

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Trabajo Final Integrador (TFI)

Título: “La sexualidad en las instituciones geriátricas.”

AUTOR:

Susana Arias

Tutor: Dr. Ramón Gutmann

Buenos Aires, Argentina. 16 de Mayo de 2014.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final Integrador (TFI), toma como eje central para su realización la experiencia vivida durante la práctica y habilitación profesional en un hogar geriátrico . Este hogar es una entidad sin fines de lucro, dedicada al cuidado de adultos mayores.

Su misión es brindar contención y atención integral a las personas allí institucionalizadas,

con el objetivo de mejorar su calidad de vida a través de múltiples actividades de estimulación físico-cognitiva, rehabilitación, talleres de cine, grupos de reflexión, gimnasia, terapia ocupacional y otras. Se destaca el carácter interdisciplinario del personal que lo compone.

Dentro de las problemáticas que intervienen en el campo de la institucionalización geriátrica, este trabajo focaliza la de la sexualidad, a partir de prolongadas entrevistas a un grupo de personas mayores (B 80 años, N 78 años, M 79 años, entre otros) con las cuales he interactuado durante un período de 4 meses.

El período final de la adultez, cual es la vejez, es probablemente el momento del ciclo vital más cargado de prejuicios, estereotipos y mitos. Sin embargo, la ancianidad es un concepto que varía según la perspectiva y ámbito cultural desde donde se la examine, ya sea biológico, psicológico o social. Si bien el proceso de envejecimiento se puede describir de manera general para gran parte de la población, el perfil individual de vejez se presenta con características singulares dependiendo de múltiples factores como la personalidad previa, el estilo de vida, el estado de salud y el contexto socio-cultural.

Con el presente trabajo se intenta describir la naturaleza de estos prejuicios como así también proponer una perspectiva crítica de las diferentes variables que la componen.

La

sexualidad, el erotismo y las relaciones de amistad y amor de la pareja, aparecen a lo largo de la vida y llegados sus etapas finales, el viejo continúa enfrentándose con ellas.

4

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

-Describir aspectos vinculados a la sexualidad en adultos mayores institucionalizados en el hogar geriátrico elegido.

Objetivos Específicos:

- Describir el actual comportamiento sexual de los adultos mayores institucionalizados en el hogar.
- Constatar las modificaciones eventuales en la sexualidad de las personas observadas.
- Describir la influencia religiosa-cultural judía previa en la sexualidad de los adultos mayores institucionalizados en el hogar.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. VEJEZ

3.1.1 Envejecimiento normal

Biológicamente el ser humano comienza a envejecer desde su nacimiento, a diferentes ritmos. La situación económico-social, el modus vivendi y el contexto cultural pueden acelerar o retrasar la evolución biofisiológica. Las diferentes teorías biológicas del envejecimiento coinciden todas en aceptar la pérdida progresiva de un estado óptimo de salud, que afecta la mayoría de las funciones fisiológicas, cognitivas, emocionales y de comportamiento (Lozano-Poveda, 2011). De este modo, no hay una única edad para nombrar la vejez sino que deben considerarse las múltiples variables que integran el desarrollo del curso de la vida.

Dichos factores potencian la presencia de estereotipos negativos que asumen el final de la

5

vida como un tiempo de deterioro, pérdida o enfermedad. Se pueden distinguir tres enfoques dentro de este debate: están los que defienden que el envejecimiento es enfermedad; por otro lado su contracara que concibe el envejecimiento y la enfermedad como procesos separados, y por último los que encierran el envejecimiento y la enfermedad dentro de un continuum (Birren & Schroots, 1995).

El proceso de envejecimiento es un concepto difícilmente definible o encasillable dentro de una única definición. Teniendo en cuenta que cada individuo trae un bagaje propio en

el transcurso de su vida, el momento para considerarse anciano varía no sólo en edad cronológica sino en estado global de funcionamiento. Una definición posible es considerar la vejez como el resultado de una sucesión de cambios irreversibles y desfavorables, que resulta en un declive de las funciones vitales que finaliza en la muerte

(S. De Beauvoir, 1970).

Se podría afirmar también, que la vejez es un proceso transhistórico y es por ello que no es posible pensarla únicamente en términos de evolución sino como un destino particular

y singular que para cada individuo le es propio. No es posible aislar el concepto del contexto socio-cultural e histórico, en este sentido, se afrontan variables que redefinen el

concepto de vejez y le agregan una variedad y gama de modificaciones y expresiones; por

esto, es posible enunciar que ha existido una vejez propia de cada tiempo y lugar (Álvarez, 1998).

En este sentido, Matusevich (1998) establece que cualquier definición de vejez que tenga

en cuenta únicamente los cambios a nivel corporal resulta arbitraria. Según su postura, la

vejez, como cualquier otra etapa de la vida también es una construcción social e histórica

y posee el significado que el modelo cultural vigente le otorgue a los procesos biológicos

que la caracterizan. Es fácil observar que el organismo del hombre presenta ciertas generalidades al llegar a la vejez, a esto lo acompañan consecuencias psicológicas particulares, donde ciertas conductas aparecen más marcadas o con mayor frecuencia.

Al

mismo tiempo, la relación que el anciano tiene con el tiempo, con el mundo, con su historia y consigo mismo se modifica. Se ponen a prueba su dimensión existencial, sus

6

posturas ideológicas y éticas; en este sentido, tampoco es posible excluir las condiciones impuestas por la sociedad a la cual pertenece, ni tampoco podrá dejar de estar atravesado

por la cultura en la que se encuentra inmerso (Álvarez, 1998).

La concepción de vejez también involucra la presencia de los ritos de pasaje, entendidos como los acontecimientos cambiantes en la vida de un individuo. En este caso, la

jubilación, es una de las transiciones que marcan un estado limítrofe entre el adulto y el anciano; desde esta dimensión, los estudios enfocan su atención en los patrones

culturales, formas de organización social, actitudes y valores que en el desarrollo

histórico se le atribuyen a la vejez como significados sociales. En ese contexto es posible

hablar de una edad social, que se deriva de las conductas establecidas por cada sociedad, de manera que al presentarse la edad como una categoría social, permite considerar la vejez como una construcción social (Lozano-Poveda, 2011).

Para S. De Beauvoir (1970), la vejez también es un resumen de atributos, conductas y conceptos cargados de un significado y un simbolismo específicos otorgados por la sociedad, de esta manera la naturaleza que la define es el fruto de una construcción social.

3.1.2 Envejecimiento exitoso

Desde las perspectivas biomédicas, el *envejecimiento exitoso* (*successful aging* en inglés)

se define en términos de la optimización de la esperanza de vida mientras se minimiza el

deterioro mental y físico y la discapacidad. Se centra en la ausencia de enfermedades crónicas y los riesgos hacia las mismas, la buena salud, los altos niveles de autonomía física, desempeño, movilidad y el buen funcionamiento cognitivo (Romo, et. al, 2013).

Rowe y Kahn (1998), fueron los primeros en hacer la distinción entre “envejecimiento usual” y “envejecimiento exitoso”. La primera se caracteriza por el declive normal de las

facultades físicas y sociales y el funcionamiento cognitivo, debido a factores externos como la edad; la segunda, se caracteriza por un mínimo detrimento de las funciones

7

fisiológicas y cognitivas, en donde los factores externos juegan un papel neutral o incluso

más positivo en algunos casos. A través de esta distinción, se confirman tres pilares principales para el envejecimiento exitoso: la ausencia de enfermedad y factores de riesgo, el mantenimiento de un buen funcionamiento físico-cognitivo y un alto compromiso de vida (que incluye la autonomía y las redes de apoyo).

A continuación en la Tabla 1, Bowling y Dieppe (2005), desde una perspectiva psicosocial, clasifican los componentes principales del envejecimiento exitoso en dos grupos: lo personal y lo ambiental.

Tabla 1. Componentes principales del envejecimiento exitoso.

Características personales Características ambientales

- Alta esperanza de vida
- Satisfacción con la vida y bienestar
(incluye felicidad)
- Buena salud física, mental y psicológica
- Buen funcionamiento cognitivo
- Recursos como: autonomía, control, adaptabilidad, afrontamiento, autoestima, optimismo, metas y sentido de vida.
- Sentido del humor
- Disfrute de la cotidianidad
- Sentido de pertenencia
- Espiritualidad
- Actividades en comunidad
- Integración social y participación
- Buenas redes sociales de apoyo
- Reconocimiento de logros personales
- Seguridad económica
- Productividad y contribución con la vida

Von Faber et. al (2001) consideran el envejecimiento exitoso como el proceso de adaptación exitosa a las limitaciones físicas, exitoso en cuanto a que le produce satisfacción a la persona implicada. Se pueden observar características como: un estado óptimo de funcionamiento general y un alto nivel de bienestar. Las personas

8

pertenecientes a dicho grupo presentan mínimas discapacidades, una actividad social regular, un buen rendimiento cognitivo y altos niveles de satisfacción con la vida.

3.1.2.1 Modelo del SOC: Selección, Optimización, Compensación.

Este modelo se sostiene sobre los procesos de adaptación satisfactorios en los cambios vitales. Clasifica tres estrategias o mecanismos de regulación que llevan a una persona hacia el envejecimiento exitoso: selección, optimización y compensación. Se pueden dar de manera activa o pasiva (Baltes, 1990).

- La selección apunta a focalizar la atención y la energía en metas específicas, desarrollando un nivel de compromiso con las mismas que aporta significado y sentido de vida (Freund & Baltes, 2000).

- La optimización implica identificar los medios o recursos necesarios para lograr dichas metas y ponerlos en práctica de manera efectiva.
- Por último, la compensación se da cuando surgen déficits de algunas facultades, para ello se deben suplir con nuevas y remanentes habilidades para mantener un óptimo nivel de funcionamiento. La suplencia se da en diferentes niveles como por ejemplo el motor (los caminadores, las muletas o las sillas de ruedas), se considera una ayuda externa que la persona necesita. De la misma manera que de otros dispositivos tecnológicos.

Está comprobado que las personas que hacen uso de las estrategias propuestas demuestran un mayor nivel de bienestar subjetivo ante la vida (Freund & Baltes, 2000).

3.1.3 Envejecimiento patológico

El envejecimiento patológico, también conocido como envejecimiento secundario, se caracteriza por los cambios producidos como consecuencia de patologías médicas graves,

dadas por enfermedades físicas o mentales que le impiden al individuo un desenvolvimiento autónomo en las actividades de la vida diaria.

Nussbaum y Copland (2008) entienden el envejecimiento patológico como el proceso de

9

envejecimiento donde se evidencia un deterioro físico o mental. Dentro de este modelo los individuos son altamente dependientes de los demás y requieren un gran nivel de asistencia para cumplir con las necesidades físicas, sociales y emocionales. La aparición de las patologías en la edad avanzada se puede deber a factores no intrínsecos al proceso de envejecimiento como: la disponibilidad de los tratamientos, la ubicación geográfica, la

falta de acceso a seguros de salud, la dieta, la escasez redes sociales de apoyo o la ausencia de actividad física. Otros factores que también pueden influir en el estado de salud y bienestar del anciano son el estado civil, el género, el nivel de educación y su adaptación al envejecimiento.

