se manifiesta como un ser sexual. La manera que hace que seamos únicos, con nuestra propia esencia frente a los demás y en nuestras diferentes respuestas y experiencias eróticas. “El conocimiento de uno mismo como mujeres y hombres es parte de la sexualidad, como lo es la capacidad de tener las experiencias y respuestas eróticas”. La sexualidad no solo es el coito, es la esencia de uno mismo, la forma de hablar, de caminar, de expresarse, de cómo sentirse, eso es la sexualidad. A pesar de alguna lesión física que pueda comprometer los órganos genitales, la sexualidad siempre formará parte de uno mismo, la sexualidad solo desaparecerá cuando el hombre deje de existir (Betancourt, 2013).

2.2.1 importancia de la sexualidad.

La importancia de la sexualidad ha trascendido las fronteras de la biología y la salud humana, para convertirse en realidad en un verdadero objeto de estudio de distintas disciplinas científicas. Desde un punto de vista del análisis teórico, podría definirse a la sexualidad como la sumatoria de los distintos factores (anatómicos y fisiológicos en la mayoría de las especies, con la incorporación de variables psicológicas, sociales y afectivas en los seres humanos) que dan conformación al sexo de cada individuo. La mayor difusión y comprensión de los fenómenos conductuales y emocionales permite también definir a la sexualidad como una suma de otros aspectos, en especial los relacionados con la búsqueda del placer sexual. Esta variable ha sido definida por muchos expertos como un parámetro demarcador de las actividades humanas que puede ser determinante en todas las etapas de la vida. En este ámbito se circunscribe casi la totalidad de la definición de la personalidad desde la concepción de la psicología freudiana, aunque también es una variable fundamental en otras escuelas vinculadas con la interpretación del psiquismo humano. Por lo tanto, la restricción de la sexualidad aun único aspecto consiste en una limitación inapropiada para la comprensión de este aspecto en su real importancia (Árraga, 2013).

Si bien los biólogos y especialmente los etólogos pueden reducir el análisis de la sexualidad animal o vegetal a aspectos fundamentalmente fisiológicos, la interpretación de la sexualidad en los seres humanos requiere de la incorporación de elementos de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales. La participación de la cultura y de las diferentes religiones también debe ser tomada en cuenta, dado que ambos aspectos moldean y sistematizan a los distintos grupos sociales más allá del conocimiento científico académico. Asimismo, los aspectos históricos de cada sociedad merecen ser considerados en el análisis de la sexualidad, debido a la diferente influencia de las raíces de cada pueblo y nación en su vida de relación. Así será distinto el enfoque de la importancia de la sexualidad en culturas poligámicas o endogámicas, en comparación con modelos sociales en los que se privilegia la unión familiar tradicional. Por consiguiente, resulta de gran relevancia concebir a la sexualidad como un fenómeno con fundamentos biológicos, pero con un fuerte contenido social y cultural, con diferencias profundas entre distintos contextos (Stanley, 2009).

2.2.2 la sexualidad y la vejez.

La sexualidad no solo deriva de un impulso biológico, sino que posee una serie de significados que la transforman en una dimensión de la conducta y la subjetividad humana influida y cometida a lo largo de toda la vida a la acción de la cultura. Por ende, la sexualidad humana va más allá de la función reproductiva para asumir funciones de carácter relacional, hedonísticas y egointegrativas. En el transcurso del ciclo vital se forma la identidad sexual y de género del individuo, las actitudes sexuales y la conducta sexual. De hecho las etapas del ciclo vital como lo son la infancia, adolescencia, adultez y la vejez, son construcciones sociales. Las etapas del desarrollo son “conceptos sociales que toman como referencia la edad, haciendo de ella uno de los criterios fundamentales de organización de la vida social”. La estructura más esencial de la sociedad se reduce a dividir a los individuos en hombres y mujeres, y éstos, en niños, adolescentes, adultos y viejos, es decir en clases de edad (Moreira, 2003).

La sexualidad es la identificación del propio ser y la capacidad de poderla manifestar a través de toda la vida, y quizá después de la muerte, ya que se manifiesta desde etapas muy tempranas de la vida y se conserva durante toda la existencia. La sexualidad humana se localiza en la mente y no en las hormonas como mucha gente piensa, y para reforzar este punto conviene plantearse algunas preguntas: ¿es necesario el coito para tener buena calidad de vida?, ¿Por qué la sociedad rechaza el sexo en los adultos mayores? El coito no es la única forma de sexualidad humana, sino que existen otras variantes que incluso pueden producir orgasmos, como escuchar música, observar una pintura o asistir a una obra de teatro, escuchar a alguna persona hablar, charlar con los amigos, acudir a reuniones y relacionarse con personas del sexo opuesto, leer un libro, etc. Una buena relación interpersonal puede ser más gratificante que el mismo coito entre los adultos mayores, se disfruta el momento con personas del sexo opuesto y las manifestaciones de la sexualidad humana son muchas, siendo esta relación la mejor, ya que los ayuda a tener una mejor calidad de vida, menos toma de medicamentos, mejores relaciones interpersonales, mayor autoestima y creatividad (Stanley, 2009).

Es así que en la adultez mayor el concepto de sexualidad se basa principalmente en la calidad de la relación integrando componentes tales como personalidad, intimidad, género, pensamientos, sentimientos, intereses y valores. Es en esta etapa del adulto mayor como en ninguna otra etapa de la vida que la afectividad cobra gran importancia. Surge un nuevo lenguaje sexual en el cual se revela el amor, el afecto, aumenta la relación interpersonal entre la pareja y la relación netamente sexual y genital sigue presente pero no solo se concreta con el acto coital sino que representa la dedicación y la entrega, el conjunto de experiencias y estados de ánimo que los seres humanos somos capaces de transmitir (Stanley, 2009).

Se conceptualiza la sexualidad en la tercera edad como tema tabú, debido a que existe gran dificultad para conversar abiertamente del tema, en primer lugar, porque pasa por lo generacional donde los estilos de crianza marcan la diferencia en mentalidad, en la forma de vivir y expresar los sentimientos y la sexualidad. En segundo lugar, la influencia que tiene la religión, que condenaba todo tipo de expresión afectiva y sexual. Eran tiempos en los cuales estaba prohibido conversar del tema, porque es sucio y

pecaminoso, por lo que las personas mayores, sienten vergüenza y temor de mencionar la palabra sexualidad, lo cual fue provocando una falta de conocimiento a largo plazo, puesto que no había posibilidad de hablar sobre el tema con los hijos, nietos o cualquier persona. En ocasiones no solo por falta de información, sino también por vergüenza y miedo. Cuestiones que la misma población iba generando con los prejuicios (Moreira, 2003).

En instancias de discusión, varios profesionales refirieron esta problemática a la falta de conocimientos sobre sexualidad en la tercera edad, tanto para ellos, como también para los adultos mayores. Esto a causa de información incorrecta o incompleta, debido a que no existe una retroalimentación constante, por cuestiones de que el tema pareciera no ser preocupación de muchos. El tema de la tercera edad se aborda sólo en contexto general, porque la información disponible se centra en aspectos físicos y sociales de esta etapa de la vida y no considera la salud sexual de las personas mayores, lo que las lleva a la incomprensión y evasión del tema. Por otro lado hace que las y los adultos mayores, al no tener claridad en el concepto de su sexualidad, desconozcan parte fundamental de su vida (Latorre, 2008).

2.2.3 sexualidad y autoestima en la tercera edad.

El proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida y por considerarse, una etapa de pérdida del papel reproductivo, de la capacidad laboral, posibilidad de perder la pareja, los hijos, la disminución de la eficiencia física y de la independencia psicológica, así como también es considerada como una etapa de temor a la soledad, al aislamiento, a la incomprensión, a la discapacidad y la dependencia, entre otros. Pese a esto aún persisten actitudes retrógradas similares a las de siglos anteriores y que tienden a rechazar, burlarse e incluso a ignorar la existencia de actividad sexual en las personas mayores. Esta actitud parece tener dos explicaciones, primero existe una incorrecta asociación entre sexualidad y reproducción, mediante la cual se considera que sólo es normal el sexo durante la edad reproductiva y por tanto los adultos mayores no tienen por qué practicarlo, y segundo, la existencia del prejuicio, viejo es igual a enfermo (Díaz, 1987).

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno. Por lo tanto no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescindan de él. Así lo veía Maslow en su famosa pirámide de necesidades, donde describe un proceso que denominó ocho autorrealizaciones y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando las actitudes, son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Para la educación y formación de las personas nos interesa formar actitudes, porque así aseguramos una formación integral y no fraccionaria (Díaz, 1987).

Por lo mismo estas se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivos emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad, lo que garantiza que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida. La relación sexual suele considerarse una actividad propia de las personas jóvenes, de buena salud y con atractivo físico. La idea de que las personas de edad avanzada mantengan relaciones sexuales no está muy aceptada por la sociedad, prefiriendo eludirlos, dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo, y por tanto dando lugar a una supuesta "inexistencia". A pesar de esto, la vejez conlleva a la necesidad psicológica de una actividad sexual continua. No hay edad en la que la actividad sexual, los pensamientos sobre el sexo o el deseo, finalicen (Díaz, 1987).

2.2.4 mitos acerca de la sexualidad en el adulto mayor.

La sexualidad en la vejez es maltratada, poco conocida y menos entendida por la sociedad, por los propios ancianos y por los profesionales de la salud a los que acuden las personas de edad avanzada con problemas y dudas al respecto (Hernández, 2013).

El mito que los adultos mayores ya no están interesados en su sexualidad, ni son capaces de comprometerse con dicha actividad, cambia gradualmente, no obstante, aún está lejano el día en que se alcance un conocimiento completo de la sexualidad geriátrica. Se creía que el contacto sexual era de esperarse en los adultos jóvenes, pero era anormal cuando lo deseaban los ancianos. Los prejuicios sociales y la ignorancia llevan a muchos profesionales de la salud, al propio individuo y a la familia a evitar el tema de la sexualidad en la vejez. Durante años, la sexualidad en los ancianos fue catalogada como una aberración; sin embargo, cada vez parece más clara y aceptable que la función y la satisfacción sexual son deseables y posibles en la mayoría de ellos. No obstante, en la actualidad muchas de las insatisfacciones sexuales no son referidas y en consecuencia no son diagnosticadas ni tratadas correctamente (Hernández, 2013).

El rechazo de la sexualidad geriátrica parece formar parte de un estereotipo cultural muy difundido y pretende que las personas de edad sean consideradas feas, débiles, desgraciadas e impotentes; por otra parte, la sexualidad carece de importancia, es una cosa del pasado o buenos recuerdos. La idea de la actividad sexual hasta el final de la vida es totalmente opuesta a las ideas preconcebidas de la familia, incluyendo los hijos, el personal que atiende al anciano, médico y no médico, y puede ser contraria a las expectativas de los propios interesados que se sienten con frecuencia sorprendidos e incluso un poco culpables, al ver que su funcionamiento sexual se mantiene, sin embargo, cada vez parece más claro y aceptado que la función y la satisfacción sexual son posibles y deseables para la mayoría de ellos y que el deseo, el placer y la capacidad sexual pueden durar toda la vida (Hernández, 2013).

En realidad la valoración de la actividad sexual en el anciano de ambos sexos, tiene que incluir un enfoque múltiple, pues más que una afectación intrínseca de la sexualidad lo que existe es una acumulación de factores (enfermedades, problemas psíquicos, ingestión de medicamentos y de alcohol, así como influencias culturales y hábitos previos), que influyen de manera negativa sobre la actividad sexual satisfactoria, siempre y cuando se conozcan y acepten con naturalidad los cambios

fisiológicos que ocurren con el cursar de los años (Corominas, García, Ortega y Serna, 2011).

Hay cambios que ocurren en la respuesta sexual como parte de la sexualidad en el anciano; en la mayoría de ellos disminuye su interés y motivación en esta etapa. En el hombre se manifiesta en que el tiempo de erección se prolonga minutos y se alcanza completamente solo instantes antes de la eyaculación, y una vez perdida la erección no vuelve a recuperarla. En caso de la eyaculación, ocurre un resumo de líquido y cantidad escasa, y el período refractario (tiempo después de un orgasmo en que no hay erección del pene) puede durar hasta algunos días. En la mujer la lubricación vaginal puede prolongarse en el tiempo y ser muy escasa, se pierde un poco la elasticidad vaginal, las sensaciones orgásmicas disminuyen considerablemente y existe además una disminución del deseo sexual. Para muchos cuando un anciano muestra interés en cuestiones específicas del acto sexual, se están realizando actividades que no corresponden a las regulaciones para su edad, y por tanto, al transgredir normas, el pago puede ser sentirse ridículo o rechazado (Hernández, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), recalca que más del 22% de los adultos mayores en el mundo, presentan problemas con la sexualidad, donde los prejuicios, la idiosincrasia y la cultura forman parte indisoluble de ella.

La vejez es importante, sobre todo porque se considera la etapa final en la vida del ser humano. Como preocupación esencial, está más allá del espacio y del tiempo; adquiere una dimensión transcultural y cada vez con más fuerza reclama la atención de la sociedad. Para conocer sobre la sexualidad a través de los adultos y los aspectos más significativos en esta importante dimensión de la vida, se realizó esta investigación, ya que los ancianos requieren de amplia información acerca de las variantes fisiológicas en el ciclo de respuesta sexual, la cual los ayuda a encontrarse y los incita sobre la base de sus capacidades residuales, aunque hayan variado las típicas normas de sexualidad de su juventud (Hernández, 2013).

2.3 Aspectos biopsicosociales de los adultos mayores

2.3.1 aspectos sociales y culturales de los adultos mayores.

(Nieto, 2003). Es indiscutible el hecho de querer separar sexualidad y sexo porque van ligados el uno al otro, uno trasciende al otro y así simultáneamente, y es así que la sexualidad es consecuencia de la sociabilización; cada acción, cada gesto, cada expresión y forma de comportarse es la expresión de la sexualidad. La cultura, la forma de vida, las creencias y costumbres van a amoldar la sexualidad de la persona. “La sexualidad en conjunto es ideada socialmente. Las culturas dan forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. Las culturas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sexuales de sus ciudadanos. Enmarcan, etiquetan y regulan la vida sexual”. La cultura viene a ser la columna vertebral que va a sostener todas aquellas expresiones y prácticas sexuales que se desarrollan socialmente; es así que gracias a la cultura de cada persona, de cada sociedad, de cada grupo social se va a diferenciar diversas características sexuales únicas e irrepetibles. “La sexualidad como el trabajo y el ocio, como la gastronomía, las composiciones musicales y en general como todo lo que acaece en la sociedad, forma parte de un repertorio que surge como producto del quehacer polivalente humano”. Desde este punto de vista se deja de ver a la sexualidad como el mero hecho de coito, como un acto que tiene el objetivo de procreación y perpetuación de la especie. La sexualidad se construye a medida que el hombre se desarrolla, cambia y se inmiscuye en lo que hace; no sólo es el espejo de nuestras conductas y prácticas sino que es la representación corporal de ello frente a los demás, frente a la sociedad (Nieto, 2003).

Así pues se desmitifica el concepto de la sexualidad como el mero hecho de la acción coital cuyo objetivo es la procreación y el placer carnal por el concepto de una construcción social y cultural corporalizándola en nuestras acciones y definiéndolo en lo que somos y hacemos. “Ya no se trata solo de la genitalidad corporal; la genitalización de las conductas deja de ser nicho excluyente. El conocimiento, como configuración central y exclusiva de la sexualidad, impide la comprensión de la expresión y manifestación de otros nichos eróticos del cuerpo” (Nieto, 2003).

2.3.2 significado sociocultural de la sexualidad.

El significado que cada persona tenga de la sexualidad, dependerá del entorno sociocultural en el cual se ha desenvuelto desde su nacimiento; esa diferencia entre los sexos, el ser hombre o mujer también se condiciona por el lugar de origen, la cultura y los valores en los que cada uno vivió en su infancia y parte de su juventud. Así los adultos mayores que se desarrollaron social y sexualmente entre los años 40 y 50 tienen una gran influencia de la religión y de las buenas costumbres por lo que muchas veces y en este caso más las mujeres reprimían su propia sexualidad y los varones tenían sus primeras experiencias sexuales con prostitutas al contrario de las mujeres que en su mayoría se casaron vírgenes. A partir de las características físicas y biológicas observadas cuando se nace, cada sociedad elabora lo que entiende por ser hombre o mujer, otorgándose una valoración y un significado distinto a esas diferencias de sexos (Stanley, 2009).

2.3.3 aspectos fisiológicos o físicos.

(Arango, 2008). “La sexualidad remite en un primer término a un modo reproductivo, como resultado de la evolución biológica, somos una especie típicamente dimórfica, nuestro patrón reproductivo nos lleva a un acto sexual para alcanzar este fin”. Desde este punto de vista se deja ver a la sexualidad como el simple hecho de procrear, con un solo fin: perpetuación de la especie. Se delimita y cataloga a la sexualidad como acto sexual: coito en el cual se aprecian los órganos genitales, el lívido, el placer y que tiene diversas características netamente biológicas y que al llegar a un cierto límite de edad ello va decreciendo. La sexualidad va ligada al sexo y este a su vez es un conjunto de características biológicas que definen al humano como hembras y machos.

La respuesta sexual humana consiste en una serie ordenada de acontecimientos fisiológicos que preparan al cuerpo para realizar el coito y a la larga que tenga lugar de reproducción. Desde este aspecto, la sexualidad solo está basada en el sexo, aquí ya no se toma en cuenta los sentimientos, el pensar, el actuar, las creencias, el modo de ver el mundo ni nada por el estilo. Sexualidad derivado de sexo que a medida que el macho o la hembra madura va también madurando su organismo preparándolo para el

desenlace, el coito con un solo fin: mantener de generación en generación a la especie. A fin de que el coito sexual pueda realizarse; existen factores orgánicos y psicológicos implicados, los cuales propician que los órganos genitales de cada uno de los miembros de la pareja experimenten ciertos cambios intensos en cuanto a su forma y función desde un punto basal de partida. Es así que el organismo sufre una serie de modificaciones en las cuales los estrógenos, por ejemplo, favorecen en la dilatación de los vasos clitorídeos, uretral y vaginal y los andrógenos en lo referente a la excitación masculina que a medida del avance de los años se va perdiendo poco a poco (Nieto, 2003).

2.3.4 aspectos psicológicos.

Cada persona va perfilando a lo largo del tiempo una actitud propia de su sexualidad que podrá mostrarlo fácil o difícilmente de acuerdo a sus propias experiencias y de cómo se ha desenvuelto en su entorno social y cultural. Así mismo esas conductas formadas a lo largo del tiempo propias de su entorno, religión y costumbres es reflejada ante los demás y así la sociedad se crea una imagen propia de esa persona, una imagen de su sexualidad. Se configura aquí aquellos aspectos psicológicos como las emociones, actitudes e ideas que se entrelazan con aquellos aspectos sociales para así formar en uno solo un aspecto importante: la sexualidad. Siendo así, que los adultos mayores tendrán una forma distinta de expresarse respecto al tema, así como también el pensamiento. Ya que tienen un panorama mucho más extenso respecto a cómo vivirlo y sentirlo, tomando en cuenta la personalidad de cada uno (Nizama, 2010).

2.3.5 aspectos psicosociales.

Si bien es cierto es importante manejar los aspectos cognitivos que tienen relación con lo fisiológico, anatómico y funcional, ya que nos permite orientar al adulto mayor en su adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento, los factores psicosociales que inciden fuertemente en el desarrollo de su sexualidad, se debe reconocer y aceptar que la atracción sexual y la necesidad de comunicación afectiva

siguen presente hasta el final de la vida. El adulto mayor no solo busca la satisfacción en lo genital sino el estar juntos, dormir abrazados, sentirse queridos y protegidos. Es fundamental para la persona mantener una percepción positiva de aceptación de su cuerpo y de su pareja, para mantener relaciones sexuales satisfactorias. La sociedad en general, privilegia la juventud y la productividad por lo que se cree que las ancianas son las que pierden más pronto su atractivo sexual, lo que provoca que exista miedo a “llegar a ser viejas”, ya que poco a poco, se les considera “ya no útiles”, debido a que se produce una pérdida precoz de la capacidad de procreación en relación con el hombre. Otras en cambio perciben su sexualidad como un aspecto relevante en sus vidas, y el sexo tiene estrecha relación con su intimidad y aceptar a su pareja; es una expresión más de amor (García, 2015).

Hay hombres que a medida que pasan los años, tienen una expectativa completamente utópica respecto a cómo debería ser su vida sexual. Ellos saben que tiene limitaciones físicas como por ejemplo para correr, pero no aceptan tener limitaciones en lo sexual y se preocupan cuando no pueden tener relaciones coitales dos veces en una noche, presentando síntomas de angustia anticipatoria sobre su desempeño sexual. La vida sexual en general, es objeto de variados mitos y prejuicios, que forman parte del imaginario social y de esta manera dictamina el comportamiento esperado de cada individuo (Nieto, 2003).

En el caso del adulto mayor se espera que al entrar en la etapa jubilatoria, deje de tener proyectos, actividades, deseos y necesidades sexuales y pasen a llamarse clase pasiva. Dentro de la familia se esperará que estén dispuestos a cuidar los nietos. En la tercera edad, la sexualidad es una de las dimensiones más ricas, esto contradice uno de los prejuicios más arraigados en la sociedad: “en la vejez termina la sexualidad”. El negativismo cultural al que hacemos referencia a lo que atañe al sexo y al lance amoroso en los años geriátricos, es el reflejo de una actitud llamada “ancianísimo” es decir un prejuicio contra el individuo por ser mayor, considerándolo con muchos defectos, sin valor social y carente de capacidades (García, 2015).

Este prejuicio aplicado a la sexualidad es la manifestación última de la asexuación: “si te haces viejo estás acabado”. También se cree que aquellas personas maduras que

han tenido una vida sexual intensa en su juventud, padecerían de agotamiento sexual una vez llegando a la vejez, cuando en realidad tendrían mayores posibilidades de vivir más satisfactoriamente su sexualidad. Una de las falsas creencias que más afecta a la mujer es la que argumenta que con la llegada de la menopausia disminuye considerablemente el apetito sexual. Sin embargo diversas investigaciones, han demostrado que la menopausia no es sinónimo del fin de la vida sexual sino, en algunos casos, actúa en forma liberadora, porque ya no está presente el temor a embarazos no deseados, dando lugar a una vida íntima más placentera. Uno de los hechos más relevantes ha sido comprobar que uno de los mitos que más fuertemente existe para la sociedad en general, para los adultos mayores y muy particularmente para la mujer adulta mayor, ya es prácticamente inexistente. Por lo que “la salida de los hijos del hogar afecta de forma positiva la vida en pareja y la vida sexual”, dado que pueden contar con mayor espacio físico, viviendo así una sexualidad más libre, no siendo necesario esperar el momento adecuado para tener relaciones sexuales y disfrutar de la mutua compañía: se cambia el mito de “síndrome de nido vacío” por el de “misión cumplida” (García, 2015).

Existen situaciones personales y familiares que influyen directamente en el cese de la actividad sexual. La más importante es la viudez en la que se presentan diferencias de género; hay más mujeres viudas que hombres viudos por la diferencia demográfica que juega contra la mujer, además existe la fuerte tendencia social a considerar de forma negativa, el establecimiento de nuevas relaciones afectivas y/o matrimonios, ya que se considera que el 90% de las mujeres viudas cesan sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo y las que se vuelven a casar lo hacen con parejas sexualmente incapaces de realizar dicha actividad, generalmente ancianos de mayor edad que ellas, transformándose en “esposas cuidadoras”. En cambio en los ancianos es frecuente el matrimonio con mujeres mucho más jóvenes. Cuando la persona pierde su pareja y cae en etapa de inactividad sexual casi absoluta, puede presentar mayores dificultades para reiniciar relaciones con otra pareja, sobre todo en los hombres, por disfunción en la erección (síndrome de viudez). Algunos sexólogos recomiendan la práctica masturbadora durante este período de soledad, si no existen impedimentos psicológicos o culturales (García, 2015).

Esta recomendación puede contribuir a mantener tanto en el hombre como en la mujer los mecanismos fisiológicos sexuales en actividad relativa y no en inactividad absoluta. Algo que no podemos dejar de mencionar es la dificultad para acceder a la intimidad, los adultos mayores que viven con sus hijos o los institucionalizados no cuentan con el ambiente más adecuado de intimidad para mantener relaciones sexuales. Los familiares pueden intentar imponer las normas de conducta que consideran apropiadas, sin plantearse que en estas nuevas situaciones los adultos mayores necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones (Moreira, 2003).

