



**Universidad de Palermo**  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

*Sexualidad y Tercera Edad. Creencias de Estudiantes  
Universitarios*

Trabajo Final de Integración  
Para la Licenciatura en Psicología

Autor: Jimena Bugatto  
Tutora: Lic. Vanesa Góngora

**Fecha de Entrega: 17 de diciembre de 2009**

## Índice

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
1.1	Objetivos	3
1.1.1	Objetivo General	3
1.1.2	Objetivos Específicos	3
<b>2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
2.1	Transición Demográfica	4
2.1.1	Transición demográfica en América Latina	4
2.1.2	Transición demográfica en la Argentina	4
2.2	Conceptos Previos	5
2.2.1	Sexualidad Humana	5
2.2.1.1	Sexualidad más allá de los genitales	6
2.2.2	Recorriendo conceptos: desde la Vejez hasta los Adultos Mayores	6
2.2.2.1	Vejez	6
2.2.2.2	Anciano/anciana	6
2.2.2.3	Tercera Edad	7
2.2.2.4	Adultos Mayores o personas de edad	7
2.3	Construcción social de la ancianidad	7
2.3.1	Mirada social de la sexualidad en la adultez mayor	8
2.4	Representaciones Sociales	8
2.4.1	Estereotipos y Tabúes	9
2.4.1.1	Vejez vista como una enfermedad	9
2.4.1.2	Sexo = Reproducción	9
2.4.1.3	Negación del Erotismo: “ <i>El Monopolio de la Sexualidad</i> ”	10
2.5	Factores que influyen en la sexualidad del anciano	10
2.5.1	Factores Biológicos	11
2.5.1.1	La Andropausia y la Menopausia	11
2.5.1.2	Factores Biológicos en los Ancianos	13
2.5.1.3	Factores Biológicos en las Ancianas	15
2.5.2	Factores Sociales	16
2.5.3	Factores Psicológicos	16
2.5.3.1	Autopercepción del atractivo sexual	17
2.5.3.2	Deterioro de la relación matrimonial	17

2.5.3.3	Viudez y el acceso a una pareja	17
2.5.3.4	Dificultad para acceder la intimidad	18
2.5.3.5	Jubilación	18
2.5.3.6	Temor al desempeño	19
2.6	Disfunciones Sexuales en la Tercera Edad: Patologías Frecuentes	19
2.6.1	Enfermedades Físicas	19
2.6.2	Patologías Psíquicas	20
2.7	Comportamiento Sexual en los Ancianos	21
2.7.1	La Sexualidad en el Adulto Mayor: <i>Qué es lo que si pasa</i>	22
2.7.3	Actitudes Actuales	23
2.7.2	Evidencias Científicas	23
2.8	Papel de los Profesionales de la Salud	24
2.8.1	¿Enfermedad o Salud?	25
3.	MÉTODO	27
3.1	Tipo de Estudio	27
3.2	Muestra	27
3.3	Instrumento	27
3.4	Procedimiento	28
4.	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	30
4.1	Muestra y Desvío	30
4.1.1	Análisis Descriptivo	30
4.2	Análisis de las Creencias	32
4.2.1	Expectativa de Rol	32
4.2.2	Menopausia y Andropausia	32
4.3	Psicología & Medicina	34
4.3.1	Análisis de Resultados	34
4.4	Universidades Públicas y Privadas	36
4.4.1	Diferencia entre grupos	37
4.5	¿Cuestión de género?	41
4.5.1	Análisis de resultados	42
5.	DISCUSIÓN	43
6.	REFLEXIONES FINALES	48
7.	BIBLIOGRAFÍA	51
8.	ANEXO	54

## 1. INTRODUCCIÓN

La práctica y habilitación profesional fue realizada en una de las sedes de un Instituto de psicoterapia con orientación sistémica (en adelante I). El I es una institución de capacitación, investigación y atención a la comunidad orientada hacia los problemas de individuos, parejas, familias, organizaciones y redes sociales y comunitarias. Los componentes teóricos que rigen el funcionamiento de esta institución son la ecología social con elementos de la psicología social, la ciencia de la conducta, las ciencias cognitivas, la neurociencia, la perspectiva sistémica y comunicacional. La práctica realizada fue distribuida entre actividades de investigación y la asistencia a trabajo en equipo en cámara, en coterapia con terapeutas de la Institución, además de asistencia a entrevistas de Admisión. De igual modo el instituto brindó la posibilidad de asistencia a los cursos de formación y capacitación profesional.

En lo referido a las actividades como Auxiliar de Investigación, implicó la asistencia a reuniones junto al equipo de investigación. Asimismo se realizaron prácticas de revisión bibliográfica, lecturas, preparación de protocolos y preparación de papers científicos. En función a la temática a investigar en la práctica y habilitación profesional y el material teórico al que se tuvo acceso para poder llevar a cabo las actividades de investigación, complementado con el interés por ahondar en el área de la sexología es que surgió la elección del tema.

### 1.1. Objetivos

**1.1.1. Objetivo General:** Identificar cuales son las creencias de los jóvenes universitarios, de las carreras de Medicina y Psicología, respecto de la sexualidad en la tercer edad.

**1.1.2. Objetivos Específicos:**

- Describir las creencias sobre la sexualidad en la tercera edad de los jóvenes universitarios
- Evaluar si existen diferencias en las creencias de los estudiantes de medicina y los estudiantes de psicología.

- Evaluar si existen diferencias en las creencias sobre sexualidad en la tercera edad entre los estudiantes de universidades públicas y de universidades privadas.
- Comparar las creencias sobre la sexualidad en la tercera edad entre varones y mujeres.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Transición Demográfica**

A finales del siglo XX se ha observado un incremento significativo en la esperanza de vida. Hace 1000 años la esperanza de vida promediaba los 25 años, en 1900 la persona vivía, aproximadamente hasta los 35 años y desde entonces se ha duplicado (Sarmientos Brooks, 1999).

En términos absolutos, en el mundo, el número de personas de 65 años y más se habrá multiplicado aproximadamente por cuatro entre 1955 y 2025 y su proporción frente a la población total va a duplicarse (5,3% en 1955-10% en 2025) (Viego, 2003).

#### **2.1.1 Transición demográfica en América Latina**

El panorama demográfico de América Latina está transformándose, cambio que irá avanzando aún más aceleradamente en los próximos años. Este fenómeno se debe las grandes transformaciones económicas y sociales que han tenido lugar en la región en el último medio siglo. Un cambio significativo fue la esperanza de vida promedio al nacer, la misma aumentó aproximadamente 20 años, de 50 a 70. A su vez, la tasa global de fecundidad disminuyó a menos de la mitad, de alrededor de 6 hijos por mujer a menos de 3. Teniendo en cuenta el mismo período, el porcentaje de personas de 60 años y más ascendió de un 6% a un 8% (CEPAL, 2003).

#### **2.1.2 Transición demográfica en la Argentina**

Siendo que cada vez es más evidente que el promedio de edad de la población mundial va incrementándose, se está comenzando a hablar de un fenómeno conocido como “el encanecimiento de la población”, proceso que posee un impacto cada vez más significativo en todos los aspectos de la sociedad (González & Miyar, 2001).

En nuestro país el INDEC informa que para el período del 1990-1992 la esperanza de vida al nacer fue de 71,93 años, y para el período de 2000-2001 fue de 73,77. Se podría

estimar que la variación de la esperanza de vida al nacer en años, ubicándonos en el 2001 y comparado con la década anterior, es de 3,5%. Si se aplica dicho incremento a la década vigente (2011) la esperanza de vida estaría ubicada en 76,35 años (INDEC 2001). Al hablar de un aumento de la esperanza de vida, inevitablemente se estaría hablando de una expansión temporal de la vivencia de la sexualidad (Urquiza, Thumala, Arnold-Cathalifud, Ojeda & Vogel, 2008).

## 2.2 Conceptos Previos

### 2.2.1 Sexualidad Humana

La sexualidad, desde su sentido más amplio, es considerada como el conjunto de condiciones y estructuras (anatómicas), fisiológicas, conductuales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual. Abarcando los sentimientos, la conducta, la manera de expresarse y de relacionarse con los demás (González & Miyar, 2001).

En la actualidad, se considera que los problemas de la sexualidad humana van más allá, impactando en el bienestar y la salud de los individuos. Es así que se establece que la salud sexual es parte integral de la salud. La Organización Mundial de la Salud en 1975 instala el primer concepto de la misma, definiéndola como aquella que integra elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que permitan potenciar la personalidad, la comunicación y el amor. De esta manera la noción de salud sexual comienza a tener un criterio positivo respecto de la sexualidad humana (OMS, 1975).

Mace, Bennerman y Burton (op.cit; citados en OMS, 1975), describen tres elementos básicos de la sexualidad sana:

1. La capacidad para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla conforme a la ética personal y social.
2. El abandono de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que priven la reacción sexual o alteren las relaciones sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que obstaculicen la actividad sexual reproductiva (OMS, 1975).

De este modo al hablar de sexualidad se hará referencia a un sentido mucho más abarcativo de la palabra, considerándolo como diría Iacub (2006) un *arte erótico*. Erotismo,

está asociado al placer, refiere a un área más amplia de la sexualidad. Este incluye el deseo, el amor y las múltiples variaciones en las que éste se transmute (Iacub, 2006).

### **2.2.1.1 Sexualidad más allá de los genitales**

Existe una representación social que asocia al acto sexual con la penetración, el cual resulta reduccionista. La mayoría de las personas crecen pensando esto, descartando que el sexo comprenda otros aspectos. Para la persona es una forma más de comunicación, donde se incluyen miradas, besos, palabras, entre otras cosas. Generalmente en los estudios que se realizan la definición utilizada para referirse a la sexualidad siempre está asociada a la genitalidad. Sin embargo, la sexualidad es mucho más abarcativa, implicando otros factores, esto se debe a que el individuo participa y vivencia la sexualidad de forma completa y no fragmentada, ni mucho menos, sólo con determinadas zonas de su cuerpo como son los genitales (Leyva-Moral, 2008).

### **2.2.2 Recorriendo conceptos: desde la Vejez hasta los Adultos Mayores**

Los conceptos que se describen a continuación, fueron surgiendo en contextos diferentes. Es necesario contemplar que así como la esperanza de vida fue aumentando, las maneras de referirse a las personas mayores fueron evolucionando. Los parámetros y conocimientos sobre esta etapa vital fueron ampliándose. Como lo demuestran Carretero, Palacios y Marchesi (1991), a lo largo de la historia, autores fueron atribuyendo diferentes períodos de edades a esta etapa vital. Sin embargo, actualmente la edad que se atribuye a la adultez mayor, comenzaría a partir de los 60-65 años.

**2.2.2.1 Vejez**, es la cualidad de ser viejo. Este término se aplica a las personas que han vivido más tiempo que las demás (comparación al interior de una comunidad o grupo) (Iacub, Castro, Petrongolo & Tuchmann, 2009).

**2.1.2.2 Anciano/anciana** proviene del antiguo proverbio romance “anzi o antes”, data de la primera mitad del siglo XIII. Se destaca la relación del sujeto con el tiempo y en cierta medida con su grupo social ya que estuvo antes. El valor de lo antiguo refleja, a diferencia de lo viejo, que el tiempo enriquece (Iacub et al 2009).

**2.2.2.3 Tercera Edad** surge en los años '60, al poco tiempo de la instauración de la jubilación universal en Francia, muy cercana al desarrollo de la misma en nuestro país. En cuanto a las bases de su surgimiento, el concepto está íntimamente relacionado con la autonomización de este grupo social de su familia, permitiéndoles disfrutar de su tiempo libre desde un rol "pasivo". De este modo surge una nueva forma de ver esta etapa vital, desvinculándola al término de la vida (Iacub et al 2009).

**2.2.2.4 Adultos/as mayores o personas de edad** surge para designar a un sujeto con menos diferencias con el/la adulto/a más joven, aportando una nueva concepción vinculado a la autonomía, derechos, principios, logrando así, reivindicar un nuevo estatus dentro del contexto social actual (Iacub et al 2009).

### **2.3 Construcción social de la ancianidad:**

En la sociedad existe un sistema de expectativa de edad que tiene un carácter normativo, el cual funciona como un elemento básico en la dinámica y estructura social de la que forma parte el individuo. Dichas normas instauradas en la sociedad, cumplen una especie de doble función; plantean las pautas de comportamiento que son esperadas de los individuos, jugando un papel decisivo en la definición social del yo. El individuo no es únicamente un ser histórico que nace, se desarrolla y muere a lo largo de un período determinado de tiempo, sino que es, muy en especial, un ser social, un elemento activo de una estructura de roles y estatus (Carretero, 1991).

Es así que no van a ser la edad o el tiempo cronológico quienes actúen como determinantes en las actividades, siendo que el sujeto es social por naturaleza y se encuentra sujeto a ella, la época y la sociedad serán quienes tengan una influencia significativa en la vivencia de la misma (Carretero et al, 1991).

De este modo hablar de la vejez no se reduce únicamente a un proceso que ocurre solamente en el orden biológico, manifestándose por una disminución genérica del metabolismo, mas bien resulta importante no hacer a un lado la sociedad en la cual se desarrolla ya que el mismo es un proceso de carácter biopsicosocial (Viego, 2003)..