Existe una distinción entre las enfermedades asociadas a la tercera edad (pueden o no ocurrir) y las enfermedades cuyo riesgo principal de aparición es la edad avanzada (e.g. enfermedades cerebro y cardiovasculares, arterioesclerosis, cataratas.), sin embargo en el

intento de conceptualizar la relación entre vejez y enfermedad, nos encontramos

inevitablemente con imprecisiones que conducen a la siguiente pregunta: ¿será posible identificar el grado en el que los cambios no patológicos a nivel físico (e.g. la aparición de canas y arrugas) influyen en el nivel de vulnerabilidad que conduce a la enfermedad? Para ello sería necesario adentrarse en el campo de la epidemiología y especificar qué patrones de cambio son típicos, cuáles son atípicos o anormales y cuáles son los patológicos (Birren & Schroots, 1995).

3.1.3.1 Modelo ADL (Activities of Daily Living)

En 1959 el geriatra Dr. Sidney Katz en asociación con el Bejnamin Rose Hospital en Cleveland, Ohio lideran una exhaustiva investigación con los pacientes de la tercera edad

que padecen de enfermedades crónicas y requieren un proceso de rehabilitación. Nace el *índice de actividades de la vida cotidiana* (en inglés *index of activities of daily living: ADL*) como una medida estandarizada del nivel de funcionamiento en los pacientes con cuadros crónicos en las unidades de cuidados especiales.

Con el fin de restaurar el máximo nivel posible de independencia y autonomía funcional

de los pacientes en recuperación, se diseña una escala numérica para evaluar el nivel de independencia de los ancianos –el criterio para definir independencia se basa en el cumplimiento de actividades diarias (e.g. sacar la ropa del placard y vestirse sin supervisión, dirección o algún tipo de asistencia)–, estos datos proveen información específica como poder describir los cambios del paciente en el tiempo, evaluar la efectividad de tratamientos y formar a los distintos profesionales en los métodos de prevención, tratamiento y rehabilitación de cuadros crónicos.

Lawton y Brody (1969) expanden la escala agregándole actividades instrumentales de la vida cotidiana (en inglés Instrumental Activities of Daily Living) creando así una nueva versión de la escala: IADL, más compleja y crítica que la anterior. Los criterios cubren ocho esferas para las mujeres que incluyen: el uso del teléfono, hacer las compras, cocinar, tareas domésticas, lavar ropa, el uso del transporte público, la toma de sus medicamentos y la administración de su dinero. Los mismos criterios se aplican a los varones con excepción de las tareas domésticas, el lavado de ropa y el cocinar.

Juntas, la ADL y la IADL continúan siendo la base primaria para la evaluación de los niveles de funcionalidad y autonomía de las personas de la tercera edad en estado de internación por patologías crónicas. Sirve como guía para el diseño y adecuación de políticas públicas de salud, hoy en día resultante en los modelos de vivienda asistida

(Lawton & Brody, 1969; Katz et. al, 1970; Noelker & Browdie, 2014).

3.2 VEJEZ INSTITUCIONALIZADA

3.2.1 Las residencias geriátricas

En sus orígenes, los hogares de ancianos o residencias geriátricas surgen en Europa durante el siglo XVI, formados con el fin de albergar locos, vagabundos, desviados de la

ley y por último los viejos. Con esto es posible concluir que a través del tiempo este recurso ha sido utilizado por la sociedad para dar respuesta a los problemas que propone

la población envejeciente (Zolotow, 2011).

Desde una perspectiva histórica, los primeros centros de atención permanente para las personas de edad respondían a los modelos asilares, prestaban atenciones paliativas o de recogimiento a las personas de avanzada edad que por su salud se encontraban excluidas de la sociedad. Actualmente se han establecido estructuras de servicios comunitarios que,

a diferencia de la corriente asilar, tienen la voluntad de no generar desadaptación ni desarraigo; tratan de ofrecer al conjunto de la población un constante apoyo para permanecer o para reorganizar las relaciones con el medio social de procedencia.

Algunos de los motivos por los cuales se da el desprendimiento de los modelos asilares es

por razones sociodemográficas y de políticas asistenciales. Hay un incremento de la población mayor, hay una prolongación de los años de vida de esos grupos y por último se resalta el esfuerzo por retrasar cuanto sea posible el ingreso de estas personas a las residencias, ya que las mismas se llenan cada vez más de personas que requieren una atención terminal (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2000).

En la actualidad se lucha por generar un cambio en la perspectiva que se tiene acerca de las residencias geriátricas. Las nuevas propuestas plantean que no se deben utilizar estas instituciones como depósito, sino buscar la posibilidad de brindar procesos de rehabilitación, contención y mejora de la calidad de vida de los viejos dentro de los mismos, de manera que les permita comprender su nueva realidad (Salvarezza, 1992).

3.2.2 Tipos de institucionalización

Las residencias de mayores forman parte de una red más amplia de servicios comunitarios y se basan en el programa público de atención a las personas mayores.

Existen tres situaciones de institucionalización: la internación-institucionalización

domiciliara, donde la familia cuida del paciente, la institucionalización en hospitales agudos, donde ya sea en salas geriátricas o habitaciones comunes se atienden a los viejos

con crisis agudas, y por último las instituciones de larga estadía, que son los bien
12

conocidos hogares geriátricos, donde los pacientes se internan casi de por vida (Antonuccio, 1992).

Si bien se han propuesto diferentes formas de clasificación de las Residencias, según el tiempo de permanencia y la autonomía de los residentes, los objetivos y funciones, la organización, servicios o tamaño, existe una clasificación general consensuada por numerosos autores y por la IMSERSO (2000) que se desglosa en las siguientes tipologías:

3.2.3 Residencias de permanencia temporal

Dichos lugares ofrecen una recuperación funcional y psicosocial a los individuos con el fin de que vuelvan a la comunidad recuperados en un tiempo determinado y a un costo razonable, es de gran utilidad ya que es el recurso principal para evitar el internamiento permanente (IMSERSO, 2000).

Llamadas también residencias de estancia limitada, son espacio que ayudan a suplir temporalmente el hogar familiar de los individuos con autonomía para la ejecución de las actividades cotidianas. Disponen de servicios varios como área de comidas, de descanso y de tiempo libre, atención psicológica y social, como también actividades socioculturales (Treserra et al., 1993 citado en IMSERSO, 2000).

Sin embargo, está demostrado que las internaciones breves que tienen fines de rehabilitación muchas veces son la antesala de la internación definitiva, ya que, entre otras cosas se pierde la capacidad de habitar la propia casa y de desenvolverse en el mundo (Matusevich, 1998).

Este tipo de instituciones pueden variar dentro de la misma categoría según organización, servicios y tamaño. A continuación la segunda categoría general de residencias, que para objetivo del presente trabajo se desarrollará más ampliamente.

3.2.4 Residencias para residencia permanente

También conocidos como los centros de larga estada, estos lugares son concebidas como

13

centros gerontológicos de atención especializada integral a mayores con graves minusvalías; su principal característica es su cualidad de internación durante un tiempo indefinido. Contienen tres grupos de residentes: válidos, personas asistidas o mixtas.

Las residencias de válidos se conciben como hogares alternativos para personas que requieren pocas atenciones. El objetivo es ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a

personas que aún pueden valerse por sí solas. Prestan una atención geriátrica integral, con

las medidas médicas asistenciales y de rehabilitación necesarias para mantener o mejorar

el estado de salud, física y mental de los individuos que la habitan. Por otro lado, ofrecen

una buena calidad de vida, favoreciendo el bienestar físico, psicológico y relacional; también ofrecen disfrute (ocio, cultura, creación) y participación (política, sindical o incluso laboral).

Las residencias de personas asistidas son para los individuos que ya no son considerados

válidos, queriendo decir que ya no pueden valerse por sí solos y padecen de alguna minusvalía que requiere de atención especializada. El requisito para dicha internación son

las incapacidades físicas o psíquicas que presentan una problemática (social, familiar, económica, de vivienda, etc.) que les impide permanecer en su domicilio.

Concretamente,

algunos de los usuarios son:

- Ancianos incapacitados como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas
- Ancianos que, por inmovilidad prolongada se les imposibilita la locomoción
- Ancianos con alta senilidad, por lo general por encima de los 85 años
- Ancianos dependientes por causas psíquicas que no provoquen un trastorno grave de comportamiento.

Por último, las residencias mixtas se encuentran equipadas para ambos tipos de residentes. Algunas de las dificultades que plantean este tipo de instituciones son la

tensión para la integración de una población heterogénea (válidos y no válidos) que requiere diferentes tipos de atención y también en cuanto a costo de los servicios e infraestructura que se necesita para equipar el lugar.

14

En términos generales, las instituciones de larga estadía cuentan con profesionales de diferentes áreas (geriátrica, psicogerriátrica, paliativa, rehabilitación, etc.) que les aportan

al cumplimiento de sus objetivos (IMSERSO, 2000).

Según la IMSERSO (2000), las residencias geriátricas tienen definidas unas funciones (la

misión que se les asigna) y unos objetivos (lo que se quiere lograr), a continuación en la Tabla 1 el resumen general de los tipos de funciones y objetivos:

Tabla 1.

Tipos de funciones y objetivos de las residencias geriátricas.

FUNCIONES OBJETIVOS

Preventivas Mantener:

- La autonomía.
- Las capacidades, evitando o retrasando la aparición o el empeoramiento de trastornos y enfermedades funcionales.
- Los recursos y actividades sociales.

Rehabilitadoras Recuperar las capacidades alteradas (sociales, físicas, mentales).

Terapéuticas -Atender en la enfermedad

- Atender en la convalecencia.

Sustitutorias -Dar soporte, ayudar en las funciones alteradas o perdidas.

- Favorecer e impulsar las relaciones sociales.

15

Paliativas -Disminuir los dolores y los sufrimientos físicos y psíquicos.

3.2.5 La decisión de internar

Las principales causas detrás de la decisión de internación son enfermedades o afecciones

crónicas y discapacitantes, como también la falta de sostén económico, psicológico y social que les permita a los ancianos afrontar la cotidianeidad. Es un hecho bastante traumático en la vida de un anciano el pasar de su hábitat conocido, familiar y querido a un espacio ajeno, impersonal y poco íntimo, las implicancias sociales y psicológicas hacen que su proyecto de vida cambie por completo (Lew, 1992).

Matusevich (1998) establece que las causas de la institucionalización son muy variadas y diversas, se pueden definir en tres grandes grupos:

1) Causas físicas. son las que representan un 75% del total de las internaciones y merecen mención especial. Dentro de ellas se encuentra:

- Las consecuencias de los accidentes cerebro-vasculares
- Las discapacidades motoras (secuelas de fracturas, Parkinson, etc.)
- Los procesos con déficit cognitivo (demencias)
- Los trastornos sensoriales (visuales, auditivos)
- La diabetes

2) Causas psicológicas. Dentro de este grupo encontramos:

- Los temores a morir abandonados
- Los sentimientos de representar molestia para los demás
- Trastornos afectivos
- Trastornos psicóticos crónicos
- Neurosis y trastorno de personalidad

3) Causas sociales. Cabe indicar dentro de esta categoría:

- Los problemas de vivienda

16

- La falta de cobertura médica domiciliaria
- Abandono familiar
- Falta de seguridad social

3.3 SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

3.3.1 La sexualidad en un contexto

En la mayoría de los casos el sexo en la vejez es todavía negado, rechazado y/o prejuiciosamente aceptado. Deviene en una situación cargada de estereotipos que sabotea

o entorpece el ejercicio satisfactorio de la sexualidad. Interrogarse sobre la sexualidad de

los viejos es preguntarse en qué se convierte la relación del hombre consigo mismo, con los demás y con el mundo cuando la genitalidad y la sexualidad ya no es protagonista (Ferrero, 1998). Se convierte en un protagonista opacado.