Existen otros elementos que afectan el desarrollo de la sexualidad en la vejez, por ser los más frecuentes en la población, enfermedades crónicas y mentales, la diabetes mellitus es un ejemplo típico de enfermedad que puede producir alteraciones sexuales tales como, pérdida de la erección y eyaculación retrógrada por falta de cierre del esfínter vesical durante el orgasmo. Esto se debe a mecanismos vasculares y neurogénicos alterados por esta patología (García, 2015).

El alcoholismo es uno de los factores que más contribuye a deprimir la función sexual y/o demorar la eyaculación así como algunos medicamentos. Los agotamientos físicos y psíquicos propios de la etapa, disminuyen el interés por el contacto sexual, mientras que las creencias religiosas en algunos grupos pueden ser un freno a la actividad sexual, por considerar al sexo como algo pecaminoso, ya que le otorgan solo un carácter reproductivo. El exceso de comida junto con la ingestión de bebidas también puede disminuir el deseo sexual. Teniendo los conocimientos, considerando la influencia continua del medio sociocultural en la sexualidad de nuestra población y dejando de lado los prejuicios para ser empáticos, se puede implementar un adecuado programa de orientación para la vejez con calidad, equidad, entregando los conocimientos y facilitando el desarrollo de habilidades y actitudes que le permitan desempeñarse adecuadamente en la esfera sexual con sus pares y su entorno social (Moreira, 2003).

Otro concepto clave es el de educación sexual que se define como “el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones que incluyen desde los

aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos” (García, 2015).

Al enfocar la educación en el grupo de adultos mayores podemos hablar de educación permanente, entendido como la formación para la actividad y el crecimiento continuo de los adultos mayores, con un posicionamiento que considera la vejez como una etapa más del desarrollo personal, en la que es posible continuar aprendiendo. Son muchos los temas de educación concernientes a la vejez como por ejemplo: educación para la participación, la solidaridad, la sabiduría y libertad, para el cambio de mentalidad, la alegría, la espiritualidad y la sexualidad. Al hablar de formación en sexualidad para el adulto mayor debemos procurar la creación de espacios educativos en que no se imponga la continuidad de modelos de sexualidad juvenil. No es solo la belleza y la juventud lo que tiene que ver con el sexo y la sexualidad (García, 2015).

Una metodología de trabajo en educación sexual no formal, pueden ser los talleres educativos como estrategia masiva de bajo costo y alto impacto en la población. Estos deben contemplar las siguientes características para ser efectivos: ser participativos, empoderantes, integrales, planificados, comunitarios y respetuosos de la diversidad. Otra metodología de trabajo con el adulto mayor es a través de la consejería en sexualidad la que se entiende como una labor de apoyo, educativa y facilitadora de procesos que potencian la salud sexual, tales que beneficien la toma de decisiones informadas en el ámbito sexual. La educación en salud sexual, entonces, cumple una doble función: la promoción y la prevención. La promoción busca potenciar una vida sexual saludable, enriquecedora y gratificante y la prevención implica compartir información para determinar comportamientos sexuales más seguros y así disminuir los riesgos (Meza, Petit y Yensi, 2013).

2.4 Efectos del envejecimiento en el adulto mayor respecto a su sexualidad, causas y factores

El proceso de envejecimiento determina alteraciones en la actividad sexual de los adultos mayores. La capacidad sexual, así como el desempeño sexual en el adulto

mayor, varía mucho de un individuo a otro y en un mismo individuo en las distintas etapas de la vida. La capacidad y el desempeño sexual son influenciados por el propio efecto del envejecimiento, las enfermedades físicas, factores psicológicos e imperativos socioculturales y familiares a los que están expuestos tanto hombres como mujeres de edad avanzada. Desde el punto de vista sexual, en el proceso del envejecimiento influyen dos aspectos claramente definidos, por un lado la sexualidad biológica, anatomo-fisiológica y por el otro lado el erotismo socio-cultural. El primer punto siempre es bien estudiado, pero el segundo muy pocas veces es tenido en cuenta. En nuestra cultura, y en buenas condiciones de salud, las modificaciones de la sexualidad determinadas por la edad se agrupan en dos grandes niveles: Anatomo-fisiológico, Psicosocio-cultural (Kenneth, 1998).

En la respuesta extra genital se destacan dos aspectos:

- Las modificaciones vaso congestivas disminuyen progresivamente de intensidad. Prácticamente no se observa el rubor sexual ni tampoco las alteraciones mamarias, como el aumento de tamaño y de la tumescencia.
- La monotonía también sufre modificaciones notables, la tensión muscular decrece en todo el organismo y el espasmo carpo-pedal rara vez es observado. Sin embargo, se conserva la pseudo erección del pezón tanto en el hombre como en la mujer. Es frecuente que la mujer presente tumescencia areolar de una mama y no de la otra, cosa que es excepcional en jóvenes. La edad no desexualiza al ser humano. La edad no le da una jubilación sexual ni al hombre ni a la mujer. Si conocemos todos los cambios Anatomo-fisiológicos y los aceptamos, el Erotismo no debería cambiar (Kenneth, 1998).

Kenneth (1998), el famoso creador del aerobismo, sintetizó sus hallazgos en la frase “úsalo o piérdelo”. Dicho en forma bien clara, la función hace al órgano y el ejercicio hace a la función. Quiere decir que la función y el órgano se pierden si no se usan, sino se ejercitan. Naturalmente, Keneth, se refería al corazón; pero lo mismo que pasa con pasa con la función sexual y con los órganos genitales. Eshelman y Howell, afirmaban que el sedentarismo sexual y erótico produce los mismos trastornos en la función sexual y erótica que el sedentarismo corporal produce en las coronarias y el corazón.

Kenneth (1998), señala la importancia de ejercitar el corazón y el sexo regularmente a lo largo de toda la vida; lo cual no quiere decir que podamos seguir haciendo deportes o seguir haciendo el amor a los 70 u 80 años igual que a los 20. El envejecimiento es un hecho biológico inevitable e imposible de detener. El tema no es como evitarlo, sino cómo evitar el envejecimiento prematuro por abandono del ejercicio, aprendiendo a hacer ejercicio de otra manera. La mayor diferencia en la respuesta sexual de hombres jóvenes y adultos está en la duración de cada fase. En un joven la erección es inmediata, la penetración es precoz, la eyaculación es rápida y la detumescencia es lenta. En el adulto es exactamente al revés: la erección, la penetración y la eyaculación son lentas y la detumescencia es muy rápida.

El adulto mayor tiene menos necesidad de eyacular que el joven, ya que el propio orgasmo tiene menos importancia. Tanto hombres como mujeres adultos mayores en nuestra cultura pueden ser afectados psicológicamente por los ajustes fisiológicos en su respuesta sexual. La ignorancia de las modificaciones anatómo-fisiológicas que ocurren con la edad son las causas más frecuentes de la evitación sexual. El desconocimiento de la fisiología sexual del envejecimiento es el factor responsable de un gran porcentaje de las disfunciones eréctiles de los hombres añosos, y de las inapetencias observadas en las mujeres de la misma edad. El deseo sexual tanto en el hombre como en la mujer puede permanecer durante toda la vida, aunque con menor intensidad y menor frecuencia, en algunas mujeres es probable que la dispareunia, la disuria y las contracciones uterinas dolorosas sean factores que bloquean el deseo sexual, pero es necesario recordar que además de los factores biológicos, la apetencia sexual es influenciada sobre todo por condicionamientos psíquicos y socioculturales (Kenneth, 1998).

2.4.1 cambios fisiológicos en el hombre que envejece.

Alrededor de un 5% de los hombres que pasan de los 60 años experimentan lo que se conoce como el climaterio masculino. Esta condición viene caracterizada por alguno o por la totalidad, de los siguientes rasgos: cansancio, falta de apetito, disminución del deseo sexual, menoscabo o pérdida de potencia, irritabilidad y dificultad de

concentración. Estas alteraciones son imputables a la baja producción de testosterona y pueden solventarse o mitigarse mediante inyecciones de esta sustancia (Eshelman y Howell, 1966).

No es menos cierto que la edad afecta de diversos modos la fisiología de la respuesta sexual del varón por ejemplo:

- 1- Para lograr la erección del pene necesitan más tiempo y más estimulación directa.
- 2- En conjunto, las erecciones son menos firmes que cuando eran más jóvenes.
- 3- Los testículos se llevan solo parcialmente en relación con el perineo y lo hacen con mayor lentitud que en los varones jóvenes.
- 4- Se reduce la cantidad de semen y disminuye la intensidad de la eyaculación.
- 5- Por lo general se observa una menor necesidad física de eyacular.
- 6- Se prolonga el período refractario, es decir, el espacio de tiempo posterior a la eyaculación en que el hombre es incapaz de lograr una nueva erección y emisión de semen.

Con la edad disminuyen la masa y la fortaleza muscular, por tal motivo suele existir una disminución de la tensión muscular durante la excitación sexual. En muchas ocasiones los varones que presentan los síntomas anteriormente expuestos, se inquietan y piensan que están enfermos. En otros casos es la esposa quien se siente alarmada. Digamos, muchos hombres de edad mayor, gozan del sexo aunque no siempre eyaculen, pero si la compañera no está consciente del proceso fisiológico subyacente, puede llegar a pensar que carece de atractivos o que no es lo bastante diestra como amante. Algunos hombres, a medida que envejecen no tienen una idea exacta de cómo debería ser su vida sexual y pretenden tener erecciones firmes al instante y en todas las situaciones sexuales, y se preocupan cuando no pueden hacer el amor dos veces en una noche. Debido a la errónea interpretación de estos cambios, el hombre de cierta edad es más propenso a mostrar síntomas de angustia anticipatoria sobre su desempeño sexual (Eshelman y Howell, 1966).

2.4.2 disfunciones sexuales en el hombre adulto mayor.

Las disfunciones sexuales en el hombre añoso son aquellas que ocurren después de los 50 años. La disfunción eréctil y la falta de deseo son las más frecuentes. La mayoría de las veces se instalan sobre una matriz de desinformación. El problema no es sólo cognitivo, hay también un fuerte componente emocional, para el hombre es más fácil entender y aceptar las limitaciones impuestas por la edad cuando está en juego cualquier parte de su organismo, como por ejemplo usar lentes, aparatos para corregir sorderas, teñirse el cabello, etc. Todas pasan a ser aceptables, pero entender y aceptar que su pene para alcanzar una erección, ya no es capaz de responder a un estímulo erótico tan prontamente como antes, parece ser una amenaza, un desafío. Si ese desafío es bien aceptado por los dos integrantes de la pareja como parte del juego erótico, la relación sexual transcurrirá en un clima de armonía y sensualidad. Las disfunciones del deseo y de la erección, excluidas las causas orgánicas, están vinculadas a la monotonía de las relaciones sexuales, al estrés, a los excesos en la alimentación y principalmente a la ansiedad, es decir, al temor al desempeño (Eshelman y Howell, 1966).

En los hombres mayores, la aparición de episodios de disfunción eréctil responde a lo que (Eshelman y Howell, 1966). Llamaron “el temor al desempeño”, lo que hace que cualquier dificultad (que puede ser circunstancial y pasajera) sea interpretada depresivamente como indicadora de que se está llegando a la “jubilación erótica”. Ellos hablan del “círculo vicioso”, el temor al fracaso crea en los hombres (víctimas de una educación machista y falo-céntrica) un bajón de su autoestima que determina el fracaso y éste aumenta a su vez el temor, y así de forma indefinida.

2.4.3 cambios fisiológicos en la mujer de la tercera edad.

Los cambios hormonales que ocurren en la mujer de más de 50 años de edad, debido a la disminución de la función ovárica, no son causas necesariamente de cambios importantes de su actividad sexual si no van acompañados de trastornos psíquicos,

mala información sobre la fisiología sexual o de patrones culturales y educacionales erróneos (Hugh, y Barebr, 1996).

En muchos aspectos los cambios que tienen lugar en la mujer son muy similares al hombre, por ejemplo: la excitación es más lenta. Una mujer joven quizás solo necesite de 15 a 20 segundos de excitación para lubricar su vagina, mientras que en la mujer de edad más avanzada esto puede demorar hasta 5 minutos. Esta lubricación es menos abundante que en la joven. La adulta mayor puede notar que no tiene lubricada la entrada de la vagina e interpretar erróneamente que no está lubricada en absoluto, cuando en realidad la lubricación no se exterioriza por una menor producción y posiblemente por la adopción de posiciones que dificulten su salida por gravedad (Hugh, y Barebr, 1996).

La erección del pezón en la fase de excitación es similar a la de las jóvenes, aunque es menos intenso el aumento de tamaño de la mamas por la vasodilatación y su enrojecimiento. Mujeres jóvenes con mamas flácidas pudieran presentar también esta situación. La erección del clítoris durante el acto sexual no muestra diferencias apreciables con las mujeres de menos edad, si se cumplen todas las fases del acto sexual, que es la excitación, meseta, orgasmo y resolución (Rocabrundo, y Prietos, 1992).

Se ha comprobado que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual, presentan una mucosa vaginal más gruesa y rugosa que aquellas con vida sexual pobre; esto indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales. Puede producirse una irritación mecánica de la uretra y la vejiga, si las paredes vaginales se mantienen finas y menos elásticas. Esto puede provocar deseos imperiosos de orinar durante o inmediatamente después del coito, así como molestias durante la micción en las horas y días posteriores (Rocabrundo, y Prietos, 1992).

Tampoco al principio del coito se observan en la mujer adulta los cambios típicos en los labios mayores como aplanamiento, separación y elevación, y es menos la vasodilatación de los labios menores. Lo primero se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico de esa zona. Otro cambio es el debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existen menos contracciones de la vagina

durante la fase orgásmica; es menor la elevación uterina, fenómeno fisiológico en la fase de meseta orgásmica, y las contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y en ocasiones dolorosas, por ser más espásticas que rítmicas. Sin embargo, estos sucesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y por tanto, podemos decir que el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina (Rocabruno, y Prietos, 1992).

2.5 Cese de la actividad sexual

El cese de la actividad sexual no es un suceso exclusiva y necesariamente cronológico sino que depende de muchos factores como el estado de salud y el grado de incapacidad física y mental (tanto del sujeto como de su pareja), la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales previas, la mal interpretación e inadaptación a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la situación afectiva y calidad de la relación con la pareja y con otras personas, y de otros cambios en el papel social del anciano, como la viudez, el cambio de domicilio, la institucionalización y las crisis de salud (Díaz, 1987).

2.5.1 factores que influyen en la conducta sexual del adulto mayor.

Falta de pareja, esta es la causa que más provoca la abstinencia sexual en el anciano, sobre todo en la mujer, téngase en cuenta que los hombres mueren como término medio 7 años antes que la mujer. Deterioro de la relación matrimonial, este aspecto es uno de los que más se observa en como causa de trastornos sexuales en la tercera edad. Existen tendencias que deben combatirse en la pareja y que son entre otras la monotonía en las relaciones sexuales hacer siempre lo mismo de la misma forma y los problemas de comunicación. Dados porque solo de haba de los problemas de la casa de los hijos nietros o del trabajo, pero o de otros temas íntimos que son de interés de ambos miembros y que contribuyen a rescatar la intimidad de la pareja (Corominas et al., 2011).

Falta de privacidad y las condiciones de la vivienda

- Condiciones domésticas

El síndrome de la abuela esclava es otra forma de maltrato frecuente en el siglo XXI, descrito sobre todo en países hispanoamericanos, que afecta a mujeres ancianas con gran carga familiar, voluntariamente aceptada durante muchos años, pero que al avanzar la edad se torna excesiva. Si la mujer no expresa claramente su agotamiento (o lo oculta), y sus hijos y esposo no lo aprecian y le ponen remedio, la sobrecarga inadecuada provoca o agrava diversas enfermedades comunes: hipertensión arterial, diabetes, cefaleas (dolores de cabeza), depresión, ansiedad, artritis y pérdida del deseo sexual (Hernández, 2013).

- La incapacidad física secundaria a enfermedades es uno de los hechos que con mayor frecuencia lleva al cese de la actividad sexual.

También pueden influir en la declinación de la actividad sexual en ancianos la falta de intimidad y las alteraciones anatómicas fisiológicas propias del proceso de envejecimiento tanto en el hombre como en la mujer pueden limitar la actividad sexual lo cual no quiere decir que el anciano no pueda disfrutar de la actividad sexual plenamente (Hernández, 2013).

2.5.2 percepción del comportamiento sexual de las personas adultas mayores.

El comportamiento sexual en los adultos mayores, está influido por factores que determinan la forma de actuar de este grupo de personas. Por un lado está la gran influencia social que estigmatiza socialmente a las personas mayores y los prejuicios que imponen límites de lo que está socialmente permitido y lo que no está permitido. Además depende mucho de la cultura machista de crianza, de autoritarismo (Árraga, 2013).

Como así mismo, los conocimientos sobre sexualidad, sobre los cambios que se producen con la edad, tanto en lo físico como psicológico, influyen directamente sobre

el comportamiento sexual de las personas de la tercera edad, actuando como factores favorecedores o factores adversos (Árraga, 2013).

El comportamiento sexual de las personas mayores, depende en gran medida de las experiencias de la relación de pareja que hayan tenido o/y que tengan actualmente. Muchos adultos mayores llevan bastantes años juntos, han pasado etapas tanto en su vida personal, de pareja, de crianza de los hijos, han compartido buenos y malos momentos, se han acompañado mutuamente, han tenido una relación basada en la confianza, en el cariño, han tenido una vida sexual plena, lo que pasa a ser un factor clave en sus relaciones actuales. Por otro lado las profesionales hacen énfasis en que algunas personas optan por separar cama, lo que se entiende de dos maneras, como una forma de hacer más atractiva la relación de pareja, de disfrutar una convivencia tranquila que incluye vida sexual activa o puede ser indicador de una ruptura emocional, porque sienten que terminada la vida reproductiva y la crianza de los hijos, la actividad sexual también llega a su término (Hernández, 2013).

Se hace alusión a que la mala calidad de vida de las personas mayores, la mala alimentación, los problemas económicos, la carencia de afecto, el abandono de sus familias, hacen que las necesidades sexuales no sean relevantes en su vida (Árraga, 2013).

2.5.3 factores sociales y enfoque de género.

Las personas que mantienen una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja mantendrán relaciones sexuales satisfactorias. La sociedad en general, piensa que las ancianas pierden más pronto su atractivo sexual, posiblemente por perder más precozmente su capacidad reproductiva en comparación con el hombre (García, 2015).

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

esencial para promover la salud sexual. Muchas sociedades enseñan a las jovencitas a ser buenas esposas y las sociabilizan para que sean sumisas con los hombres. Las familias, los maestros y los compañeros refuerzan la suposición de que las niñas son inferiores a los niños, hasta tal punto que muchas jóvenes y posteriores ancianas creen que su situación de desigualdad está justificada (Neira, 2001).

Los hombres se benefician de su situación privilegiada en la mayoría de las sociedades, pero los papeles de género tradicionales que desempeñan también tienen su precio. Las investigaciones han demostrado que la sociabilización de los hombres para que repriman las emociones, tengan que recurrir a la violencia para solucionar conflictos y sean independientes a una edad temprana tiene efectos perjudiciales a lo largo de la vida. En un mundo donde se privilegia la juventud y la productividad para las mujeres no es difícil que exista miedo a “llegar a ser viejas”, ya que poco a poco se les considera inútiles o “ya no útiles” y es el climaterio quien anticipa este sentimiento de vejez que en el hombre se lleva a cabo hasta dos décadas más tarde (Moreira, 2003).

Uno de los hechos más relevantes ha sido comprobar que uno de los mitos que más fuertemente existe para la sociedad, para los adultos mayores y en especial para la mujer adulta mayor ya es prácticamente inexistente, la salida de los hijos del hogar afecta de forma positiva la vida en pareja y la vida sexual, dado que pueden contar con un mayor espacio físico, lo cual les ha permitido una sexualidad más libre, no siendo necesario esperar el momento adecuado para tener relaciones sexuales y disfrutar de la mutua compañía, se cambia el mito del “síndrome del nido vacío” por el de “misión cumplida”. Otro mito que se está derribando en nuestro medio, es que la mujer mayor no requiere del sexo, que es innecesario en sus vidas y que es “anormal” a sus años, se observa una paulatina disminución del prejuicio “el sexo en el adulto mayor” (Hernández, 2013).

Las mujeres no perciben el sexo como algo malo e incorporan el acto sexual como parte de sus vidas. Pero surge una contradicción, ya que por otra parte a las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sean sus parejas quienes las busquen y quienes inicien la actividad sexual. Esto se debe en gran medida a la socialización recibida por esta generación, lo que conduce en

algunos casos a una disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer. Para las mujeres adultas mayores el mantener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional, ya que el sentirse deseadas sexualmente pasa por seguir sintiéndose bellas (Hernández, 2013).

La formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal recibida por la sociedad, en términos tan despectivos como “el viejo verde” o “la viuda alegre” todos estos mitos y prejuicios castigan a los/las ancianos/as privándoles su derecho a mantener una vida sexual satisfactoria y debido a la mayor longevidad de esta población, es cada vez más probable que los/las ancianos/as se casen con parejas incapaces sexualmente (García, 2015).

La situación de viudez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Además de la diferencia demográfica que juega contra las mujeres, tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios en mujeres viudas, lo cual limita aún más la actividad sexual de estas. Se comprobó que el 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de sus esposos. La dificultad para acceder a la intimidad, es frecuente que el adulto mayor tenga que abandonar su domicilio habitual, por algún tipo de discapacidad importante, acudiendo a vivir con familiares directos o en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre se pierde la privacidad e intimidad de la pareja, lo cual muchas veces puede causar conflictos con los familiares o cuidadores por no entender las expresiones sexuales de los/las ancianos/as, adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia estos mismos (Moreira, 2003).

La situación se agrava cuando se separa a la pareja, con la intención de repartir la carga de cuidado entre los integrantes de la familia, sin pensar siquiera que existe una necesidad de manifestación sexual. Los familiares imponen normas de conducta que consideran apropiadas sin plantearse que en esas nuevas condiciones los/las ancianos/as necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones, como ya se mencionó anteriormente (Hernández, 2013).

2.6 Prevención de las disfunciones sexuales en la tercera edad

Al contrario de lo que muchas personas piensan, una parte considerable de las disfunciones en la tercera edad tienen su origen en desconocimientos, falsas expectativas, sentimientos de minusvalía y otros fenómenos que, si bien desempeñan un papel importante en la aparición de las disfunciones, son relativamente fáciles de combatir y prevenir mediante una adecuada divulgación y discusión (Nieto, 2003).

En geriatría, puede ser eficaz un instrumento de prevención de funciones sexuales, pero también puede ser un consolador y prejuicios sobre sexualidad y la vejez. Para Disfrutar de una vida sexual plena en la tercera edad, se plantean que solo hay que cumplir con 3 condiciones, Disfrutar de salud razonable; apreciar la sexualidad y disponer de pareja (Nieto, 2003).

2.6.1 educación sexual y salud en el adulto mayor.

La educación sexual es importante no solo para los jóvenes, sino también para los adultos mayores, ya que en esta etapa de su vida sienten aún más la necesidad de expresarse y disfrutar plenamente de ella. La educación sexual del adulto mayor es una necesidad social que debe dirigirse al desempeño de nuevos papeles y a la búsqueda de un nuevo espacio en la sociedad para crear una cultura del envejecimiento que genere posibilidades de lograr la conservación y el mejoramiento de la salud. Uno de sus objetivos es el esclarecimiento de pensamientos confusos y la desmitificación de creencias y prejuicios acerca de la sexualidad de los adultos mayores, para prevenir, evitar o corregir comportamientos, sentimientos o emociones que perjudiquen el autoestima de las personas mayores y sus relaciones interpersonales y de esta forma su sexualidad (Hernández, 2013).

2.6.2 alimentación en el adulto mayor.

La alimentación saludable en la vejez, es crucial, no solo para tener una mejor calidad de vida. También, hablando respecto a la sexualidad es importante para poder disfrutar de ella. La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de los cambios asociados en diferentes órganos y funciones del organismo. De allí la importancia de evaluar el estado de nutrición en la vejez. Ya que el estado en que se encuentren, hablando en esta etapa de la vida tiene gran importancia en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas degenerativas. Todo debe ser considerado de gran importancia porque la nutrición es uno de los factores de riesgo más importantes que puede dar lugar a la aparición y/o duración de enfermedades y que en un momento dado pueden llegar a arruinar la independencia que estos tienen, generando así una necesidad de dependencia (Barragán, Gázquez, Martos, Molero y Cardila, 2015).