### **2.3.1 Mirada Social de la Sexualidad en la Adulthood Mayor:**

En un contexto donde la esperanza de vida aumenta cada vez más, surge un interrogante en torno a la imagen y expectativas sobre la sexualidad en la vejez, es decir la manera en que los adultos mayores perciben y vivencian su propia sexualidad a la vez de cómo las generaciones más jóvenes valoran y por sobre todo prefiguran su propia vejez (Urquiza et al, 2008).

## **2.4 Representaciones Sociales:**

Berger y Luckmann (2005) en su tesis fundamentan que la realidad se construye socialmente. Las Representaciones Sociales, actuarían como una vía para poder interpretar y pensar la realidad cotidiana, formando parte del conocimiento social. A su vez, intervienen en el proceso mental que realizan los individuos y grupos para forjar su posición ante situaciones que les conciernen. Las representaciones sociales dan forma, y conforman al conocimiento del sentido común, es decir el conocimiento socialmente elaborado y compartido (Jodelet, 1986) participando de la construcción social de la realidad (Berger & Luckmann, 2005).

Jodelet, (1986) define a las representaciones sociales como:

Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permite interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones son todo ello junto (p 472).

Las representaciones sociales, dan forma al pensamiento social, formando parte de la estructura del pensamiento práctico con el fin de comprender, dominar y comunicarse en el entorno social (Jodelet, 1986)

### **2.4.1 Estereotipos y Tabúes**

Vásquez-Bronfman, (2006) define a los estereotipos como juicios generales que se fundan en función de alguna experiencia personal o de lo que otros han dicho. Estos se repiten y transmiten como verdades, siendo generalizaciones simplistas. Afirmaciones en

determinados contextos o situaciones, tuvieron sentido y continúan siendo empleadas de manera rígida y repetitiva.

Por otro lado los tabúes son prohibiciones que adquieren las personas, sin tener consciencia de ello. Estos pueden ser adquiridos en el ámbito familiar. Del mismo modo, las normas y los valores de la cultura se encuentran fuertemente impregnado de tabúes (Vásquez-Bronfman, 2006).

#### **2.4.1.1 Vejez vista como una enfermedad**

Existe un mito que determina la concepción del anciano frente a su propia sexualidad, y es el creer que la ancianidad equivale a enfermedad, a falta de energía y por sobre todo deterioro sexual asociado a la pérdida de placer y deseo (Arol, Núñez, Hernández & Betancourt, 2005).

A partir del siglo XIX surge una lectura predominante sobre el proceso de envejecimiento, considerándolo como una triste letanía de enfermedades físicas y psíquicas (Iacub, 2001).

Dichos prejuicios que se encuentran insertos en la sociedad acompañados de desconocimiento, generan que muchos profesionales de la salud, el propio individuo y la familia eviten el tema de la sexualidad en el anciano, transformándose en un tabú, catalogando durante años a la sexualidad en los ancianos como una aberración (Arol et al, 2005).

No se descarta que el paso del tiempo implica un incremento de patologías, característicamente crónicas, sin embargo estos cambios físicos no tienen porque implicar una identificación del adulto mayor con la enfermedad, ni mucho menos a la pérdida de vitalidad (Iacub et al 2009).

La OMS declara que “el viejo sano” refiere a aquel individuo cuyo estado de salud no se lo asocia a la ausencia de un déficit, sino a la facultad de mantenimiento de las capacidades funcionales (Ysern, 1999) pudiendo enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación eficaz y de satisfacción personal (Iacub et al 2009).

#### **2.4.1.2 Sexo = Reproducción**

Existe la creencia de una íntima relación entre la finalización de la etapa reproductiva con el cese de la actividad sexual, consecuentemente serán los ancianos quienes se encuentren condicionados, al considerarse erróneamente, que solo es normal la actividad sexual durante la vida reproductiva (Viego, 2003). En palabras de Salvarezza (1999) esto

implica un gran riesgo, dado que termina convirtiéndose en una profecía autopredictiva la cual es internalizada por los propios adultos mayores.

Para los adultos mayores no implicaría ningún problema ser los portadores de los mitos, siempre y cuando estos no conlleven a conductas erradas o a inhibiciones difíciles de resolver. Tampoco tendrían que sostener problemas de tipo individual o de pareja (Kusnetzoff, 2001).

Weeks (1998, cit por Pérez, 2007) describe que la sexualidad persigue tres fines: reproducción, comunicación y placer. Pese a esto durante siglos se la sesgó, relacionándola únicamente con la reproducción (Pérez, 2007).

Según Iacub (2009) existe una demanda de respetabilidad hacia los adultos mayores, la cual exige que estos controlen sus deseos más que en otras edades. Es en las lecturas cristianas donde se encuentra fundamentalmente esta visión que asocia el sexo con la reproducción (Iacub et al 2009).

#### **2.4.1.3 Negación del Erotismo: “El Monopolio de la Sexualidad”** (Salvarezza, 1999 p.141)

A lo largo de la historia el discurso que prevaleció y el que más se hizo escuchar fue aquel cargado de reprobaciones hacia la sexualidad del anciano, afortunadamente, no siempre hubo una mirada descalificadora frente a la sexualidad en los adultos mayores. Los Judíos alabaron el erotismo en la vejez, consideraban que el goce sexual era para toda la vida (Iacub et al 2009). Pese a esto la mirada que principalmente persistió a lo largo de la historia fue la greco-romana, la cual correspondería a los orígenes de la posición occidental frente a este tema.

Para esta cultura, el erotismo en la vejez estaba compuesto por la vergüenza, la fealdad, idea de pérdida, la envidia, la venganza y principalmente por la asociación del erotismo a la muerte (Iacub, 2004). La juventud era considerada como plenitud, en tanto la decadencia quedaba asociada a la ancianidad. Esta última tomaba el significado de alteración, debilitamiento, fealdad y degradación, e inevitablemente subseguida por la muerte. En cambio la juventud estaba ligada al esplendor, el brillo, la gracia y la belleza, mientras que la ancianidad se relacionaba con lo terrible, lo feo y lo decrepito (Iacub, 2006).

## **2.5 Factores que influyen en la sexualidad del anciano**

Barberá (2000) identifica tres componentes básicos correspondientes a la sexualidad, que deberán ser tenidos en cuenta al momento de abordar dicha temática; estos son: el biológico del individuo que anatomofisiológicamente lo representará toda su vida; el

psicológico, el cual surge gracias al proceso de interpretación del yo; finalmente el social y familiar. Entre los tres existe una relación recíproca, interactuando e influenciándose a lo largo de las diversas etapas del ciclo vital humano (Pérez, 2007). Es por ello que cuando se hable de sexualidad la misma va a estar intervenida por una combinación compleja de diversos factores que albergarán a la salud física, los tabúes sociales, estado conyugal, el conocimiento sobre la sexualidad, autoestima y actitudes hacia la sexualidad (Trudel, 2000, cit por Natividad, 2006)

### **2.5.1 Factores Biológicos**

Es sabido que con el paso del tiempo, el mismo está acompañado de una mayor fragilidad orgánica, así como también a un aumento de la vulnerabilidad frente a las enfermedades (Herrera, 2003). El proceso de envejecimiento está acompañado de muchos temores y por sobre todo desconocimiento. Herrera (2003) expresa que cuando el anciano padece alguna enfermedad crónica, pese a que ésta no afecte directamente la capacidad sexual, son el miedo y la actitud negativa ante los problemas de la edad los que limitan más la actividad sexual de ambos miembros de la pareja.

A continuación se expondrán una serie de cambios físicos que ocurren con el paso del tiempo, dichos cambios inevitablemente ocurren a todas las personas una vez que llega a la ancianidad. Sin embargo, resulta necesario resaltar que las disfunciones sexuales observadas en la senectud se deben más bien a causas psicológicas y a prejuicios sociales que a una causa orgánica, es así que la sexualidad en la tercera edad, en las generalidades, depende menos de lo orgánico que de lo social siendo que ambos sexos logran conservar su capacidad sexual hasta edades muy avanzadas (Pérez, 2007).

#### **2.5.1.1 La Andropausia y la Menopausia**

Siempre se escuchó hablar de la Menopausia femenina, los cambios fisiológicos que van sucediendo en las mujeres y como consecuentemente repercute en el estado emocional de las mismas. A lo largo del tiempo se empezó a escuchar sobre el climaterio masculino o Andropausia. Generándose, en torno a ella varios mitos, tabúes, o conceptos erróneos que se escapan de la realidad de lo que es la Andropausia en el hombre.

En el caso del sexo masculino la andropausia no es consecuencia de cambios fisiológicos, más bien comienzan siendo psicológicos, emocionales repercutiendo en el desempeño sexual y por sobretodo teniendo consecuencias orgánicas. Resulta necesario

realizar esta salvedad dado que esta es una gran diferencia existente entre el hombre y la mujer.

La Andropausia, literalmente significa “fin del hombre”. Como se puede apreciar ya de por sí la terminología posee un valor peyorativo, sin embargo la vivencia de la misma no tendría porque vivenciarse con tal intensidad. La andropausia implica una serie de fenómenos de índole psicológico y social, y en ocasiones fisiológicos, por las que transita el sexo masculino alrededor –o después- de los 45-50 años de edad (Kusnetzoff, 2001).

En ningún momento se niega el hecho de que con los años las células, los tejidos y los órganos van modificándose a medida de que va avanzando la edad, sin embargo el sentirse envejecido es un proceso nítidamente humano, muy cambiante en forma e intensidad según la cultura (Kusnetzoff, 2001).

Kusnetzoff (2001) resalta que la andropausia no es una etapa que implique decadencia o secesión de la masculinidad. Por el contrario constituye una crisis común del desarrollo, que se da en el varón de entre 40 y 60 años de edad.

Si bien para la mujer la Menopausia es principalmente un cambio fisiológico, en el varón es un hecho puramente psicosocial, muy influido por las pautas culturales, y que consigue tener importantes repercusiones en el plano físico, pero secundariamente (Kusnetzoff, 2001).

Las dificultades eréctiles, en los hombres, existen a cualquier edad. En esta etapa lo que comienza a generarse es una atribución a la edad creyendo firmemente que “ya todo terminó”. Y

“[...] lo más probable es que termine. Y no porque la naturaleza así lo indique, sino porque las expectativas, las ideas cargadas de emocionalidad negativa, los pensamientos fatalísticos, pueden ser tanto o más dañinos que la arteriosclerosis. O mejor dicho: es probable que sean la arteriosclerosis” (Kusnetzoff, 2001 p. 20).

Para mayor entendimiento de las diferencias existentes entre la menopausia y la Andropausia, a continuación se presenta un cuadro de doble entrada:

**RESÚMEN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA**

<b>PARÁMETROS</b>	<b>MENOPAUSIA</b>	<b>ANDROPAUSIA</b>
<b>EDAD</b>	Alrededor de los 50 años	Alrededor de los 50 años
<b>HORMONAS</b>	Caen abruptamente, en particular, los estrógenos.	No caen, o caen en cantidades significativas
<b>DESEO SEXUAL</b>	Se mantiene, y en muchos casos se acrecienta, salvo que se tenga la fuerte convicción de que “ya no vuelve más”	Se mantiene, salvo que se tenga la fuerte convicción de que “ya se está terminando”, o que “me llegó la vejez”.
<b>FUNCIÓN REPRODUCTIVA</b>	Cesa de manera total. Cae casi abruptamente la producción de óvulos por parte del ovario.	No cesa, continúa. La producción de espermatozoides (espermatogénesis) se mantiene.
<b>ASPECTO ÓRGANOS GENITO-SEXUALES</b>	Sufren modificaciones, acompañando el estado general del cuerpo.	Prácticamente, no se modifican ni en tamaño, ni en forma o coloración.
<b>PROBLEMAS SEXUALES</b>	Pueden tener y de todo tipo, pero <b>no</b> exactamente dependientes de esta edad.	Pueden tener y de todo tipo. Son dependientes del <b>pensamiento</b> “de que todo terminó” o “esto me sucede por ya estar viejo”.
<b>MITOS MÁS COMUNES</b>	“Ya no voy a tener más éxito como mujer”. “La capacidad de gozar sexualmente se terminó para siempre”.	“ya estoy viejo y acabado”. “Mi capacidad eréctil nunca va a ser como antes”. “Ninguna mujer va a querer estar al lado mío”.
<b>¿FÍSICO O PSICOLÓGICO?</b>	La menopausia es un hecho predominantemente físico, con consecuencias psicológicas.	La andropausia es un fenómeno netamente psicosocial, que <i>secundariamente</i> , tiene consecuencias en el plano físico.

Cuadro 1: Diferencias entre Menopausia y Andropausia (Kusnetzoff , 2001, p 22)

**2.5.1.2 Factores Biológicos en los ancianos**

En los hombres los cambios físicos que se van dando van a ser: cansancio, falta de apetito, disminución del deseo sexual, menoscabo o pérdida de potencia, irritabilidad y dificultad de concentración. Dichas alteraciones son consecuencias de la baja producción de testosterona en el cuerpo. Pese a que se da una disminución de la libido, existe la posibilidad de que las relaciones sexuales no mermen, pudiéndose resolver o aminorarse dicha alteración mediante inyecciones de esta sustancia (Sarmientos Brooks, 1999).