Por otro lado, también sobresale la concepción de la sexualidad ligada en estrecha relación a la procreación, en los adultos y adultas mayores para quienes, en su época, la reproducción era el objetivo principal de la sexualidad y existía una falta de información y apropiada educación respecto de la misma (Garita Sánchez, 2004). Ferrero (1998) también se encuentra de acuerdo en durante siglos la sexualidad humana estuvo ligada a la función reproductiva. Este enfoque tan sesgado representa una represión del erotismo y

los sentimientos amorosos en la vejez y en etapas más tempranas de la vida.

Foucault (1999) reconoce la monogamia, la función exclusiva de la sexualidad para la reproducción y el placer sexual como algo a evitar porque devienen de una moral sexual de origen estoico que introdujo nuevos mecanismos de poder como el control de la intimidad y de la subjetividad a través de la producción de la culpa.

¿Qué sucede en el momento en que el cuerpo es la imagen sobre la cual se va a emitir un

juicio estético frente a su poder de seducción? Es precisamente en ese encuentro entre la mirada y el esquema corporal –esto último se traduce en los cambios que el tiempo va a

17
inscribir en la carne–, donde encontramos la modalidad mediante la cual se revela y se manifiesta la relación del individuo con la temporalidad (Ferrero, 1998).

Al respecto, Garita Sánchez (2004) deduce que se produce un borramiento masivo de la subjetividad y la intersubjetividad que son los ejes principales que construyen y componen la sexualidad en la historia social y personal. Así, se le resta importancia al proceso de construcción sexual en el envejecimiento, habiendo una negación de la construcción de significados. Desde lo subjetivo es cercenado sin importancia, constituyendo así una nulidad entre la diada envejecimiento-sexualidad, no sólo para los viejos mismos sino desde la mirada de otros y otras más jóvenes.

Centrarse en la expresión amplia de la sexualidad más que en el de la sola genitalidad permite descubrir la dimensión psicológica que subyace a las diferentes formas de su

funcionalidad, esto pasaría desapercibido para un observador que se centre únicamente en la genitalidad (Salvarezza, 1999). Si bien la noción de sexualidad implica la genitalidad no se reduce únicamente a ella, la sexualidad no solo denota las actividades y el placer derivado del aparato genital, sino que incluye toda una serie de excitaciones y dinámicas que existen desde la infancia y que no pueden reducirse a la satisfacción de una necesidad biológica, pues encuentra en el goce y el erotismo su expresión (Ferrero, 1998). Desde el psicoanálisis se reconoce que la sexualidad no debe ser entendida únicamente como función genital, ya que se corre el riesgo de reducir todo lo inherente a ella a lo biológico y lo mecánico, dejando por fuera los aspectos socioculturales, lo psíquico y lo específicamente erótico. Se excluiría, la posibilidad de comprender y examinar los intercambios y significados particulares e históricos, conscientes e inconscientes, que acompañan el encuentro íntimo entre dos personas. Se excluirían también, aspectos de la pareja supuestamente desexualizados presentes en diferentes contextos de la cotidianidad; acciones, actitudes, simbolismos y significados diversos, aspectos como el juego de palabras, la mirada, el diálogo, la experiencia concreta de compartir, el disfrute de la compañía de la pareja, tomar juntos una taza de café, son algunos de los ejemplos que dicha postura pretende excluir y que a pesar de eso forman parte de la sexualidad de una pareja. Es importante reconocer que la sexualidad es también el producto de la socialización y trasciende las relaciones coitales. Sí integra el placer físico e íntimo generales e incluye el erotismo, pero también le da cabida a un encuentro cotidiano entre dos personas (Garita Sánchez, 2004). En la vejez el concepto de sexualidad se basa esencialmente en una optimización de la calidad de la relación. Juega en ello el papel de la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades e intereses. Asimismo, los mitos o creencias populares que se tienen acerca de la tercera edad incluyen algunas ideas como que los viejos no experimentan deseo sexual, y si lo hacen

son considerados depravados, que la sexualidad o el erotismo no son necesarios en la vejez y que los viejos deberían mantenerse entre viejos porque han perdido su capacidad de actualización. Contradiendo dichas creencias, los adultos mayores sí tienen pensamientos y deseos sexuales hasta edades muy avanzadas, la falta de reconocimiento de este aspecto en ellos es una forma de maltrato (Murgieri, 2011). La tendencia a la desexualización de los viejos produce una alteración de la imagen que tienen de sí mismos y de la etapa de la vida que se encuentran viviendo. Los miembros más jóvenes de la familia consideran que el sexo y la intimidad son prescindibles –a veces motivo de burla o descalificación–, logrando así generarle ansiedad y temor al viejo al contradecir dichas creencias (Ferrero, 1998).

Desde esta lógica restrictiva, se tienden a considerar los cambios normales en la fisiología

sexual en el envejecimiento como la pérdida del deseo y la potencia en el hombre y del deseo y el placer en la mujer. En consecuencia, es comprensible que la mayoría de las personas que se encuentran finalizando la mediana edad o de hecho en la vejez, con el propósito de no convertirse en objeto de rechazo, retiro del afecto y el apropiado reconocimiento social y familiar –sumado a sus propias falsas creencias–, asuman el término de su propia vida sexual. Esto se refiere no sólo al término de la vigencia de la genitalidad, sino también en algunos casos, el rechazo al cariño o al contacto físico afectuoso en contextos públicos o privados, asumiendo que esa práctica es un signo vergonzoso de intimidad sexual y es propio de otras épocas y generaciones. De estas creencias se desprenden todos los mecanismos modernos que ayudan a mantener la potencia y la virilidad, como por ejemplo el “viagra” que asegura la erección y refuerza el

19

narcisismo. Sin embargo, no aportan un verdadero aprendizaje del placer compartido entre los cuerpos (Garita Sánchez, 2004).

Culturalmente se relacionó a la menopausia con el cese de la sexualidad femenina, ligando el concepto a la finalidad de procreación. En el varón, si bien la andropausia no es precisamente de índole hormonal como en la mujer, ni está tan en relación con la procreación, el ejercicio de la sexualidad también se desecha...por vejez (Ferrero, 1998).

Dichas teorizaciones focalizan su atención en el aspecto mecánico, racional y evolutivo

de la cuestión. Tratar la sexualidad en la vejez obliga a confrontar la homogeneidad entre sexualidad y genitalidad, a romper con los esquemas colectivos de cómo debería ser la sexualidad a nivel individual y colectivo y a integrar los demás aspectos que la componen pues sólo el “sobre saber” social y cultural no se acerca a un arte de hacer el amor (Garita Sánchez, 2004).

Foucault (1999) expone que:

En Occidente no tenemos un arte erótico. Dicho de otra forma no se aprende a hacer el amor, ni a darse placer, ni a producir placer en los demás; no aprendemos a maximizar, a intensificar nuestro propio placer a través del placer de los otros. Por el contrario, tenemos o intentamos tener, una ciencia sexual —scientia sexualis— sobre la sexualidad de la gente, pero no sobre su placer, que no aborda qué es lo que hay que hacer para que el placer sea lo más intenso posible (p. 133-134).

De manera que, un individuo cuyas funciones genitales han disminuido o desaparecido no es por ello asexual (Ferrero, 1998).

3.3.2 Cambios en la mujer

- El pico de interés sexual en la mujer se da entre los treinta y los cuarenta años, en muchos casos es posible que lo sostengan hasta los sesenta y cinco. De ahí en adelante puede que el nivel de interés sexual disminuya pero por factores relacionados al cambio de conducta masculina más que a factores intrínsecos.
- Contrariamente a lo que se cree, la menopausia no parece tener un efecto negativo

20
en el nivel de interés sexual, por el contrario, en algunos casos, las mujeres postmenopáusicas experimentan un aumento de la libido. Sin embargo, puede servir como una excusa para evitar el contacto sexual futuro, ya que muchas mujeres no se encuentran bien informadas acerca de los efectos reales de la menopausia.

- Los cambios a nivel corporal pueden influir en la apertura sexual de la mujer, las mamas caídas, la aparición de arrugas, la disminución de firmeza de los labios mayores, disminución del revestimiento de la pared vaginal, la dificultad de lubricación, entre otras.
- La fase excitatoria de la mujer parece no presentar cambios significativos con la

edad, la erección de los pezones permanece igual, si bien el clítoris tiene una modificación en tamaño únicamente requiere de un estímulo más directo. Durante la fase de la meseta, el único cambio que se registra es una disminución en la extensión de la vagina (que normalmente es de dos tercios).

- Las mujeres continúan siendo multiorgásmicas en la edad avanzada, sin embargo se da el orgasmo de manera menos explosiva y más acotada. Las mamas y el clítoris no presentan cambios ante el momento del clímax. Al existir una atrofia en los labios, se puede dar una pérdida de orina que puede hacer a la mujer más susceptible a la cistitis (también llamada “cistitis de luna de miel”). Las contracciones vaginales continúan presentándose de manera rítmica.
- El período refractario continúa presentándose de la misma manera durante la edad avanzada, con una única variación: los dos tercios superiores de la vagina se encogen más rápido debido a la pérdida de elasticidad (Mulligan, 1998).

3.3.3 Cambios en el hombre

Mulligan (1998) describe algunos de los cambios que se dan a nivel fisiológico en los varones adultos mayores:

- Una disminución de la libido. Los intentos para la relación sexual se hacen menos frecuentes y se aumenta la necesidad de las caricias. También se puede ver afectado el interés sexual debido a trastornos médicos (e.g. enfermedad coronaria)

21

o en respuesta a alguna droga (sea legal o ilegal). Al envejecer, el nivel de testosterona se hace menos disponible afectando así el interés sexual.

- Hay una mayor necesidad de obtener un estímulo directo, esto puede deberse a una pérdida de la sensación vibratoria del pene, además de enfermedades que afectan el rendimiento sexual como: la artritis, la hipertensión, enfermedades vasculares o diabetes.
- La rigidez del pene disminuye con los años, en muchos casos los varones de hasta 65 años pueden alcanzar una erección adecuada para el coito vaginal, sin embargo requieren de un estímulo más directo.
- La fuerza expulsiva del semen decrece, la eyaculación se da a gotas más que por chorro y el volumen seminal disminuye considerablemente.
- Se produce una declinación de la necesidad eyaculatoria urgente, de manera que el varón puede sostener un contacto coital más prolongado sin tener la necesidad del escape orgásmico.

- Por último, el período refractario se prolonga con los años, alcanzando en algunos casos hasta una semana.

Brigeiro (2002), describe un perfil que comúnmente puede presentarse en los varones seniles llamado *sacanagem* y su adjetivo correspondiente *sacana*. –es una categoría originaria del universo cultural brasileño que no cuenta con traducciones inmediatas a otros idiomas–. El término condensa varios significados, entre ellos define el estilo de sociabilidad adoptado por estos viejos; son extremadamente juguetones, hacen chistes constantes sobre sí mismos y sobre los demás. Los comportamientos *sacanas* pueden asumir un perfil indolente o irónico, así como también un alto contenido obsceno e indecoroso. Dentro de las connotaciones negativas, el verbo *sacanear*, también hay indicaciones de trampa, traición, injusticia y transgresión.