Cuando hacemos referencia a la mala nutrición esta debe ser considerada tanto por sobrepeso y obesidad, como por defecto una desnutrición debido a la mala alimentación que se tiene. Las principales características que debe tener una dieta adecuada y correcta de una persona mayor, deben ser cosas simples y de fácil preparación de las mismas. Se debe evitar el abuso de condimentos fuerte, esto debido a que la digestión suelen ser más lenta y los alimentos pueden llegar a caer pesadas y provocar el aumento los gases intestinales. Las comidas no deben ser abundantes. Se debe fraccionar la ingesta diaria en cinco o seis comidas, empezando por el desayuno, colación a medio día, la comida, merienda y cena. La cena deberá ser la comida más ligera del día con el fin de favorecer con ello el descanso nocturno. Mientras que la composición debe de ser variada para ser equilibrada. Evitar la monotonía en la dieta haciendo si es posible un plan semanal de recetas para asegurar durante dicho periodo la ingesta de todos los nutrientes necesarios (Barragán et al., 2015).

Hay determinados alimentos que deben incluirse todos los días como la leche o derivados de la misma. Son sin duda de vital importancia en la dieta, carne o pescado, frutas, verduras, huevos no todos los días y cereales. Se deben evitar alimentos que solo producen aumento de peso como antojos que contengan lípidos o azúcares en

exceso. Por lo que la administración de azúcar debe ser controlada al igual que cuidar la ingesta de sal. Esto debido a que el consumo inadecuado de los alimentos puede generar problemas de salud lo cual puede afectar el rendimiento físico. Elegir preferentemente la preparación de los alimentos con aceites vegetales, como podría ser el aceite de oliva, pescado y carne. Es importante aumentar la ingesta de fibra en forma de cereales integrales. Controlar una ingesta mínima diaria de líquidos, aumentar la ingesta de agua u otro líquido natural, preferente. Hasta conseguir una ingesta total de litro y medio a dos litros al día. Es recomendable que la preparación de la comida, debe de ser al horno, a la plancha o hervidos, evitando las frituras por el exceso de grasa. A veces se debe recurrir al triturado de alimentos para que pueda ser adaptada la dieta equilibrada a la capacidad de deglución enriqueciéndolos con queso u otros derivados de la leche. Controlar el consumo de bebidas excitantes como café y té, evitar los refrescos con gas y edulcorados. Las bebidas alcohólicas deben de ser consumidas con moderación, en el caso de que sea vino no excederse del consumo diario de medio vaso de forma no frecuente. Evitar el consumo de bebidas alcohólicas de mayor graduación como whisky, ron, vodka, y licores (Barragán et al., 2015).

La alimentación sana, es importante para mantener una buena calidad de vida y con ello un buen rendimiento físico y sobre todo sexual. Esto claro está, bajo la supervisión de un profesional en el área nutricional, tomando en cuenta los cuidados específicos que cada persona tiene debido al estado de salud en el que se puede encontrar (Barragán et al., 2015).

2.6.3 ejercicio en el adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), dice que el ejercicio es parte fundamental de todo ser humano, desde una edad joven. Ya que el tener una buena alimentación y ejercicio constante y adecuado, ayudan no solo a mejorar la calidad de vida, sino también a que la estimación de vida pueda ser más alta. Cabe mencionar que la actividad física así como una buena alimentación ayuda a la prevención de enfermedades. Los adultos mayores que no realicen ninguna clase de actividad física,

están más propensos a desarrollar enfermedades crónicas como las cardiovasculares y respiratorias.

Es cierto que en la vejez, se ve muy limitado esta parte del ejercicio, sin embargo aún a esta edad, existen actividades que pueden realizar de forma moderada y sin resultar lesionados. Haciéndolo desde casa o acudiendo a estancias donde puedan ser monitoreados por cualquier evento que pueda presentarse, como casas de hogar, centros de salud, clubs, etc. Existen ejercicios que pueden realizarse estando de pie inclusive estando sentados, los cuales no presentan riesgos o un esfuerzo mayor al que pueden tener. En dichos ejercicios pueden mover, los pies, manos, cabeza y toda el área del torso, lo cual ayudara a que sus músculos puedan tener mayor movilidad. El ejercicio en la vejez, trae consigo varios efectos positivos, como el hecho de poder ser más activos, asistir a estancias, como las ya mencionadas anteriormente, donde puedan realizarlas y de esta forma aprender más y poder socializar con otras personas. Además del hecho de poder llevar a cabo una vida sexual más placentera, lo cual genera cambios en su estado emocional y psicológico, elevando su autoestima, sintiéndose deseados, queridos y sobre todo capaces (Kenneth, 1998).

2.6.4 enfermedades que pueden afectar la vida sexual del adulto mayor.

Existen problemas orgánicos, tales como la diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, reumatismos, alteraciones hepáticas, el cáncer, entre otras. Estos problemas, producen desequilibrios alimentarios. La nutrición en el adulto mayor, como se mencionó anteriormente, puede llegar a afectar su rendimiento sexual. Y no solo eso, ya que no se debe olvidar que un gran número de los medicamentos que se utilizan para estas enfermedades descritas pueden dar problemas gástricos o intestinales además de influir en la absorción de alimentos, vitaminas y proteínas muy importantes para tener una salud adecuada (García et al., 2005).

Otro problema que se puede presentar es la alteraciones en la dentadura, falta de piezas o mal estado de las mismas junto con la disminución de la salivación son factores que obligan a la modificación de determinados tipos de alimentos para que se

pueden ser consumidos y digeridos. La falta de sed, en las personas mayores incluso después de la realización de alguna actividad física se ve disminuida la necesidad de la reposición de líquidos por estar disminuidas las señales que les da el organismo de sensación de sed por lo que hay que tener especial cuidado con el calor por el riesgo de presentar deshidratación térmica. Disminución de algunos sentidos como la visión el gusto y el olfato pueden influir en conseguir tener una alimentación variada y equilibrada. Las discapacidades físicas pueden producir desnutrición en los adultos mayores, ya que si no se es independiente en su movilidad puede desnutrirse por no poder comprar la comida y prepararla, alimentarse y tragarla, a su vez una inadecuada alimentación hará que el individuo cada vez presente peor capacidad funcional llegando a ser totalmente dependiente con el tiempo), todo esto se verá gravemente aumentado si a su vez el anciano presenta una mala situación social y/o económica (Barragán et al., 2015).

El tabaco puede influir en la nutrición del adulto mayor, principalmente porque disminuye el apetito y a su vez también aumenta la necesidad de aumentar la ingesta de algunos nutrientes. Esto puede presentarse como uno de los problemas de salud, más grandes, debido a que muchos adultos mayores han consumido tabaco a lo largo de su vida, empezando desde una edad muy joven, lo cual va generando problemas de salud a largo plazo, lo cual quiere decir que al llegar a una edad mayor, han desarrollado algún tipo de enfermedad. Esto sin olvidar que el alcoholismo en los adultos mayores, también es de gran impacto, ya que su metabolismo, como ya se ha explicado anteriormente, es más lento. Y esto mezclado con el uso de determinados medicamentos o tratamientos debido a posibles enfermedades crónicas presentes, pueden aumentar los efectos de los mismos medicamentos una vez ingeridos y aumentar o agravar estas enfermedades y/o la aparición de otras como la hepatopatía, insuficiencia pancreática, enfermedades cardíacas. Situación económica, la disminución de los ingresos económicos o la falta de los mismos hará sin duda que se modifiquen la calidad de la alimentación al tener que dejar de comprar determinados alimentos por la imposibilidad económica de tener acceso a los mismos. Dicho esto, no solo las enfermedades presentes en esta edad son importantes, sino también el cómo se cuida de ellas. Ya que no solo pueden agravarse, existe el riesgo de llegar a provocar otro

tipo de problemas, en este caso hablando de la sexualidad, los hombres pueden llegar a padecer disfunción eréctil, falta de apetito sexual, falta de lubricación, fatiga, ser más susceptibles a padecer un infarto por el esfuerzo físico, entre otras (García et al., 2005).

2.7 Políticas públicas y tercera edad

Hoy en día muchos de los adultos mayores sufren violencia, tanto por parte de sus familias como también de la sociedad, violencia psicológica, violencia económica, física, abandono de los familiares, lo cual hace que aumenten los daños en su salud, como la depresión, aumento de enfermedades psicosomáticas que hacen que los profesionales se pregunten qué hay detrás de cada uno de los casos que atienden. Algunos señalan que la sexualidad para ellos no es un tema primordial y no lo ha sido nunca, porque tienen muchas necesidades que no han podido cumplir, por todas las experiencias de vida marcadas por abuso (De los santos y De Jesús, 2017).

La salud del adulto mayor, ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud del adulto mayor (Natividad, 2006).

El Sistema Nacional de Servicios de Salud cuenta con un programa enfocado a la Salud del adulto mayor, destinado al control de la persona que empieza a envejecer, es decir los distintos cambios que ocurrirán en esta nueva etapa (OMS, 2010).

Este programa se organiza para absorber la demanda de morbilidad espontánea, disponiendo además de un subprograma orientado al control de algunas enfermedades crónicas no transmisibles de interés epidemiológico. Existen un sin número de creencias erróneas y falta de conocimientos acerca del tema de la sexualidad no sólo por parte de las personas mayores, sino también por parte de los profesionales sanitarios y de la comunidad en general, lo cual conlleva muchas veces a que no se le preste la atención necesaria a la salud sexual de las personas mayores, ya sea por el

temor a la reacción de los usuarios afectados frente a un tema que es íntimo, como también a la poca importancia que se le atribuye (Llanes, 2013).

La atención de salud del adulto mayor, debe ser llevada a cabo por un equipo interdisciplinario debidamente capacitado. Tiene especial importancia la formación académica en un posgrado en gerontología, la que se está abordando a través de algunas universidades, pero todavía dista de alcanzar niveles de suficiencia. Ahora bien, todo este proceso terapéutico debe esforzarse en considerar al paciente mayor sujeto y no objeto de las atenciones recibidas. Por una parte, él o ella deben ser capaces de valorar los progresos, retrocesos o situaciones estacionarias que van experimentando con el tratamiento, y por la otra, las normativas y los programas deben tener cierta flexibilidad para poder respetar estas diferencias individuales. La recuperación de la salud del adulto mayor debe ser entonces, una propuesta integral que a partir del reconocimiento y aceptación de la subjetividad de ellos, se oriente hacia la satisfacción de la dimensión individual, para desde allí proyectar un impacto colectivo (De los santos y De Jesús, 2017).

2.8 Teoría endocrina del envejecimiento

La teoría de Sequard y Voronoff en 1920, se basó en los posibles efectos que tendrían sobre el organismo, la reimplantación de hormonas sexuales y cómo afectaría a su estado de salud en general, especialmente en el proceso de envejecimiento y restitución de las facultades perdidas. La teoría se basa en los grandes cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en el cerebro y el sistema endocrino, que es el mecanismo biológico, generando cambios en la función de determinados órganos, como capacidad de recepción y metabolización y alteración de la cantidad de hormonas generadas. Señala que el envejecimiento viene cuando cesan las secreciones de hormonas y en concreto, de las glándulas sexuales. Varios médicos creyeron haber hallado la causa de la vejez en los testículos y cada uno inventó su técnica rejuvenecedora. Sequard, probó con cobayas y acabó inyectándose un jugo a base de testículo y sangre de los vasos espermáticos. La teoría se resumía en que la vida de una persona se prolonga tanto como sus glándulas. Por eso, aunque se especializó en testículos, no se olvidó de las mujeres e hizo alguna operación de prueba, implantando ovarios de mona en mujeres. Sequard, concluyó que de ser posible devolver la vitalidad sexual al organismo, también podría revertirse el resto de los daños de la función. Mientras que Voronoff, encontró que puede prevalecer la juventud por la producción de hormonas sexuales, convencido completamente que tras restituir su producción se invertiría el proceso de envejecimiento (Mendoza, 2016).

Siendo así que ambos indicaron que la falta de apetito sexual o la abstinencia de la misma, es el primer descenso de la vejez y la falta de vitalidad en los seres humanos hombres y mujeres, y estaría provocado por el descenso de la producción de hormonas sexuales. Algo importante es que ambos autores concuerdan, que de llevar una vida sexual activa puede ayudar a retrasar el proceso de envejecimiento, es decir el deterioro de ciertas funciones (Mendoza, 2016).

2.9 Estado del arte

Se realizó una búsqueda en Elsevier, utilizando las palabras: *old man, sexuality, limits of sexuality, myths in sexuality, sex education y sexual health programs*.

Esta búsqueda arrojó un total de 60 artículos, de los cuales se descartaron 55 por ser duplicados, por no ser de la temática o por no contar con intervención dentro de la investigación, dejando un total de 5 artículos, los cuales se describen a continuación.

Se realizó un estudio exploratorio, transversal y comparativo, con adultos mayores y jóvenes estudiantes, con el objetivo de explorar y contrastar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez en el área metropolitana de Guadalajara, México (Orozco y Rodríguez, 2006). Los participantes del estudio fueron 120 (60 hombres y 36 mujeres), de entre 60 a 98 años, pertenecientes a los asilos “santo Santiago” en Tonalá, Jalisco y “Enrique L. Corchera” de Guadalajara. El siguiente grupo fue de 24 participantes jóvenes de entre 16 y 36 años de la universidad de Guadalajara. El instrumento que se utilizó fue el CASV (Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez), el cual evalúa prejuicios, mitos, derechos y actitudes. Consta de 14 items, con una escala de Likert de 5 opciones, siendo completamente verdadero (4 puntos), verdadero (3 puntos), falso (2 puntos), completamente falso (1 punto), ni falso ni verdadero (0 puntos). Dicho instrumento se les aplicó a los adultos mayores y a los jóvenes con el fin de comparar respuestas. Se realizó una intervención, solo con los adultos mayores, esto por el poco conocimiento del tema y la poca costumbre que tenían al hablar al respecto. En la cual se brindaron los servicios profesionales durante 1 año, esto para reforzar los conocimientos respecto al tema de sexualidad, trabajando en los temas sobre prejuicios, derechos y mitos. Obteniendo como resultados en el apartado de mitos que el 76% de los jóvenes consideran completamente falso que la andropausia sea el evento que da inicio a la vejez, mientras que el 70% de los adultos mayores considera que es completamente verdadero. En el apartado de prejuicios el 95% de los jóvenes dijeron que es completamente falso que los adultos mayores se vean ridículos al expresar su amor. Mientras que el 70% de los adultos mayores considero que es

completamente verdadero. Por último en el apartado de derechos y actitudes, el 96.6% de los jóvenes considera completamente verdadero que los adultos mayores tienen derecho al amor y de tener actividad sexual, mientras que el 26.6% de los adultos mayores considera completamente falso y a un 20% le da igual.

En el período de septiembre 2007 a mayo 2008, se realizó una intervención educativa (Bujardón y Olivera, 2008). Con el objetivo de modificar las concepciones sobre la sexualidad y contribuir a lograr una calidad de vida en adultos mayores pertenecientes al consultorio 9 de la Policlínica Tula Aguilera del municipio Camagüey. La muestra del estudio estuvo conformado por 70 adultos mayores, de ellos se seleccionó una muestra de 50 participantes de 60 a 69 años de edad, a quienes se les aplicó una encuesta. Se agruparon en 2 subgrupos de 25 personas cada uno, para de esta forma lograr mayor efectividad en las técnicas empleadas. Fue aplicada la escala geriátrica de evaluación funcional para determinar si cumplían con el aspecto de plena capacidad física y mental. Y se aplicó la encuesta sobre el nivel de conocimientos de la sexualidad, para obtener datos sobre el nivel de conocimiento sobre la sexualidad en esta etapa. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, conocimiento sobre la sexualidad, aspectos que caracterizan la sexualidad, medios por los cuales obtuvieron estos conocimientos, importancia de la sexualidad, factores que han influido negativamente, factores de riesgo y ventajas de una sexualidad saludable. Se procedió a la elaboración y el desarrollo de las actividades de educación con la finalidad de modificar los conocimientos sobre la sexualidad en el adulto mayor, siendo 5 sesiones, abordando temas relevantes a la investigación, durante la primer sesión se habló sobre proceso de envejecimiento, la segunda sexualidad y sexo, la tercera cambios fisiológicos, psicosociales y patológicos que atentan contra la sexualidad del adulto mayor, La cuarta, papel del médico y la enfermera de la familia en el logro de una sexualidad saludable y la quinta sesión conclusivo de la estrategia. En dichas secciones, dirigidas por los autores de la investigación, participaron además la enfermera, el médico y la asistente del consultorio. Se realizaron en el propio local, con una duración de 50 minutos y una frecuencia semanal vespertina. Los resultados

predominaron las edades entre 60-69 años, el sexo masculino y el nivel primario de escolaridad. Se demostró que la sexualidad tiene importancia para la mayoría de ellos y los factores que influyeron negativamente y con más incidencias fueron las enfermedades, la falta de privacidad, las relaciones sexuales insatisfechas y las preocupaciones. Se reconocieron un grupo de factores de riesgos que atentan contra la seguridad del adulto mayor, asociados a causas fisiológicas y patológicas y a la incapacidad para manejar su solución o atenuación en las relaciones sociales.

Se realizó un estudio de intervención en la conducta sexual en el adulto mayor en el Municipio Holguín, Cuba, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2009 (Seda, Colón y Arguelles, 2010). Con el objetivo de contribuir a mejorar la educación sexual en la tercera edad de la vida. La muestra, estuvo compuesto por 371 pacientes de ambos sexos con 60 años o más y las mujeres fueron las que más presencia tuvieron en la investigación con el 52.56%. El grupo etario predominante fue el de 60-74 años con 64.41 % para ambos sexos, pertenecientes a los 32 consultorios del médico y la enfermera de la familia de esa área de salud. Las variables utilizadas como instrumento para dar respuesta al objetivo son: edad, sexo, principales mitos, realización y frecuencia del coito, practica de actividad masturbadora, factores que afectan la respuesta sexual y cambios de los mitos después de la intervención. Se aplicó un programa de intervención, “Programa de educación sexual para ancianos y ancianas”, aplicado a todos los pacientes estudiados. El curso fue impartido en 8 semanas consecutivas con una frecuencia semanal aplicando nuevamente la encuesta en la última semana. Después de la intervención, hubo cambios favorables en relación con los tabúes y la sexualidad, complacencia de los ancianos por la adquisición de nuevos conocimientos. Los resultados fueron que la sexualidad es afectada principalmente por factores biológicos y por el mito de que la capacidad sexual completa en el hombre requiere de erección rápida y fuerte, y que menos de un tercio de los adultos mayores tienen vida sexual activa, la práctica de actividades masturbadoras es ínfima. Se obtuvo como resultado que 103 ancianos, un 27.76%, no tiene relaciones sexuales, y 268 del total, un 72.23%, si las tienen. En relación con la

frecuencia con que se realizan el coito, predominó la forma esporádica con 188 pacientes para un 50.67%, lo que significa que sumado a los adultos mayores que no tienen relaciones sexuales, nos da un total de 291. La práctica de actividades masturbadoras, solo se realizó por 29 pacientes para un 7.81 %, del total de los adultos mayores, con prevalencia del sexo masculino con 21 para el 5.66 %. Se observó que el principal factor que afecta la respuesta sexual es el biológico con 107 pacientes para un 24,4 %, siendo el sexo masculino el más afectado. Hubo cambios favorables en relación con las opiniones, mitos, tabúes, o prejuicios, que poseían con respecto a la sexualidad, mejoraron en cantidad de ancianos que cambiaron su parecer acerca de estos tabúes, aunque persistieron en mayor medida las creencias erróneas en relación con que se requiere de erección rápida y firme en el hombre para lograr la capacidad sexual completa, también predominó, el criterio negativo en cuanto a la homosexualidad.

Se realizó una intervención educativa en 25 adultos mayores de 60 a 64 años de edad, de ambos sexos que se encontraban incorporados a los círculos de abuelos del centro urbano “Abel Santamaría Cuadrado” perteneciente al Policlínico Universitario “Josué País García” de Santiago de Cuba, desde octubre de 2005 hasta diciembre de 2006, con el objetivo de mejorar la salud sexual de estos pacientes, adultos mayores (Boudet, 2010).

Utilizando como instrumento 2 etapas, en la primera parte se realizó la caracterización de la muestra variables sociodemográficas cualitativas y cuantitativas, tales como edad, estado civil, escolaridad, etc. Y en la segunda el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje variables cualitativas y dicotómicas, tales como dificultad para ser mujeres, hacinamiento, con quienes se vive, situación económica, construcción del género, manifestación de sentimientos de soledad y estado de salud, todas estas enfocadas hacia la capacidad de atender y comprender las necesidades sexuales de los participantes. Durante la intervención propiamente dicha, se presentó el programa que sería aplicado, así como sus herramientas de evaluación. Los siguientes temas fueron impartidos por sesiones de trabajo, las cuales fueron, conociendo amigos, concepto de

sexo, ancianos, ancianas y sexualidad, ser hombre y ser mujer en la ancianidad, familia, comunicación y soledad, asertividad y autoestima, respuesta sexual humana en ancianos y ancianas, mitos y prejuicios en relación con la sexualidad de ancianos y ancianas y por último el cierre. Obteniendo como resultados que los participantes mostraron que tenían nociones inadecuadas al respecto antes de la acción educativa y después de esta lograron modificarlas positivamente, por lo cual se demostró la efectividad del programa de educación sexual aplicado. Antes de la intervención solo 4% de la muestra tenía conocimientos adecuados sobre los aspectos evaluados en el programa, resultado que se logró revertir positivamente al finalizar el estudio, pues el total de los integrantes se apropió adecuadamente de los conocimientos, lo cual fue verificado y evaluado 3 meses después de haber sido aplicado el programa y mediante las evaluaciones parciales de cada una de las sesiones impartidas. Se observó que el índice de hacinamiento era inadecuado en 17 de los integrantes de la serie (68 %), igual porcentaje se obtuvo cuando se analizó la situación económica de cada uno, la cual fue evaluada como regular. En cuanto a la apreciación personal sobre el estado de salud individual, 19 de ellos (76 %), consideraron que era bueno. Más de la mitad de los integrantes de la serie (76 %) manifestaron que no presentaban frecuentemente sentimientos de soledad. del total de ancianas y ancianos encuestados, 12 (48 %) expresaron que el grado de dificultad para ser mujeres era difícil; En cuanto a las desventajas de ser hombre o mujer existió un predominio igualado a 10, para ambos sexos, con supremacía de las biopsicosociales (20 %).

Atención del envejecimiento (Programa Sectorial de Salud 2013-2018), ayudará en la generación de una cultura de vida saludable, para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud, se cuenta con alianzas estratégicas tanto con la iniciativa privada como con la sociedad civil, además de un trabajo coordinado intersectorial e interinstitucional para el manejo integral de todas las persona adulta mayor en México, siendo la población de 60 años en adelante. Teniendo por objetivos el establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia y el diseñar, aplicar y promover

políticas y servicios de apoyo a la familia, incluyendo servicios asequibles, accesibles y de calidad. Se priorizan las acciones de prevención y promoción de la salud e integración de prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en las mejores evidencias científicas con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en las personas adultas mayores. Para ello, se consideraron las estrategias y medidas de intervención costo-beneficio que han probado ser útiles, así como el desarrollo del modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional mexicano, para el primer nivel de atención. Dentro de las acciones de intervención relevantes planteadas dentro del programa, es el trabajo coordinado así como la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos y la consolidación de las acciones educativas y de capacitación, entre otros determinantes, para lograr un envejecimiento activo y saludable. Se concluye con una descripción de las acciones de rectoría y los indicadores específicos de evaluación y mejora continua del programa en los distintos niveles e instituciones del Sector Salud. Dicho programa se encuentra en marcha, tiene una fecha de culminación para finales del año en curso 2018. Por lo cual aún no se tienen resultados del impacto.

Capítulo 3. Método

3.1 Diseño de investigación

La sexualidad en la vejez, sigue siendo un tema tabú aun en la actualidad, en cual vuelve a los adultos mayores un grupo vulnerable. La presente investigación permite conocer cuáles son los factores que más influyen para que los adultos mayores no lleven a cabo una sexualidad activa.

3.2 Muestra

Se realizó una investigación en adultos mayores hombres y mujeres de 60 a 80 años de edad, estudiantes del turno matutino en una Universidad pública, UNIDE (unidad de desarrollo y educación para la tercera edad), en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Con el fin de obtener datos relevantes sobre el tema, con una muestra de 25 participantes en total del grupo intervención, de los cuales el 80% fueron mujeres y el 20% hombres, de cuales la edad promedio es de 65 a 66 años de edad.

3.3 Instrumento

Para realizar esta intervención, se hizo uso de un instrumento el cual es el cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (CASV), de Orozco y Rodríguez, 2006. Al principio de este vienen los datos personales, tales como sexo, escolaridad, estrato social y estado civil. El cuestionario se compone de 14 ítems que exploran teóricamente tres dominios: prejuicios (ítems 1, 2, 3, 4, 8, 12 y 14), derechos y limitaciones (5, 9, 10 y 11) y mitos (6, 7 y 13). Los ítems brindan 2 opciones de respuesta, que son falso y verdadero, A mayor puntuación, más negativa es la actitud hacia la sexualidad en la vejez (véase Anexo 1).