Cambios fisiológicos que se dan en la respuesta sexual del hombre:

- Para lograr la erección del pene necesitan más tiempo y más estimulación directa.
- En el conjunto las erecciones son menos firmes que cuando eran más jóvenes.
- Se da una disminución del músculo cremaster con una disminución de la elevación testicular, siendo la etapa de la meseta más larga que en los varones jóvenes.
- El orgasmo se caracteriza por una reducción de la cantidad de semen y disminuye la cantidad de eyaculación, observándose generalmente una menor necesidad física de eyacular.
- Se prolonga el período refractario, es decir, el espacio de tiempo posterior a la eyaculación en que el hombre es incapaz de lograr una nueva erección y emisión del semen. A su vez se da una pérdida más rápida del volumen peneano (Sarmientos Brooks, 1999; Herrera, 2003; Kaplan & Sadock, 2000).

Lamentablemente, como plantea Herrera (2003) frente a cualquier indicio de impotencia en el adulto mayor provoca gran preocupación, frecuentemente esta alteración se asociada al envejecimiento, insertándose el pensamiento impotencia=vejez. En la mayoría de las ocasiones, esto sucede como consecuencia de la desinformación respecto a los cambios que ocurren con el paso del tiempo en el organismo humano.

Generalmente, cuando los varones presentan los síntomas anteriormente expuestos, surge una inquietud y pensamientos de que están enfermos. Paralelamente o no, la esposa podría llegar a sentirse alarmada. Esto actuaría como un agravante, dado que si bien muchos hombres de edad gozan del sexo, pese a que no siempre eyaculen, si la compañera desconoce como es que se da el proceso fisiológico que subyace, emergen pensamientos descalificadores hacia ellas tales como que carecen de atractivos o que no son suficientemente competentes como amantes (Sarmientos Brooks, 1999) repercutiendo en el modo en que la pareja vivencia de la sexualidad.

### **2.5.1.3 Factores Biológicos en las ancianas**

Para la mujer los cambios que ocurren transcurren en un lapso de tiempo, dándose de a poco, por períodos. Los años en que se presenta la menopausia se caracterizan por ser una

etapa de la vida asociada a muchos cambios repercutiendo en diversos niveles como el fisiológico, el psicológico, el ginecológico, así como también el sexual y social. Cada uno de ellos entraña alteraciones que contribuyen a provocar cambios y modificaciones de la sexualidad femenina (González & Miyar, 2001).

Lamentablemente, en la sociedad existe un pensamiento ponderante que descarta la idea de que las mujeres de edad mediana y por sobre todo de edad avanzada, continúen teniendo sentimientos, necesidades, sensaciones y relaciones de tipo sexual, afortunadamente sólo son mitos y estereotipos culturales (González & Miyar, 2001), la mujer anciana puede seguir dando y recibiendo placer sexual durante toda su vida (Natividad, 2006).

Lo importante es como enfrenta la mujer esta etapa, ya que para varias mujeres su actitud hacia envejecer y hacia la sexualidad inevitablemente afecta su respuesta sexual (Natividad, 2006).

Cambios fisiológicos que se da en la respuesta sexual de la mujer:

- La fase de expansión y lubricación de la vagina está más alargada.
- La elevación del útero está reducida; la duración y la intensidad a la estimulación sexual para lograr un orgasmo se ve acrecentada.
- Existen contracciones musculares para poder alcanzar el orgasmo, pero disminuyen en número e intensidad, existiendo la posibilidad de que las contracciones se acompañen de dolores.
- A su vez se ve reducida la capacidad de multiorgasmos (Herrera, 2003; Kaplan & Sadock, 2000)

Así mismo se suman las dificultades en el ámbito psicológico que se manifiestan en el miedo a ser menos atractiva, el aumento de peso, la flacidez de las mamas, así como también la pérdida de cabello y los cambios en la piel. Todos estos le recuerdan a la mujer que está envejeciendo, al mismo tiempo no hay que descartar que ella se encuentra inserta en una sociedad donde la juventud y la belleza son estimadas más que la madurez, principalmente en las mujeres (Natividad, 2006).

### **2.5.2 Factores Sociales**

En la sociedad se encuentran instauradas pautas culturales que dan sustento y vuelven cada vez más rígidos los prejuicios sociales. Existen actitudes sociales y familiares ante la

vida sexual del anciano que actúan como censura, acompañadas de reproches. A ellas se asocian el temor, las risas o los chistes y tabúes, dando lugar a que la desinformación en la temática de la edad geriátrica vaya cada vez más en aumento. Del mismo modo estas creencias, erróneas, repercuten en las personas quienes se terminan convirtiendo en las destinatarias de sus propios prejuicios, funcionando como el principal responsable de la desvalorización sexual del anciano (Pérez, 2007).

Es así que la sexualidad queda expuesta en una puja, entre la voz social de que es lo que se debería hacer y la necesidad, el deseo de la persona. Urquiza (2008) describe a la sexualidad humana como innata, donde una parte de su desarrollo es instintiva, y a su vez se encuentra determinada por el aprendizaje. Dicho autor expresa que en las distintas etapas de la vida, todas las personas se enfrentan a una paradoja entre la necesidad innata de liberar su energía sexual y las necesidades culturalmente adquiridas que orientan su sexualidad (Urquiza et al, 2008).

Lamentablemente, estos modos imperantes de ver la sexualidad poseen gran repercusión en los ancianos. Existen experiencias científicas que dan evidencia que los estereotipos negativos hacia la sexualidad en la vejez, en las personas mayores implica una sensación de “amenaza” a la integridad personal, repercutiendo en el sentimiento de autoeficacia y alcanzando toda una serie de retiros y descompromisos anticipados de roles laborales y sexuales (Levy, 2000 cit por Iacub et al 2009).

### **2.5.3 Factores Psicológicos**

Siendo que en el proceso de envejecer, la ancianidad se caracteriza por ser la única etapa que no introduce a otro ciclo de la vida. A su vez corresponde al momento más dramático de la existencia, compuesto por una gran variedad y cantidad de pérdidas y por sobre todo temores.

Al hablar de pérdidas estas son de las más diversas; del papel productivo, de la capacidad laboral, existe la posibilidad de perder la pareja, los amigos, los hijos, así como también la disminución de la eficiencia física y de la independencia psicológica. Todo esto acarrea temores, tales como: a la soledad, al aislamiento, a la incomprensión, a la falta de recursos económicos, a la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia (Herrera, 2003). Para poder enfrentar estas situaciones, resolverlas y adaptarse, gastan gran cantidad de energía física y emocional. Por ello, en esta etapa vital, el comportamiento sexual implica

una gran adaptación a los cambios a los que inevitablemente, el adulto mayor se encuentra expuesto (Natividad, 2006; Pérez 2007).

Del mismo modo esta etapa vital se encuentra sesgada por varios aspectos que repercuten en el anciano, principalmente en su desempeño y vivencia de la sexualidad.

### **2.5.3.1 Autopercepción del atractivo sexual:**

Con el paso del tiempo el cuerpo va atravesando una serie de cambios físicos que conforman la apariencia del sujeto. Las personas mayores poseen una autopercepción negativa de su propio cuerpo, dejando de verse a sí mismas como atractivas. Dicha percepción se ve reforzada por la imagen que la sociedad brinda y acepta como bello, imagen que rinde culto a la juventud, representación que escapa de la realidad del cuerpo anciano. Esta imagen que la sociedad brinda respecto a lo aceptable, lo deseado, repercute significativamente en los adultos mayores, quienes terminan aceptándola, creyéndolo y actuando en consecuencia (Urquiza et al, 2008).

### **2.5.3.2 Deterioro de la relación matrimonial:**

Luego de muchos años de matrimonio o de convivencia con la pareja, la relación cae en una ausencia de estímulos sexuales suscitada por una vida sexual monótona (Sarmientos Brooks, 1999) repercutiendo directamente en la vida del anciano, llegando a alcanzar la desaparición del deseo sexual (Leyva-Moral, 2008).

### **2.5.3.3 Viudez y el acceso a una pareja:**

Tras la visión puritana instaurada en la sociedad, se inscribe en la misma un discurso moralista el cual despliega conceptos tales como que la sexualidad en los viejos no es ni posible ni necesaria, y si ocurre, no es normal. De esta manera se termina construyendo un doble juicio de valores; negándose la sexualidad y escandalizando con la idea de su presencia, formándose un fuerte clisé de “viejo verde” (Salvareza, 1999) o “la viuda alegre” (Herrera, 2003). Es así que tradicionalmente se ha visto de manera muy negativa el comenzar nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios. Esto repercute principalmente en mujeres viudas, limitando aún más la actividad sexual de éstas. Estudios comprueban que el 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de sus esposos (Herrera, 2003).

Sin embargo, para los hombres no ocurre lo mismo, el impacto de la situación de viudez en ellos es diferente. En primer lugar demográficamente existe una diferencia de un

varón por cada 6 o 7 mujeres. A su vez, es mejor visto que los ancianos contraigan nuevos matrimonios con mujeres más jóvenes, a diferencia de las ancianas, que generalmente se casan con hombres mayores, convirtiéndose en sus cuidadoras (Herrera, 2003).

Contrariamente muchas de las viudas viven la interrupción de la sexualidad “*como un alivio, como una liberación de un sometimiento sufrido durante gran parte de su vida*” (Salvarezza, 1999, p. 140), es necesario considerar que muchas de las ancianas fueron criadas en una sociedad “*falocéntrica, una cultura hecha por hombres y para los hombres*”, por lo cual el deber y la responsabilidad de la mujer era servir al hombre, y eso implicaba a la sexualidad como una obligación, un compromiso por el hecho de ser mujer (Salvarezza, 1999, p. 138).

#### **2.5.3.4 Dificultad para acceder la intimidad:**

Frecuentemente se da que el anciano se ve obligado a cambiar su domicilio habitual, las causas pueden ser varias, y las consecuencias se reducen a tener que vivir con familiares directos o en residencias, o instituciones. De esta manera se generan conflictos con familiares o cuidadores dado que imponen normas de conducta que consideran apropiadas, dejando a un lado las necesidades de los ancianos. Dicha situación se ve agravada cuando la pareja debe ser separada (Herrera, 2003; Natividad, 2006)

Un estudio realizado por Steinke (1997) donde analiza a personas que vivían en asilos, demuestra que el desconocimiento existente acerca de la sexualidad en la vejez, a la vez la presencia de conductas prohibitivas respecto a las relaciones sexuales entre los ancianos, en varias ocasiones impide y dificulta cualquier acercamiento sexual entre ancianos.

#### **2.5.3.5 Jubilación:**

Este resulta un momento crítico dado que el adulto mayor saludable se siente desconcertado, por un lado él se siente bien y con ganas de trabajar, sin embargo la sociedad, a su manera, le dice que ya no lo necesita (Ysern, 1999). Este desconcierto impacta en el adulto, provocándole la dificultad en aceptar y/o adaptarse, conllevando a la aparición de estados depresivos o de ansiedad (Leyva-Moral, 2008). Es así que se da un cambio en el rol social, derivando en una preocupación la cual afecta de forma negativa en las relaciones sexuales del anciano (Viego, 2003).

#### **2.5.3.6 Temor al desempeño:**

Alude al miedo a fallar, en los hombres se manifiesta con el temor a no lograr una buena erección, o no desempeñarse correctamente con su mujer apareciendo pensamientos tales como; “tengo miedo a no hacer un buen papel” o “me preocupa no dar con la talla”. Sin embargo en las mujeres se convierte en el temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero “ya no soy la chica que era antes” o “a quién quieres que yo le guste” (Sarmientos Brooks, 1999; Leyva-Moral, 2008). Estos pensamientos se terminan convirtiendo en un círculo vicioso, ya que la situación se vivencia con un gran monto de ansiedad, resultando más difícil el acto sexual y cuanto más difícil sea mantener la relación sexual, mayor ansiedad se genera (Leyva-Moral, 2008).

## **2.6 Disfunciones Sexuales en la Tercera Edad: Patologías Frecuentes**

A los cambios descritos anteriormente, que son parte natural del proceso de envejecer, se les suman las enfermedades orgánicas crónicas que padecen los ancianos. Estas pueden originar en el adulto mayor algún grado de discapacidad, generalmente son consecuencia del consumo de fármacos, o peor aún, la polifarmacia tan frecuente en la tercera edad, repercutiendo directamente en el comportamiento sexual del adulto mayor. Estos cambios podrán ser por alteración en el sistema hormonal, o por secuelas de naturaleza, biológica, psicológica o social de las patologías crónicas (Pérez, 2007). En los adultos mayores, las enfermedades físicas y mentales, van a estar influyendo de manera negativa en la actividad sexual de la pareja mayor (Sarmientos Brooks, 1999).