3.4. SEXUALIDAD EN LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

Es común que los diferentes profesionales en su trabajo con personas adultas mayores, 22

tiendan a omitir temas relacionados a la sexualidad, ya sea por falta de tiempo u “olvidos

involuntarios”. Estas situaciones, como también la propia resistencia por parte de las personas envejecientes, producen un abandono del estudio de la sexualidad en la vejez e impiden conjuntamente la construcción de políticas clarificadoras y de desmitificación (Salvarezza, 1999).

Dentro del ámbito geriátrico, algunos de los impedimentos para el ejercicio sexual son el

deterioro físico –más específicamente la percepción que tiene el viejo de su propio deterioro físico–, los prejuicios, la falta de oportunidad para encontrar pareja y algo fundamental que es la falta de intimidad dentro de las mismas. Normalmente el personal de las residencias geriátricas puede aceptar demostraciones de afecto como abrazos o besos, pero les cuesta concebir la masturbación, la genitalidad o el erotismo entre los residentes (Murgieri, 2011).

Algunas instituciones cuentan con espacios matrimoniales donde los residentes tienen la posibilidad de tener intimidad durante su estadía en la residencia.

Algunos de ellos han convivido o conviven con su pareja dentro de la institución, los viejos en sí están más cercanos a aceptarse como son que lo que el personal más joven puede llegar a serlo. A los profesionales se les dificulta en mayor medida el considerar el

cuerpo de un viejo como algo erótico. Iacub (2008) sostiene que los juicios acerca del cuerpo en la vejez son peores en la mujer que en el hombre, a quien se le incita a ejercer su sexualidad abiertamente.

3.5. SEXUALIDAD EN EL CONTEXTO RELIGIOSO Y CULTURAL JUDÍO

Uno de los mandamientos más antiguos de las escrituras judías es “ser fértil y multiplicarse” (Génesis 1:22), haciendo que el modelo deseable sea la familia, pues el mandato se encuentra ligado a la función reproductiva.

Dentro de las concepciones judaicas se encuentran tres categorías de prohibición al sexo:

23

La primera de ellas prohíbe las relaciones sexuales de parentesco (e.g. entre madre e hijo). La única contradicción que se presenta dentro de esta categoría es la Ley del Levirato, en donde una mujer viuda que no ha tenido hijos debe casarse con el hermano de su difunto marido.

La segunda categoría prohíbe las relaciones sexuales que vayan en contra de las leyes naturales (e.g. entre humanos y animales). Dicha prohibición toma en su carácter de anormal las relaciones lésbicas y homosexuales.

Por último, la tercera categoría de prohibición castiga las relaciones sexuales que se encuentren por fuera de la ley (e.g. la violación, el incesto, la cópula con la mujer impuramenstruante, el adulterio,). Este último es tal vez uno de los actos más severamente castigados por la tradición bíblica.

La antigua literatura hebrea plantea la actividad sexual como un hecho fundamental de la vida del ser humano. En el Talmud (libro de las enseñanzas), se argumenta que si una persona tiene la oportunidad de probar una nueva fruta y la rechaza, él o ella tendrá que rendirle cuentas a Dios, ya que al ser la fruta la representación del amor, el negarse a ella es demostrar una negación de Dios.

Los judíos reconocen la convivencia en pareja como una necesidad, y establecen que ambas partes deben proveerle placer y satisfacción sexual a su pareja con una actitud de respeto y consideración: “Abandonará el hombre a sus padres y se unirá a su mujer y serán una sola carne”. Estableciendo esto, la soltería no es un estado deseable para ningún

individuo: “Aquel que permanece soltero no goza de alegría, se encuentra sin bendición, ni bondad, ni protección, ni paz, ni Torah”.

Bajo esta misma línea, cualquier exceso es puesto en tela de juicio, ya que se busca encontrar un balance entre los extremos. Se dice que el hombre debe desarrollar un nivel

de autocontrol y dominar sus impulsos, pues un impulso sexual inmoderado o incontrolable puede destruir no sólo al propio individuo sino a la sociedad. El sexo, cuando es moderado, es considerado bello, positivo e incluso una esencia de la santidad. La práctica del buen sexo es considerada como un *mitzvah* (un mandato divino), más aún

24

si se practica el día sábado (o *shabat*) que es el más importante de la semana. Dentro del matrimonio, a la pareja no se le permite tener relaciones sexuales durante el período menstrual de la mujer, es considerado un ritual de impureza. Una vez cesa el período, la mujer es llevada a sumergirse en un baño ritual como signo de purificación.

El judaísmo se puede categorizar en tres grupos:

El judaísmo ortodoxo, en donde las enseñanzas divinas son llevadas a la práctica de una forma más tradicional. Se prohíbe la desnudez, la masturbación, la homosexualidad, el uso de métodos anti-conceptivos como el preservativo, tocar a las personas del sexo opuesto y a las mujeres en algunos casos se las obliga a cortar su cabellera que es signo de sensualidad, por lo tanto deben llevar una peluca que sólo verá removida el marido.

El judaísmo conservador, levanta algunas de las condiciones del judaísmo ortodoxo, aceptando la homosexualidad y el lesbianismo.

Por último, el judaísmo reformista se caracteriza por no solicitar el cumplimiento de las reglas tradicionalmente impuestas en el ámbito de la sexualidad. Aceptan la homosexualidad, los matrimonios mixtos (entre judíos y no judíos) y pueden eventualmente no llevar a cabo un ritual de divorcio religioso (Diamant & McAnulty, 1995; Tapia, 2010; Patai, 1996).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo. Diseño no experimental.

4.2 Participantes

El estudio se realizó sobre un grupo de adultos mayores internados en un hogar geriátrico

en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por otro lado se tomaron en

25

cuenta las perspectivas de los diferentes profesionales que trabajan dentro de la institución: una terapeuta ocupacional, tres psicólogas, una cuidadora y una jefe de enfermeras. Todas son mujeres, residen en CABA y se encuentran entre los 40 y 55 años.

Dentro de la población residente del hogar se seleccionaron un total de diez casos puntuales con el fin de ejemplificar las temáticas trabajadas. El grupo lo constituyen: tres

varones entre 85 y 90 años y siete mujeres entre 60 y 100 años. Dentro de estos diez casos algunos son pacientes con patologías como Enfermedad de Parkinson, Demencia Senil tipo Alzheimer, Trastorno del Estado del Ánimo, Ataques Cerebrovasculares y Diabetes. Todos cuentan con una estadía mínima de seis meses dentro de la institución.

4.3 Instrumentos

La recolección de datos se llevó a cabo con la ayuda de diferentes herramientas, entre ellas se encuentran:

-Registro de observación: observación de los residentes durante la circulación por la institución, en tiempo libre y tiempo de actividades, como también el recuento de charlas

surgidas de manera espontánea con algunos de ellos. A partir de esto, se decide realizar una grilla para completarla durante 30 días aproximadamente y así poder acceder a una anotación objetiva de la frecuencia de aparición de estas temáticas.

-Historias clínicas: Serán leídas aquellas historias clínicas recomendadas por las profesionales del servicio social, haciendo énfasis en datos como las fechas de ingreso, el

sexo del residente y las anécdotas relacionadas al tema de la sexualidad.

-Charlas abiertas con el personal profesional: charlas abiertas surgidas de forma espontánea en donde se encuentra presente el tema de la sexualidad dentro de la institución.

26

4.4 Procedimiento

Durante la circulación por la institución se llevó a cabo una observación detallada tanto de los residentes como del personal profesional en busca de la aparición del tema de la sexualidad. Se buscó tener charlas abiertas con los diferentes agentes, profesionales y

residentes y se llevó a cabo la realización de la grilla de observación en donde se registran comentarios, episodios vistos, opiniones y demás, durante un período de 30 días aproximadamente.

Por otro lado, se leyeron de manera detallada todas aquellas historias clínicas que fueron recomendadas por el equipo de servicio social, seleccionando únicamente aquellas en las que se revelan datos imperantes para la investigación.

De igual manera, durante toda la estadía en la institución se buscó la oportunidad de abrir espacios para tener charlas abiertas tanto con los residentes como con los profesionales.

5. DESARROLLO

5.1 Describir el actual comportamiento sexual de los adultos mayores institucionalizados en el hogar.

Durante la estadía en la institución fueron surgiendo manifestaciones de varios tipos a nivel de la sexualidad entre los residentes. Gracias a la grilla de observación que se diseñó, fue posible concluir que los espacios más propensos para la aparición de los comentarios y demás era el tiempo libre y de manera espontánea. Rara vez los residentes

comentaban o actuaban abiertamente su postura sexual durante los tiempos de actividad o

en compañía de los profesionales a cargo. La mayoría de ellos se encuentran sin sus parejas dentro de la institución, ya sea por fallecimiento de su cónyuge, por divorcio o por separación a causa de la internación. Sin embargo, los residentes refieren haber visto

algunas parejas o matrimonios que circulan por la institución y comparten momentos juntos.

27

Una pareja ejemplo de esto son I y J. Son un matrimonio que se constituyó antes de la internación y aún hoy continúan juntos. Ella habita el tercer piso, él el primero.

I se encuentra en silla de ruedas, no presenta deterioro cognitivo significativo; J por su lado cuenta con un alto nivel de autonomía, su movilidad es buena y se encuentra bastante lúcido. A pesar de no compartir la misma habitación y estar en pisos separados, en repetidas ocasiones se ve a J yendo a buscar a I al tercer piso y llevándola

hacia el hall central del primero. Casi todas las tardes, con raras excepciones, se les ve sentados juntos, el uno al lado del otro. Ella en sus silla de ruedas y él en un sofá, se toman de la mano mientras él lee un libro y ella recibe un poco de sol y mira hacia el patio. Al preguntarles acerca de su actividad en una ocasión, I responde: *“Nos gusta pasar tiempo juntos, yo lo acompaño mientras él lee y yo miro la gente pasar. Nos gusta sentir al otro mientras hacemos lo que queremos.”*

Otro caso son S y M. Ella se encuentra internada hace un año aproximadamente a causa de una enfermedad de Parkinson un tanto avanzada. Él continúa viviendo en la que era su casa con una de sus hijas (la menor). M visita a S en el hogar todos los días alrededor de las 7pm y la acompaña a cenar. Él lee el diario mientras ella le cuenta los fragmentos de pensamientos que le van surgiendo (cuenta con un discurso sumamente desorganizado y confuso). Después de la cena, M lleva a S a su habitación y la acompaña a dormir para luego retirarse.

Una de las anécdotas registradas en la grilla sucedió un día que S se mostraba bastante ansiosa y apurada por bajar a la peluquería, le pregunté si tenía cita y me dijo que para ella era sumamente importante que la peinaran. En un momento, una de las auxiliares de enfermería se acerca y le dice a modo de chiste: *“¿Te vas a poner linda para M?”* A lo que ella responde: *“Sí, no sé. Son mis quereres.”* Ese mismo día se los encontró en las horas de la tarde sentados en una mesa del jardín mientras él le acariciaba el pelo y le daba besos en la frente. Desde lejos era posible ver que le estaba haciendo comentarios bonitos ya que ella sonreía.