Este instrumento tienen validez, para esto se diseñó un estudio metodológico, estos estudios se conocen de la misma manera como de validación o de evaluación de pruebas. Un comité institucional de ética en investigación revisó y aprobó la realización

del proyecto. Los adultos participantes firmaron un consentimiento informado, después que conocieron los objetivos de la investigación. La participación representó un riesgo mínimo, puesto que no se realizaron acciones dañinas para la integridad física o emocional de los participantes, según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. En el estudio participaron adultos asistentes a centros comunitarios, conocidos como Centros de Vida de Cartagena, Colombia. Se incluyó a personas de 60 o más años. Se excluyó a los adultos mayores con algún grado de deterioro cognitivo. Inicialmente se evaluó a 140 personas que aceptaron participar. Este número de participantes es suficiente en los estudios de validación que exploran consistencia interna, análisis factorial y prueba-reprueba. No obstante, las edades observadas de los 130 adultos incluidos en el análisis estaban entre 60 y 90 (media, 73.7 ± 8.0) años. Los participantes informaron en alto porcentaje de algún grado de escolaridad formal, ninguno de ellos universitario; aproximadamente tres cuartas partes, residentes en estrato I, y tres quintas partes informaron vivir sin pareja estable, solteros, viudos o separados (Álvarez et al., 2015).

Consistencia interna para evaluar la confiabilidad tipo consistencia interna, se calcularon los coeficientes de alfa de Cronbach y Omega de McDonald. El coeficiente es un mejor estimador de la consistencia interna cuando se incumple el principio necesario de tau equivalencia para calcular Alfa de Cronbach. La tau equivalencia se presenta si todos los ítems presentan coeficientes similares en la solución de análisis de factores. Para conocer la estabilidad del CASV, se llevó a cabo una prueba-reprueba a las 2 semanas. Se calculó el coeficiente de correlación intra-clase (CCI) y la correlación de Pearson, previa comprobación de una distribución simétrica de los datos con la prueba de Shapiro-Francia, con valores de probabilidad inferiores al 5%³⁰. En estos estudios se acepta como adecuada estabilidad con valores de CCI y $r > 0.8031$. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 16.0. Finalmente, el CASV mostró una alta estabilidad (CCI = 0.89; intervalo de confianza del 95%, 0.83-0.92; $p < 0.001$), y las puntuaciones totales en la primera y la segunda aplicación mostraron distribución normal (prueba de Shapiro-Francia, con valores de p entre 0.65 y 0.97; $r = 0.82$ (Álvarez et al., 2015).

3.4 Intervención

Se llevaron a cabo 4 sesiones, las cuales se aplicaron en un aula en la Universidad UNIDE, siendo una a la semana con duración de 1 hora a 1 hora 30 minutos cada una. Dentro de cada sesión se retomaron temas como: prejuicios, mitos, realidades, derechos de los adultos mayores y autoestima. Esto con el fin de generar un impacto positivo en la población objetivo (véase Anexo 2).

3.5 Procedimiento

Se comenzó por identificar y gestionar el lugar de la aplicación del programa, y se generó un permiso por parte de la Universidad receptora, para obtener el acceso a la institución. Una vez que se obtuvo el permiso, se realizó la presentación del programa para la aplicación de la preprueba, se hizo uso de un consentimiento informado, el cual hizo de enterados sobre los objetivos, duración, riesgos, etc. Y brindo el permiso de los participantes para llevar a cabo el estudio (véase Anexo 3).

Posteriormente se llevó a cabo las sesiones y la aplicación de la postprueba, para evaluar el impacto de las mismas.

3.6 Plan de análisis

La presente investigación es de corte cuantitativo y cualitativo, para evaluar el impacto de un programa de educación para la salud, con el objetivo de incrementar los conocimientos de los adultos mayores respecto al tema de sexualidad.

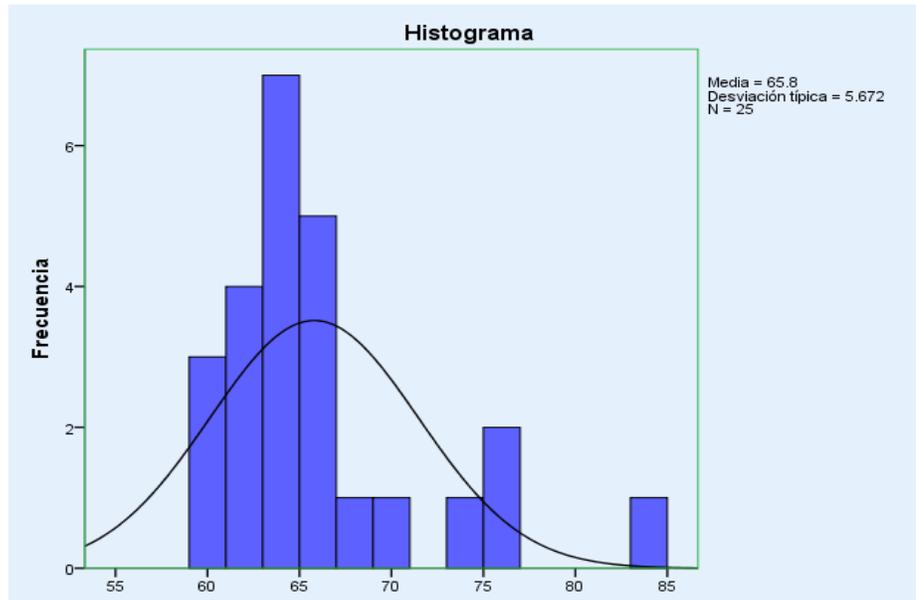
Se realizó una análisis descriptivo con los resultados obtenidos en la preprueba y postprueba, en donde se muestra que conocimientos tenían los participantes respecto al tema, antes de la intervención, posteriormente una vez impartidas las sesiones se aplicó nuevamente el cuestionario, mostrando un aumento de sus conocimientos sobre al tema de la sexualidad en la vejez. Por lo cual se procedió a examinar de forma exhaustiva los apartados que conforman el cuestionario (prejuicios, mitos, derechos y limitaciones), para evaluar el impacto de cada uno.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Resultados descriptivos de la preprueba

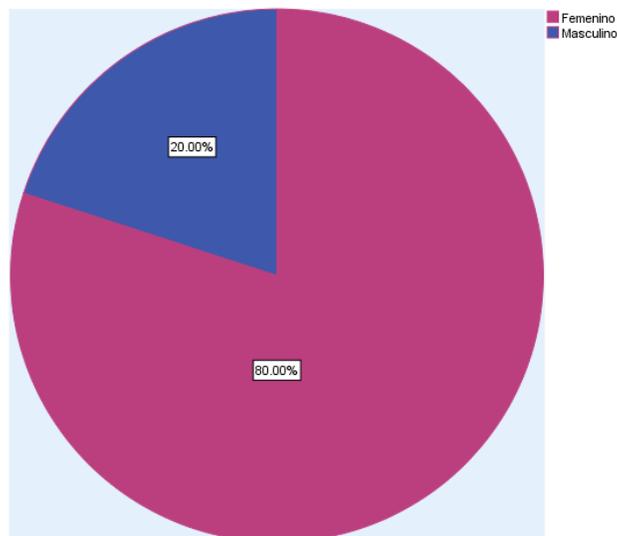
La muestra estuvo conformada por 25 participantes, los cuales presentaron una edad promedio de 65.8 años ($DE = 5.68$). Los resultados se presentan en la Figura 7.

Figura 7. Distribución de la muestra por edad.



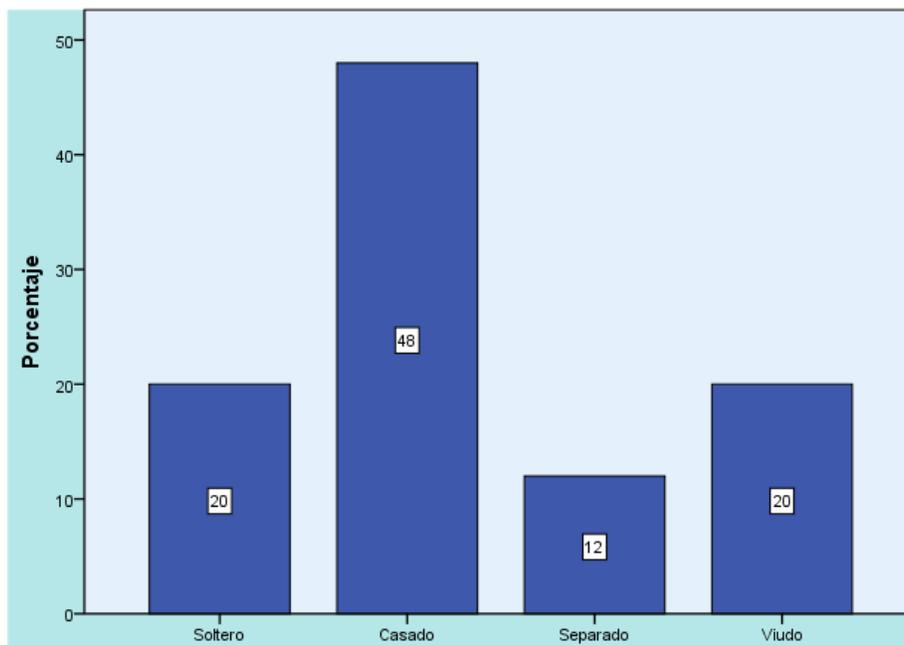
La proporción por sexo, se presenta en la Figura 8. Se observa que la mayoría de los participantes, fueron mujeres.

Figura 8. Proporción por sexo de los participantes.



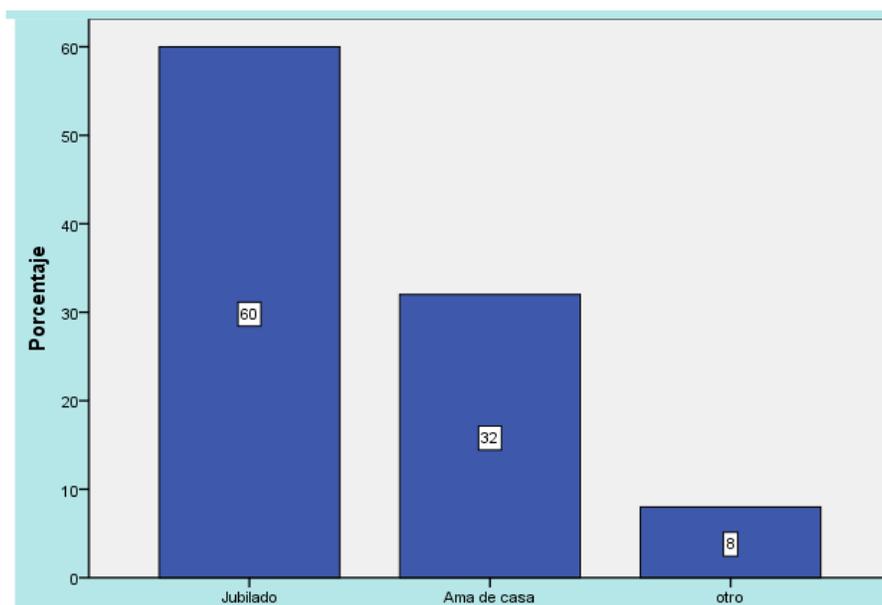
Respecto al estado civil de los participantes en la Tabla 6, se puede observar que la mayoría de los participantes son casados.

Tabla 6. Estado civil de los participantes.



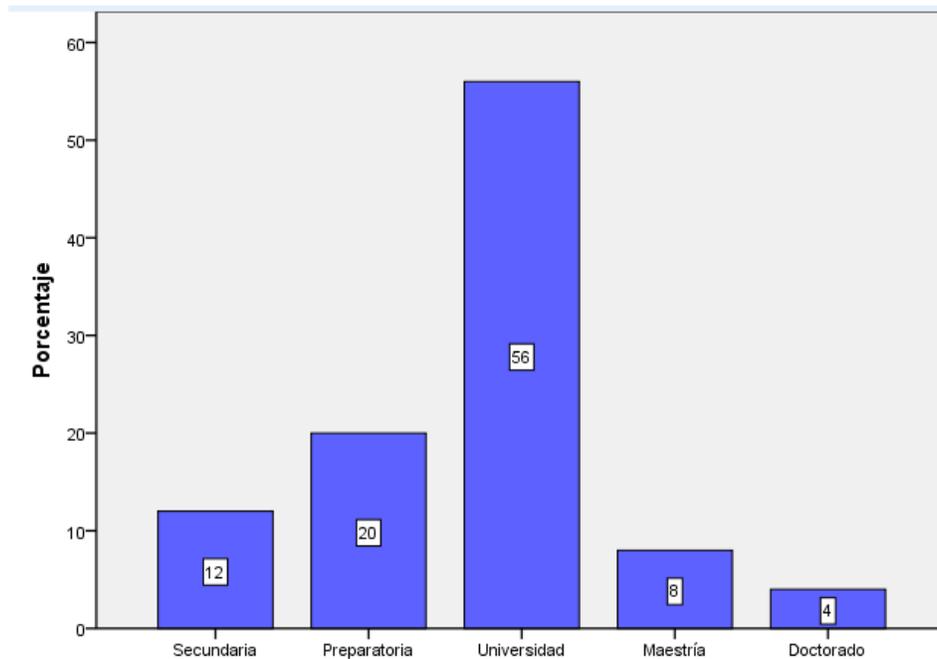
Respecto a la ocupación de los participantes, en la Tabla 7, se puede observar que la mayoría de los participantes son jubilados (as).

Tabla 7. Ocupación de los participantes.



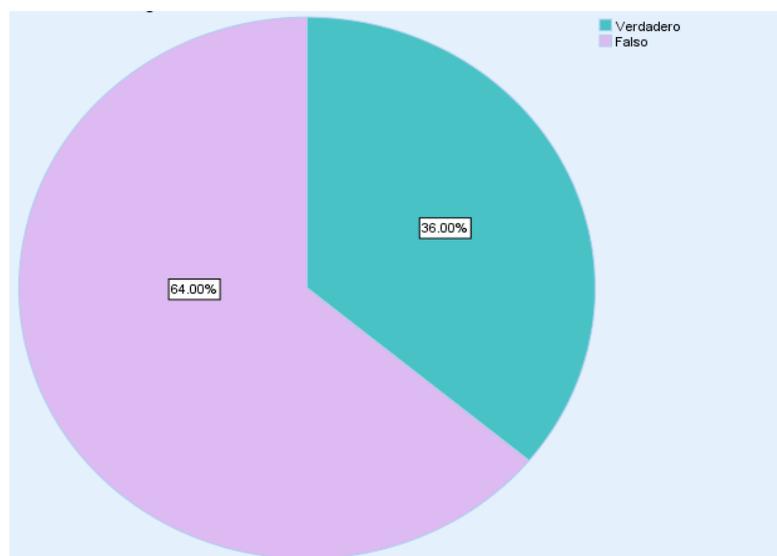
Respecto al nivel de estudios, en la Tabla 8, se observa que la mayoría de los participantes tienen niveles de estudios universitarios.

Tabla 8. Nivel de estudios de los participantes.



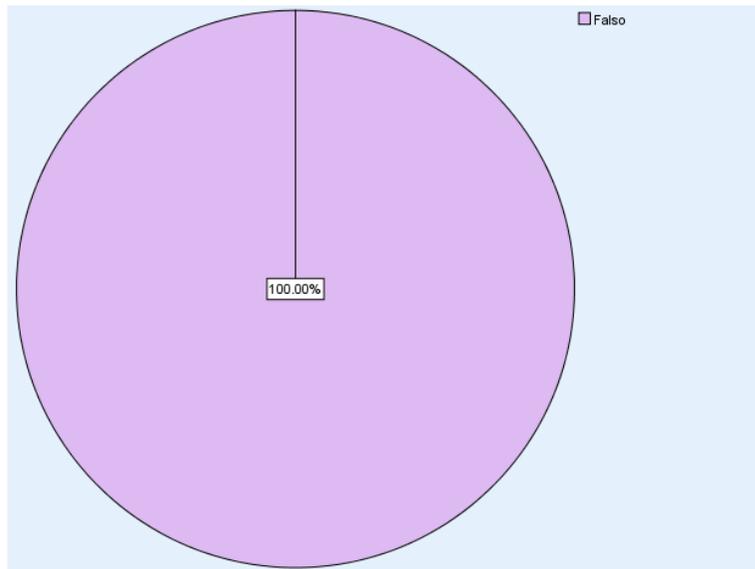
En la Figura 9, se observa que la mayoría de los participantes no consideran que la andropausia marque el inicio de la vejez

Figura 9. ¿La andropausia marca el inicio de la vejez?



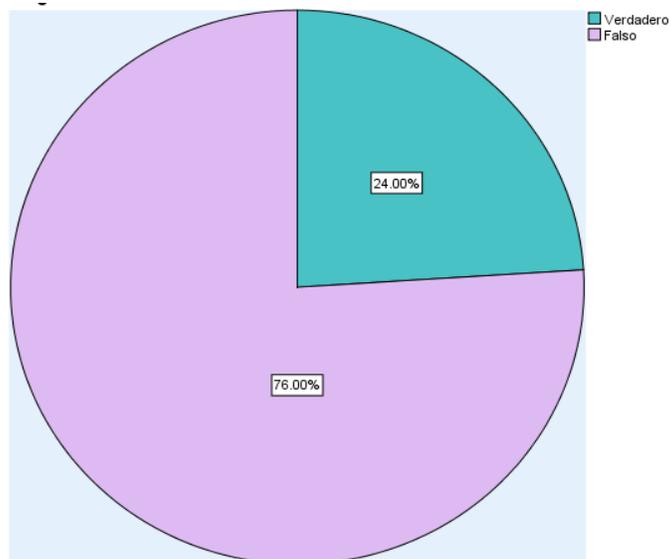
Se observa en la Figura 10, que la mayoría de los participantes considera que la menopausia no marca el final de la vida sexual de la mujer.

Figura 10. ¿La menopausia marca el final de la vida sexual de la mujer?



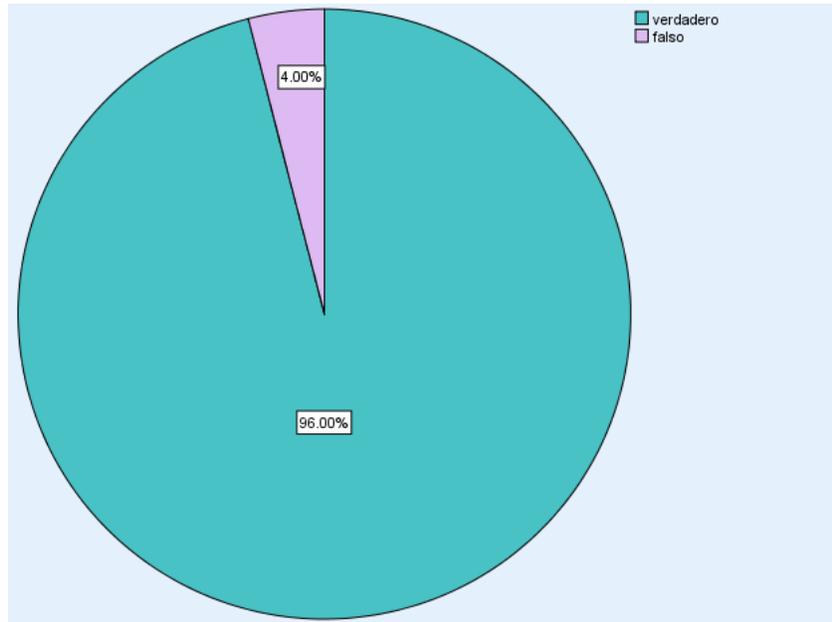
En la Figura 11, se observa que todos los participantes concuerdan en que los adultos mayores no se ven ridículos al demostrarse amor

Figura 11. ¿Los adultos mayores que se demuestran amor se ven ridículos?



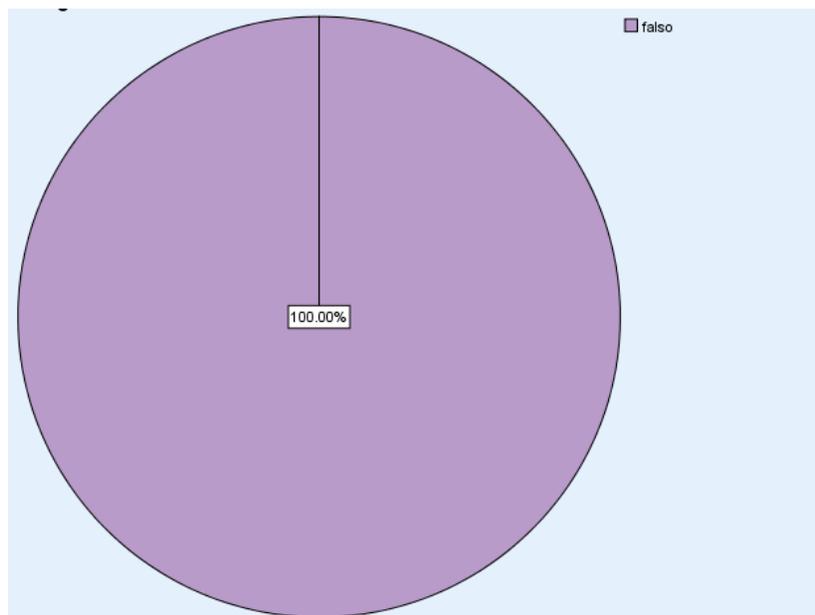
En la Figura 12, se muestra que todos los participantes concuerdan en que los adultos mayores no deben reprimir su actividad sexual.

Figura 12. ¿Los adultos mayores deben reprimir su actividad sexual?



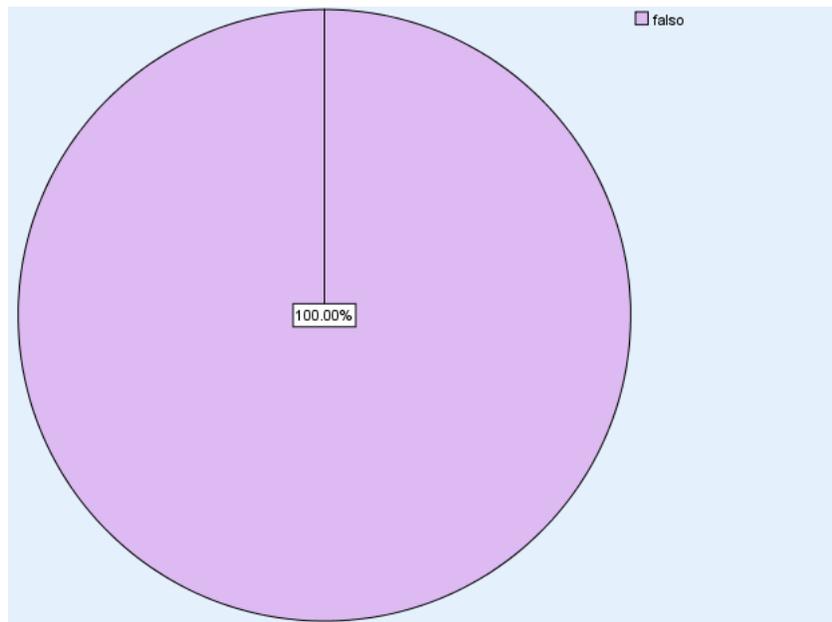
La Figura 13, muestra que la mayoría de los participantes considera que es cierto que los adultos mayores tienen derecho al amor y a la vida sexual.

Figura 13. ¿Los adultos mayores tienen derecho al amor y a la vida sexual?



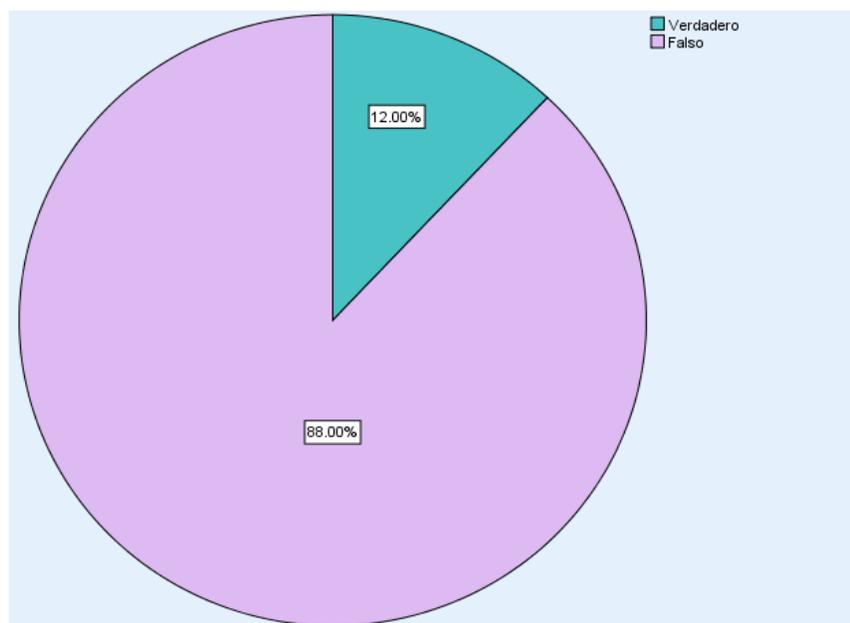
En la Figura 14, se muestra que la mayoría de los participantes considera que los adultos mayores no son impotentes.