### **2.6.1 Enfermedades Físicas**

Los trastornos del funcionamiento sexual a los que se enfrentan los adultos mayores generalmente responden a procesos oclusivos vasculares asociados a la alta preeminencia de hábitos tóxicos como son el tabaquismo y el alcoholismo así como también a las lesiones de los nervios periféricos ocasionadas por enfermedades crónicas (Pérez, 2007).

En los adultos mayores son más frecuentes las enfermedades crónicas y varios problemas de salud. En los hombres repercuten en problemas eréctiles, las principales enfermedades son: enfermedades cardiopulmonares, vasculares, genitourinarias, infecciosas, neurológicas entre otras (Trudel 2000; Natividad, 2006).

Dentro de las enfermedades crónicas la Diabetes Mellitus, es el ejemplo más característico que por mecanismos vasculares y neurológicos puede producir pérdida de la

erección y eyaculación retrógrada (eyaculación que sucede hacia la vejiga por la falta de cierre del esfínter vesical durante el orgasmo) (Sarmientos Brooks, 1999).

Asimismo, enfermedades como la artrosis o la artritis reumatoidea pueden afectar la actividad sexual puesto que provocan conflictos en la adopción de posturas o movimientos (Herrera, 2003).

A su vez existen medicamentos, que perturban la libido y la potencia sexual, a los cuales se recurre para enfrentar las enfermedades. Estos pueden ser; fármacos anti-parkinson, hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares, antidepresivos, antipsicóticos. De igual forma las drogas antihipertensivas, quienes pueden disminuir la capacidad eréctil, sin embargo no están contraindicadas para la actividad sexual. Casi en el 25% de los ancianos con disfunción eréctil la causa es medicamentosa. Finalmente cirugías previas a la próstata también podrían influir en el proceso de eyaculación (Sarmientos Brooks, 1999; Trudel 2000; Herrera, 2003; Natividad, 2006).

### **2.6.2 Patologías Psíquicas**

La depresión y la ansiedad son dos patologías psíquicas que tienen gran incidencia en la disfunción sexual del anciano, dado que el recurrir a psicofármacos como tratamiento para dichas problemáticas contribuye a empeorar el desempeño sexual.

Los antidepresivos pueden producir, además de disfunción eréctil en el varón, disminución de la libido y anorgasmia en la mujer (Herrera, 2003). A su vez las características de dicho trastorno impiden el buen desempeño sexual. Según el DSM IV los síntomas que se presentan en la depresión son: la disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, así como también sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (DSM IV), generando una dificultad para mantener relaciones personales y sexuales placenteras (Herrera, 2003).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, cabe destacar que el hecho que la actividad sexual concluya no se dará exclusivamente ni mucho menos, necesariamente por el factor cronológico, mas bien dependerá de un cúmulo de factores como el estado de salud y el grado de incapacidad física y mental (tanto del sujeto como de su pareja), además la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales previas actuarán como determinantes, al igual que la mala significación y la incapacidad de adaptarse a los cambios fisiológicos

característicos de esta etapa. A estos factores se le suman, la situación afectiva y calidad de la relación con la pareja y con otras personas, a la vez que los cambios en el papel social del anciano, como la viudez, el cambio de domicilio, la institucionalización y las crisis de salud (Herrera, 2003).

Muchas de las disfunciones mencionadas podrían ser impedidas, para ello es necesario que durante la juventud exista un cuidado de la salud. Es así que el consumo de alcohol deberá ser medido, cuanto menos fume o consuma medicamentos también colaborará en la vejez. El peso será algo a tener en cuenta, cuanto menos kilos tenga y más ejercicios físicos haya efectuado, mayores serán las posibilidades de disfrutar de la sexualidad, a esto se le agrega haber tenido un ejercicio gozoso frecuente e intenso del erotismo, se arribará a la adultez mayor sin inconvenientes funcionales en el área genito-sexual (Viego, 2003).

## **2.7 Comportamiento Sexual en los Ancianos**

Pese a todas las creencias existentes, y mitos creados en torno a la no-sexualidad en la tercera edad, los adultos mayores poseen un interés en la sexualidad pero no desafían públicamente las normas tradicionales. De este modo viven su sexualidad de forma limitada y en secreto (Urquiza et al, 2008).

La forma en como es vivenciada la sexualidad por los ancianos, no va a estar determinada solamente por los cambios físicos. Uno de los principales factores que influye en como es vivida son los pensamientos descalificadores que en torno a ella fueron surgiendo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca que más del 22% de los adultos mayores en el mundo, presentan problemas con la sexualidad, donde los prejuicios, la idiosincrasia y la cultura forman parte indisoluble de ella (OMS).

Es así que no van a ser ni los cambios fisiológicos, ni los anatómicos, ni mucho menos los funcionales de los órganos sexuales, quienes necesariamente condicionen el cese de la actividad sexual en los adultos mayores. Todos estos cambios requieren de una adaptación en el comportamiento sexual, para poder lograr un nuevo funcionamiento. Durante este proceso de adaptación se evidencian frustraciones y a la par se vivencian situaciones de ansiedad, que innecesariamente podrían llevar al cese de la actividad sexual ante las siguientes relaciones sexuales (Herrera, 2003).

### **2.7.1 La Sexualidad en el Adulto Mayor: *Que es lo que sí pasa***

La sexualidad en el adulto mayor deberá ser considerada desde una perspectiva más amplia e integral. Para ello, necesariamente, se tendrán que contemplar en ella tanto componentes físicos como emocionales. En este caso lo que será tomado como normalidad en esta etapa vital serán ciertas alteraciones en el patrón sexual considerado como estándar si se relaciona con el adulto joven; estas serían: un declive en el número de coitos, dándose lugar a un aumento proporcional de otras actividades sexuales, tales como los acercamientos físicos, los mimos, momentos en donde la intimidad emocional es el eje del encuentro, y se acompaña de complicidad en la pareja, a la vez que relaciones de compañía o masturbaciones (Herrera, 2003).

En la adultez mayor se da un significativo aumento de la experiencia sexual. Con el paso del tiempo la vivencia de la sexualidad se es más sosegada y juiciosa, donde el sentimiento suele ceder paso a la razón, privilegiándose la ternura y el entendimiento en la relación con la pareja y principalmente disfrutando de la sexualidad con sabiduría. El momento de la sexualidad conlleva un aumento en la capacidad de diálogo, creciendo así, la confianza y la demanda de amor. El afecto se transforma en el motor de la relación de pareja, evocando compartir placer, con o sin actividad sexual (Pérez, 2007).

En esta etapa el criterio de realidad se agudiza, tomándose mayor consciencia de cuales son las posibilidades e imposibilidades, que puede hacerse o no con el sexo. La urgencia de eyacular se ve disminuida, el hombre, al tener menos ansiedad, puede gozar de un juego sexual y un coito más prolongado (Pérez, 2007). Natividad (2006) expresa que los cambios que atraviesa el adulto mayor no afectan el sentimiento subjetivo de placer en los hombres, por lo contrario el control y la disminución en la necesidad de eyacular afectan en las relaciones sexuales generando mayor satisfacción y placer tanto para él como para su pareja.

Debido a la gran cantidad de factores que se encuentran presentes en la experiencia sexual de los adultos mayores, la valoración respecto a ella debe suponer un enfoque integral, evitando el sesgo de la sexualidad (Pérez, 2007) y enfatizando en que en esta etapa la concepción de la sexualidad se basa principalmente en la optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad (Barberá, 2000).

La vejez supone a la necesidad psicológica de una actividad sexual continuada (Natividad, 2006). No existe edad en que la actividad sexual, los pensamientos sobre el sexo o el deseo, finalicen (Masters & Jhonson, 1982 cit por Natividad, 2006).

El deseo sexual aparece con el nacimiento y desaparece sólo con la muerte, está presente en ambos géneros, pudiéndose mostrar sin vergüenza (Iacub, 2001).

### **2.7.3 Actitudes Actuales**

Cuando se hace referencia a las creencias existentes en la cultura se hace alusión a todas las esferas de la sociedad. La creencia de que el anciano es asexuado está instalada incluso entre los profesionales de la salud que tratan con adultos mayores (Herrera, 2003) pese a que investigaciones médicas afirmen lo contrario (Urquiza et al, 2008).

Es así que el hombre se ha enfrentado de forma súbita a una prolongación de su vida. Los conocimientos escasos de su capacidad fisiológica se suman a un patrón cultural donde se integran rígidos conceptos sobre sexo, transmitidos de otras generaciones (Sarmientos Brooks, 1999). Hoy en día dichos conocimientos resultan falsos, repercutiendo en el abordaje de la sexualidad en la tercer edad, donde persisten actitudes retrógradas, semejantes a las existentes en siglos anteriores y que tienden a rechazar, burlarse o en el mejor de los casos ignorar la existencia de actividad sexual en las personas mayores de 60 años (Viego, 2003)...

Principalmente, por ser poco conocida, la sexualidad en la vejez es maltratada y menos entendida por la sociedad, por los propios ancianos y por los profesionales de la salud. Siendo la función de estos últimos de asistir a los adultos mayores que acuden con problemas y dudas al respecto (Arol et al, 2005).

### **2.7.2 Evidencias Científicas**

Resulta incuestionable el hecho de que las personas ancianas tienen toda la capacidad para disfrutar de una vida sexual saludable y satisfactoria. Cada vez más estudios demuestran que los ancianos pueden tener interés por el sexo y vibrar durante el acto sexual siendo físicamente capaces de mantenerse sexualmente activos.

Viego (2003) llevó a cabo un estudio a 90 personas de 60 años y más, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia. La edad predominante fue de entre 60 y 74 años. La mayoría de los adultos mayores refiere que sus relaciones afectivas con la pareja son regulares, sin embargo manifiestan no poseer privacidad necesaria para las relaciones sexuales. Dicho autor, expone como dato destacable el hecho de que más de la mitad de los ancianos refieren tener relaciones sexuales activas y la mayoría la considera agradables y normales (Viego, 2003).

A su vez otro estudio rompe con el mito de la asexualidad en la tercera edad. El mismo fue realizado en Cuba a 90 ancianos de 60 años y más, en él se demuestra que el 68,9% de los adultos mayores interpretó la necesidad sexual como algo natural, no obstante, el interés por la misma se mostró menor, un 66% mantiene una vida sexual activa, sin

aceptación familiar para la conducta sexual. Para la mitad de los encuestados, la mayor influencia negativa para el disfrute del sexo refiere a la falta de privacidad (Arol et al, 2005).

Pérez y Arcia (2007) realizaron un estudio descriptivo y longitudinal en 125 sujetos en edad geriátrica del Policlínico Docente “Ana Betancourt” ubicado en Cuba. En dicho estudio se evidencia que el 75% de los ancianos mantienen interés por el sexo y manifestaron deseo sexual, mientras que el 69% realiza el acto sexual. Las actividades sexuales preferidas por los/as adultos/as mayores fueron el coito vaginal, seguido del sexo oral. A su vez uno de los principales trastornos del funcionamiento para el hombre fue la pérdida de la erección, y en la mujer, la disminución de la lubricación. Un dato destacable es que el 78,4% de los ancianos exhibió un bajo índice general de conocimiento sobre los cambios que ocurren en la sexualidad con el transcurso de los años.

## **2.8 Papel de los Profesionales de la Salud**

Desde hace décadas varios países en el mundo satisfacen la categoría de vejez demográfica. Para ello es necesario asistir a este progresivo fenómeno, lo cual implica el desarrollo de la cultura del envejecimiento, donde deberá incluirse la sexualidad entendida como una de las dimensiones más ricas de la vida en todas sus etapas (Pérez & Arcia, 2007).

Siendo que los médicos son el punto de contacto directo con la mayoría de las personas mayores, en lo concerniente a su vida sexual, es poco lo que se conoce sobre las actitudes de los médicos sobre como abordar la sexualidad, y sus “problemáticas” en la tercera edad. En Sheffield, se llevó a cabo un estudio, que se dedicó a evaluar los prejuicios que poseen los médicos de cabecera con la sexualidad en la adultez mayor. Se realizó una entrevista con 22 médicos de cabecera, de las cuales se pudo obtener actitudes al discutir temas de salud sexual en las personas mayores (Gott, Hinchliff & Galena, 2004). El análisis identificó que los médicos no se ocupan de la salud sexual de forma proactiva con las personas mayores, y que dentro de la atención primaria, la salud sexual se equipara con las personas jóvenes y no se ve un tema legítimo para la discusión con este grupo de edad (Gott et al, 2004).

Sin embargo es evidente que muchas creencias sobre el lugar de las actitudes y los comportamientos sexuales de las personas mayores se basan en estereotipos, puntos de vista del envejecimiento y la sexualidad, en lugar de la experiencia personal de cada paciente (Gott et al, 2004).

Resultados arrojados por una investigación llevada a cabo en Cuba, evidencian que el mito que considera al adulto mayor como un ser asexuado no existe. La existencia de representaciones sociales cargadas de estereotipos y tabúes, mencionados por el equipo de salud señalan que la falta de información y escasa capacitación sobre sexualidad en el adulto mayor. A su vez, existe interés de las personas mayores por aprender sobre el envejecimiento y sexualidad. Es así que dicho estudio, evidenció la necesidad de intervención asistencial y creación de programas de salud que incluyan la salud sexual de las personas de la tercera edad (Natividad, 2006).