28

Una historia conmovedora de pareja es la de R y J. R sufrió un accidente de auto hace algunos años, a raíz de esto tuvo que someterse a una cirugía en la cual se le removió una porción significativa de su cerebro, dejándola con un hueco en el cráneo. El área del lenguaje y la memoria a corto plazo son las dos áreas que mayor impacto sufrieron, haciendo que sea lo más notorio en su comportamiento. Ella cuenta con un par de cuidadoras que la acompañan tiempo completo, una en la mañana y otra en la noche hasta que se duerme. J era su pareja en esa época y fue con él con quien estuvo en el

accidente (resultando él con lesiones menores). Con el paso de los años J estableció una relación de pareja con otra mujer, sin embargo, todos los días después de la cena visita a R en el hogar. Tienen un pequeño ritual que al parecer es muy significativo e íntimo para ellos que es tomar unos mates mientras ella toca el piano (aunque actualmente no pueda tocar ella sí recuerda que tocaba en años anteriores y juega con las teclas). J se sienta a escucharla y luego la sube a su habitación hasta que ella se duerme. Es simbólico destacar el hecho de que todas las tardes R pregunta a cualquier persona del personal: “¿Hoy mi papá? ¿Papá duerme?” (refiriéndose a J), lo que permite deducir que ella lo espera todos los días y tiene presente su pequeño ritual nocturno.

Esos son algunos de los ejemplos de las parejas que se encuentran en el hogar. A continuación los registros de diferentes manifestaciones sueltas de los individuos solteros dentro del hogar.

Dentro de los comentarios registrados se encuentra E diciendo: “*Que vengan hombres, no hay hombres...ya vendrán aunque yo soy una vieja podrida.*” Sucedió durante el tiempo libre mientras charlábamos tomando café en el bar y jugando dominó.

En este punto es pertinente retomar las preguntas planteadas por Ferrero (1998): ¿Qué sucede en el momento en que el cuerpo es la imagen sobre la cual se va a emitir un juicio

estético frente a su poder de seducción? Es precisamente en ese encuentro entre la mirada

y el esquema corporal –esto último se traduce en los cambios que el tiempo va a inscribir

en la carne–, donde encontramos la modalidad mediante la cual se revela y se manifiesta

29

la relación del individuo con la temporalidad. Interrogarse sobre la sexualidad de los viejos es preguntarse en qué se convierte la relación del hombre consigo mismo, con los demás y con el mundo cuando la genitalidad y la sexualidad se convierten en una protagonista opacada. Por otro lado, Iacub (2008) sostiene que los juicios acerca del cuerpo en la vejez son peores en la mujer que en el hombre, a quien se le incita a ejercer su sexualidad abiertamente.

Desde la perspectiva de los profesionales aparecen los comentarios hechos por la

terapeuta ocupacional, ella refiere: *“Claro que hay sexualidad dentro del hogar, hay un montón de casos y acontecimientos que se ven todos los días. Sólo que muchas de nosotras no lo hablamos. Pero muchas veces te los encontrás metiéndose a las habitaciones ajenas, buscándose...en el primer piso donde están los más lúcidos se ve de todo. Una vez nos encontramos a un residente practicándole sexo oral a otro durante la noche. Siendo heterosexuales te digo...pero se ve que el deseo que tienen es mucho... qué*

sé yo.” Durante la charla ella se mostró un poco tensa, sin embargo lo tomó como algo gracioso y contó las diferentes anécdotas entre risas.

Como plantea Murgieri (2011), normalmente el personal de las residencias geriátricas puede aceptar demostraciones de afecto como abrazos o besos, pero les cuesta concebir la masturbación, la genitalidad o el erotismo entre los residentes. Esto se vio reflejado no sólo en las palabras de la terapeuta cuando decía que “muchas de ellas no lo hablaban”, sino también en la actitud corporal de incomodidad que presentó ante la pregunta que se le hizo.

Una anécdota relatada por E (una residente) enmarca de manera nítida la tendencia a evadir las manifestaciones de la sexualidad dentro de la institución, como también a la homogeneización de todos los residentes: *“Vi a una compañera rascarse las zonas genitales. A mi me preguntó alguien del personal si eso era posible, porque no lo creían algunos. Sin embargo, lo que una enfermera me respondió es ‘muchos aquí se masturban’. Yo lo que comenté no era por el morbo de la situación, sino porque capaz, la señora se rascaba porque podía tener algún problema a nivel de salud y quería que la revisaran. No era chiste.”*

30

Es común que los diferentes profesionales en su trabajo con personas adultas mayores, tiendan a omitir temas relacionados a la sexualidad, ya sea por falta de tiempo u “olvidos involuntarios”. Estas situaciones, como también la propia resistencia por parte de las personas envejecientes, producen un abandono del estudio de la sexualidad en la vejez e impiden conjuntamente la construcción de políticas clarificadoras y de desmitificación

(Salvarezza, 1999).

Otro de los acontecimientos presenciados se dio entre B y R durante tiempo libre en la sala de actividades. Se armó una ronda de personas para ver una película justo

cuando se estaba terminando la hora de la merienda. B y R, ambos en silla de ruedas se encontraban uno al lado del otro. Ella es una paciente que sufrió de un Ataque Cerebrovascular y presenta un leve nivel de Demencia. Él por su lado tiene una Demencia avanzada; ambos se encuentran entre los 75 y los 83 años. En un momento R estira el brazo y comienza a acariciar a B hasta llegar a la zona del pañal, donde dejaría su mano por un largo rato. B hizo lo mismo, estiró su mano y la apoyó en la pierna de R bastante cerca de la zona genital. No era posible escuchar lo que R estaba diciéndole, sin embargo desde lejos se podía ver que le estaba haciendo comentarios al respecto. Ella parecía no inmutarse mucho. Una vez los profesionales tomaron conciencia de la situación, los separan disimulando ante el público lo que estaba

sucediendo. Acto seguido las enfermeras se reúnen en el desk y comienzan a reír.

Un tema que se habló en diferentes oportunidades con varios integrantes del personal fue

el hecho de que los espacios de la institución se encontraban sumamente controlados y expuestos, ya fuera por la circulación masiva de gente por los corredores, las cámaras de seguridad o la falta de privacidad en las habitaciones. Como refiere Murgieri (2011), dentro del ámbito geriátrico, algunos de los impedimentos para el ejercicio sexual son el deterioro físico –más específicamente la percepción que tiene el viejo de su propio deterioro físico–, los prejuicios, la falta de oportunidad para encontrar pareja y algo fundamental que es la falta de intimidad dentro de las mismas.

31

Primero, remarcando el punto del deterioro físico, un ejemplo que enmarca las percepciones no sólo de los viejos sino también del personal es una anécdota relatada por

Elena en donde le expone su punto de vista a una de las psicólogas del Servicio Social:

“Lo que yo opino, es que para el hogar somos todos insanos, y día a día tenemos que demostrar que no lo somos. No es un detalle, es mi experiencia. Lamentablemente sí

hay mucha gente que sufre de enfermedades y está con salud frágil, pero no es el caso de

todos. No nos podemos identificar todos con esa condición. En una ocasión, escuché a uno de los enfermeros decirle a otro 'no le des bola, está loca', estalló la furia que no tengo y las palabras que no he tenido por qué decir en mucho tiempo, me hirió profundamente. No tienen por qué pensar así." La psicóloga responde: "Este tema lo retomaremos, pero esta creencia o esta sensación de pensar que porque están en el hogar, porque están todos institucionalizados tienen insania, me parece que es un tema

para pensar. Está bien que lo sientan, cada uno de ustedes tiene el derecho a sentir el trato de manera diferente y me parece que es lógica la sensación de furia."

Segundo, abordando la esfera de la intimidad se ejemplifica con un comentario hecho por

A (una residente) respecto de esta temática: *"Difícilmente haya relaciones sexuales, las habitaciones son de 3 o 4 personas, las vigilan mucho y es complicado que un hombre entre. Aunque haya una sola persona, las noches no son del todo privadas, camina gente por los pasillos, enfermeras y vigilancia. Lo digo porque yo personalmente camino por las noches, pero no he visto nada."*

Durante un taller de reflexión acerca de la sexualidad, surge una serie de preguntas por parte de la psicóloga en donde también se ejemplifican estas problemáticas:

"L hizo

un comentario sobre algunas parejas, algunos matrimonios que están aquí y uno los ve, y

que a pesar de que estén en sectores distintos comparten momentos.

¿Es posible la sexualidad en todas sus manifestaciones? Más allá del amor, la sexualidad como genitalidad también, ¿es posible en una institución, en ésta institución?

¿Hay un lugar? ¿Hay intimidad? Esa sería la pregunta, ¿tenemos lugar para la intimidad? Intimidad para estar con otro, con uno mismo, ¿existe la intimidad acá?" A

lo que M responde: *"la verdad que no mucho. Si uno quiere estar solo en la*

32

habitación muchas veces golpean, o entran... Uno tiene que acomodarse a las reglas del

lugar, tenemos poco espacio cada una, así que sólo las usamos para dormir y nada más.

Salvo que sean lesbianas.”

Se presenta una analogía bastante interesante en medio de la charla, mientras se hablaba de las distintas manifestaciones de sexualidad –entre ellas la masturbación–, en donde la psicóloga repite en voz alta el comentario de una residente (L): *“Hay gente que no encuentra satisfacción por un lado y entonces lo busca por el lado de la autosatisfacción*

o el erotismo. Los presos tienen sus “visitas higiénicas”, se dicen en esos términos. Hay

un lugar destinado para aquellos que están privados de su libertad, que están presos porque cometieron algún delito, pero tienen un lugar específico, privado de intimidad donde pueden tener un encuentro sexual con quien deseen.”

Dentro de las historias clínicas recomendadas por las profesionales del servicio social es pertinente destacar la de J. Residente que presenta un leve deterioro cognitivo al ingreso en la institución, como también un grado avanzado de diabetes, razón por la cual

le fue amputado un miembro inferior. El servicio social reporta: *“Le propone matrimonio*

a otra residente. Agrede a hombres y acosa a las mujeres sexualmente. Se lo ha encontrado con el torso desnudo en el hall central de la institución. Enmarca sus conductas con poses seductoras, presenta pérdidas de conciencia seguidas, desconexión

del medio. Se muestra con una actitud irónica repetidamente.”

Un par de meses más

tarde se reportan de nuevo sucesos similares: *“Residente desinhibido sexualmente, muestra sus genitales durante un episodio en 1B. Rotación continua por los sectores gracias a la convivencia. Niega situaciones transgresoras. Entra en las habitaciones femeninas. Refiere de P (otra residente): Se me tira encima y me acaricia, ¿qué quiere?’”*

Es pertinente retomar los aportes de Brigeiro (2002), en donde describe un perfil que comúnmente puede presentarse en los varones seniles llamado *sacanagem* y su adjetivo correspondiente *sacana* –es una categoría originaria del universo cultural brasileño que no cuenta con traducciones inmediatas a otros idiomas–. El término condensa varios

significados, entre ellos define el estilo de sociabilidad adoptado por estos viejos; son extremadamente juguetones, hacen chistes constantes sobre sí mismos y sobre los demás.

Los comportamientos *sacanas* pueden asumir un perfil indolente o irónico, así como también un alto contenido obsceno e indecoroso. Dentro de las connotaciones negativas, en el verbo *sacanear*, también hay indicaciones de trampa, traición, injusticia y transgresión.