Figura 14. ¿Los adultos mayores son impotentes?



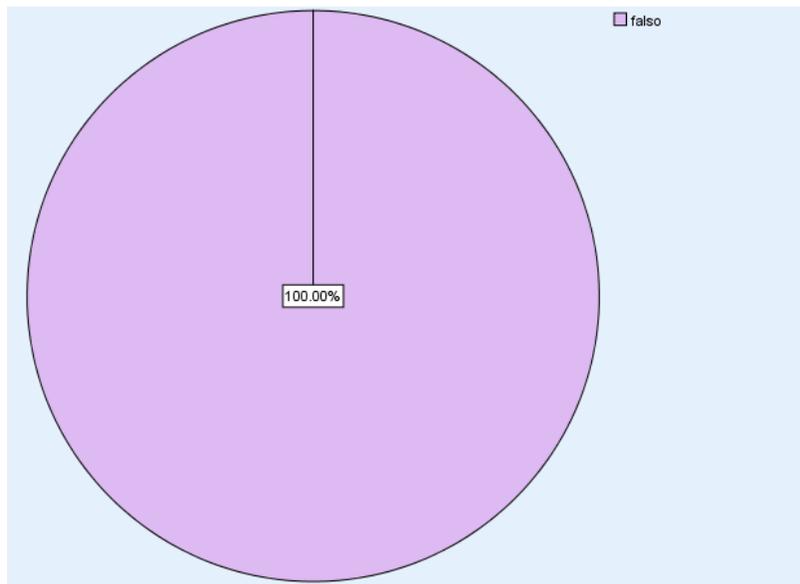
La Figura 15, muestra que todos los participantes consideran que las mujeres mayores no son frías.

Figura 15. ¿Las mujeres mayores son frías?



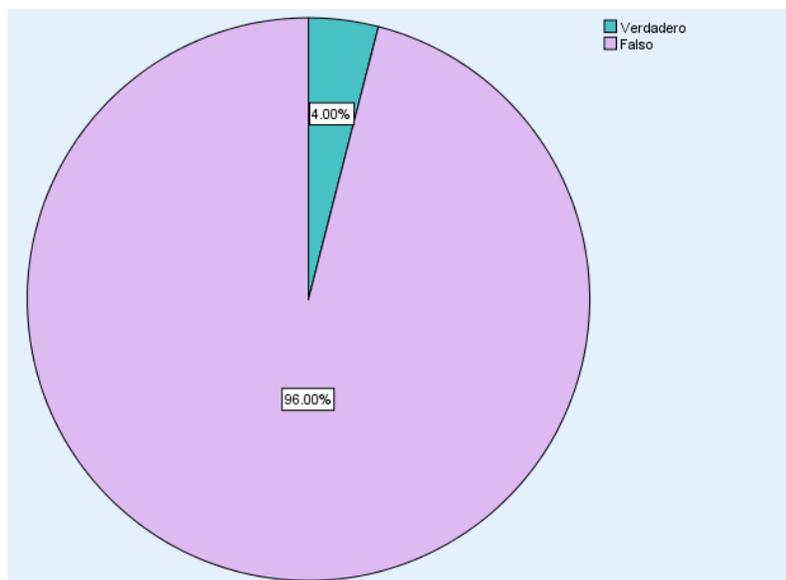
En la Figura 16, se muestra que la mayoría de los participantes considera que es falso que los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos actividad sexual

Figura 16. ¿Los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos actividad sexual?



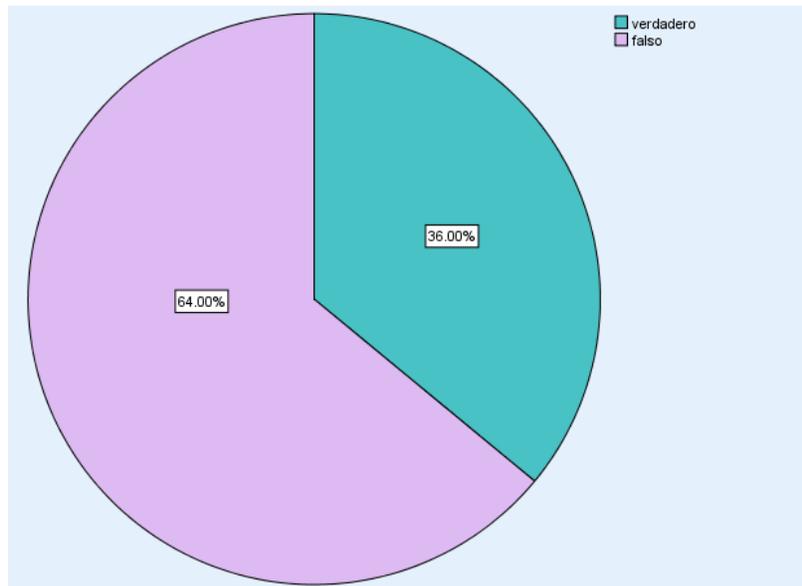
En la Figura 17, se muestra que todos los participantes consideran que los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual, es falso.

Figura 17. ¿Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual?



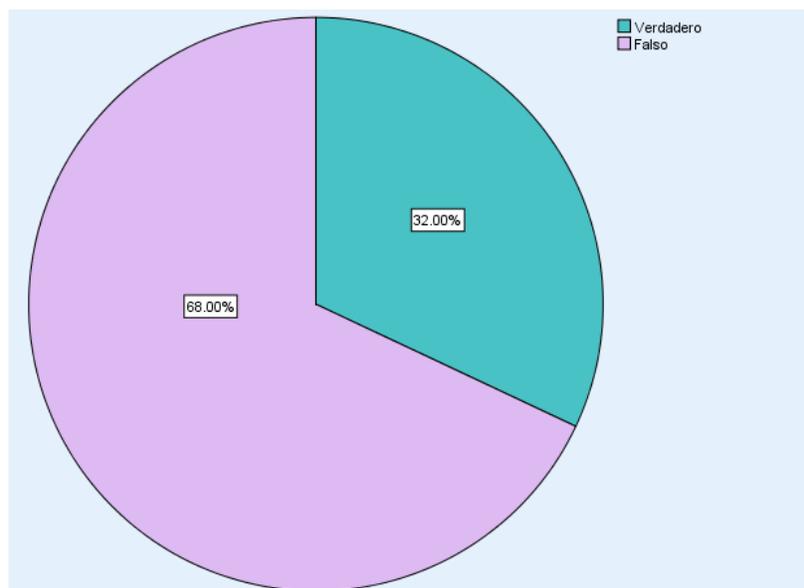
La Figura 18, muestra que la mayoría de los participantes considera que es falso que las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual.

Figura 18. ¿Las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual?



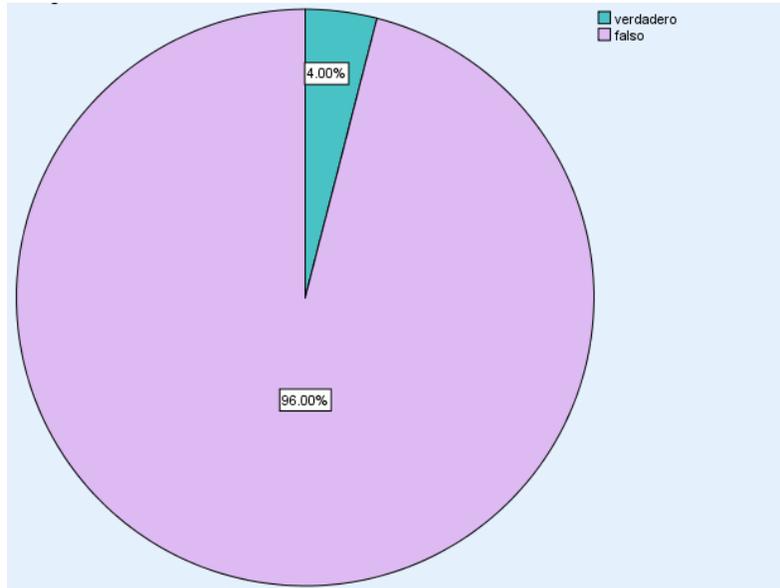
La Figura 19, muestra que la mayoría de los participantes considera que es falso que los tratamientos médicos en la vejez compliquen la actividad sexual.

Figura 19. ¿Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual?



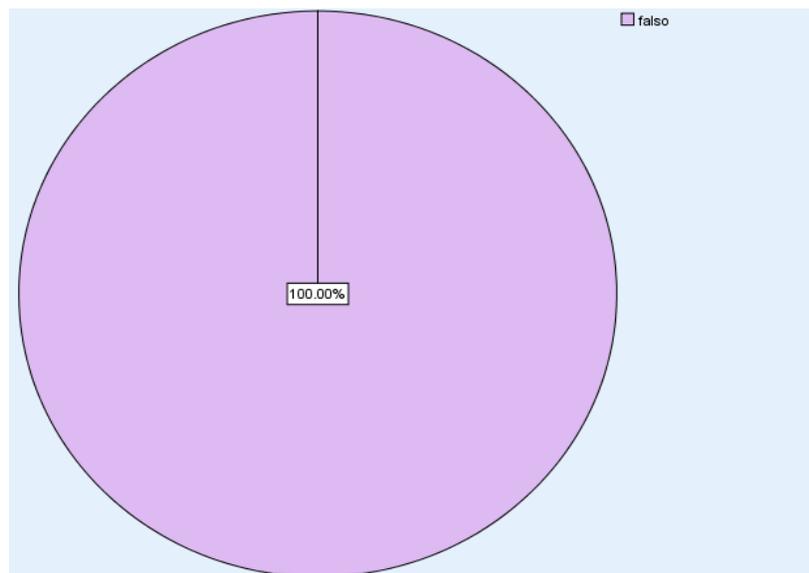
La Figura 20, nos muestra que la mayoría de los participantes considera que es falso que la belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes.

Figura 20. ¿La belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes?



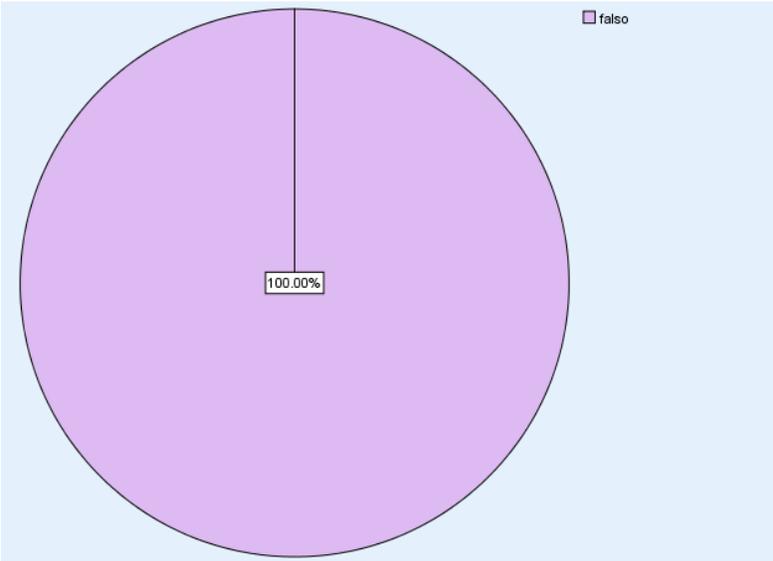
La Figura 21, muestra que todos los participantes considera que es falso que la sexualidad se ejerce solo con fines procreativos.

Figura 21. ¿La sexualidad se ejerce solo con fines de procreación?



La Figura 22, muestra que todos los participantes consideran que es falso que los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son perversos.

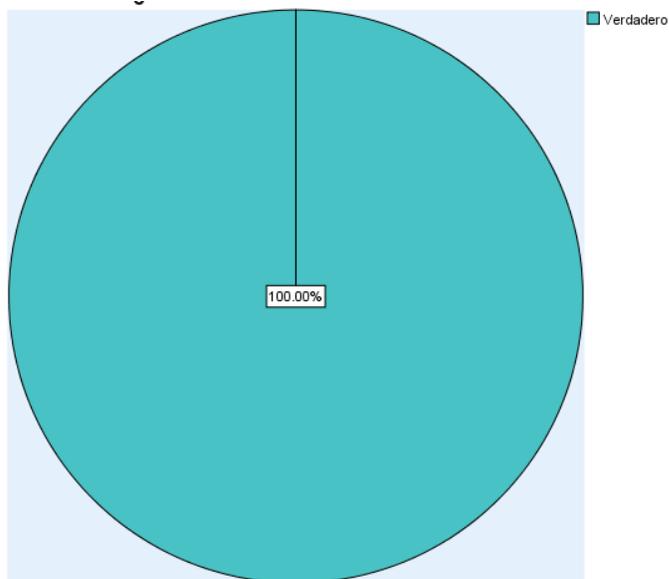
Figura 22. ¿Los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son perversos?



resultados descriptivos de la postprueba.

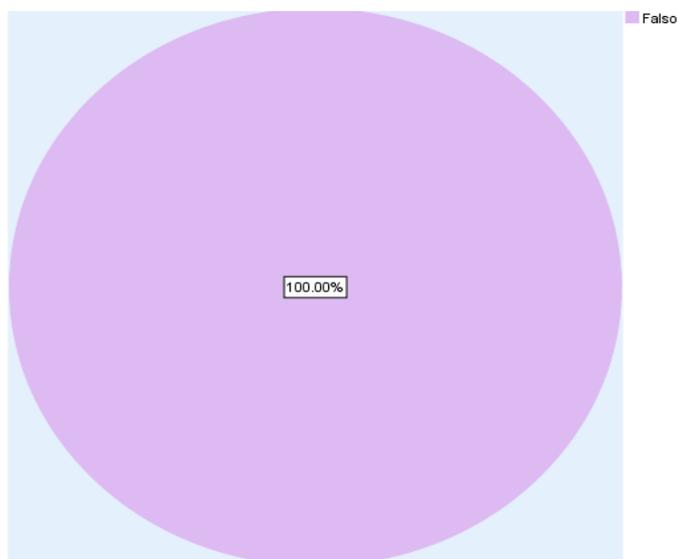
En la Figura 23, se observa que los participantes consideran que la andropausia marque el inicio de la vejez

Figura 23. ¿La andropausia marca el inicio de la vejez?



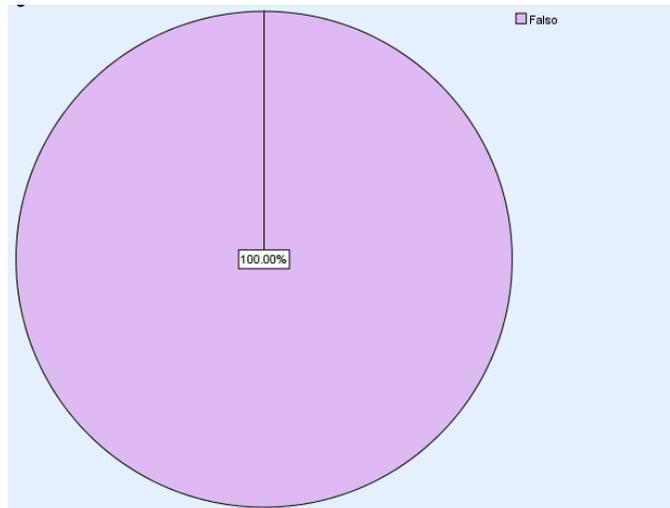
En la Figura 24, se observa que los participantes consideran que la menopausia no marca el final de la vida sexual de la mujer.

Figura 24. ¿La menopausia marca el final de la vida sexual de la mujer?



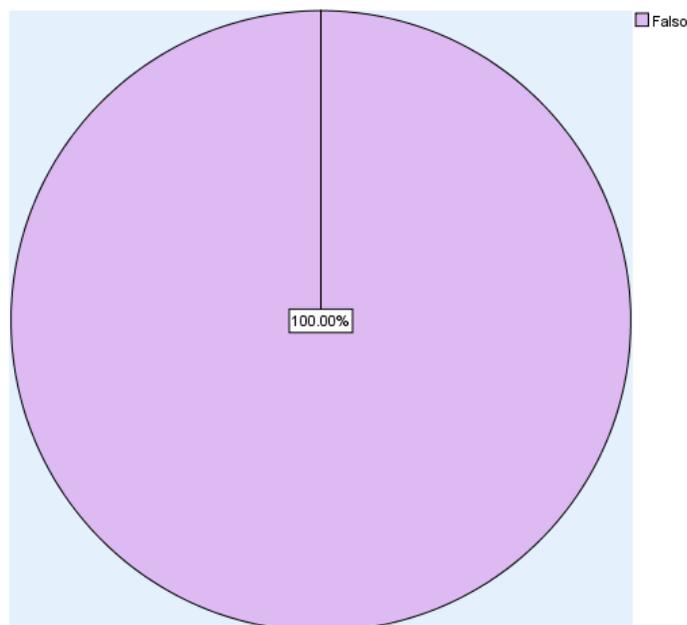
En la Figura 25, se observa que todos los participantes concuerdan en que los adultos mayores no se ven ridículos al demostrarse amor

Figura 25. ¿Los adultos mayores que se demuestran amor se ven ridículos?



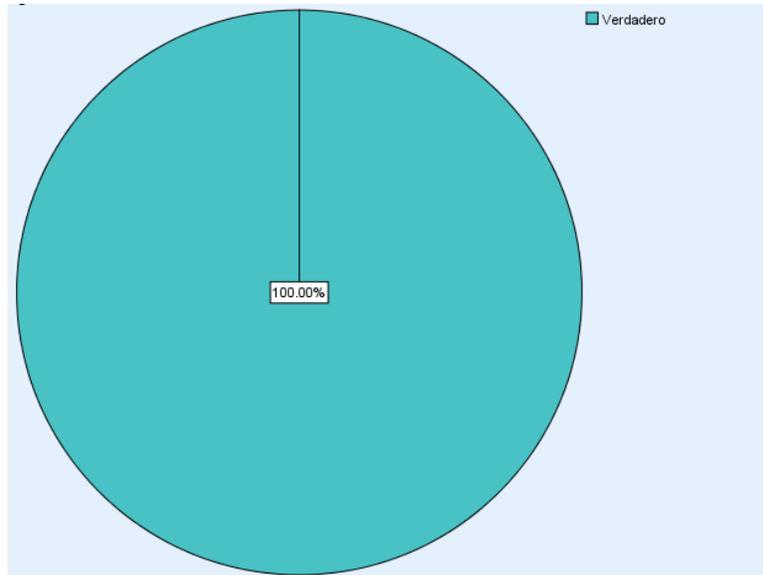
La Figura 26, muestra que los participantes concuerdan en que los adultos mayores no deben reprimir su actividad sexual.

Figura 26. ¿Los adultos mayores deben reprimir su actividad sexual?



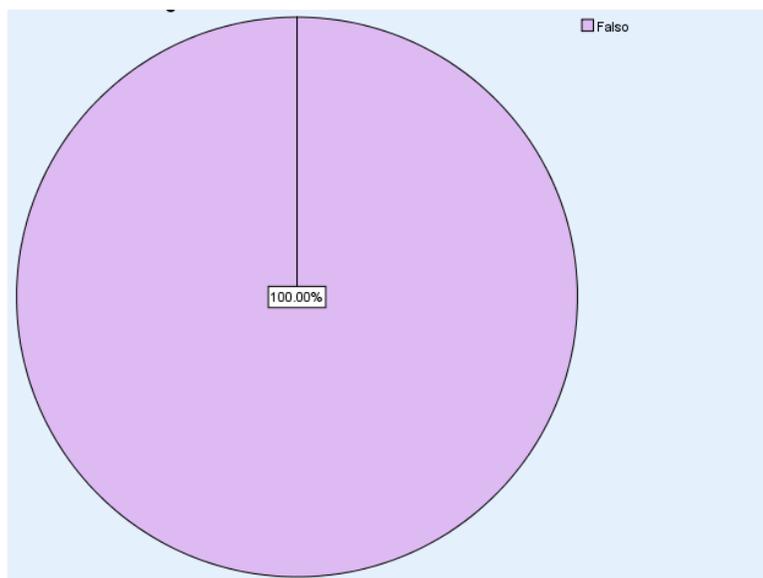
La Figura 27, muestra que los participantes consideran que es cierto que los adultos mayores tienen derecho al amor y a la vida sexual.

Figura 27. ¿Los adultos mayores tienen derecho al amor y a la vida sexual?



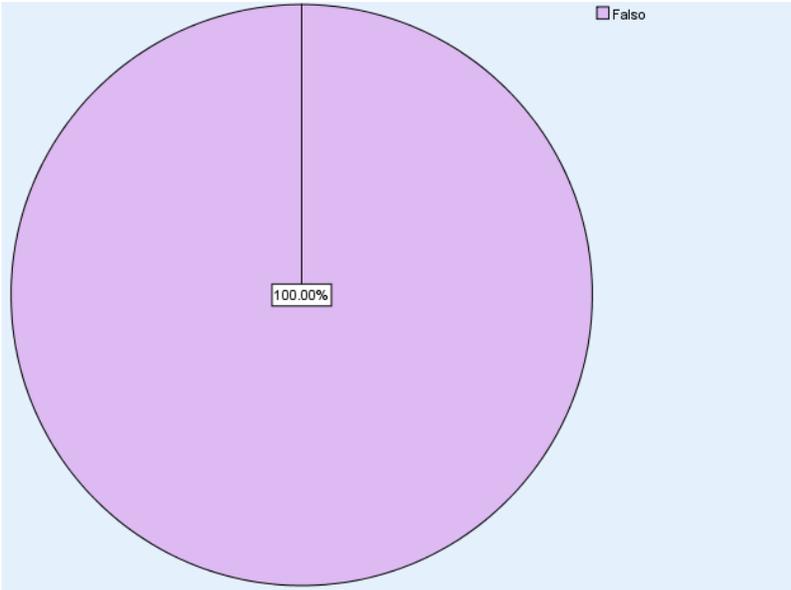
En la Figura 28, se muestra que los participantes consideran que los adultos mayores no son impotentes.

Figura 28. ¿Los adultos mayores son impotentes?



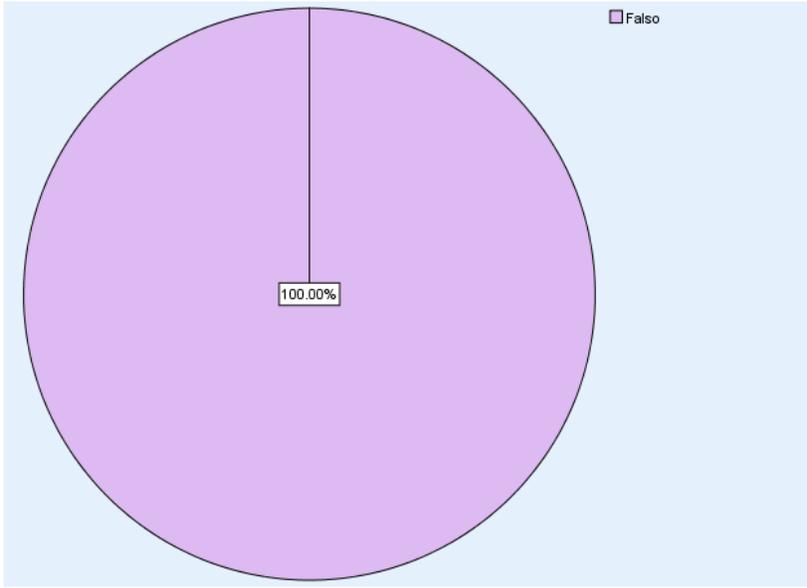
La Figura 29, muestra que los participantes consideran que las mujeres mayores no son frías.

Figura 29. ¿Las mujeres mayores son frías?