La razón por la cual en los adultos mayores el sexo sea un tema tabú no es causa la “fiebre de lo joven” que existe actualmente en nuestra sociedad. La realidad se escapa de esas creencias, los adultos mayores han practicado, practican y practicarán sexo. Consecuentemente, los profesionales de la salud deben estar preparados para abordar este tema con ellos, y simultáneamente, esforzarse en eliminar todos los prejuicios al respecto, empezando principalmente por sus propios estereotipos (Leyva-Moral, 2008).

### **2.8.1 ¿Enfermedad o Salud?**

En la historia de la salud preponderó, paradójicamente, asociarla a la enfermedad. Todo el sistema de salud se encargó de estudiar y analizar cuales eran las causas de lo que imposibilita el estar sano. La prioridad resultó ser la enfermedad, los médicos centrados en la curación del enfermo y su óptima asistencia para la mejoría.

Aquilino (1978) refiere a la relación paradójica que los médicos poseen con la patología y con la génesis de las enfermedades, siendo así la principal función de la salud la de la prevención de la enfermedad.

Este modelo hegemónico comenzó a resultar insuficiente, no así ineficaz, tan solo dejaba a un lado la salud propiamente dicha. De este modo surge un modelo cooperativista, es decir que en lugar focalizar en los factores patógenos y tratar de evitar su presencia busca cooperar con ellos, ocupándose de que el sujeto enfermo pueda vivir mejor con ese estrés. Este modelo se denomina Saluntogénico. En cambio el modelo patogénico, se caracteriza por la evitación, escapando de los factores patógenos (Aquilino, 1978).

Las diferencias principales entre ambos modelos es que, mientras el saluntogénico es adaptativo; apuntando a que sea el comportamiento el que se adapte al medio, no obstante en cambio el patogénico es punitivo, siendo su objetivo lidiar con la enfermedad (Aquilino, 1978).

Como plantea Herrera (2003) no serán los cambios fisiológicos, ni los anatómicos, ni mucho menos los funcionales de los órganos sexuales, impedimentos para que los adultos mayores den fin a la actividad sexual. Por lo contrario, estos cambios requieren de una adaptación en el comportamiento sexual, para poder lograr un nuevo funcionamiento, y porque no mejor.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Tipo de Estudio

El presente es un estudio descriptivo.

#### 3.2 Muestra

El tipo de muestra fue no probabilística, donde participaron  $n=81$  de estudiantes avanzados de las carreras de Psicología y Medicina, argentinos, menores de 30 años. La edad promedio de la población fue de 25 años ( $DS= 2,314$ ). La muestra se redujo a aquellos estudiantes que asistían a la Universidad de Buenos Aires (Medicina y Psicología), Universidad de Palermo (Psicología) y Universidad de Barceló (Medicina). La elección de la muestra fue realizada porque siendo futuros agentes de salud, resulto interesante observar las creencias que poseen en función de la sexualidad en la tercera edad.

Del total de la muestra un 50,6% estudiaba Medicina, de los cuales el 48,78% asistían a la UBA y 51,21% a la Barceló (IUCS). En cuanto a los estudiantes de Psicología correspondió a un 49,4%, donde 50% se encontraban realizando su carrera en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y 50% eran estudiantes de la Universidad de Palermo (UP).

Los estudiantes que se encontraran realizando una especialización en tercera edad no pudieron responder la escala.

		M				Total
		Psicología		Medicina		
Sexo		UBA	UP	UBA	IUCS	
Masculino		3	8	9	7	27
	Femenino	17	12	12	13	54
Total		20	20	21	20	81

**Tabla 1:** Distribución de la muestra según género, carrera y universidad

#### 3.3 Instrumento

Para poder registrar las actitudes hacia la sexualidad en la tercera edad se construyó una escala bipolar de diferencial semántico, según Osgood (1957) este tipo de prueba resulta útil para estudios que se basan en construcciones de imágenes respecto de objetos sociales (Osgood, 1959, cit en Urquiza et al, 2008).

A partir de la literatura especializada, surgen los pares de adjetivos que componen al instrumento, permitiendo discriminar las atribuciones que los jóvenes se generan sobre la sexualidad de los adultos mayores. Los pares de adjetivos se encuentran divididos en dos secciones, los primeros 7 refieren a como los estudiantes consideran la sexualidad en la tercer edad, en cambio los segundos (5) indagan sobre las creencias que poseen sobre el adulto

mayor frente a la sexualidad. Los pares adjetivos seleccionados son: *apropiada-inapropiada, frecuente-infrecuente, placentera-displacentera, posible-imposible, con penetración-sin penetración, significativa-insignificativa, segura-insegura, sexualmente activo-sexualmente no activo, resistente-frágil, saludable-enfermizo, hábil-torpe, seguro-inseguro*. El total de 12 pares de adjetivos se ubican en dos columnas en función de los aspectos “positivos” y “negativos”, cada uno correspondiente a cada polo. Se fijó una distancia de 7 puntos entre sus versiones extremas, siendo 1 el valor correspondiente al polo negativo, 7 el extremo valorado como positivo y 4 corresponde al punto medio respecto a las características presentadas. De esta manera los encuestados pudieron marcar su posición, en función a los extremos para los 12 pares de adjetivos (Urquiza et al, 2008).

A su vez se adjuntaron tres preguntas abiertas, para que los estudiantes indiquen la edad que le atribuyen a los adultos mayores, a que edad creen que se deja de ser sexualmente activo y si en su facultad existe una materia específica de la tercera edad.

El instrumento diseñado se halla en el anexo 1.

### **3.4 Procedimiento**

La población de interés correspondía a hombres y mujeres, menores de 30 años, estudiantes avanzados de la carrera de Psicología y Medicina. La muestra se dividió en Universidades Privadas y Universidad Pública para ambas carreras. Es así que se administraron las escalas a estudiantes de la Universidad de Buenos Aires tanto en la carrera de Medicina como de Psicología; a la Universidad de Palermo (Psicología) y la Barceló (IUCS) (Medicina).

Se elaboró una a escala de diferencial semántico para evaluar las actitudes que poseen los estudiantes frente a la Sexualidad en la Tercera Edad. Escala autoadministrable, sencilla y rápida de responder, fue aplicada de forma individual. En promedio, su aplicación requirió entre cinco y diez minutos.

Cada participante determinó a voluntad si deseaba participar en la investigación, los encuentros no fueron acordados previamente. Las escalas se administraron luego de asistir a las respectivas facultades, allí se localizó a estudiantes que fueran avanzados en sus carreras y se indagó si se encontraban interesados en formar parte de la investigación. A su vez se recurrió a Internet, enviando las encuestas vía e-mail. Afortunadamente la gran mayoría se mostró con actitud positiva ante la petición, con predisposición y curiosidad respecto al motivo de la investigación.

Los datos cuantitativos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS Statistics 17. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para caracterizar a la población encuestada teniendo en cuenta la carrera que realizan y a la universidad que pertenecen. Se buscaron diferencias significativas según las variables de análisis Sexo, Carrera y Universidad. A su vez se utilizó la prueba t para el análisis de las diferencias entre dos grupos.

## 4. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a codificaciones que se realizaron en el contexto de investigación, las cuales en gran medida corresponden a los objetivos propuestos en el plan. Los datos se analizarán a partir de los conceptos teóricos desarrollados.

### 4.1 Muestra y Desvío

La presente tabla expone las medias obtenidas a partir de los puntajes que los estudiantes atribuyeron a los pares de adjetivos.

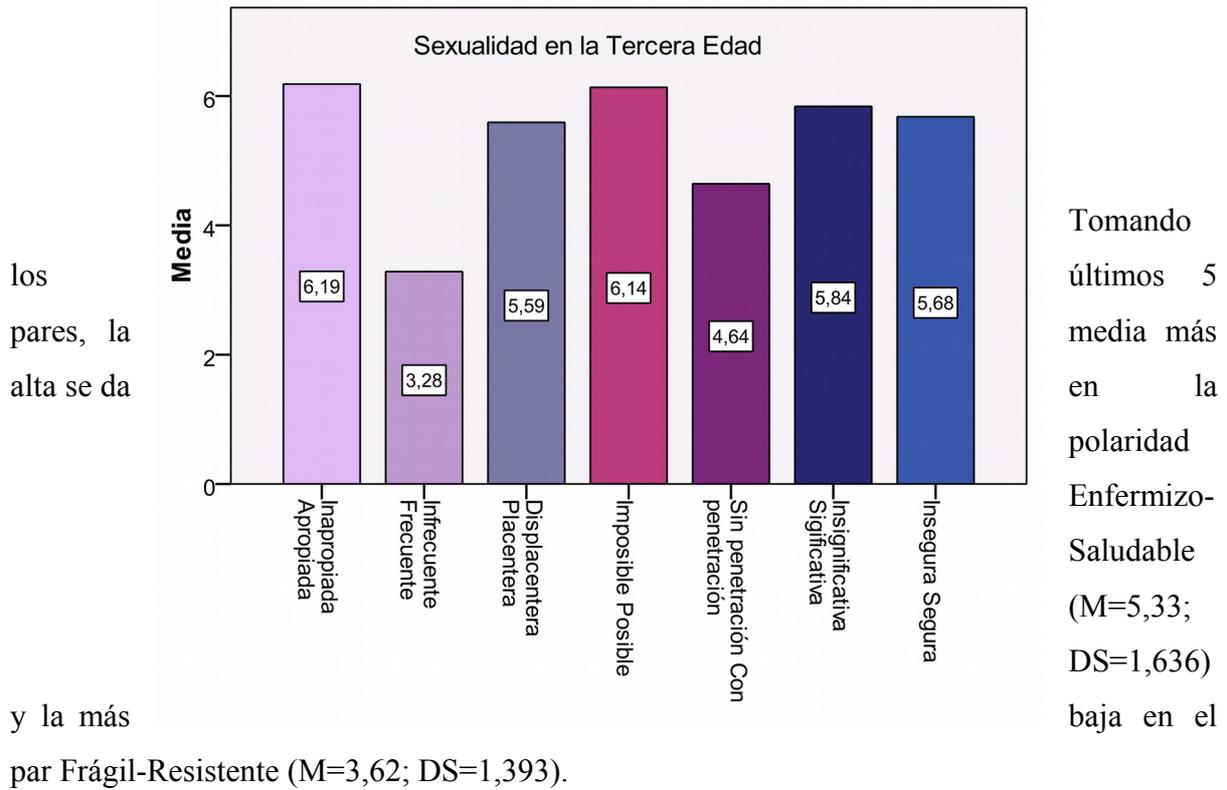
**Tabla 2:** Valor de Media y Desvío Estándar para cada par de adjetivos

<i>Sexualidad en la tercera edad:</i>	Media	Desvío
Inapropiada Apropiaada	6,19	1,25
Infrecuente Frecuente	3,28	1,4
Displacentera Placentera	5,59	1,5
Imposible Posible	6,14	1,17
Sin Penetración Con Penetración	5,84	1,39
Insignificativa Significativa	5,68	1,52
Insegura Segura	4,62	1,65
<i>Como es vivida la sexualidad:</i>	Media	Desvío
Sexualmente NO activo Sexualmente Activo	3,84	1,59
Frágil Resistente	3,62	1,39
Enfermizo Saludable	5,33	1,64
Torpe Hábil	4,16	1,44
Inseguro Seguro	4,57	1,59

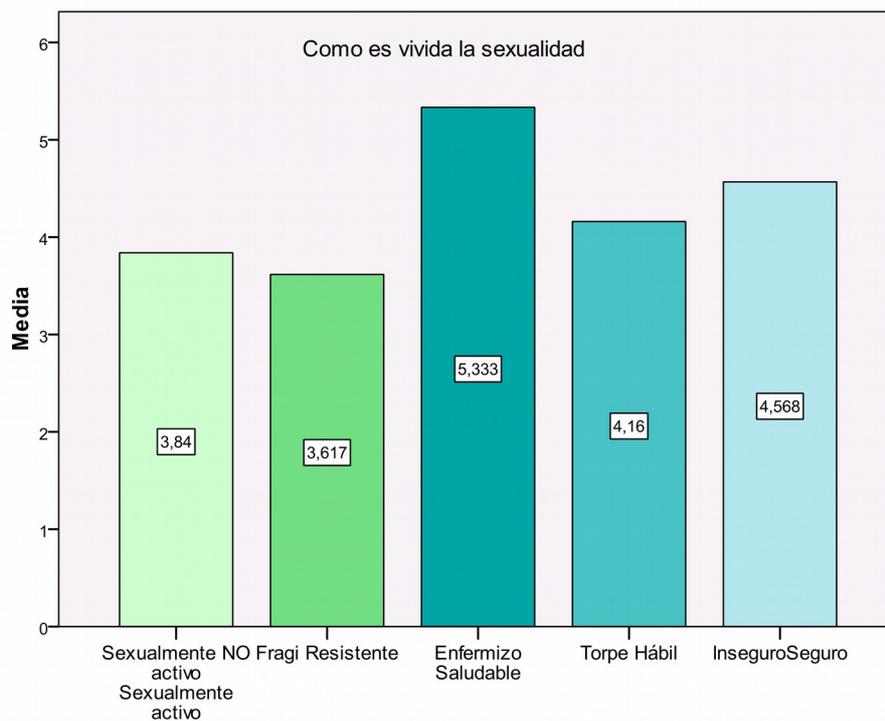
#### 4.1.1 Análisis Descriptivo

Tomando los 7 primeros pares, las dos medias más altas se dan en las polaridades Inapropiada-Apropiaada (M=6,19; DS=1,25) E imposible-Posible (M=6,14; DS=1,17). Las dos medias más bajas se dan en las polaridades Infrecuente-Frecuente (M=3,28; DS=1,40) e Insegura-Segura (M=4,62; DS=1,65).