Estas son algunas de las manifestaciones que rodean la sexualidad dentro del hogar geriátrico. Sin embargo, en aras de conocer de manera más nítida el contexto general, se constatarán a continuación los cambios vividos por los residentes a nivel de la sexualidad a lo largo del tiempo, de manera que sea posible concebir un proceso.

5.2 Constatar las modificaciones eventuales en la sexualidad de las personas observadas

Se presentó la oportunidad de poder realizar una observación no participante durante una actividad del grupo de reflexión de los viernes. El tema propuesto por la psicóloga a cargo fue la sexualidad dentro de la institución.

En la generación mayor plantean que: *“Quizás uno podría plantearse que los tiempos son*

distintos. Los tiempos en el encuentro de una pareja, por ejemplo, la pasión de una pareja joven a lo mejor más acelerada por ahí se puede modificar en una pareja de adultos mayores, los tiempos y las maneras del encuentro pueden ser distintos.”

Garita Sánchez (2004) reconoce que para la tercera edad se excluye la posibilidad de comprender y examinar los intercambios y significados particulares e históricos, conscientes e inconscientes, que acompañan el encuentro íntimo entre dos personas mayores. Se excluyen también, aspectos de la pareja supuestamente desexualizados presentes en diferentes contextos de la cotidianeidad; acciones, actitudes, simbolismos y

significados diversos, aspectos como el juego de palabras, la mirada, el diálogo, la experiencia concreta de compartir, el disfrute de la compañía de la pareja, tomar juntos una taza de café, son algunos de los ejemplos que dicha postura pretende excluir y que a pesar de eso también forman parte de la sexualidad de una pareja mayor.

Una anécdota en la que es posible resaltar los postulados anteriores fue registrada durante

el tiempo del taller de cine. M, residente del primer piso con un alto nivel de lucidez, movilidad y demás, coqueteaba sutilmente con una visitante llamada A de unos 80 años aproximadamente. A raíz de la película Hannah Arendt, surge un debate entre los residentes que se extiende por un largo período de tiempo. Al finalizar la charla,

M se le acerca a A y la invita a cenar a través de la siguiente frase: *“Me sorprenden sus comentarios, estoy de acuerdo con ellos. Si usted gusta, quisiera invitarla a cenar en el comedor conmigo, pues no todos los días encuentra uno con quién conversar y que le despierte el interés. Me gustaría que continuáramos esta charla compartiendo más puntos de vista”*.

Después del episodio, fue posible hablar con M para preguntarle un poco más acerca de su relación con A en una charla abierta, a lo que responde: *“Es una mujer muy culta, yo disfruto las charlas con ella porque me estimula intelectualmente. También me hace repreguntarme muchas cosas y eso es bastante valioso. Yo considero que lo más importante a mi edad es tener con quién compartir una buena conversación.”* Seguido de

esta respuesta, se le pregunta cuáles considera que son los ingredientes importantes para un vínculo a su edad, a pesar del que mencionó anteriormente. A esto, M responde:

“Eso depende mucho de cada persona, sus intereses, sus necesidades y esas cosas. Aunque, creo que sí hay algunos ingredientes como llamas vos que aplican para muchos de nosotros que estamos aquí adentro...en un principio, pienso que se modifica de alguna manera lo que buscas en otra persona. Ya no estamos en edad de formar familia,

muchos de nosotros hemos enviudado y estás cada vez más solo con tus pensamientos porque los hijos ya tienen familias propias. En este punto se espera encontrar a alguien con quién compartir el paso de los años, alguien que te escuche y también te hable.

Una

35

persona que vos veas y te den ganas de hacerle preguntas, compartir un café e intercambiar recuerdos. A los ancianos nos gusta eso, recordar.”

Ferrero (1998) sostiene que la tendencia a la desexualización de los viejos produce una alteración de la imagen que tienen de si mismos y de la etapa de la vida que se encuentran

viviendo. Los miembros más jóvenes de la familia consideran que el sexo y la intimidad son prescindibles –a veces motivo de burla o descalificación–, logrando así generarle ansiedad y temor al viejo al contradecir dichas creencias. Siguiendo esa misma línea, Garita Sánchez (2004) respalda diciendo que en consecuencia, es comprensible que la mayoría de las personas que se encuentran finalizando la mediana edad o de hecho en la vejez, con el propósito de no convertirse en objeto de rechazo, retiro del afecto y el apropiado reconocimiento social y familiar –sumado a sus propias falsas creencias–, asuman el término de su propia vida sexual. Esto se refiere no sólo al término de la vigencia de la genitalidad, sino también en algunos casos, el rechazo al cariño o al contacto físico afectuoso en contextos públicos o privados, asumiendo que esa práctica es

un signo vergonzoso de intimidad sexual y es propio de otras épocas y generaciones.

Ejemplificando esta línea teórica, fue posible conocer el proceso de cambio y percepciones de una de las residentes; B comenta durante una pequeña charla abierta: *“Yo ya no tengo vida sexual. He estado en otras instituciones, Allá tampoco tenía. Yo he hecho el amor, pero cuando he estado*

enamorada, ahora no tengo pareja pero tampoco siento ganas de hacer el amor.”

Se le pregunta más adelante si le gustaría que hubiera un sector destinado para la intimidad, a lo que responde: *“Para nada. En este lugar miro a los hombres como si fueran enfermos, me dan asco la verdad. He hecho el amor con hombres normales y sanos. Yo también estoy acá, así que no debo ser normal o sana del todo. Si yo estuviera*

casada, me gustaría, que como en las cárceles hubiera un espacio donde podamos encontrarnos íntimamente, acariciarnos, besarnos y hablar de cosas que no queremos que otros se enteren. ¡Un momento de intimidad aquí es imposible con tanta gente!”

36

En un punto se le plantea la posibilidad de retomar su sexualidad, ella responde: *“No. El*

sexo se acabó para mi porque no me caliento por nada. Así vea una escena erótica, me llama la atención, capaz la critico, pero nada más.”

A pesar de las concepciones descubiertas en B, las cuales calzan adecuadamente

con los postulados anteriores, es importante resaltar también que, como defiende Ferrero

(1998), un individuo cuyas funciones genitales han disminuido o desaparecido no es por ello asexual.

Mulligan (1998) describe los procesos de cambio a nivel fisiológico tanto en hombres como en mujeres, lo que serviría para explicar desde dicha perspectiva el ejemplo del caso. Sostiene que el pico de interés sexual en la mujer se da entre los treinta y los cuarenta años, en muchos casos es posible que lo sostengan hasta los sesenta y cinco. De

ahí en adelante puede que el nivel de interés sexual disminuya pero por factores relacionados al cambio de conducta masculina más que a factores intrínsecos.

Dicho cambio es fácilmente detectable, ya que las mujeres se encuentran constantemente

evaluando el comportamiento del sexo opuesto en la institución. Dentro del discurso de B se encuentra un ejemplo: *“Qué hombre pelotudo M, no me gustaría coger con él.”* Otro ejemplo pertinente aparece en su comentario: *“En este lugar miro a los hombres como si fueran enfermos, me dan asco la verdad. He hecho el amor con hombres normales y sanos.”*

Se aclara, retomando los planteos de Murgieri (2011), que dentro del ámbito geriátrico, algunos de los impedimentos para el ejercicio sexual son el deterioro físico –más específicamente la percepción que tiene el viejo de su propio deterioro físico–, los prejuicios, la falta de oportunidad para encontrar pareja y algo fundamental que es la falta de intimidad dentro de las mismas.

Puntualizando en la autopercepción del viejo a nivel de deterioro físico, Mulligan (1998)

también se encuentra de acuerdo en que los cambios a nivel corporal pueden influir en la

apertura sexual de la mujer, (ej. las mamas caídas, la aparición de arrugas, la disminución

37

de firmeza de los labios mayores, disminución del revestimiento de la pared vaginal, la dificultad de lubricación, entre otras), dificultándoles el goce de su sexualidad a todo nivel.

En contraste, las ideas de Matusevich (1998) y Álvarez (1998), establecen que desde las concepciones de vejez, es necesario no tener en cuenta únicamente los cambios a nivel corporal, ya que resulta arbitrario. Según su postura, la vejez, como cualquier otra etapa de la vida también es una construcción social e histórica y posee el significado que el modelo cultural vigente le otorgue a los procesos biológicos que la caracterizan. Es fácil observar que el organismo del hombre presenta ciertas generalidades al llegar a la vejez, a esto lo acompañan consecuencias psicológicas particulares, donde ciertas conductas aparecen más marcadas o con mayor frecuencia. Al mismo tiempo, la relación que el anciano tiene con el tiempo, con el mundo, con su historia y consigo mismo se modifica.

Se ponen a prueba su dimensión, sus posturas ideológicas y éticas; en este sentido, tampoco es posible excluir las condiciones impuestas por la sociedad a la cual pertenece, ni tampoco podrá dejar de estar atravesado por la cultura en la que se encuentra inmerso.

A propósito de la cultura, más adelante se tomará en cuenta el contexto judío –de donde provienen y se desenvuelven los residentes del hogar– y su implicancia general en el tema de la sexualidad.

5.3 Describir la influencia religiosa-cultural judía previa en la sexualidad de los residentes del hogar.

Volviendo sobre la observación realizada en el grupo de reflexión donde se trata el tema de la sexualidad dentro de la institución, la charla llega al siguiente momento en donde la

psicóloga pregunta: “¿*Cuáles fueron los pesos culturales respecto de ese momento en donde uno fue criado?*”, a lo que B, una de las residentes responde: “*Nosotros tuvimos otro tipo de educación. Para nosotros lo normal es un hombre que busca a una mujer. La homosexualidad antes era tabú, hoy en día es común. Porque la juventud ha dado un vuelco inmenso.*”

38

Aquí se revela de manera bastante nítida lo que sostiene Garita Sánchez (2004) cuando dice que sobresale la concepción de la sexualidad ligada en estrecha relación a la procreación, en los adultos y adultas mayores para quienes, en su época, la reproducción era el objetivo principal de la sexualidad y existía una falta de información y apropiada educación respecto de la misma.

Las diferencias generacionales aparecen de nuevo en la respuesta que da la psicóloga a dicho comentario: *“Claro B, lo que no significa que en la generación de ustedes no haya homosexualidad. Antes, entre más generaciones arriba más tapaban, como decís vos, todo era tabú. En unos años el tema va a estar totalmente naturalizado, se va a dar por descartado que obviamente a cualquier edad y en la tercera edad también hay deseo, genitalidad incluso. Legalmente está aceptado el casamiento gay, lo cual no significa que la sociedad todavía tenga la cabeza del todo abierta como para aceptar. Yo creo que todavía nos falta y mucho. La otra vez escuchaba un informe muy interesante que se hizo en EE.UU donde filmaban a chicos entre 4 y 5 años preguntándoles sobre el matrimonio homosexual, ¡los chicos respondían con una naturalidad sorprendente! Esas son las próximas generaciones...”*

Elena, otra de las residentes responde: *“También tenemos que tener en cuenta que interviene la religión.”* Desde la teoría se sabe que uno de los mandamientos más antiguos de las escrituras judías es “ser fértil y multiplicarse” (Génesis 1:22), haciendo que el modelo deseable sea la familia, pues el mandato se encuentra ligado a la función reproductiva.