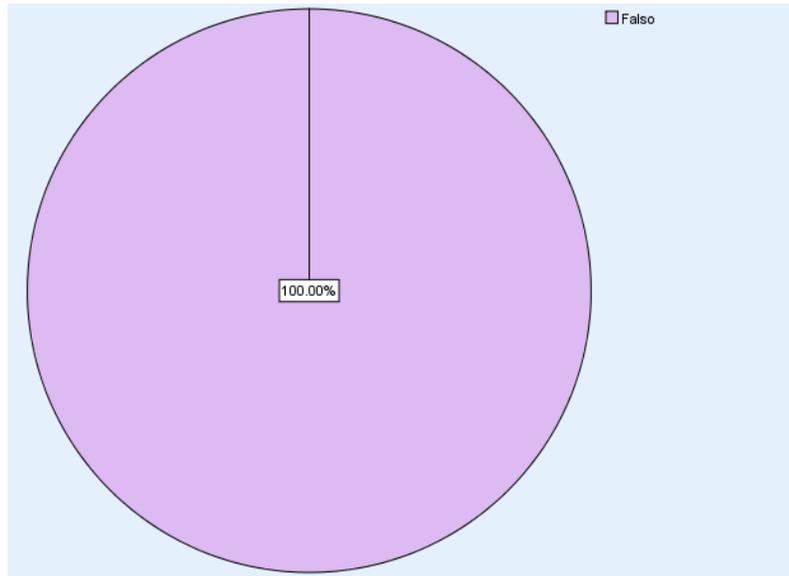
En la Figura 30, se muestra que los participantes consideran que es falso que los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos actividad sexual.

Figura 30. ¿Los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos actividad sexual?



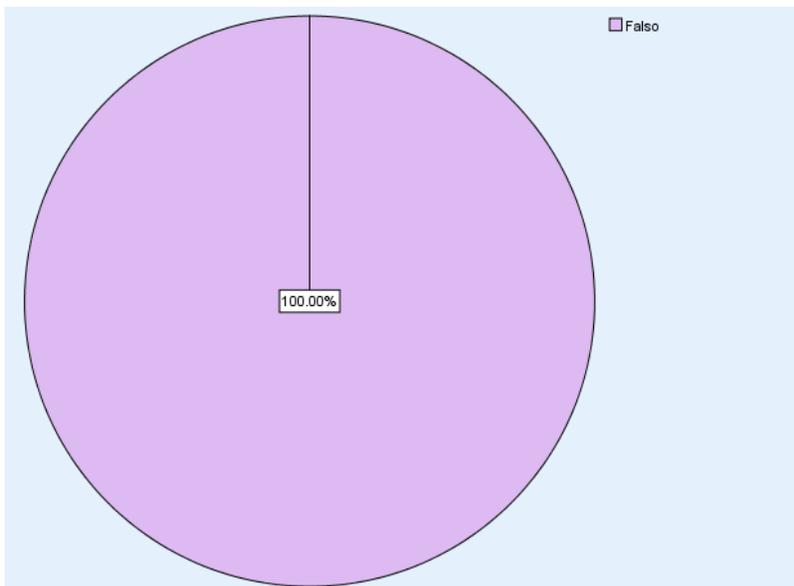
En la Figura 31, se muestra que los participantes consideran que los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual, es falso.

Figura 31. ¿Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual?



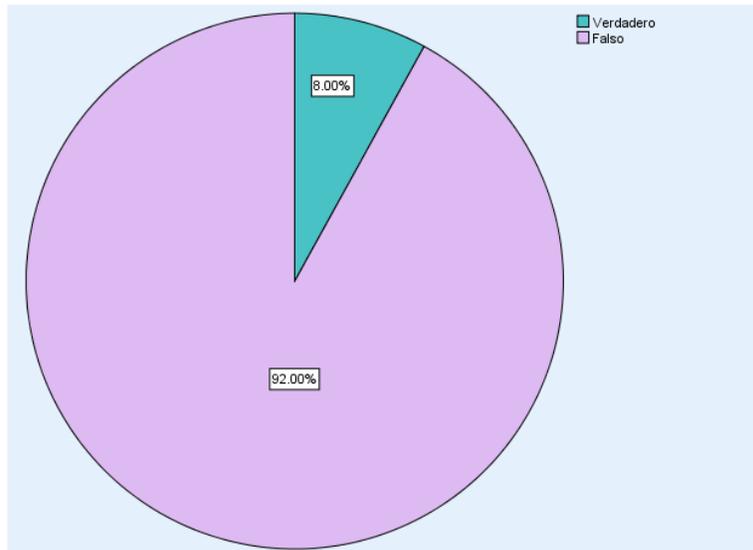
La Figura 32, muestra que los participantes consideran que es falso que las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual.

Figura 32. ¿Las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual?



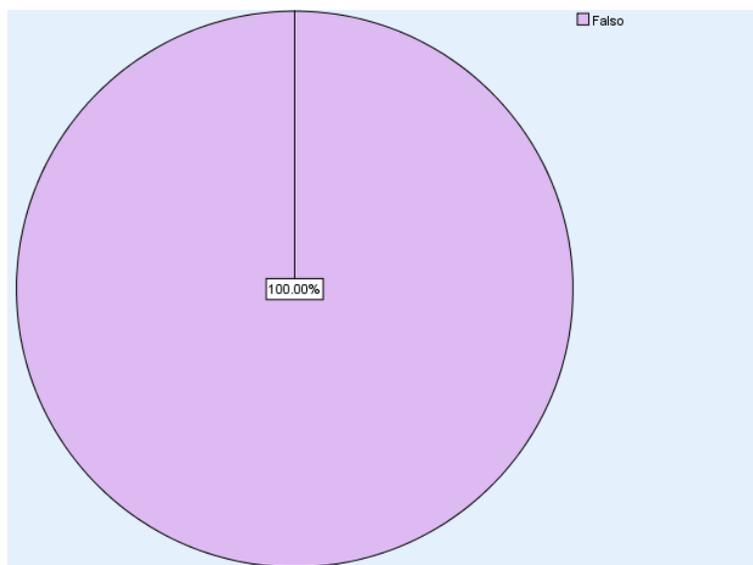
La Figura 33, muestra que los participantes consideran que es falso que los tratamientos médicos en la vejez compliquen la actividad sexual.

Figura 33. ¿Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual?



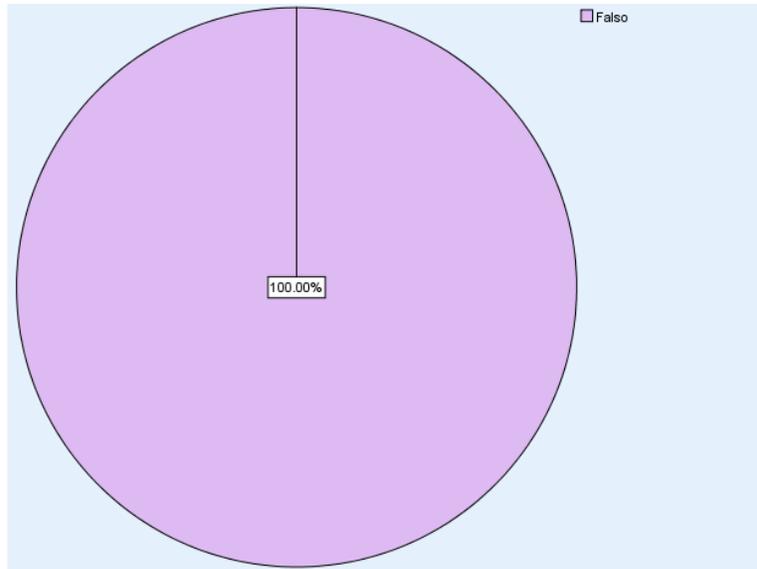
La Figura 34, nos muestra que los participantes consideran que es falso que la belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes.

Figura 34. ¿La belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes?



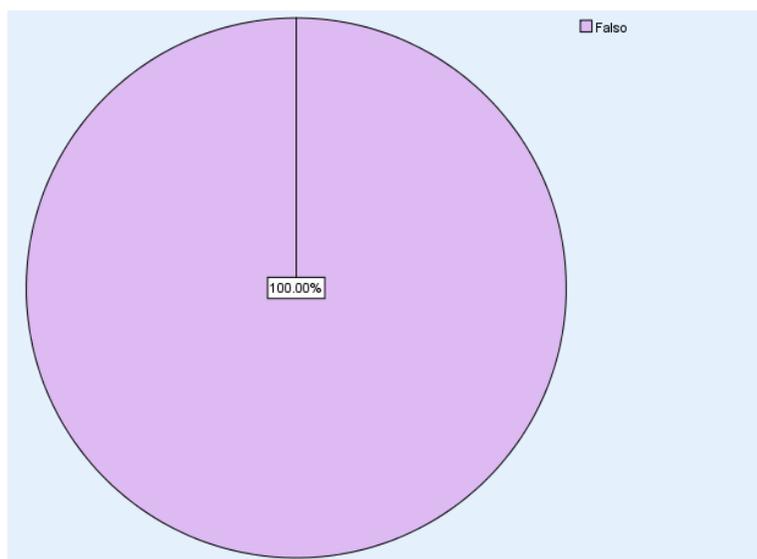
La Figura 35, muestra que los participantes consideran que es falso que la sexualidad se ejerce solo con fines procreativos.

Figura 35. ¿La sexualidad se ejerce solo con fines de procreación?



La Figura 36, muestra que los participantes consideran que es falso que los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son perversos.

Figura 36. ¿Los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son perversos?



4.1.1 resultados inferenciales (ANOVA).

Se puede observar que en el dominio de prejuicios, derechos y limitaciones y el total fueron los que más causaron impacto, durante la intervención (Tabla 37).

Tabla 37. Medias y desviaciones estándar para el grupo con intervención en la preprueba y la postprueba para las puntuaciones del (CASV).

Variable	Preprueba	Postprueba	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)			
CASV-total	11.84 (1.07)	13.92 (0.28)	76.70	.00	.76
CASV- PREJUICIOS	6.32 (0.80)	7.00 (0.00)	17.97	.00	.43
CASV- DERECHOS Y LIMITACIONES	2.64 (0.91)	3.92 (0.28)	42.67	.00	.64
CASV-MITOS	2.88 (0.33)	3.00 (0.00)	3.27	.08	.12

NOTA: *M* = promedio, *DE* = desviación estándar, *F* = análisis de varianza de medidas repetidas, *p* = Significancia, *d* = tamaño del efecto

Capítulo 5. Discusión y análisis

La presente investigación tuvo como objetivo general, evaluar el impacto de un programa de educación para la salud para aumentar los conocimientos de los adultos mayores respecto al tema de sexualidad. La cual tuvo un impacto positivo en la población objetivo, ya que como se muestra en la tabla de resultados inferenciales (ANOVA), hubo un aumento de conocimientos respecto a los temas de prejuicios, derechos y limitaciones que tenían los adultos mayores, esto se logró mediante el cumplimiento de los objetivos, tales como, primer objetivo, diseñar un programa de educación para la salud enfocado a los adultos mayores, para promover el tema de la sexualidad en la vejez, para esto se seleccionó una población y el lugar para dar paso a la aplicación del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (CASV), que mide los prejuicios, mitos, derechos y limitaciones que tienen los adultos mayores.

El segundo objetivo fue implementar el programa de educación para la salud respecto a los límites de la sexualidad en los adultos mayores, este objetivo se logró con la aplicación de la intervención para aumentar los conocimientos de los adultos mayores respecto al tema, mediante la cual se obtuvieron resultados significativos. Mientras que el tercer objetivo de caracterizar el impacto del programa antes y después de la intervención, se llevó a cabo mediante la aplicación de la preprueba y postprueba, para obtener resultados de antes y después de la misma con el fin de observar los resultados de cada una.

Mediante el cumplimiento de dichos objetivos y la evaluación del programa, se acepta la hipótesis alterna, ya que se lograron cambios significativos en la población objetivo, mediante la Implementación de un programa que aumento los conocimientos sobre la sexualidad en la vejez.

La presente trabajo tuvo el propósito de contribuir a las acciones de educación para la salud enfocadas a una población vulnerable como lo son los adultos mayores. Como se mostró anteriormente, existen algunos otros trabajos enfocados a esta población, tales como el de Orozco y Rodríguez en el 2006, donde el objetivo general era el de conocer como influían los prejuicios sobre el proceso de envejecimiento, la sexualidad en la

vejez. Dicho programa fue enfocado a adultos mayores, sin embargo al momento de realizar las encuestas también se incluyeron a jóvenes, con el fin de obtener datos de ambas vertientes y poder tener un enfoque distinto en cuanto a la raíz del problema. Se llevó a cabo una intervención, dando a conocer que la vejez no es un impedimento para que puedan seguir disfrutando de su sexualidad. Sin embargo a comparación de la presente investigación, la de Orozco y Domingo, no tuvo impacto alguno en la población objetivo, ya que los resultados arrojaron que los participantes consideraban aun algunos mitos y prejuicios, tales como que los adultos no deben expresar su sexualidad, que la vida sexual termina a la llegada de la andropausia, etc. Mientras que los jóvenes a quienes no se les incluyo dentro de la intervención, consideraban que los adultos mayores tienen derecho a expresarse y vivir su sexualidad de forma plena y que los prejuicios se manifiestan como actitudes negativas e incluso en una serie de conductas discriminatorias hacia un determinado grupo.

En comparación con la intervención educativa de Olivera y Bujardón en 2008, la cual solo fue dirigida a adultos mayores. En ella se obtuvieron resultados similares al presente trabajo. Dicha intervención, tuvo por objetivo, modificar las concepciones sobre la sexualidad y contribuir a lograr calidad de vida en adultos mayores, cuyos resultados obtenidos, fueron que los adultos mayores no tienen los conocimientos adecuados respecto al tema de sexualidad. Poniendo en marcha las actividades con la finalidad de modificar los conocimientos sobre sexualidad en el adulto mayor, mediante 5 sesiones previamente ya mencionadas, estas sesiones tuvieron gran impacto en la población objetivo, modificando creencias respecto a la sexualidad e incrementando sus conocimientos.

En cuanto a la intervención de la conducta sexual en el adultos mayor en Cuba, (Seda et al., 2010). La cual también solo fue dirigida a adultos mayores, los resultados fueron similares a los presentes en este trabajo, ya que se determinó en los resultados obtenidos, que los factores biológicos y los mitos sobre el tema, son los factores principales que afectan a los adultos mayores respecto a su sexualidad. Por lo cual las sesiones aplicadas se relacionaron con dichos temas, dirigido a toda la población estudiada, teniendo impacto positivo en ellos.

Además en la presente investigación se reconoce que los prejuicios sobre el tema de sexualidad en la vejez, son un factor importante el cual influye en sus vidas, sin embargo, la menopausia y la andropausia como eventos que marcan la vejez y que limitan la sexualidad, son otros factores que principalmente son reconocidos como verdaderos por los propios adultos mayores. Se demostró que las mujeres y hombres al llegar a la edad de la menopausia presentan mayores niveles de preocupación sobre su envejecimiento por desconocer las alternativas para vivir la menopausia sin efectos secundarios.

Sobre la andropausia, se puede determinar que el desconocimiento social del tema, sobre todo en los países no desarrollados, hace que la población masculina cuando habla del tema, lo hace sin tener un conocimiento previo y claro de su significado y no se atiende adecuadamente cuando se presenta la sintomatología.

En otra intervención educativa, donde los participantes fueron de un centro urbano, ubicado en Policlínico Universitario en Cuba, se reconsideraron otras variables distintas a las del presente estudio, las cuales influyen en la salud sexual de los adultos mayores, tales como hacinamiento, situación actual de la pareja y la construcción del género. Obtenido como resultados que los rasgos esenciales que caracterizan a ambos sexos son los biológicos, tales como aspectos físicos externos como la textura de la piel y constitución del cuerpo. Mientras que en relación al hacinamiento, era inadecuado, al vivir con gran cantidad de personas y no tener un espacio íntimo, lo cual los limita demasiado en cuanto a sus necesidades. En base a esos resultados se realizó las sesiones aplicando temas enfocados a conocer los conceptos, como vivir la sexualidad a edad adulta, la autoestima y asertividad, para lograr una mejor respuesta sexual, generando un impacto positivo en los adultos mayores.

En comparación con trabajos realizados en distintos años y distintas partes, podemos observar que hay similitud con algunos de ellos en cuanto a factores de riesgo y el impacto que tuvo la intervención.

Y en comparación con programas que se encuentran en marcha, se encuentra que uno de ellos es el de atención del envejecimiento, dado por el programa sectorial de salud, el cual está en función desde el 2013, previsto hasta el 2018, por lo cual aún no se tiene

evaluación de este. Dicho programa se está manejado a nivel nacional, con el fin de mejorar las políticas públicas en salud y servicios de apoyo para los adultos mayores.

Este programa maneja distintas intervenciones, tales como campañas, capacitaciones, ferias de salud, entre algunas otras. Manejando temas no solo en relación a su sexualidad, sino también a los cuidados de su salud en general. Con el fin de mejorar la calidad de vida e incrementar los conocimientos de los adultos mayores, tomando en cuenta los factores de riesgo.

Cabe señalar que los datos obtenidos en esta investigación, no pueden ser generalizados para todos, ya que el resto de la población tiene características distintas a la estudiada en esta investigación. Sin embargo, la necesidad de analizar las actitudes hacia la vejez y la sexualidad por sus implicaciones en los conocimientos y la calidad de vida son necesarias para poder llevar a cabo un control en los programas de salud enfocados en esta población.

Capítulo 6. Conclusión

El tema de sexualidad continúa siendo un tema tabú, que causa una gran polémica en la sociedad cuando se trata de los adultos mayores. El limitar a esta población vulnerable de sus derechos a vivir una vida sexual, puede generar problemas que causan daños a nivel emocional e inclusive social, ya que su autoestima así como su capacidad de afrontamiento disminuyen y por tanto empeora la calidad de vida y su integración a la población del adulto mayor, así como también genera conflictos con los conocimientos previos.

La sociedad aún tiene problemas para aceptar la sexualidad en la vejez, demostrando una falta conocimientos e interés respecto al tema, haciéndolos creer que el llevar una vida sexual activa a esa edad es inadecuado, denominándolo como “pecado, una enfermedad, algo bizarro e inclusive un delito”. Se sigue considerando que cuando se llega a una cierta edad, disminuye la libido es decir el deseo sexual, por lo cual solo necesitan el contacto mínimo de demostraciones de cariño, y por tanto que no necesitan un contacto físico como los besos, abrazos, caricias y el acto sexual.

Desgraciadamente los adultos mayores permiten estos actos, asumiendo los estereotipos que les niegan su derecho al placer sexual. No solo evitan disfrutar de su sexualidad, sino que también se avergüenzan cuando lo hacen y ellos mismos llegan a creer que es algo malo.

En el presente trabajo, se puede observar que los participantes al inicio de las sesiones, tenían bastantes dudas sobre el tema. Argumentaban que en su juventud nunca les hablaron al respecto en la escuela ni en casa, al ser considerado un tema tabú, e inclusive en ocasiones los padres asumían que era un tema que se tenía que ver en la escuela y viceversa, por lo cual era algo totalmente desconocido para ellos.

Por otra parte, comentaban que a la edad que tienen, sus familias los hacían sentir que ya no tenían derecho a disfrutar de su vida y su sexualidad, que solo estaban para ayudar a cuidar de los nietos y los etiquetaban como personas “inservibles” en cualquier otro tipo de actividades.

En los resultados que se obtuvieron de las sesiones que se aplicaron durante la intervención, se observa que la mayoría de los participantes, se despojaron de los prejuicios y dudas que tenían al respecto, mostraron completo interés en aprender así como también en generar un cambio en sí mismos.

Se identificó que uno de los factores principales que afecta en su toma de decisiones, es justamente la familia tales como los padres, hijos y nietos, esto llega a afectar la etapa de la vejez y como la viven hablando en términos de sexualidad, debido a que en ocasiones los adultos mayores viven con sus familiares, por lo cual se ven limitados en cuanto a espacio y privacidad.

De esta forma podemos decir que trabajar este tema con toda la sociedad es de vital importancia, para poder promover el cuidado, los derechos y la importancia del adulto mayor, ya que en muchas ocasiones como se mencionó anteriormente, lo consideran un ser humano “inservible”, al creer que ya no cuentan con ningún tipo de habilidad o capacidad con las que pueda contribuir.

Son justamente por esas creencias que se tienen aun en la actualidad, que cuando se llega a la vejez lo denominan como la peor de las etapas de la vida. Cuando en realidad debería considerarse como una de las mejores, ya que es cuando comienzan a disfrutar plenamente de sus logros y pueden seguir cumplir con las metas o sueños que se propongan y disfrutar de forma plena de su sexualidad, con una pareja o bien por sí mismos, mediante el autoerotismo.

Sería importante tomar en cuenta también al personal del área de salud, debido a que existen casos en los que les niegan la atención a los adultos mayores o les dan información incompleta, no solo respecto al tema de sexualidad, sino en varios ámbitos de salud que podrían llegar a modificar de forma negativa, los conocimientos que ellos pueden tener respecto a los temas.

Algo importante que debe ser fomentado por todos los servidores de salud respecto al disfrute de la sexualidad en la vejez, es que aun en la edad adulta es importante la protección, es decir el uso de condón interno o externo, ya que las infecciones de transmisión sexual, provocadas por hongos, bacterias o virus, no distinguen edad y que

con el paso de los años pueden llegar a ser más agresivas sino se tratan en el momento. Así como hacer mención de productos que puedan ayudar al disfruten de forma más plena, con el fin de hacerlos comprender que no es necesario contar con una pareja para poder vivir su sexualidad.

Los adultos mayores forman parte importante de la sociedad, ya que son colaboradores responsables, que están dispuestos a generar un cambio positivo, mediante valores humanos, culturales y sociales. Cuentan con basto conocimiento sobre distintos temas que bien pueden ayudar al desarrollo de los jóvenes.

Por lo cual es necesario devolver al adulto mayor el derecho a ser sexuado, desde allí, asumiendo que es importante el sensibilizar a toda la sociedad en general, promoviendo el derecho a la sexualidad en la vejez.

Los educadores para la salud, juegan un papel importante en este aspecto ya que los adultos mayores son un grupo vulnerable el cual requiere de una educación que les brinde las atenciones y ayuda que ellos necesitan. Sin embargo es importante retomar factores de riesgo que influyen en esta problemática, como lo es la familia, quienes son la principal red de apoyo e influencia en esta población.

Por lo cual se debe de retomar la implementación de “programas de educación para la salud en el adulto mayor, integrado hacia el modelo de salud familiar”, los cuales permitan la comunicación entre ellos y de este modo se forme un vínculo afectivo que genere una mejor ambiente de convivencia, mejora de la calidad de vida e incrementar los conocimientos respecto al tema.

Las personas adultas mayores al igual que las demás personas, también necesitan sentirse independientes, auto-realizados, deben tener una participación dentro de la sociedad, deben gozar de dignidad y cuidados. Estos principios que deberían ser fundamentales y claramente establecidos para proteger a esta población vulnerable en una sociedad.

Sin embargo, existen aspectos que no le permiten al adulto mayor alcanzar el respeto y las condiciones para una realización personal satisfactoria. Como por ejemplo, falta de atención primaria y la falta de conocimientos.

Como educadores para la salud, es importante recordar que las personas con el paso del tiempo van envejeciendo, existe un deterioro en las habilidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales, sin olvidar que las sociedades también envejecen en la medida en que cambian su composición por edades es decir, si existe envejecimiento o juventud de forma colectiva, de ser así se modifican los perfiles de las demandas sociales. Esto quiere decir que existe un cambio en las necesidades diarias por lo cual son necesario ciertos derechos derivados de la situación.