**Gráfico 1:** Media obtenida los pares de adjetivos correspondientes a la valoración que realizan los estudiantes de la sexualidad en la Tercera Edad.



**Gráfico 2:** Media obtenida de los pares de adjetivos correspondientes a la valoración que realizan los estudiantes de como es vivenciada la sexualidad por el anciano.



**4.2  
Análisis**

de las creencias:

Gran parte de la información recogida de las respuestas ante la pregunta *¿A qué edad se deja de ser sexualmente activo? ¿Por qué?* fueron transcritas textualmente, para una mayor claridad y fidelidad de las declaraciones realizadas.

Teniendo en cuenta los conceptos teóricos desarrollados, se describirán y analizarán las creencias que poseen los jóvenes.

#### **4.2.1 Expectativa de Rol**

Varias de las respuestas apuntaban a la expectativa de edad, argumentándose que algunas de las razones por las que los adultos mayores dejan de ser sexualmente activos refieren a la aparición de otras necesidades.

*“Creo que a partir de los 60 (se deja de ser sexualmente activo). Me parece que es porque ya no es una necesidad tan importante para la vida de las personas. Creo que en ese momento viven otras experiencias que los llenan más”* **Mujer, 27 años, Psicología UBA**

A su vez, diversas respuestas realizadas por los alumnos atribuían al cese de la actividad sexual (de sus abuelos) razones tales como: el cuidado de los nietos

*“Supongo que a partir de los 60, 70 años. Creo que tiene que ver por una partida del deseo y por motivarse por otras cosas, o tener otros intereses o preocupaciones (cuidar a los nietos, operación de enfermedades)”* **Mujer, 23 años, Psicología UBA**

*“Es muy variable y depende de muchos factores, pero creo que aproximadamente a los 60-70 hay una conjunción de variables biológicas (disminución de hormonas=disminución de libido) y sociales (ej: rol del abuelo) que hacen que disminuya la actividad sexual”* **Hombre, 23 año, Medicina UBA**

Los estudiantes consideraban que la necesidad sexual no es algo natural, siendo que el tiempo y otros factores influyen negativamente interfiriendo en la vivencia de la misma.

*“A los 60, causas: trabajo, impotencia, tiempo, libido e hijos”* **Mujer, 25 años, Medicina IUCS**

#### **4.2.2 Menopausia y Andropausia**

A las expectativas sociales que imperan, se le suman las creencias que se generan en función de lo que se conoce como Menopausia y Andropausia. Creyendo que existen cambios hormonales en esta etapa que afectan la vivencia de la sexualidad.

*“Si tomamos a la sexualidad como el mero acto sexual-genital en el hombre se dejará de ser activo aproximadamente a los 65 años (sin viagra). En la mujer a partir de la menopausia disminuye el deseo paulatinamente. Tomando a la sexualidad desde otro plano, más emocional, desde el contacto corporal, sin recurrir necesariamente a la penetración genital puede vivirse la sexualidad con el objeto amado toda la vida”* **Mujer, 24 años, Psicología UBA**

En muchos casos se considera un hecho que el hombre pierde completamente la erección. Esto es atribuido a cambios hormonales:

*“Depende de cada individuo en particular, y de distintos factores como la pérdida de hormonas sexuales que mantienen la libido de la persona. La falta de erección del hombre no determina la imposibilidad de llevar a cabo una relación sexual”* **Hombre, 26 años, Medicina IUCS**

*“Se deja de ser sexualmente activo a los 60 años, en general. Se considera activo a la persona que (en caso de la mujer puede llegar al orgasmo y no entró en etapa de amenorrea, y en el hombre hasta que llegue a la etapa de andropausia)”* **Hombre, 22 años, Medicina IUCS**

#### **4.2.3 Cambios Orgánicos y Psicológicos: ¿Enfermedades?**

En la mayoría de las respuestas lo orgánico y las enfermedades resultaron ser las causas más atribuidas a la merma de la actividad sexual en la tercera edad. Los estudiantes coincidieron que en esta etapa resulta difícil disfrutar de la vida sexual por cuestiones anatomofisiológicas.

*“Desde lo orgánico hay una merma en la sexualidad después de los 40 años”*  
**Mujer, 27 años, Psicología UBA**

*“En lo orgánico a los 65 años promedio. La razón principal son los peligros tales como enfermedades venéreas, de transmisión o infarto cardíaco”* **Hombre, 24 años, Psicología UBA**

*“Depende de cada individuo y de las enfermedades que presenta hasta el momento. Creo que sería aproximadamente a los 60-65 años”* **Mujer, 24 años, Medicina IUCS**

A su vez, a los cambios orgánicos que los estudiantes reconocen como impedimento, le agregan los psicológicos, reconociendo que estos interfieren en las ganas que puedan llegar a tener los adultos mayores.

*“Supongo que acercándose a los 65 años, porque se va haciendo más difícil y van disminuyendo las ganas” Mujer, 25 años, Psicología UBA*

*“Depende de cada persona. Aproximadamente a mi parecer a los 70 años, por cambios orgánicos y psíquicos propios de la edad” Hombre, 24 años, Medicina IUCS*

### 4.3 Psicología & Medicina:

Posteriormente se presentan los resultados de las escalas administradas. El objetivo es describirlas y analizar las diferencias encontradas según las carreras que estudian los participantes.

**Tabla 3:** Media, desvío, valor t y p, para cada par de adjetivos, según la Carrera (Medicina y Psicología).

	MEDICINA		PSICOLOGÍA		t	p
	Media	Desvío	Media	Desvío		
<i>Sexualidad en la tercera edad:</i>						
Inapropiada Apropiaada	6,02	1,33	6,35	1,15	1,181	0,24
Infrecuente Frecuente	3,37	1,48	3,2	1,32	-0,532	0,6
Displacentera Placentera	5,27	1,67	5,93	1,23	2,01	0,05
Imposible Posible	5,98	1,28	6,3	1,04	1,26	0,21
Sin Penetración Con Penetración	4,41	1,83	4,88	1,44	1,26	0,21
Insignificativa Significativa	5,56	1,38	6,13	1,36	1,85	0,07
Insegura Segura	5,56	1,53	5,8	1,51	0,71	0,48
<i>Como es vivida la sexualidad:</i>						
Sexualmente NO activo Sexualmente Activo	3,59	1,64	4,1	1,52	1,47	0,15
Frágil Resistente	3,46	1,4	3,78	1,39	1,01	0,32
Enfermizo Saludable	4,73	1,76	5,95	1,24	3,59	0
Torpe Hábil	3,73	1,517	4,6	1,215	2,839	0,05
Inseguro Seguro	4,41	1,53	4,73	1,65	0,88	0,38

#### 4.3.1 Análisis de Resultados

Al momento de asignarle un valor al par **Enfermizo-Saludable**, los estudiantes de medicina realizaron una atribución más inclinada al polo enfermizo (M=4,73; DS=1,76), a diferencia de los estudiantes de psicología, quienes su puntuación fue principalmente más asociada al polo saludable (M=5,95; DS=1,24) (t=3,59; p=0,001).

En el caso de la polaridad **Displacentera-Placentera** los estudiantes de medicina, principalmente puntuaron a favor del polo Displacentero (M=5,27; DS=1,67) sin embargo los estudiantes de Psicología puntuaron a favor del polo Placentera (M=5,93; DS=1,23) (t=2,01;

p=0,48). Frente a la polaridad **Torpe-Hábil**, los estudiantes de medicina realizaron una atribución inclinada al polo Torpe, (M=3,73; DS=1,22), contrariamente los estudiantes de Psicología realizaron una puntuación más asociada al polo Hábil (M=4,60; DS=1,22) (t=2,84; p=0,01).

Frente a la pregunta *¿Qué edad le atribuye a los adultos mayores? ¿A los ancianos/as?* Se pudieron evidenciar diferencias significativas en función a la carrera.

Los estudiantes de Psicología atribuyen una edad mayor que los de Medicina a la tercera edad. La media de los estudiantes Psicología es (M=63,25; DS=8,811) y para los que estudian Medicina (50,73; DS=9,783) (t=6,047; p=0,000).

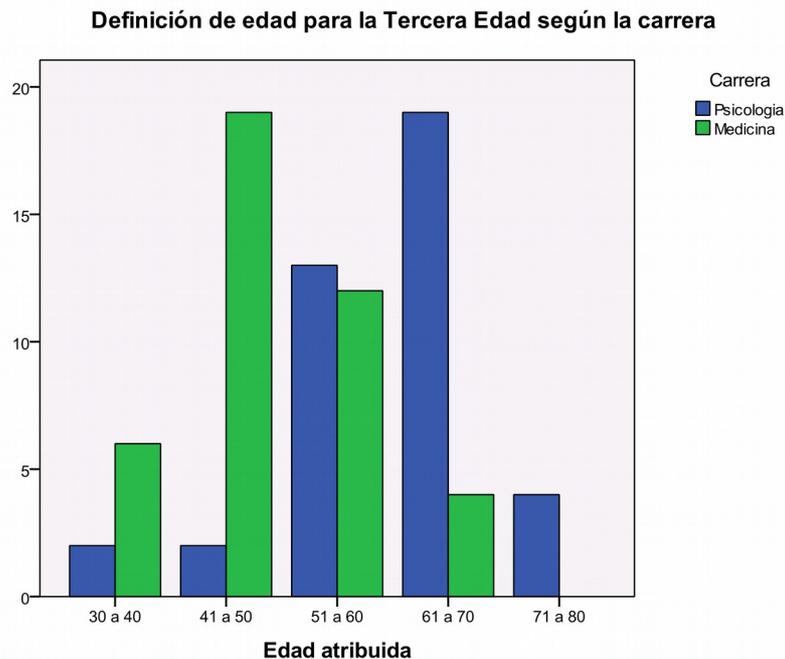
**Tabla 4:** Media, desvío, valor t y p de la edad atribuida para la Tercera Edad, según la Carrera (Medicina y Psicología).

	Psicología		Medicina		t	p
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Tercera Edad	<b>63,25</b>	8,81	<b>50,73</b>	9,78	<b>6,05</b>	menor a 0,5
Ancianidad	<b>70,75</b>	7,39	<b>69,71</b>	6,98	<b>0,65</b>	0,51

En términos generales, las edades que le atribuyen los estudiantes de medicina a la tercera edad van desde los 30 a 65 años, y para los ancianos de los 60 en adelante.

Sin embargo en el caso de los estudiantes de psicología, la edad que atribuyeron para tercera edad y anciano no era tan diferenciada, siendo 60 años lo que atribuyeron a la tercera edad y 70 a los ancianos, en muchos casos no existieron diferencias entre tercera edad y ancianos, otorgándole la misma edad en ambos casos.

Como se puede observar en el Gráfico 3 para muchos de los estudiantes de medicina la tercer edad comienza a partir de los 30 años, y las edades que principalmente atribuyen a esta etapa son de 45 años a 60 inclusive. Sin embargo, en el caso de los estudiantes de psicología la edad que le asignan principalmente va de los 60 a 80 años de edad.

**Gráfico 3:** Definición de edad para la Tercera Edad según la Carrera

Cabe destacar que en torno a la edad atribuida, los estudiantes de medicina realizan una diferencia entre lo que consideran como Tercera Edad y Ancianidad, distinguiéndolas como dos etapas con edades diferentes. Opuestamente la mayoría de los estudiantes de psicología otorgan la misma edad para ambos casos.

#### 4.4 Universidades Públicas y Privadas:

A continuación se realiza una descripción y un análisis de los datos obtenidos a partir de las respuestas dadas por los alumnos, en función del tipo de Universidad al que asisten.