Respecto del tema, M (otro residente) aporta lo siguiente: *“Por otro lado, llegándose a un mundo muy desarrollado, pero muy desconocido inclusive para los judíos, existe en este momento un movimiento judío opositor en los Estados Unidos, es el movimiento de los reformistas que son mayoría en Estados Unidos; y que hay sinagogas –perdón ya iba a decir iglesias...a mi también me pasa–, de gente homosexual, lesbiana en Estados Unidos. Visité una de ellas y me llamó mucho la atención, –fue como 25 años atrás– Y la visitamos porque fue una curiosidad con el rabino Bronstein y su señora. Y lo que vimos fue una comunidad pujante, llena de alegría, llena de cosas curiosas, pero nos faltaba algo y entonces cuando salimos y después fuimos a cenar con el rabino Bronstein y su señora nos preguntamos qué nos faltaba, qué no había...y nos dimos cuenta que no habían hijos, no había familia. Vuelve*

al sentido muy clásico del judaísmo donde dice que una sinagoga sin niños es un 'estudio'.”

Siguiendo la línea teórica propuesta, al partir de la base que propone a la familia como el

modelo ideal se puede entender que los judíos reconocen la convivencia en pareja como una necesidad, y establecen que ambas partes deben proveerle placer y satisfacción sexual a su pareja con una actitud de respeto y consideración: “Abandonará el hombre a sus padres y se unirá a su mujer y serán una sola carne” (Génesis 2:24). Estableciendo esto, la soltería no es un estado deseable para ningún individuo: “Aquel que permanece soltero no goza de alegría, se encuentra sin bendición, ni bondad, ni protección, ni paz, ni

Torah” («Haktav vehakabalá», Génesis 1:4). Se cree que una vez un hombre contrae matrimonio con una mujer sus pecados se detienen, un hombre que no tenga esposa no es

considerado del todo hombre, en el sentido expuesto en las escrituras: “Él creó al masculino y al femenino, los bendijo y los llamó Adán, en referencia a su condición de humanos.” De esta manera, el hombre únicamente puede encontrar completitud al lado de

su mujer. Es un acto sagrado la concepción de un hijo dentro de un matrimonio, de allí se

desprende la creencia de que una mujer entre más fértil es más virtuosa (Patai, 1996; Tapia 2010).

Tratando por otro lado el tema de la homosexualidad, como mencionaba Marcos, existe una porción de judíos que sí toma en consideración las inclinaciones sexuales homosexuales. El judaísmo conservador, levanta algunas de las condiciones del judaísmo

ortodoxo, aceptando la homosexualidad y el lesbianismo; el judaísmo reformista se caracteriza por no solicitar el cumplimiento de las reglas tradicionalmente impuestas en el

ámbito de la sexualidad, aceptando así la homosexualidad (Patai, 1996).

Más adelante, M plantea: “*Hay un sistema que pocos de nosotros conoce que se llama tema de responsa, entre los rabinos ¿lo conocen?*”

Tengo que preguntarles si han

*trabajado al Talmud...para la religión judía, su texto permanece invariable pero se adapta a todas las épocas a través de lo que se llama *lisashim* o el comentari. El comentario se recoge a través de las épocas en un libro que se llama Talmud que tiene ciertos requisitos, tiene que cubrir varias épocas y por eso hay por lo menos cinco personas que responden a una pregunta para aclarar una situación en el idioma hebreo*

del texto de la Torá. Más adelante, se crea ya en la última era –prácticamente en los años 1900– con la finalización parcial o más popular del ordenador o computador, entonces se crea un sistema de responsa entre los rabinos donde se comunican entre sí en vez de hacerlo a través del Talmud. Cada uno responde a una página del computador

haciendo su respuesta a una pregunta con igualdad de condiciones y puede ejercer cualquier instante a la pregunta, por ejemplo esto de la sexualidad, en la comunidad judía [...] Tengo cierta inquietud, que quizás es filosófica, sobre un tema que hace que uno se olvide que detrás de un homosexual hay una persona. En el sistema de responsa entre los rabinos jóvenes, que es muy común, tengo la curiosidad de preguntarles ¿a qué

responsa contestaron? En el pie de página muchos dirán a la corriente francesa, inglesa,

(que son menos) o en Norteamérica a la corriente reformista –que muchos se van definiendo como re construccionistas– no explico el re construccionismo porque nos adentraríamos en un pajar que yo todavía no entiendo del todo bien, así que no puedo explicarlo. Pero hay una preocupación más allá del hecho en sí de reconocer que detrás

de una persona ya sea homosexual, masculino o femenino, hay una persona que existe.

La preocupación de corregir un detalle de su sexualidad, permítame ponerlo de manifiesto, es más importante ese detalle de su sexualidad, pero no por eso pierde importancia socorrer también a la persona que sufre. Así que, el judaísmo no solamente

es el judaísmo que hemos encasillado o integrado entre todos diciendo que hay una ortodoxia y de ahí no se puede escapar. No, los judíos también tenemos pensadores de avanzada, que están pensando más allá del aquí y el ahora. Los judíos también tenemos que pensar más en el detalle, en cómo se atiende a la persona en el aquí y en el ahora.”

La psicóloga aclara: “Lo que está diciendo M, es que el judaísmo –y esto es

interesante–, también tiene en el judaísmo religioso, rabinos que tienen pensamientos de avanzada porque están mirando, no catalogando, no rotulando, sino viendo que más allá

41

de la elección sexual, más allá de la elección de objeto amoroso hay una persona sufriende, una persona. Aquí viene la gran pregunta ¿qué es lo normal?”

M responde: *“La invito a pensar en positivo, hay gente que en vez de quedarse cómoda en su posición anterior y no quiere saber nada más, se preocupa de dos cosas: de que se corrija una injusticia y de darle un lugar a esa persona que sufre. Entonces por*

eso surge una sinagoga para gente homosexual o lesbiana que tiene un lugar a dónde ir

y tiene gente con quién compartir. ¿Qué importancia tiene 2000 años en la eternidad? Para eso alguien salió de su comodidad de pensamiento empírico y sale a la realidad para ayudar al otro que es parte del texto judío.”

J (otra residente) aporta lo siguiente: *“También existen las sinagogas gay friendly (para amigos gay), en donde la gente va a compartir con los de su comunidad.”*

Para cerrar el tema, M concluye: *“Pregúntense, ¿por qué elegimos un templo y no otro? Si yo cuando elegí la sinagoga para educar a mis hijos, elegí una sinagoga que fuera de mi gusto, en donde yo me sintiera cómodo porque ahí podía identificar a mis hijos y así pensaba que tendría una vida más feliz. También en su época, hubo personajes en la historia del judaísmo y de las otras religiones, que tuvieron que dar pasos por la humanidad y al principio ellos fueron los distintos y después lo fueron adquiriendo los otros, es una cuestión de apertura y de tiempo. Generalmente los líderes*

de un movimiento, de una línea de pensamiento, siempre fueron muy combatidos.

Estamos rompiendo una cultura establecida con muchos parámetros para demostrar y muchos a descubrir y hay que tener mucho valor para eso. No es sólo lo que se conoce generalmente para difundirlo que es una ortodoxia cerrada.”

En otro punto de la charla, al encontrarse hablando de la importancia que tiene la familia

para cada uno y de las múltiples maneras que existen para deshonrarla, J comenta:

“[...] permíteme que vuelva a ese mismo tema pero desde otro punto de partida. La

religión judía nunca trata la infidelidad como una traición sino como una indignidad.

El

enfoque de la religión judía sobre la fidelidad en el matrimonio está basada en la

42

santidad de la familia. Una relación que perturbe la relación de santidad es una indignidad más que una infidelidad.”

Patai (2010) expone la importancia que tiene dentro del sistema de valores judíos el honrar a la familia. Dentro de las escrituras se encuentra un mandamiento que dice:

“Tan

grande es el deber de honrar a padre y madre que Él, santísimo y bendito sea, lo considera más importante que honrarlo a Él mismo. Honra tu familia y hónralo a Él a través de tu materia”. Es de vital trascendencia mantener el respeto y la unión sagrada del

núcleo familiar dentro de dicha cultura, pues sólo dentro del núcleo encontrarán el camino hacia la realización personal y tendrán un acercamiento con lo divino.

CONCLUSIONES

Partiendo del objetivo general del presente trabajo, es posible afirmar que se ha logrado describir de manera amplia y satisfactoria los aspectos vinculados a la sexualidad en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico . En primer lugar, fue posible traspasar las barreras de los prejuicios, la vergüenza y el pudor no sólo por parte de los residentes sino también del personal profesional a cargo; logrando extraer una cantidad de material significativa en el tema de la sexualidad. La experiencia permitió conocer una de las esferas más propensas a ser eludidas y controvertidas, que sin

embargo juega rol significativo en la institución geriátrica por el grado de prejuicios subyacentes observados. Se ha debido redefinir la concepción de sexualidad que comúnmente se desplaza de la mano de otros conceptos, desdibujando así su verdadero significado. Si bien la noción de sexualidad implica y subsume la genitalidad ésta no se reduce únicamente a ella. La sexualidad no solo denota las actividades y el placer derivado de la genitalidad, sino que incluye toda una serie de factores como son todas las

manifestaciones de amor, comprensión, compañerismo, atenciones, escucha y apoyo y no

se reducen por ello al plano de la mera interacción genital. Al mismo tiempo, centrarse en

la expresión amplia de la sexualidad más que en el de la sola genitalidad permite descubrir la dimensión psicológica que subyace a las diferentes formas de su

43

funcionalidad, esto pasaría desapercibido para un observador que se centre únicamente en

la genitalidad. Por último, desde la psicología y otras disciplinas se reconoce sin dudar que la sexualidad está atravesada decididamente por significativas influencias del contexto sociocultural (Salvarezza, 1999).

Habiendo hecho estas aclaraciones, se profundizó un poco más en la descripción del actual comportamiento sexual de los adultos mayores que residen en Ledor Vador. Desde

esta perspectiva, las diferentes manifestaciones cobran sentido de la mano con la teoría, pues es fácil encontrar los nexos en donde se unen. Se pusieron de manifiesto los juicios íntimos que desde la perspectiva del propio anciano influyen en el momento de tener una

apertura sexual. Si bien el deseo inicial no se encuentra suprimido, es decir, los adultos mayores sí experimentan deseo e interés sexual al igual que cualquier individuo no institucionalizado, la diferencia radica en la manera como se encausa ese deseo, ese interés y las modalidades de resolución.

Desde el polo de la supresión, para algunos sirve de limitante el tiempo, la vejez propiamente dicha, el aspecto físico que tiene el cuerpo y los cambios en su funcionamiento. Fue posible confirmar una predominancia de este tipo de percepciones en la mujer más que en el varón, a través de comentarios en donde se planteaba la sensación de estar siendo juzgadas como insanas dentro de la lógica homogeneizadora del

personal, y terminando en la propia autopercepción de estar enfermas o no aptas para este

tipo de vivencias. El fantasma de la enfermedad y la insania se convierte en un estigma que no les permite concebir su propia sexualidad. Un factor supresor que también aplica para la población en general es la falta de intimidad y la ausencia de espacios destinados para ello dentro de la institución.