Referencias

- Árraga, M. (2013). *Salud, cine y educación sexual para adultos mayores*. Redalyc, 3, 86-97. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/html/737/73730059008/>
- Álvarez, Y., Cabarcas, M. V., Calvo, R. S., Campo, A., Flores, J., Melguizo, E., Y Moadie, O. P. (2015). Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2). 87-92.
- Arango, I. (2008). *Sexualidad Humana*. México: Ed Manual Moderno.
- Arguelles, G., Colón, L., Y Seda, M. L. (2010). Intervención en la conducta sexual del adulto mayor. *Revista Ciencias Holguín*, 16(4), 1-11.
- Barragán, A. B., Gázquez, J. J., Martos, Á., Molero, M., Y Cardila, F. (2015). *Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento*. Recuperado en: <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/sexualidad-envejecimiento.pdf>
- Berry, S., Hays, R.D., Mangione, C.M., Y Sarkisian, C. A. (2002). *Development reliability and validity of expectations regarding aging survey*. *The Gerontologies*, 532-534.
- Boudet, R. (2010). Intervención educativa sobre salud sexual en ancianos y ancianas del centro urbano Abel Santamaría Cuadro. *Revista Policlínico Universitario Josué País García*, 14(4), 1-6.
- Castro, M., Merino, J. y Sanhueza, M. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Revista Ciencia y Enfermería XI*, 1(2), 17-21.
- Cáceres, O. (2014). *Adverbios de lugar*. Consultado en: <https://www.aboutespanol.com/adverbios-de-lugar-2879408>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2005). *Grupos Vulnerables*. Recuperado en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/d_gvulnerables.htm
- Cheesman, S. (2011). *Conceptos básicos en la investigación*. Recuperado en:

- <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
- Corominas, C., García, M., Ortega, D. y Serna, C. (2011). Sexualidad en la vejez. *Revista Enfermería Universitaria*, 20(5), 1-10. Recuperado en: <https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%205/sexualidadterceraedad5.htm>
 - De los santos, P. V., Y De Jesús, D. (Julio 2017). Política de salud sexual y reproductiva para adultos mayores en México y Colombia. *Revista Perspectivas Sociales*, 19(2), 9-37.
 - Dennerstein, L., Guthrie, J. R., Netz, Y., Y Zach, L. (2005). The menopausal transition. Does it induce women's worries about aging? *Revista Climateric*. 8(4), 233-241.
 - Días, J. (1987). *La sexualidad del anciano*. Centro nacional de educación sexual: compilación de artículos sobre educación sexual para el médico de la familia. Recuperado en: https://www.ecured.cu/index.php?search=La%20sexualidad%20del%20anciano&title=Especial%3ABuscar&profile=default&fulltext=1&fbclid=IwAR3i9IaGAKNKRJEnlwDdLw5pXzeUucE01ZzjmPI5NeQc_-BgaMV-KCNWf2
 - Eliade, M. (1991). *Los mitos*. Recuperado en: <http://www.ladeliteratura.com.uy/sala/complementos/mitos.pdf>
 - Escobar, R., Lara, N., Morales, H., Y Ortega, S. (2013). *La sexualidad en el adulto mayor*. Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, Recuperado en: <https://metodologiadeinvestigacioncuantitativa.files.wordpress.com/2013/12/informe-de-cuantitativa-correcciones-finales.pdf>
 - Escorcía, L. (2013). *Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal*. Recuperado en: http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf
 - Eshelman, V. Y Howell W. (1966). *La respuesta sexual humana*. Blog salud, sexualidad y género. Recuperado en: <http://psicosexualidadourense.blogspot.com/2009/08/masters-y-johnson.html>

- Fatuas, A. O., Ijadunola, K. T., Odumabo, A. O., Y Ojofeitimi, E.O. (2004). *The influence of social demographic factor on awareness*. Knowledge and attitude toward andropause among health professionals in Ile-Ife, *Nigeria*. *Aging male*, 7, 269-279.
- García, C.R., Gonzales, B., Fernández, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. *Revista Psicología Iztacala*. 8(3).
- García, C. (2015). Aspectos Psicosociales a considerar por el Médico de la Familia en la Tercera Edad. *Revista Medicina Integral*, 7(3), 273.
- Hernández, R. (2013). *La sexualidad en el adulto mayor*. Facultad de Humanidades Departamento de Ciencias de la Educación, 1-53. Recuperado en: <https://metodologiadeinvestigacioncuantitativa.files.wordpress.com/2013/12/informe-de-cuantitativa-correcciones-finales.pdf>
- Hugh, R. K., Y Barebr, M. D. (1996). *Sexualidad y el arte de la estimulación en la mujer geriátrica*. *Ginecología Geriátrica Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 4, 899.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). *Nivel educativo alcanzado por la población*. Recuperado en: http://www.inec.edu.mx/bie/mapa_indica/2010/PanoramaEducativoDeMexico/CS/CS03/2010_CS03__b-vinculo.pdf
- Kenneth, C (1998). *Gimnasia aeróbica*. Recuperado en: <https://es.scribd.com/doc/12903013/Aerobic>
- Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(33), 223-232. Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2013/cnf133h.pdf>
- Latorre, A. (2008). *Introducción al derecho*. Recuperado en: http://sistemaucem.edu.mx/bibliotecavirtual/oferta/licenciaturas/contaduria/LCD104/introduccion_al_estudio_del_derecho_%20angel_latorre.pdf
- Mazza, G. (2012). *Estado civil*. Recuperado en: <https://gmazzamaio.files.wordpress.com/2012/02/estado-civil.pdf>

- Mendoza, V. (2016). *Testículos de mono para alcanzar la eterna juventud*. Recuperado en: <https://www.yorokobu.es/testiculos-de-mono-para-alcanzar-la-eterna-juventud/>
- Ministerio del Desarrollo Social Presidencia de la Nación (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores: una nueva imagen de la vejez*. Recuperado en: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/informes/encuesta-nacional-sobre-calidad-de-vida-de-adultos-mayores-una-nueva-imagen-de-la-vejez/>
- Meza, R., Petit, K., Y Yensi, M. (septiembre, 2013). Sexualidad en el adulto mayor. *Revista Scielo*. 20(3). 397-403. Recuperado en: <http://www.Desktop/19662-23320-1-PB.pdf>
- Moreira, M. E. (2003). *¿Qué es la sociedad?*, Biblioteca virtual universal. 12(35). 1-35. consultado en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/89004.pdf>
- Morgade, A. (2011). *Efectos del envejecimiento en el hombre y la mujer*. 67-69. Recuperado en: http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes39/art_15.pdf
- Mullo, M. (2015). *Significado de la sexualidad en los adultos mayores de un centro de atención del adulto mayor*. Facultad de medicina humana, 1-100. Recuperado en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4085/1/Mullo_mm.pdf
- Neira, E. (2001). *El hecho religioso*. Recuperado en: <http://webdelprofesor.ula.ve/cjuridicas/neirae/pdf/religion%201.pdf>
- Nieto, A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Ed talasa, Madrid, 52-63.
- Nizama, E. (2010). *Género y sexualidad humana*. Recuperado en: http://revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit07/estrelia_nizama_ruiz.pdf
- Natividad, L. (2006). *Estudio de la sexualidad en la tercera edad*. Escuela de obstetricia y puericultura. Recuperado en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fme.18e/doc/fme.18e.pdf>

- Olivera, C., Y Bujardón A. (2008). *Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor*. Policlínica Universitaria Tula Aguilera, 1-22.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Programa envejecimiento y ciclo vital, Envejecimiento activo: un marco político. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Salud sexual*. Recuperado en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Salud*. Recuperado en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Sexualidad*. Recuperado en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Familia*. Recuperado en: <http://bubululisa.blogspot.mx/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Programa envejecimiento y ciclo Vital, envejecimiento activo: un marco político. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento*. Recuperado en: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Género vs sexo*. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Calidad de vida*. Recuperado en: <http://vidacalida.blogspot.mx/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>
- Orozco, I., Y Rodríguez, D. D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Revista de Psicología y ciencia social*, 8(1), 3-10.
- Oskamp, (2001). *El prejuicio*. Psicología online, Recuperado en: <http://www.psicologia-online.com/pir/el-prejuicio.html>

- Pérez, J., Y Merino, M. (2012). *Limites*. Definiciones, Recuperado en: <https://definicion.de/limite/>
- Pfeiffer, E. (octubre, 1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Real academia española (2017). Derecho. *Asociación de academias de la lengua española*. Recuperado en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=CGv2o6x>
- Rocabruno, J., Prietos, O. (1992). *Sexualidad en la tercera edad*. Gerontología y Geriátrica Clínica, Ed. Ciencias Médicas, La Habana, 143-153.
- Rodríguez, M. (abril, 2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual*, 8(10). Recuperado en: <http://www.LaPercepcionDeLaPersonaAdultaMayorEnLaSociedadRamo-5897884.pdf>
- Salwatierra, M. (1992). *Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia*. En climaterio y menopausia: Grefol, Madrid.
- Scielo (julio 2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3). Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008
- Secretaría de salud (2010). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010*. Recuperado en: https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_del_adulto_mayor_en_méxico_2010.pdf
- Secretaría de Salud (2013). *Atención del envejecimiento*. Programa sectorial de salud, 1-104.
- Sedesol (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. Instituto Nacional de las personas adultas mayores, México. Recuperado en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf

- Stanley, M, (2009). *Enfermería geriátrica tercera*. Mc Graw Hill, México, 4-35
- Shearer, R., Shearer, L. (1977). Sexualidad y consejo sexual en la edad avanzada: senectud en la mujer en clínicas obstetricias y ginecol. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1). 185-197.
- Larousse (2016). *Residencia*. Gran diccionario de la lengua española, editorial Larousse. Recuperado en: <https://es.thefreedictionary.com/residencia>

Anexos



Anexo 1. Cuestionario del CASV

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL

DATOS GENERALES:

- Género: Hombre () Mujer ()
- Estado civil: soltero () casado () separado () unión libre () viudo ()
- Edad:
- Ocupación:
- Grado de escolaridad:
Primaria () secundaria () preparatoria () universidad () maestría () doctorado ()

Indicaciones: **Subraya la respuesta según su consideración.**

1. ¿La andropausia marca el inicio de la vejez? (andropausia: es el proceso por el cual las capacidades sexuales del hombre disminuyen con la edad)
 - A) Verdadero
 - B) Falso
2. ¿La menopausia marca el final de la vida sexual de la mujer? (menopausia: ocurre cuando una mujer deja de tener menstruaciones)
 - A) Verdadero
 - B) Falso
3. ¿Los adultos mayores que demuestran amor, se ven ridículos?
 - A) Verdadero
 - B) Falso
4. ¿Los adultos mayores deben reprimir su actividad sexual?
 - A) Verdadero
 - B) Falso
5. ¿Los adultos mayores tienen derecho al amor y a la vida sexual?
 - A) Verdadero

- B) Falso
6. ¿Los adultos mayores son impotentes? (impotente, impotencia: Imposibilidad o incapacidad del hombre para conseguir la erección)
- A) Verdadero
B) Falso
7. ¿Las mujeres mayores son frías? (fría: incapaz de sentir placer sexual)
- A) Verdadero
B) Falso
8. ¿Los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos actividad sexual?
- A) Verdadero
B) Falso
9. ¿Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual?
- A) Verdadero
B) Falso
10. ¿Las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual?
- A) Verdadero
B) Falso
11. ¿Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual?
- A) Verdadero
B) Falso
12. ¿La belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes?
- A) Verdadero
B) Falso
13. ¿La sexualidad se ejerce solo con fines de procreación? (procreación: tener hijos)
- A) Verdadero
B) Falso
14. ¿Los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son perversos?
- A) Verdadero
B) Falso

Anexo 2. Manual de la descripción de actividades

Sesión 1.

Al llegar a la Universidad UNIDE, para dar inicio con las sesiones, se realizó una reunión con todos los participantes de la investigación, a la cual también se integraron estudiantes interesados por el tema, así como personal académico de la institución.

Esto con el fin de hacer la presentación cordial de la educadora para la salud (EpS), de que institución venía y dar a conocer cuál era el objetivo de las sesiones que se llevarían a cabo.

La ceremonia duro alrededor de 1 hora y media, ya que los estudiantes de la Universidad UNIDE, tuvieron demasiado interés sobre las actividades que se estaban realizando, hubo muchas preguntas respecto a eso, algunas de ellas fueron más dirigidas hacia la EpS, tales como:

¿Qué tipo de carrera era?, ¿Hace cuánto que existe la carrera?, ¿Si en todas las universidades dan la carrera de EpS?, ¿Dónde se encuentra ubicada la UAEM Nezahualcóyotl?, ¿Por qué el estudio que se estaba realizando era en su Universidad?, entre otras.

Mientras que las preguntas dirigidas hacia la EpS, fueron de índole personal y académica, algunas hicieron referencia a: ¿Qué edad tiene?, ¿Por qué decidió esa carrera?, ¿En qué semestre se encontraba?, ¿Por qué el interés hacia el tema de sexualidad en la vejez?, ¿Cómo se enteró de la Universidad UNIDE?, ¿Qué haría con los resultados obtenidos con la investigación?, entre otras.

Al finalizar la ceremonia, se les pidió a todos los alumnos y personal académico, que regresaran a sus actividades escolares, a excepción de los participantes seleccionados para el estudio, los cuales fueron seleccionados por la directora.

Una vez que se retiraron los demás de las instalaciones, la directora de la UNIDE, les pidió que en orden pasaran con la EpS, para poder otorgarles un folio, con el cual serian identificados durante la intervención.

Al finalizar la asignación de los folios, se les pidió a los participantes que se fueran a su aula asignada.

La EpS, agradeció al personal académico que le brindó la bienvenida, posteriormente se le indicó donde se encontraba el aula donde trabajaría y se hizo mención de algunas instrucciones que se debían seguir, como la confidencialidad de la información que los estudiantes brindarían, la prohibición de fotos, videos, audios y la puntualidad para el resto de las sesiones, ya que los estudiantes contaban con otras actividades programadas por lo que no podían brindar más tiempo del ya avisado anticipadamente. Al llegar al aula designada, la EpS se presentó formalmente con los participantes.

Para dar cumplimiento con el objetivo de esta sesión, el cual fue el de mejorar la autoestima en los adultos mayores, lo primero que se realizó, fue el generar un ambiente de confianza entre y los participantes.

Se les pidió que con las bancas individuales que se encontraban en el aula, formaran una media luna alrededor del salón, esto para poder tener una mejor visión todos los participantes y buen espacio.

Al comenzar la sesión, la EpS se dio a la tarea de conocer a los participantes, preguntando el nombre de cada uno, su edad, porque estudiaban en esa Universidad y por qué esa área educativa. Destaca decir que todos los participantes eran estudiantes de la carrera de tanatología.

Los participantes comenzaron a contar anécdotas de su juventud, del cómo influyeron muchas de las experiencias que tuvieron a lo largo de su vida, para encontrarse ahora en la Universidad de nuevo, estudiando tanatología.

Se comenzó a generar un ambiente de armonía entre los participantes y la EpS. Después de una larga charla entre ellos, se dio las instrucciones para comenzar con las actividades programadas en la primera sesión.

Se les explicó que esa sesión tenía por nombre “queriéndome primero”, cuyo objetivo era retomar temas enfocados a la autoestima.

La primer actividad, se quedaron sentados y consistió en que cada uno debía decir una palabra que los describiera de acuerdo a la perspectiva que tenían de sí mismo, tomando en cuenta su actitud, personalidad y objetivos en la vida. Así mismo se les pidió que explicaran el por qué se esa palabra.

Al finalizar esa actividad, se les pidió que escogieran a una pareja con la cual trabajarían durante esa primera sesión, después se pidió que se sentaran de forma que se quedaran viendo de frente con su pareja. Al queda todos acomodados, se les dio la instrucción de que cada uno le diría a su pareja una palabra que a su parecer lo describiera y así mismo por qué consideraba que esa palabra era la adecuada. Con la observación de que la palabra que le fueran a decir a su pareja fuera algo positivo.

Esto con el fin de saber que opinaban los demás de ellos mismos, ya que en la primera sesión, hubo participantes que mencionaban cosas negativas sobre sí mismas, al dudar de sus propias capacidades y de la forma en la que los habían tratado en el pasado.

Se pasa una pareja por una, al finalizar con todas las parejas, se les explicó el porqué de esa actividad. Diciendo la importancia que tiene el decirle algo positivo a alguien, sin razón alguna. Como pueden cambiar el día de alguien, con tan solo esa palabra, una sonrisa o un gesto de amabilidad. Así como también haciendo mención del quererse a sí mismo, con las cosas buenas y malas que se tienen, volviendo lo malo a su favor, utilizándolo para ser mejores cada día y no dejándose influenciar por las cuestiones negativas que nos pueden llegar a rodear.

Muchos de los participantes, expresaron que se sintieron bien al escuchar una palabra positiva de alguien más, haciéndolos sentir importantes y queridos, ya que no estaban acostumbrados a que alguien les dijera una “linda palabra”, incluida la familia.

Para dar continuidad a la siguiente activad se les pidió que volvieran a acomodar sus butacas en el orden de media luna en el que estaban, a esta segunda actividad se le denomino “espejito, espejito”, la cual consistió en que a cada uno de los participantes se les brindo un espejo de tamaño chico, donde tuvieron que mirarse detenidamente durante 2 minutos, pidiéndoles que en ese tiempo detectaran todos aquellos detalles físicos que les agradaban de sí mismos, así como también los que no les gustaba.

Pasado este tiempo se le pregunto a cada uno como se sentían respecto a la actividad y cuáles fueron los resultados obtenidos, sobre qué es lo que les gusta y que es lo que no.

Cada uno de los participantes expreso sus inquietudes, la mayoría de ellos comentaba que lo que menos les gustaba de ellos mismos hablando físicamente, era como con el tiempo su cuerpo se fue deteriorando. Que no les afectaba el hecho de tener canas, la arrugas en la cara o su capacidad de movimiento, sino más bien el hecho de que ya no se sentían atractivos, al haber perdido el cuerpo que tenían cuando eran más jóvenes.

Al finalizar sus comentarios, la EpS hizo mención sobre el porqué de los cambios físicos que habían transcurrido a lo largo de su vida, esto con el fin de hacer que sintieran que cada cambio que tuvieron lo tomen como un recuerdo positivo sobre su pasado, una forma de recordar aquellas experiencias por las cuales se encuentran en ese momento, dando como ejemplos que algunos cambios fueron por sus hijos, el esfuerzo que dieron para lograr una meta, etc.

Los participantes hicieron el comentario de que si todos vieran esos cambios de la misma forma, dando un significado especial e importante, quizás las situaciones emocionales de los adultos mayores serian distintas.

Posteriormente se les pedio a cada uno los participantes que respecto a la actividad anterior, ahora mencionaran cada uno cómo se sentían respecto al tema de sexualidad, si les daba pena, les molestaba, les interesa o que es lo que les generaba y porque.

Algunos comentarios que caben resaltar de los participantes, era que decían que tenían mucha curiosidad sobre el tema, ya que a muchos de ellos jamás se les hablo sobre nada relacionado, que en muchas ocasiones lo que aprendieron fueron a base de experiencias dadas durante su adolescencia o por medio de las amistades que tuvieron en su juventud, ya que sus familias no hablaron con ellos por miedo, pena e inclusive por la religión que tenían.

Comentaban en el caso de las mujeres, que por dicha problemática, varias de ellas tuvieron embarazo no deseados a corta edad, por la razón de no conocer métodos anticonceptivos, los riesgos que esto traía y por los mitos que habían, como por ejemplo

el “no te embranzas cuando es tu primer relación sexual” y “el líquido pre seminal no contiene esperma”.

Los hombres expresaron que ellos no sabían lo que era un orgasmo masculino ni femenino, que en varias ocasiones les resultaba difícil decirle a sus parejas que es lo que les gustaba e inclusive el preguntarles a ellas, ya que ni ellos mismos lo sabían.

Algo muy importante fue el hecho de que todos expresaron que sus familias en este caso sus hijos y en algunos sus nietos, les decían que a su edad mayor, ya no podía tener o hablar sobre sexualidad, por el hecho de ser “ancianos”, ellos ya no deberían de pensar en esas cosas que solo se debían dar en la juventud o con fines de procreación.

La EpS les expreso que era importante hablar sobre ese tema, debido a que tenían que empezar a quitar esas ideas negativas que se tienen sobre el tema, aquellos prejuicios que se han generado.

Se les explicó que un factor que influye a que se les haga mención sobre esos comentarios es el hecho de que ellos mismos lo permiten, o de que ellos se lo creen hasta el punto de pensar que de verdad es algo malo.

Que existen formas de aceptar los comentarios positivos o negativos de las demás personas, pero que todo está en cómo los interpretemos, es decir nosotros decidimos si los aceptamos o no.

Que no es malo el querer saber sobre el tema aun en la edad mayor, que la curiosidad es buena, y que hay muchas formas de enriquecerse sobre el mismo.

Para finalizar esta sesión, mientras todos siguen sentados, la EpS les hablo a los participantes sobre la importancia de la autoestima para poder llevar a cabo una sexualidad sana, la importancia de quererse a sí mismos, de aceptarse como son, y que están en la mejor etapa de su vida, donde ya han vivido tantas cosas que los prejuicios ya no debería ser válidos, que deben disfrutar de ellos mismos así como de la vida y vivir lo que quieran vivir.

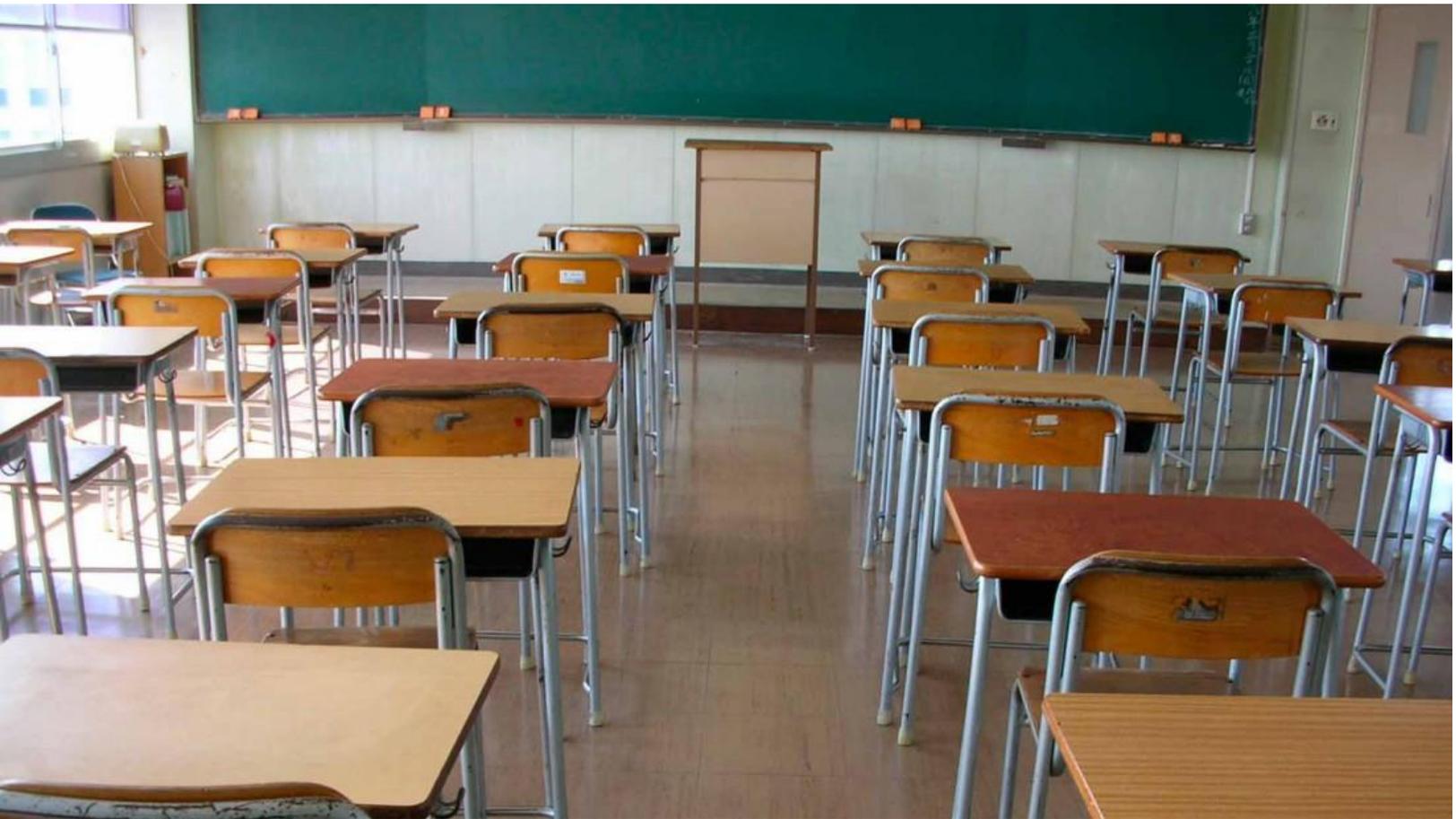
Al término de la plática, se les pidió a todos los participantes que ayudaran a poner en orden las butacas a como estaban cuando recién llegaron al aula.

Se les dio las gracias por la atención y la participación que hubo durante la primera sesión, así mismo se les informo cuando sería la próxima sesión y cuál sería el tema a hablar.

Posteriormente al concluir las actividades, se le agradeció a la directora de la UNIDE, recibiendo instrucciones sobre la próxima sesión.









Sesión 2.

Para dar inicio con la segunda sesión, lo principal fue el reunir a todos los participantes, ya que se encontraban en clases distintas.

Al llegar al aula, nuevamente se les pidió que ayudaran a acomodar las butacas en forma de media luna alrededor.

Se hizo una retroalimentación de la sesión pasada, preguntándoles que opinaban sobre ella y si consideraban que era un tema importante para abordar. Con el fin de observar si los participantes guardaron información sobre el tema.

Para dar cumplimiento al objetivo de esa sesión que se le denomina: mitos, realidades y prejuicios, fue necesario que a cada participante se le explicara cada uno de estos conceptos, es decir, que es mito, una realidad y que es un prejuicio, en un contexto más amplio y simple, esto para poder hacer más entendible la sesión.