**Tabla 5:** Comparación de media, desvío, valor t y p, para cada par según el tipo de universidad (pública privada)

	U.PÚBLICA		U. PRIVADA			
	Media	Desvío	Media	Desvío	t	p
<i>Sexualidad en la tercera edad:</i>						
Inapropiada Apropiciada	5,83	1,50	6,55	0,78	-2,70	0,01
Infrecuente Frecuente	2,71	1,25	3,88	1,31	-4,11	0,00
Displacentera Placentera	5,12	1,49	6,08	1,37	-3,00	0,00
Imposible Posible	5,90	1,24	6,38	1,06	-1,85	0,07
Sin Penetración Con Penetración	4,71	1,54	4,58	1,78	0,36	0,72
Insignificativa Significativa	5,68	1,39	6,00	1,40	-1,03	0,31
Insegura Segura	5,32	1,60	6,05	1,34	-2,24	0,03
<i>Como es vivida la sexualidad:</i>						
Sexualmente NO activo Sexualmente Activo	3,59	1,41	4,10	1,74	-1,46	0,15
Frágil Resistente	3,12	1,33	4,13	1,29	-3,46	0,00
Enfermizo Saludable	5,20	1,62	5,48	1,66	-0,77	0,45
Torpe Hábil	3,90	1,41	4,43	1,43	-1,66	0,10
Inseguro Seguro	4,32	1,56	4,83	1,60	-1,45	0,15

#### **4.4.1 Diferencia entre grupos**

Los pares en los cuales se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos fueron: inapropiada-apropiada; infrecuente-frecuente; displacentera-placentera; imposible-posible y insegura- segura donde se pudo vislumbrar la asociación entre las categorías y las valoraciones de las variables.

Para el par **Inapropiada-Apropiada** los estudiantes de universidades públicas se inclinaron principalmente hacia el polo inapropiado ( $M=5,83$ ;  $DS=1,50$ ) sin embargo los estudiantes de universidades privadas, realizaron una puntuación más vinculada al polo apropiada ( $M=6,55$ ;  $DS=0,78$ ) ( $t=-2,703$ ;  $p=0,09$ ).

Las polaridades **Infrecuente-Frecuente** la media de las universidades públicas es ( $M=2,71$ ;  $DS=1,25$ ) y la media de las universidades privadas ( $M=3,88$ ;  $DS=1,31$ ) ( $t=-4,11$ ;  $p=0,000$ ). Observándose la tendencia a favor de los estudiantes de universidades privadas, siendo quienes valoran más positivamente la frecuencia en la sexualidad que los estudiantes de universidades públicas.

En el caso de **Displacentera-Placentera**, la media de las universidades públicas es ( $M=5,12$ ;  $DS=1,49$ ) y la media de las universidades privadas ( $M=6,08$ ;  $DS=1,37$ ) ( $t=-3,00$ ;  $p=0,00$ ). Evidenciándose que los estudiantes de la UBA poseen una actitud negativa frente al modo en que vivencian la sexualidad los adultos mayores.

Para el par **Insegura-Segura**, la media de las universidades públicas es ( $M=5,32$ ;  $DS=1,60$ ) y la media de las universidades privadas ( $M=6,05$ ;  $DS=1,34$ ) ( $t=-2,23$ ;  $p=0,03$ ). Estos datos demuestran que los alumnos de la UP e IUCS valoran que la sexualidad en la tercera edad es segura, sin embargo los estudiantes de la UBA puntuaron más negativamente en torno a éste par.

Frente a los últimos pares donde la escala apuntaba a evaluar cual era la actitud que poseían los estudiantes respecto al anciano y la sexualidad, se observaron diferencias entre universidades públicas y privadas. En el par **Frágil- Resistente**, la media de las universidades públicas es ( $M=3,12$ ;  $DS=1,37$ ) y la media de las universidades privadas ( $M=4,13$ ;  $DS=1,29$ ) ( $t=-3,456$ ;  $p=0,00$ ). Observándose que los estudiantes de universidades privadas asignaron un valor con tendencia positiva a diferencia de los estudiantes de universidades públicas que los valores asignados se encontraban más cercanos al polo negativo.

A continuación se observa una tabla donde aparecen las diferencias entre la UBA de Psicología y la Universidad de Palermo.

**Tabla 6:** Comparación de media, desvío, valor t y p, según cada par de adjetivos, para facultades de Psicología.

	UBA PSI		UP PSI			
<i>Sexualidad en la tercera edad:</i>	Media	Desvío	Media	Desvío	t	p
Inapropiada Apropiable	5,90	1,41	6,80	0,52	-2675,00	0,01
Infrecuente Frecuente	2,50	1,40	3,90	0,79	-3,91	0,00
Displacentera Placentera	5,40	1,35	6,45	0,83	-2962,00	0,01
Imposible Posible	6,00	1,12	6,60	0,88	-1,88	0,07
Sin Penetración Con Penetración	4,50	1,47	5,25	1,33	-1,69	0,10
Insignificativa Significativa	5,90	1,48	6,35	1,23	-1,05	0,30
Insegura Segura	5,55	1,64	6,05	1,36	-1,05	0,30
<i>Como es vivida la sexualidad:</i>	Media	Desvío	Media	Desvío	t	p
Sexualmente NO activo Sexualmente Activo	3,75	1,17	4,45	1,36	-1,48	0,15
Frágil Resistente	3,15	1,42	4,40	1,05	-3,16	0,00
Enfermizo Saludable	5,59	1,10	5,95	1,40	0,00	1,00
Torpe Hábil	4,20	1,15	5,00	1,17	-2,18	0,04
Inseguro Seguro	4,15	1,69	5,30	1,42	-2,33	0,03

Si consideramos en particular dentro del ámbito público y privado, la carrera, observamos que para la Psicología se evidencian diferencias en las siguientes polaridades:

Para el par **Inapropiada-Apropiable** los estudiantes de la UBA realizaron una puntuación más asociada al par inapropiada (M=5,90; DS=1,410) contrariamente los estudiantes de la UP lo realizaron a favor del polo apropiada (M=6,80; DS=0,52) (t=-2,68; p=0,01).

Frente a la polaridad **Infrecuente-Frecuente** se observa como los estudiantes de la UBA atribuyen un valor preferentemente asociado a la polaridad negativa (M=2,50; DS=1,40) en contraposición, los estudiantes de la UP, poseen una atribución más vinculada a la polaridad positiva (M=3,90; DS=0,79) (t=-3,91; p=0,00).

En el caso del par **Displacentera-Placentera** se observa que los alumnos que se encuentran realizando la carrera de psicología en la UBA tienden a valorar la sexualidad inclinada a la polaridad Displacentera, (M=5,40; DS=1,35) mientras que los que se encuentran cursando en la UP, poseen una inclinación hacia el polo Placentera (M=6,45; DS=0,83) (t=-2,96; p=0,01).

A su vez se evidencian diferencias en la polaridad **Frágil-Resistente** donde la media de la UBA es principalmente hacia la polaridad negativa (M=3,15; DS=1,42) y la media de la UP es más bien hacia la polaridad positiva (M=4,40; DS=1,05) (t=-3,16; p=0,00). Y para el par **Torpe-Hábil** la media de la UBA es (M=4,20; DS=1,15) y la media de la UP (M=5,00; DS=1,17) (t=-2,179; p=0,04).

Finalmente, se observan diferencias en la polaridad **Inseguro-Seguro** donde la media de la UBA corresponde a una valoración asociada al adjetivo Inseguro, (M=4,15; DS=1,69)

mientras que la media de la UP se asocia al adjetivo Seguro ( $M=5,30$ ;  $DS=1,42$ ) ( $t=-2,33$ ;  $p=0,03$ ).

Posteriormente se presenta una tabla la cual contiene las diferencias entre la UBA de Medicina y la IUCS.

**Tabla 7:** Comparación de media, desvío, valor t y p, según cada par de adjetivos, para facultades de Medicina.

	IUCS		UBA MED			
	Media	Desvío	Media	Desvío	t	p
<i>Sexualidad en la tercera edad:</i>						
Inapropiada Apropiciada	<b>6,30</b>	0,92	<b>5,76</b>	1,61	<b>1,32</b>	0,20
Infrecuente Frecuente	<b>3,85</b>	1,69	<b>2,90</b>	1,09	<b>2,13</b>	0,39
Displacentera Placentera	<b>5,70</b>	1,69	<b>4,86</b>	1,59	<b>38,53</b>	0,11
Imposible Posible	<b>6,15</b>	1,18	<b>5,81</b>	1,37	<b>38,67</b>	0,40
Sin Penetración Con Penetración	<b>3,90</b>	1,94	<b>4,90</b>	1,61	<b>36,95</b>	0,08
Insignificativa Significativa	<b>5,65</b>	1,50	<b>5,48</b>	1,29	<b>37,54</b>	0,69
Insegura Segura	<b>6,05</b>	1,36	<b>5,10</b>	1,59	<b>2,07</b>	0,05
<i>Como es vivida la sexualidad:</i>						
Sexualmente NO activo Sexualmente Activo	<b>3,75</b>	2,02	<b>3,43</b>	1,21	<b>30,72</b>	0,54
Frágil Resistente	<b>3,85</b>	1,46	<b>3,10</b>	1,26	<b>37,57</b>	0,09
Enfermizo Saludable	<b>5,00</b>	1,81	<b>4,48</b>	1,72	<b>38,63</b>	0,35
Torpe Hábil	<b>3,85</b>	1,46	<b>3,62</b>	1,60	<b>38,94</b>	0,63
Inseguro Seguro	<b>4,35</b>	1,66	<b>4,48</b>	1,44	<b>37,57</b>	0,80

Teniendo en cuenta la carrera de medicina, dentro de la variable, pública privada, se observan diferencias en las polaridades **Infrecuente-Frecuente** donde la media de la UBA  $M=2,90$  ( $DS=1,091$ ) y la media de la IUCS ( $M=3,85$ ;  $DS=1,694$ ) ( $t=2,134$ ;  $p=0,39$ ), y para el par **Insegura-Segura** la media de la UBA ( $M=4,48$ ;  $DS=1,436$ ) y la media de la IUCS ( $M=4,35$ ;  $DS=1,663$ ) ( $t=2,073$ ;  $p=0,45$ ).

Frente a la pregunta *¿Qué edad le atribuye a los adultos mayores? ¿A los ancianos/as?* Se pudieron evidenciar diferencias significativas en función a la Universidad. La edad atribuida para la categoría anciano/anciana en los estudiantes de psicología de la UBA y de la UP. Observándose una media de  $M=70,75$   $DS=7,482$  para la UBA, y  $M=70,75$   $DS=7,482$  en el caso de la media de la UP ( $t=0,000$ ;  $p=0,000$ ). Si bien llama la atención que el valor de la media es el mismo en ambas universidades, difieren en el mínimo y el máximo. En el caso de la UBA el mínimo es 60 años y el máximo 85, en cambio para la UP el mínimo es 60 y el máximo 90. Observándose que los estudiantes de la universidad privada adjudican una mayor edad que los de la universidad pública.

A su vez se observan diferencias en el modo de respuesta que poseen los estudiantes de Psicología ante la justificación de la pregunta *¿A qué edad se deja de ser sexualmente activo? ¿Por qué?* En el caso de la UBA la edad atribuida fue; *“acercándose a los 65 años”, “después de los 40 años”, “Supongo que a partir de los 60, 70 años” “a partir de los 60”* y las respuestas dadas por los estudiantes de la universidad pública adjudicaban el cese de la vida sexual al plano físico, a la disminución del deseo o aparecían ideas tales como: *“ya no es una necesidad tan importante”,* o a la *“partida del deseo”, “tener otros intereses, o preocupaciones”,* algunos alumnos consideraron que una razón es *“lo orgánico”, “se va haciendo más difícil y van disminuyendo las ganas”, “menopausia disminuye el deseo paulatinamente”.* A su vez aparecieron respuestas como *“La razón principal son los peligros tales como enfermedades venéreas, de transmisión o infarto cardíaco”.*

En cambio, los estudiante de la UP, en la mayoría de los casos no se estableció una edad tope *“Creo q la sexualidad esta hasta el ultimo día”, “No creo que haya una edad tope para ser sexualmente activo”, “No sé si hay una edad en números”, “hasta la muerte”,* y se contemplaron otros aspectos más allá de lo fisiológico, considerando a la sexualidad desde un concepto más amplio y no reducido a la genitalidad; *“Es razonable que, a medida que los individuos envejecen, el período refractario sea más prolongado pero esto no indica que la persona no posea una sexualidad activa, saludable y placentera”, “El sexo puede practicarse de muchas maneras. Hay formas de sexo sin penetración”, “Creo que se puede ser sexualmente activo casi toda la vida, ya sea con caricias besos u otras cosas, eso dependerá de la salud de las personas”*

Observándose respuestas tales como, *“Creo que no se deja de serlo, existen muchos prejuicios sobre este tema, cuestión que sería positivo erradicar”, “Nunca, porque se es sexualmente activo desde que se nace hasta que se muere”,*

Se establecieron diferentes modos de vivir la sexualidad, descentralizando a la genitalidad *“la sexualidad va cambiando a lo largo de la vida y se va modificando la manera de disfrutar de ella”, “Creo que lo que determina a la persona a dejar de ser sexualmente activo depende únicamente de esa persona. Puede ser por enfermedades, por creencias, por depresión, por deterioro. No le pondría una edad”.*

Frente a estos datos se puede valorar que las diferencias encontradas entre los estudiantes de Psicología pueden deberse al programa de la carrera. En ambos caso existe una materia donde se aborda la tercera edad, sin embargo la diferencia reside en que en el plan de la UP esta materia se encuentra dentro de las materias obligatorias, en el caso de la UBA es optativa, pertenece al Circulo General.