Por otro lado, desde el polo de la exteriorización, se identifican dos tipos de

manifestaciones sexuales: las resultantes de patologías graves (ej. Conductas desinhibidas

debido a una Demencia avanzada, perfiles sociópatas, etc.) y los que gozan de una sexualidad normal –entiéndase el término normal como la contracara de la enfermedad–.

Esta última categoría es minoría dentro de la institución, aún así cuenta con individuos 44

que plantean sus necesidades biológicas de manera firme, hablan de su sexualidad abiertamente y la conciben como algo que merece ser tratado con el mayor nivel de seriedad posible. Elena una de las residentes manifestaba que: *“la sexualidad nace con el*

ser humano y muere con el ser humano” y desde esta perspectiva, ellos desde su momento específico del ciclo vital, siguen planteándose preguntas, aportando material de análisis, adentrándose en aspectos que surgen día a día y que los llevan a cuestionarse a sí mismos.

Todo esto da cabida para identificar un proceso que puede pensarse de alguna manera lineal. Al constatar las modificaciones eventuales en la sexualidad de las personas entrevistadas, se percibe el detrimento a todo nivel que trae consigo la vejez y su influencia más puntual en la esfera sexual. Reconocen los viejos la opacidad que tiene la genitalidad en sus días, como también el aumento del erotismo entre otras manifestaciones sexuales posibles. Algunos exponen sus críticas al ambiente ya que consideran que la situación de aislamiento en su condición de institucionalizados afecta su deseo y su atracción sexual. Otra porción cae dentro de la negación absoluta de su sexualidad, ya sea por la autopercepción que tienen de su propio deterioro físico, por prejuicios, falsas creencias o también a causa de la depresión. Con este último punto es inevitable no rescatar la célebre frase que plantea que “todo tiempo pasado fue mejor”, ya

que se contempla cierta nostalgia en las palabras de algunos de los residentes cuando relatan las historias de su pasado y construyen puentes comparativos con su realidad actual. De ello podemos inferir que con ello significan “ya no soy el/la que fui”.

Desde la perspectiva socio-cultural, el contexto religioso-cultural judío y su influencia en

la sexualidad fue uno de los parámetros esenciales a tener en cuenta dentro de este trabajo. Desde numerosas disciplinas es sabido que el hombre es difícilmente abordable si no es dentro de su contexto social, pues a través de la cultura es que se constituye, se define y se desenvuelve. Como plantea Álvarez (1998), se podría afirmar que la vejez es un proceso transhistórico y es por ello que no es posible pensarla únicamente en términos

de evolución sino como un destino particular y singular que para cada individuo le es propio. No es posible aislar el concepto del contexto socio-cultural e histórico, en este sentido, se afrontan variables que redefinen el concepto de vejez y le agregan una

45
variedad y gama de modificaciones y expresiones; por esto, es posible enunciar que ha existido una vejez propia de cada tiempo y lugar.

Centrando el análisis en el contexto judío, surgen observaciones que permiten reconocer su gran influencia dentro de la población mencionada. La información recabada para dicho objetivo se dio mayormente durante la actividad de un grupo de reflexión, en donde

se tomó como eje central la sexualidad dentro de la institución. A raíz de este disparador quedó expuesta la orientación que la religión influye en cada uno de sus seguidores desde

su infancia. Al tratar temas como la homosexualidad, la infidelidad, la santidad de la familia y la importancia de compartir valores con los de su comunidad, se hizo posible conocer el camino que adoptan para llegar a las respuestas que les brindan satisfacción y perspectiva y es el de la religión judía y sus mandamientos. No existe resolución de ninguna clase, sin embargo lo que se rescata de la charla es el carácter tan definido que presenta la corriente judía en sus concepciones del amor, la pareja, la sexualidad y la familia. Con ello se logra sembrar en cada uno de ellos la importancia que tiene el honrar

a través de los actos cotidianos al núcleo familiar. El sistema de responsa mencionado anteriormente parece ser un método efectivo para dar respuestas y transmitir mensajes inspirados en lo religioso, que se reciben a modo de instrucciones en algunos casos y se llevan a su cumplimiento a través de la fe.

Como aporte crítico en relación a la práctica profesional cabe destacar el hecho de haberse encontrado con el deseo de construir más espacios en donde fuera posible poner al descubierto la temática de la sexualidad. Es notable el interés que pulsa no sólo en los

residentes sino también en el personal profesional, existen numerosas preguntas, interrogantes no resueltos, experiencias vividas y por sobre todo, prejuicios de ambos lados que obstaculizan la transmisión de significados. Por esto, se considera importante elaborar un canal de comunicación estable, abierto, que les genere confianza y apertura, de manera que las necesidades de las personas tratadas puedan suplirse al máximo nivel posible.

Las limitaciones con las que se ha enfrentado la realización del trabajo se pueden

46

encontrar desde la naturaleza empírica, se recalca lo obvio que es la dificultad que presenta el abordaje del tema dentro del ámbito geriátrico. En numerosas ocasiones la falta de acceso a los profesionales, la poca apertura o incluso su falta de conocimiento acerca de la sexualidad entre los residentes obstaculizó el ritmo de trabajo. También se destaca lo descrito anteriormente, en el polo de la supresión del deseo y el interés sexual de los viejos, se revelaron las limitaciones que ellos mismos atraviesan en el momento de

vivir su sexualidad. Por un lado se encuentran los juicios estéticos, la autopercepción que

tienen de su propio deterioro físico, el rotularse como insanos, los prejuicios, la vergüenza, la falta de acceso a la intimidad y la ausencia de espacios destinados para la misma dentro de la institución.

Para finalizar y en forma de aporte personal, la experiencia vivida deja un rastro de admiración y sorpresa, pues resulta muy rico presenciar lo que se estudia en la teoría y más en una temática tan sutil y compleja como es la sexualidad. Por lo que se pudo observar dentro de esta esfera en la tercera edad, es que una vez que se logra sobrepasar las barreras iniciales del tabú se revela una dimensión sumamente rica en su simbología. Si bien la genitalidad no es la protagonista en muchos casos, el erotismo se despierta de manera intensa y se puede lograr un goce más profundo a otros niveles, en donde se mezcla el bagaje de significados de toda una vida y se producen demostraciones más sutiles pero que abarcan mucho más de lo que aparentemente se manifiesta. Además, se pone a prueba la autopercepción del cuerpo y de sus atractivos como finalidad en una relación sexual, así como también la genitalidad como la única vía de alcanzar la satisfacción plena. Desde una perspectiva personal más espiritual si se quiere, es lo más cercano a la fusión de almas y el compenetrarse como pareja traspasando las barreras de la carne. Capta la atención el conocer los lenguajes que se van formando con los años

entre las generaciones, donde no sólo se comparten significados contemporáneos, sino que también las herramientas de expresión se moldean buscando una permanencia aún a pesar de las acotaciones que les exige la realidad.

47

Referencias Bibliográficas

- Antonuccio, O. (1992). Patologías más frecuentes en las instituciones y su manejo. En AGEBA (Asociación Gerontológica de Buenos Aires), *Cuadernos de Gerontología* (p. 35). Buenos Aires: AGEBA.
- Álvarez, M. P. (1998). El concepto de vejez. En G. A. Ferrero, *Envejecimiento y vejes nuevos aportes* (pg. 15-50). Buenos Aires: Atuel.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (comps.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Beauvoir, S. (1970). La vejez. Barcelona, España; Editorial DE BOLSILLO.
- Birren, J. E. & Schroots, J. F. (1995). History, Concepts, and Theory in the Psychology of Aging. En J. E. Birren & K. Warner, *Handbook of the Psychology of Aging* (p. 10-15) California: Academic Press.
- Brigeiro, M. (2002) Vejez y sexualidad masculina: ¿reír o llorar?. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea], 34 (1-2). Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534207#>> ISSN 0120-0534
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful aging and who should define it?. *British Medical Journal (BMJ)*, 331(7531), 1548–1551. doi: 10.1136/bmj.331.7531.1548
- Diamant, L. & McAnulty, R. D. (1995) The psychology of sexual orientation, behavior, and identity. EE.UU: Greenwood Press.
- Ferrero, G. A. (1998). La sexualidad en el envejecimiento. En G. A. Ferrero, *Envejecimiento y vejes nuevos aportes* (pg. 105-116). Buenos Aires: Atuel.
- Freund, A. M. & Baltes, P.B. (2000). The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of development regulation. En W.J. Perrig & A. Grob (comps.), *Control of human behavior, mental processes and consciousness* (pp. 35-58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Volumen III.*

Barcelona, España: Editorial Paidós.

48

Garita Sánchez, G. (2004) Envejecimiento y sexualidad. Alrededor de la historicidad de su vivencia y sus determinaciones psicosocioculturales. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)* [en línea], III: Disponible en:<<http://redalyc.org/articulo.oa?id=15310505>> ISSN 0482-5276

Iacub, R. (2008). Sobre la construcción de juicios en la erótica de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10): 170-183.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2000), Las personas mayores y las residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R.C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10, 20-30. doi: 10.1093/geront/10.1_Part_1.20

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and

instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9: 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179

Lew, N. (1992). La decisión de internar. En AGEBA (Asociación Gerontológica de Buenos Aires), *Cuadernos de Gerontología* (p. 6). Buenos Aires: AGEBA.

Lozano-Poveda, D. (2011) Concepción de vejez: entre la biología y la cultura Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [en línea], 13. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559006>> ISSN 0124-2059

Mulligan, T. (1998). Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. *Colombia Médica*, 29(4): 148-154.

Murgieri, M. (2011) Erótica, sexualidad y vejez en una institución geriátrica [Versión Electrónica], *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), p. 151-161.

Matusевич, D. (1998). Envejecimiento e institucionalización geriátrica. En G. A. Ferrero, Envejecimiento y vejes nuevos aportes (pg. 117-148). Buenos Aires: Atuel.

Nussbaum, J. F., & Copeland, J. (2008) Handbook of Communication and Aging Reaserch, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Noelker, L. S., & Browdie, R. (2014). Sidney Kratz, MD: A New Paradigm for Chronic Illness and Long-Term Care. *The Gerontologist*, 54(1): 13-20.

Romo, R. D., Wallhagen, M. I., Yourman, L. Yeung, C. C., Eng, C., Micco, G., Pérez49

- Stable, E. J., & Smith, A. K. (2013) Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *The Gerontologist*, 53(6): 939-949. doi: 10.1093/geront/gns160
- Rowe, J.W, & Kahn, R. (1999) *Successful Aging*, Nueva York: Pantheon Books.
- Salvarezza, L. (1992). Patologías más frecuentes en las instituciones y su manejo. En AGEBA (Asociación Gerontológica de Buenos Aires), *Cuadernos de Gerontología* (p. 43). Buenos Aires: AGEBA.
- Salvarezza, L. (1999) *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Tapia Adler, A. M. (2010). Una aproximación del tema de la vida sexual en la Torá (1). *Anales de la Universidad de Chile*, 0(8). doi:10.5354/0717-8883.1998.2035
- Patai, R. (1996). *The jewish mind*. Detroit, Michigan: Wayne State University Press.
- Von Faber, M. et. Al (2001). Successful Aging in the Oldest Old: who can be characterized as successfully aged?, *Arch Intern Med.*, 161(22), 2694-2700. doi: 10.1001/archinte.161.22.2694
- Zolotow, D. (2011). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Págs.: 88-92.