Para iniciar la actividad llamada: ¿será cierto?, Todos los participantes tuvieron que estar sentados, una vez explicados los conceptos anteriormente mencionados, se les pregunto a todos en general sobre que mitos conocían ellos sobre la sexualidad en la vejez, se les dio la indicación de que debían alzar la mano y se les daría la palabra a cada uno, para hacer una mejor participación y poder tener un orden.

Se les dio un tiempo de 2 minutos para que pensaran en que mito dirían cada quien. Pasado este tiempo, se les empezó a preguntar quién quería ser el primero en participar.

La instrucción principal fue que conforme fueran hablando se les iría diciendo sobre si esos mitos que escucharon son verdad o no y el por qué. Posteriormente se les daría a conocer algunas “realidades,” es decir, que se les dirá algunos beneficios de la sexualidad sin importar la edad.

El primer participante fue un hombre quien comenzó con las dos preguntas de la sesión pasada, las cuales fueron, ¿es cierto que en la primer relación sexual es imposible embarazarse? y ¿existen espermias en el líquido pre seminal?

Aquí se les empezó a explicar cada una de las preguntas, con detalles.

Dentro de las preguntas que más destacaron fueron: ¿es cierto que la masturbación puede causar cáncer?, ¿es cierto que durante la menstruación, no se pueden embarazar?, ¿la masturbación puede causar eyaculación precoz?, ¿al llegar a los 40 años, las mujeres ya no pueden embarazarse?, ¿la autoexploración solo funciona cuando se es joven? y ¿solo las mujeres que tienen coito constante pueden tener orgasmos y si esto solo ocurría en la juventud?

Se explicó cada uno de estos mitos, generaron mucho interés en los participantes ya que comentaban que aun a la edad que tenían, seguían creyendo que varios de estos eran ciertos aun sin saber el por qué.

Para la siguiente actividad, se le hizo entrega a cada uno, una hoja de papel y una pluma, en la cual tenían que escribir o hacer un dibujo de lo primero que se les viniera a la mente al escuchar sexualidad en la vejez. Al termino de esa actividad se les explicó que le pondrían su nombre, lo doblarían y lo entregarían a la EpS, y que dicho trabajo seria retomado en la última sesión.

Para dar paso a la siguiente sesión, se les hizo una pregunta a todos los participantes: ¿saben la colocación correcta del condón femenino y masculino?, en base a la respuesta de esta pregunta donde la mayoría respondieron que no, se hizo la siguiente: ¿alguien les enseñó la técnica de la colocación?

Para esta sesión se hizo uso de los condones tanto masculino como femenino, así como también de la ayuda de un pene y una vulva de silicón para hacer la demostración de la técnica adecuada para la colocación de los condones.

Se les pidió a todos que quienes quisieran pasar de forma voluntaria a mostrar la colocación de los condones, después la EpS haría la técnica.

Como observación se puede decir que pasaron 8 participantes, ninguno hizo correctamente la colocación.

Al término de la participación la EpS, comenzó explicando porque es importante el uso del condón, diciendo que es un método de barrera que protege no solo de embarazos no deseados, sino también previene las enfermedades de transmisión sexual.

Mencionando la efectividad que este tiene y los riesgos de una incorrecta colocación. Posteriormente se mostró el uso correcto.

Muchos de los participantes preguntaban porque era importante que ellos supieran esto ya a la edad que tenían, a lo que se les respondió que a pesar de que las mujeres es difícil que puedan embarazarse una vez pasando los 40, los hombres aún podían generar espermatozoides aunque fuera en menor cantidad, pero sobre todo se resaltó el hecho de que era importante debido a las infecciones de transmisión sexual, ya que estas pueden darse a cualquier edad y que de no ser atendidas de forma inmediata podrían agravarse.

Además de ser un tema importante que podrían compartir con otras personas, las cuales también tuvieran interés o alguna duda sobre ello.

La siguiente actividad, se le llamo: “lo que dice la gente”. En esta parte se les pidió a los participantes que mientras se encontraban en su asiento, de forma voluntaria nos comentaran sobre las experiencias que han tenido sobre si se les ha prohibido o los han visto mal por querer o tener una vida sexual.

Esto con el fin de detectar quienes eran los que más influían en ellos para generar prejuicios sobre este tema.

Escuchándolos hablar, se pudo notar que las personas que más influían en ellos eran sus hijos. Uno de los participantes comentaba que su hijo mayor, lo intento meter a una asilo después de que lo vio viendo una revista para adultos, lo llamo depravado y le dijo que necesitaba ayuda ya que a su edad esos comportamientos nos eran correctos.

La EpS les explicó porque pueden darse este tipo de reacciones cuando se trata de sexualidad y adultos mayores, dando como ejemplo no solo la educación que tuvieron sino también por los medios de comunicación que aún existen, donde dicen que esto es una conducta inapropiadas así como también influyen las personas que los rodean, que en este caso suelen ser las amistades, las que generan estas ideas que se van propagando.

Una vez finalizada esta actividad, se les pidió que se pararan de sus asientos formando un círculo acomodando las sillas ya sea que quisieran o requieran estar

sentados o prefieran dejarlas a un lado, posteriormente la EpS, paso al centro del circulo y les comenzó a hablar sobre los beneficios a la salud, el llevar una vida sexual activa y sana, así como también de que no necesariamente requieren de tener una pareja para descubrir que es lo que les gusta, que la autoexploración es algo normal y bueno en estos casos que se desea conocer mejor su cuerpo.

Para finalizar esta sesión se les dio las gracias a todos los participantes por su colaboración en las actividades y por su atención, nuevamente se les explicó que tema se tomaría para la próxima sesión, pidiéndoles que no faltaran ya que es importante para poder tener un seguimiento y resultados positivos.

Por último se recogió la actividad que se les pidió a principios de la sesión, asegurándose de que todas las hojas tuvieran nombre.













Sesión 3.

Al llegar a la Universidad UNIDE, se notificó que hubo un cambio, en esta ocasión por cuestiones de actividades, el aula de siempre no podría ser ocupada, por lo cual la sesión de esa ocasión, se llevó a cabo en un aula distinta en otro edificio.

En esta ocasión se permitió la toma de una fotografía sobre el aula designada, con la condición de que esta fuera distorsionada a la hora de ser utilizada, lo suficiente para que las personas de fondo, no se les nota la cara.

Para dar cumplimiento a esta sesión, la cual tuvo por nombre: “conociendo mis derechos”, en la cual se les dio a conocer a los participantes sobre los derechos que los adultos mayores tienen, así como los distintos programas de apoyo que existen.

Se les pidió que tomaran asiento y al igual que en las sesiones anteriores, las sillas fueran acomodadas en forma de media luna, esto para poder tener un mejor panorama de los participantes, después para entrar en el tema, se pidió que se hiciera una retroalimentación, en la cual retomaran puntos de la sesión pasada, con el fin de relacionarlo con el tema de la tercer sesión.

Al terminar esa parte, se les pregunto si sabían lo que son los derechos del adulto mayor y cuáles son, se les fue dando la palabra a aquellos que levantaron la mano para participar.

Posteriormente la EpS les dio a conocer todos los derechos con los que ellos cuentan, se les explicó cada uno de ellos, así como también se les dio a conocer el hecho de que nadie sin importar la persona, tienen derecho a violentarlos de ninguna forma, se les explicara los distintos abusos que pueden sufrir por parte de otras personas, llámese física, emocional, psicológica y verbalmente, y como pueden identificar si lo están padeciendo.

Para dar continuidad a esta actividad, se hizo uso de material visual, una presentación de PowerPoint, en la cual se incluyeron los derechos que ellos tienen, dentro de los cuales, los derechos que más se resaltaron fueron:

- Derecho al trabajo
- Derecho a los servicios de salud
- Derecho a una vivienda
- Derecho a la no discriminación
- Derecho a una familia
- Derecho a ser oír y ser escuchado
- Derecho a la educación
- Derecho a la asistencia social
- Derecho a la sexualidad

Muchos de los participantes, comentaban que no sabían sobre algunos de esos derechos, que pensaban que por ser de la tercera edad había derechos de los que ellos ya no podían gozar.

Otro tema que se retomó durante la presentación, fue algunos de los programas sociales enfocados a los adultos mayores, donde se les explicó en qué consisten, que tipos de ayuda brindan, así como también de algunas asociaciones civiles, que les brindan no solo talleres a los que ellos pueden asistir, sino también puede recibir orientación de distintos tipos.

Los participantes expresaron que no sabían que existieran programas de salud solo destinados a ellos y sus necesidades, que en muchas ocasiones cuando asistían a otro tipo de lugares para recibir ayuda, esta se les negaba o se les atendía de forma grosera.

La EpS les explicó que tienen derecho de recibir ayuda y atención de cualquier servidor público.

Los participantes de forma voluntaria conforme se les fue hablando del tema, comenzaron a compartir algunas experiencias que llegaron a tener en el pasado o que casos que llegaron a enterarse.

Se les explicó porque era importante el que conocieran estas campañas e instituciones, que abran más su entorno y se fomente esas ganas de querer saber más y aprovechar todo lo que se les puede brindar.

Para la siguiente actividad, se dieron las instrucciones primero, de que jugarían con un globo inflado, en la cual fue entregado por la EpS. Que de la forma la que se encontraban sentados se lo irían pasando, como el juego de la papa caliente y que mientras iban pasando cantando esa canción, al que le tocara perder, se le daría un caso, en el que el participante diría que derechos se estaban violando y que hacer en esos casos.

Mostraron mucha atención y dedicación a esa actividad, dijeron que normalmente no suelen hacer actividades de movimiento, porque los consideran no aptos para ellas, sin embargo comentaban que les gustaría que si bien es cierto no tienen la misma movilidad que antes, se les aplicará actividades adaptadas de acuerdo a sus necesidades y capacidades.

Por otro lado, la actividad que se les aplicó, fue bastante enriquecedora, debido a que fortaleció los conocimientos que ellos tenían y los que se les acababan de brindar, lo que les ayudo a entender de forma más clara el tema, poniéndole un poco de diversión.

Por consiguiente se les explicó cuál sería la última actividad del día. Donde se les hizo entrega de una hoja de papel a cada quien y un lápiz, en la cual tenían que hacer un dibujo representativo con el que ellos expresaran que los adultos mayores también tienen derechos, y que estos deben ser respetados por todos.

Los resultados de dicha actividad fueron bastantes positivos, ya que varios de los participantes hicieron dibujos donde la persona que hicieron, eran ellos mismos viviendo una situación de violación de sus derechos, eras sus casos personales os que estaban representando en esas hojas.

En la parte de atrás de esos trabajos cada quien escribió una frase que hiciera crear conciencia sobre los derechos de los adultos mayores, como por ejemplo: “nosotros también merecemos respeto”, “no por ser viejos valemos menos”, “trátanos como quieres que te traten a ti a nuestra edad”, etc.

Los trabajos realizados por los participantes fueron tan enriquecedores que la directora de la UNIDE, pidió quedárselos para hacer tipo volantes los cuales repartirían por la Universidad y fuera de ella.

Para finalizar esta sesión se les agradeció a los participantes por su asistencia constante y sobre todo por el compromiso que ellos mismos generan para poder llevar a cabo las sesiones y se les explicó cuál sería la 4ta sesión la cual sería la última y de que trataría esta, pidiéndoles por favor que no por esas cuestiones, no faltaran.



CONOCIENDO MIS DERECHOS



**DERECHOS DE
LOS ADULTOS MAYORES**

CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN PARA EL CONTROL DE SALUD DEL











Sesión 4.

Para la última sesión, se hizo uso de la sala de usos múltiples, ya que esta ocasión una de las actividades principales, necesitaría del proyector.

Para cumplir el objetivo de esta última sesión, la cual se llamó: “vivir mi sexualidad”, cuyo fin fue aclarar las últimas dudas, y hacer que los adultos mayores se interesaran por el tema y se quitaran esos miedos y/o prejuicios que existían.

Se empezó por pedirles que se acomodaran en sus lugares de la forma que ellos se sintieran más cómodos, y uno por uno se les fue pidiendo que expresaran con sus propias palabras a la EpS, lo que opinaban del programa que se les estaba aplicando, es decir, de lo que se les está brindando en cuanto a información y actividades.

Al finalizar esa actividad se les explicó que se realizaría la proyección de una película que lleva por nombre “la vida empieza hoy”, esta tiene una duración de 1 hora y media.

Se comenzó a proyectar la película y se les pidió que prestaran mucha atención, al final de ella se hablaría al respecto. Todos prestaron atención y estaban divertidos así como también asombrados, ya que se sentían identificados en algunos aspectos.

Una vez vista la película, se les pregunto sobre las opiniones o dudas que tenían sobre lo que se visto. Hubo muchos comentarios respecto a la película, como el que era muy buena, que dejaba mucho que pensar, que daba un mensaje claro y directo, pero sobre todo una reflexión de vida muy importante para todos sin importar la edad.

Muchos expresaron que se sentían identificados con algunos de los casos que se presentaron en la película, por cuestiones familiares y de relaciones amorosas, como por ejemplo la pena de preguntar cuando tenían dudas sobre su cuerpo, los métodos para cuidarse e inclusive sobre infecciones de transmisión sexual.

Se les explicó cuál era el objetivo de que vieran esa película, el cual era el sensibilizar sobre el tema de sexualidad, y hacer que comprendieran que no tiene nada de malo o de raro que a la edad adulta tengan ganas de vivir una vida sexual plena.

Se les hablo sobre la importancia de conocer su cuerpo, de auto explorarse, por dos razones, la primera el conocerse, el saber identificar sobre algún riesgo o padecimiento

que pueda influir en su salud y que esto también es con el fin de saber qué es lo que es gusta, que el tocarse no es malo y que en muchas ocasiones el conocer estos aspectos, pueden ayudar a tener una satisfacción no solo a nivel físico, sino también emocional.

Retomando fragmentos de la película se les fue explicando de qué forma ellos podían experimentar esta cuestión de la autoexploración así como también el probar cosas nuevas en su vida, como por ejemplo el uso de productos que ayudaran a auto estimularse, así como el uso de lubricantes, ya que con el paso de los años va disminuyendo esta capacidad.

Se les comenzó a preguntar sobre las dudas que tuvieran respecto a lo hablado, la última de sus dudas era si los condones se les podría regalar a ello en caso de acudir a un centro de salud y que los pidieran, ya que ellos no sabían que era importante el uso de este aun a su edad, diciendo también que ahora que conocían la técnica adecuada así como los riesgos de no usarlos, ahora querían hacerlo.

Para continuar con la siguiente actividad, se retomó dos puntos importantes para poder llevar una vida sexual sana, los cuales son la alimentación y el ejercicio. Mediante una infografía impresa, se le explicó a los participantes que esos son factores importantes ya que mantienen el cuerpo con energía, los músculos activos y en movimiento lo cual mejora su actividad sexual y por ende su calidad de vida que ellos llevan.

Retomando un punto importante del que hicieron mención en la sesión pasada, fue el hecho de que la actividad física debía ser de acuerdo a sus necesidades y posibilidades, no solo se les explicó la importancia de esto, sino también se les explicó algunos de los ejercicios que podían realizar en casa sin la necesidad de forzar tanto su cuerpo.

Algunos de ellos fueron:

- Salir a trotar en caso de ser posible
- Hacer estiramientos de brazos y piernas al despertar
- La yoga, igual en caso de ser posible

- El estar sentados también, haciendo movimientos rotatorios de las muñecas, tobillos, cuello y torso
- El uso de las mancuernillas pequeñas ya sea que fuera sentados o de pie.
- Inclusive la natación, ya que en ocasiones se hacen aerobics en las albercas, lo cual estimula sus articulaciones.

En el caso de la alimentación se les hablo sobre el ya conocido el plato del buen comer, del cual se les mostro, donde se les hablo de la importancia de llevar una buena alimentación, tomando en cuenta lo que ellos requerían, en caso de las personas que no pudieran comer carnes o que algunos alimentos ya no les cayeran bien, se les fue explicando de qué forma podían reemplazar dichos alimentos.

Los participantes mostraron gran interés por esa información ya que mencionaban que no sabían que podían sustituir los alimentos que se les había prohibido, por cuestiones de salud.

Como actividad final, se les pidió a todos que ayudaran de nuevo a acomodar las butacas en forma de media luna, para que la actividad fuera más fácil, después e les pidió que sacaran las cartas que se hicieron durante la segunda sesión, las cuales consistieron en realizar dibujo o escribir algo, de lo primero que se les viniera a la mente al escuchar sexualidad en la vejez.

Conforme las fueron sacando y entregando, la EpS les explicó que esa actividad fue con el fin de ver si hubo un cambio en su forma de pensar al escuchar “sexualidad en la vejez”, conforme fueron avanzando las sesiones.

Se fueron retomando una por una de aquellas cartas que se hicieron, al irlas viendo y mostrando a todos, se le pidió al dueño de cada una que pasara al frente a explicar por qué habían dibujado o escrito eso y si en esa última sesión seguían pensando de la misma forma.

Todos al ir pasando comentaban que su perspectiva sobre el tema cambio por completo, que aprendieron nuevas cosas que no sabían que existían.

La mayoría de ellos en sus cartas expresaban con dibujos o palabras, que la sexualidad era algo malo, que tal vez era algo normal para ellos pero no para los demás y que de ser llevada a cabo, esta tenía que ser en privado, sin que nadie se enterara de lo que estaban haciendo, para que de esta forma no fueran juzgados por los demás y los tacharan de “rabo verde”, “pervertido”, “adultero” y “enfermo mental”.

Por último, y para finalizar con la intervención con los participantes, se les pido a todos que tomaran asiento, la directora de la UNIDE se integró al grupo.

La EpS, les dio las gracias a todos por su colaboración y apoyo en el trabajo que se llevó a cabo, explicando de manera emotiva que se la experiencia fue única y enriquecedora, así como también se aprendieron bastantes cosas de los mismos participantes. Esperando que la información que se les fue brindando, fuera de su agrado y que ayudara para su vida diaria.

A la directora de la UNIDE, se le dio las gracias por permitir la entrada, confianza, tiempo y brindar un grupo con el cual se trabajaría.

Todos dieron las gracias a la EpS de igual forma por brindar las sesiones y lograr un cambio significativo en los participantes.

Se hizo la despedida, mencionando que día sería la aplicación de la postprueba. Para evaluar el impacto del programa.



"Divertida, fresca y entrañable" *crusová*



La Vida Empieza Hoy

Una comedia de Laura Mañá

Producción: La vida empieza hoy. Distribución: La vida empieza hoy. Música: La vida empieza hoy. Montaje: La vida empieza hoy. Dirección de arte: La vida empieza hoy. Vestuario: La vida empieza hoy. Peluquería: La vida empieza hoy. Maquillaje: La vida empieza hoy. Transporte: La vida empieza hoy. Alimentación: La vida empieza hoy. Bebidas: La vida empieza hoy. Otros servicios: La vida empieza hoy.

www.lavidaempiezhoy.com

© 2011 La vida empieza hoy. Todos los derechos reservados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Pilar
Bardem

Rosa M^a
Sardá

Martina
Cordero

Luis
Marco

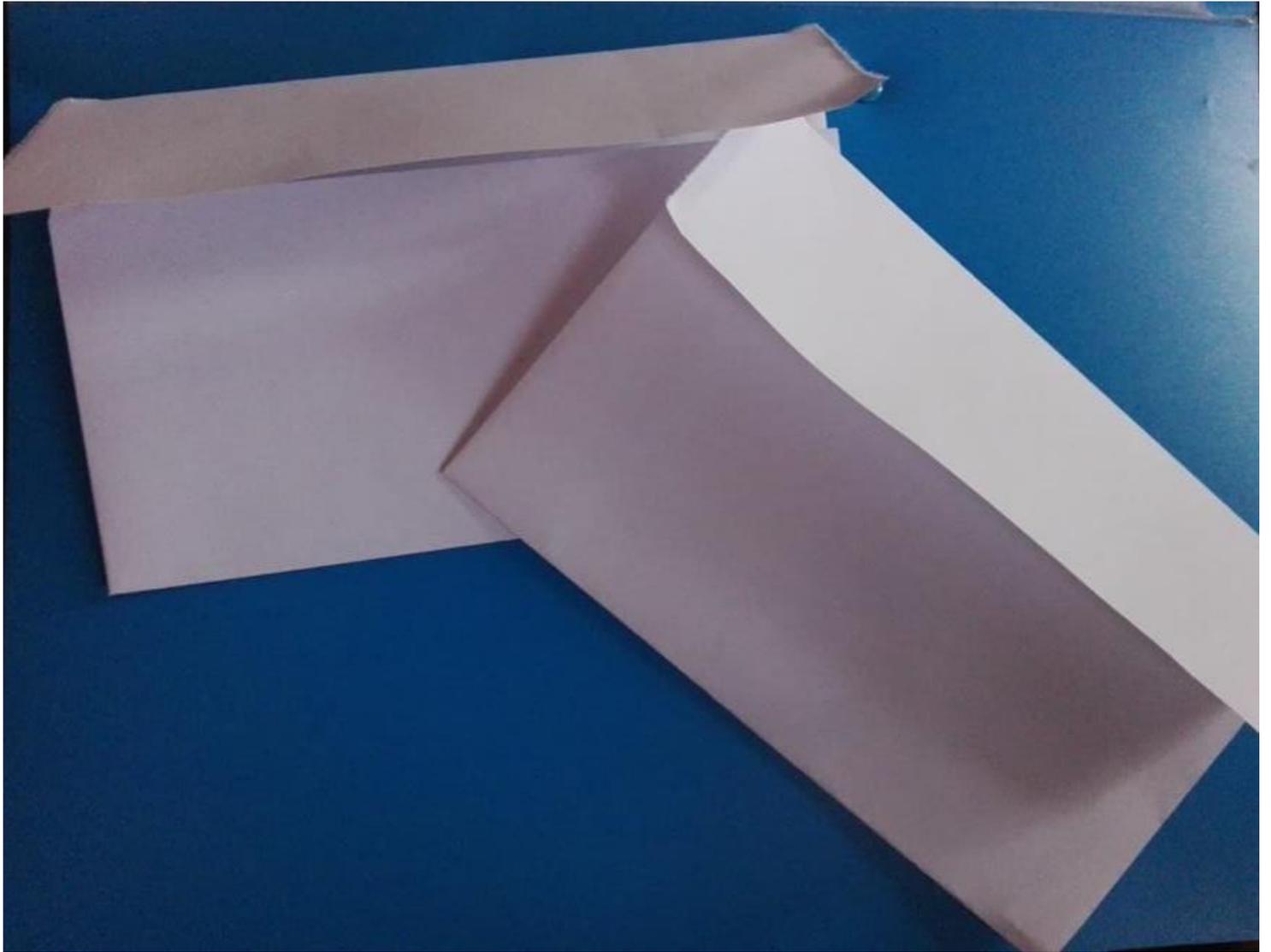
Sotillos
Benedicto

Osvaldo
Santoro

Marta
Barranco

Fernando
Tielve

y
Eduardo
Blanco









Anexo 3 Consentimiento informado

TÍTULO: Programa de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores respecto al tema de sexualidad.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de un programa de educación para la salud para incrementar los conocimientos de los adultos mayores respecto al tema de sexualidad.

¿QUÉ SE PROPONE?: Se realizará una encuesta y un test para la valoración de los conocimientos de los adultos de la tercera edad sobre el tema de sexualidad.

¿COMÓ SE SELECCIONARÁN A LOS PARTICIPANTES?: Mediante la aplicación de un test que medirá su capacidad cognitiva.

CANTIDAD Y EDAD DE LOS PARTICIPANTES: Se seleccionarán una muestra de aproximadamente 25 participantes de entre 60 a 80 años de edad.

TIEMPO REQUERIDO: Alrededor de 1 hora a 1 hora 30 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El estudio no pretende riesgo alguno, así como tampoco beneficios al participante.

COMPENSACIÓN: No existirá compensación alguna, ya que la participación es de manera voluntaria.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos otorgados serán confidenciales, con fines académicos, respetando la privacidad del participante.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Dicha participación es enteramente voluntaria.

DERECHO A RETIRARSE: Los participantes se podrán retirar del estudio en el momento o tiempo que lo deseen y este no se les negará al hacerlo.

A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE PREGUNTAS: Contactar a la alumna: Rivera Pablo Mariana, o al jefe de la investigación el profesor, Jaime Camacho Ruiz, al correo: mariana.rivera.pablo_1714@hotmail.com

A QUIEN CONTACTAR CON LOS DERECHOS COMO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO: Contactar a la Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora: Rivera Pablo Mariana me ha explicado el estudio sobre “los límites de la sexualidad en los adultos mayores”. Y ha contestado mis preguntas de forma clara. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio y así mismo certifico que he recibido copia sobre el procedimiento del mismo.

Nombre y firma del participante.

Fecha.