En cuanto a los estudiantes de medicina, si bien en las escalas las respuestas tendientes a los polos positivos fueron en su mayoría realizadas por los estudiantes de la IUCS, en el caso de las preguntas a desarrollar resultó diferente. En relación a que edad consideran que se deja de ser sexualmente activo, las edades atribuidas fueron: “No depende de la edad solamente”, “creo que mas bien depende de la forma que tiene cada persona de ver al sexo y sobre todo el sexo con amor! No se si hay una edad... ojala que no!”, “No se debe dejar de ser sexualmente activo ya que es un factor importante en la vida y desarrollo del ser humano que aporta vitalidad, energía y entusiasmo”, “Depende de cada persona”, “Creo que no hay una edad para comenzar a serlo”, “**NO DEPENDE DE LA EDAD!**”, “No tiene una edad fija”, “Espero que a ninguna porque es algo para disfrutar toda la vida”. En cambio las respuestas dadas por los estudiantes de la IUCS, se asociaban a una edad tope: “a los 70 por cambios orgánicos y psíquicos propios de la edad”, “las enfermedades que presenta, aproximadamente a los 60-65 años”, “en el hombre a los 60, por la etapa de andropausia”, “A los 60, causas: trabajo. Impotencia. Tiempo, libido, hijos”, “Entre los 50-55 por disfunción eréctil”.

#### 4.5 ¿Cuestión de género?:

Posteriormente mediante un análisis y una descripción de la información obtenida a partir de las escalas administradas a los estudiantes, se realiza una comparación entre las diferentes actitudes que poseen hombres y mujeres frente a la sexualidad en la tercera edad.

**Tabla 8:** Comparación de media, desvío, valor t y p, para cada par de adjetivos, según el género.

	FEMENINO		MASCULINO			
<i>Sexualidad en la tercera edad:</i>	Media	Desvío	Media	Desvío	t	p
Inapropiada Apropiable	<b>6,11</b>	1,27	<b>6,33</b>	1,21	<b>0,77</b>	0,45
Infrecuente Frecuente	<b>3,33</b>	1,52	<b>3,19</b>	1,15	<b>-0,49</b>	0,63
Displacentera Placentera	<b>5,56</b>	1,54	<b>5,67</b>	1,44	<b>0,32</b>	0,75
Imposible Posible	<b>6,11</b>	1,19	<b>6,19</b>	1,15	<b>0,27</b>	0,79
Sin Penetración Con Penetración	<b>4,65</b>	1,62	<b>4,63</b>	1,76	<b>-0,05</b>	0,96
Insignificativa Significativa	<b>5,72</b>	1,60	<b>6,07</b>	0,83	<b>1,31</b>	0,20
Insegura Segura	<b>5,81</b>	1,51	<b>5,41</b>	1,53	<b>1,14</b>	0,26
<i>Como es vivida la sexualidad:</i>	Media	Desvío	Media	Desvío	t	p
Sexualmente NO activo Sexualmente Activo	<b>3,80</b>	1,55	<b>3,93</b>	1,71	<b>0,33</b>	0,74
Frágil Resistente	<b>3,69</b>	1,45	<b>3,48</b>	1,28	<b>-0,65</b>	0,52
Enfermizo Saludable	<b>5,50</b>	1,49	<b>5,00</b>	1,88	<b>-1,21</b>	0,24
Torpe Hábil	<b>4,26</b>	1,39	<b>3,96</b>	1,53	<b>-0,85</b>	0,40
Inseguro Seguro	<b>4,44</b>	1,70	<b>4,81</b>	1,33	<b>1,07</b>	0,29

##### 4.5.1 Análisis de resultados

La escala fue administrada a un total de  $n=81$  estudiantes avanzados de las carreras de Psicología y Medicina. La muestra estuvo compuesta por un 33,3% ( $n=27$ ) hombres y 66,7% ( $n=54$ ) mujeres. En el análisis de los datos obtenidos, se encontró que no existen diferencias en función del género de los estudiantes en cuanto a las creencias de la sexualidad en la tercera edad.

## **5. DISCUSIÓN:**

En el mundo se está dando un progresivo aumento de la esperanza de vida. Este incremento del promedio de edad de la población, se ve principalmente en el crecimiento de la población anciana. Las razones son variadas entre ellas se encuentran los avances tecnológicos y por sobre todo que la medicina se ha ido perfeccionando. Como expone Urquiza et al (2008) al hablar de un aumento de la esperanza de vida, inevitablemente se estaría hablando de una expansión temporal de la vivencia de la sexualidad. En un contexto donde la esperanza de vida aumenta cada vez más, surge el interrogante que guió el presente TFI, evaluar cuales son las creencias de los futuros agentes de salud respecto la sexualidad en la tercera edad.

Los datos que se pudieron extraer de las preguntas a desarrollar señalan que principalmente existen creencias, respecto a la finalización de la vida sexual, que se estructuran en función de la expectativa de rol. Los estudiantes, al momento de responder sobre que edad consideran que se deja de ser sexualmente activo, y cuales creen que son las razones, justifican que una de las causas del cese de la actividad sexual en la adultez mayor, es que por ser abuelos ya dejan de tener necesidades y aparecen otras más importante. A su vez se cree que en esta etapa vital, las ganas y el deseo disminuyen, opacando la vida sexual.

Los conocimientos que poseen los estudiantes sobre la menopausia y andropausia influyen de manera que son considerados factores necesarios para el cese de la sexualidad. Lo mismo ocurre con la creencia de que los cambios físicos y las enfermedades propias de la edad son impedimento para el desempeño sexual de los adultos mayores.

Los resultados de este trabajo indicaron que las principales creencias giraban en torno a la expectativa de edad, considerando que en la tercera edad “ya no hay necesidad” o “aparecen otras necesidades más importantes”, a la vez que apareció fuertemente el rol del abuelo “tienen que cuidar a los nietos”. El individuo no es únicamente un ser histórico que nace, se desarrolla y muere a lo largo de un período determinado de tiempo, sino que es, muy en especial, un ser social, un elemento activo de una estructura de roles y estatus (Carretero et al, 1991). Dicho autor señala que existe una expectativa de edad que se encuentra dentro de la estructura dinámica de la sociedad, jugando un papel decisivo en los sujetos; establecen las pautas de comportamiento esperables y a la vez intervienen en la conformación social del yo (Carretero, 1991).

A su vez, los argumentos dados por los estudiantes respecto a cuales son las causas por las que creen que se deja de ser sexualmente activo, refieren que se da una disminución en las ganas, o “a esa edad ya no es tan necesario”. En estas respuestas se observa como las creencias llevan a una no aceptación de la sexualidad en esta etapa vital. Frente a los resultados obtenidos y teniendo en cuenta la bibliografía consultada, Arol, et al (2005) quien llevó a cabo una investigación a 90 ancianos de 60 años y más, rompe con este mito de la asexualidad en la tercera edad. Evidenciándose que los ancianos interpretan la necesidad sexual como algo natural, siendo el 68,9% quien respondió de esta manera. Sin embargo en su estudio se comprueba como se reduce el interés, consecuencia de la falta de aceptación familiar y la falta de privacidad. Iacub (2001) a lo largo de sus textos sostiene que el deseo sexual aparece con el nacimiento y desaparece sólo con la muerte, está presente en ambos géneros, pudiéndose mostrar sin vergüenza.

Desafortunadamente, en muchos casos estos modos de interpretar la sexualidad cargados de prejuicios y expectativas para con la Tercera Edad imperan en la muestra, y como establece Levy (2000), inevitablemente repercuten en los Adultos Mayores (Levy, 2000 cit por Iacub et al 2009).

Asimismo se observaron respuestas vinculadas a la dificultad de tener relaciones sexuales debido a los cambios hormonales que suceden en la Menopausia y la Andropausia. Hay una creencia de que tanto en la Menopausia como en la andropausia, finaliza la capacidad reproductiva y con ella cesa la necesidad de mantener las relaciones sexuales. Existe confusión sobre el concepto de sexualidad, limitándose solamente al plano genital, y la reproducción, limitando las finalidades que pueda llegar a tener. Como propone Weeks (1998) la sexualidad persigue tres fines: reproducción, comunicación y placer. Sin embargo, fue segada durante siglos, relacionándola únicamente con la reproducción (Weeks, 1998, cit por Pérez, 2007). Estas creencias se deben a lo que Iacub (2009) reconoce como la demanda de respetabilidad, que se posee hacia los adultos mayores. Esta consiste en la exigencia de que estos controlen sus deseos más que en otras edades. Citando, a Salvarezza (1999) esto implica un riesgo, dado que se convierte en una profecía autopredictiva, la cual es internalizada por los adultos mayores.. Y, como establece Viego (2003), la creencia de que solo es normal la actividad sexual durante la vida reproductiva, condiciona directamente a los ancianos.

El desconocimiento sobre cuales son los cambios orgánicos, y cuales sus repercusiones generan que los estudiantes consideren que la Menopausia y Andropausia

razones suficientes para dejar de ser sexualmente activos. Se observa en esta investigación que los jóvenes re-construyen el concepto de la andropausia masculina. Como fue referido anteriormente Kusnetzoff (2001) ahonda sobre la andropausia, esclareciendo que esta constituye una crisis común del desarrollo, que se da en el varón de entre 40 y 60 años de edad sin tener que implicar una etapa de decadencia o secesión de la masculinidad. Dicho autor resalta la diferencia entre la Andropausia y Menopausia. Esta última es entraña una serie de cambios fisiológicos, sin embargo en el varón es un hecho puramente psicosocial, influenciado por pautas culturales, tendiendo secundariamente repercusiones en el plano físico (Kusnetzoff, 2001).

En relación a las enfermedades, los estudiantes vincularon los cambios orgánicos, psicológicos y enfermedades como factores que repercuten negativamente en la sexualidad del anciano. Estos datos coinciden con la investigación realizada por Urquiza et al (2008), donde se observa que los estudiantes consideran a los adultos mayores como personas dependientes, enfermizas, frágiles, conservadoras y sexualmente no activos.

Sin embargo el viejo sano, no es aquel que carece de enfermedad, por lo contrario será quien tiene la facultad de adaptarse a ella, a pesar del déficit. La vivencia de la enfermedad deja de estar sesgada por las falencias que esta genera. El sujeto, activo, desarrolla sus potencialidades, adecuándose a la situación de manera placentera (Ysern, 1999; Iacub et al 2009).

Las respuestas de los estudiantes, establecían que existen cambios en lo orgánico a lo largo del tiempo. Para ellos, en los adultos mayores, estos cambios implicarían un impedimento en su vida sexual. Es necesario tener en cuenta lo expuesto por Sarmientos Brooks, (1999), quien describe que los cambios físicos que se van dando en el hombre (cansancio, falta de apetito, disminución del deseo sexual, menoscabo o pérdida de potencia, irritabilidad y dificultad de concentración) alteraciones consecuencias de la baja producción de testosterona en el cuerpo. Empero, a pesar de estos cambios, no hay razón por la que las relaciones sexuales mermen.

Frente a las respuestas dadas por los alumnos, sesgadas de prejuicios asociados a diversos factores, resulta necesario enfatizar en que la sexualidad, es un proceso de carácter **biopsicosocial** (Viego, 2003). Por tener esa naturaleza, serán principalmente, los prejuicios sociales acompañados de causas psicológicas los que causen las disfunciones sexuales observadas en la senectud. La sexualidad en la tercera edad, depende menos de lo orgánico

que de lo social siendo que ambos sexos logran conservar su capacidad sexual hasta edades muy avanzadas Pérez, (2007). Por ello, el que los estudiantes de medicina y psicología (futuros agentes de salud) posean estas creencias no resulta un dato menor. Como propone Herrera (2003) las creencias, de que el anciano es asexuado, conforman la estructura normativa de la sociedad, sin descartar a los profesionales de la salud, quienes tratan con adultos mayores (Herrera, 2003).

Teniendo en cuenta los datos que se pudieron extraer tanto de las escalas como de las preguntas a desarrollar, se puede evidenciar como para los estudiantes de medicina existe una tendencia más asociada a la enfermedad. Iacub, Castro, Petrongolo y Tuchmann (2009) plantean que uno de los prejuicios más habituales es el de asociar vejez con enfermedad y reducir la vejez a un problema médico. Arol et al (2005) demuestra en su investigación, que a esta creencia sobre la ancianidad “enferma”, se le suma de que esta etapa vital se caracteriza por la falta de energía, lo cual conlleva a un deterioro sexual, a la pérdida del deseo y el placer por parte de los ancianos.

Las respuestas dadas por los estudiantes de Medicina darían cuenta de estos prejuicios, presentes en la muestra. La razón que le atribuye Arol et al (2005) es el desconocimiento, lo cual impacta en los profesionales de la salud, el propio individuo y la familia. Transformándose el proceso de envejecimiento en una triste letanía de enfermedades físicas y psíquicas como describe Iacub (2001).

Frente a la respuesta elaborada por los estudiantes, se podría decir que si bien el paso del tiempo puede implicar o no un incremento en las patologías consecuencias de cambios físicos, no existe razón alguna para que la imagen del adulto mayor se encuentre íntimamente asociada a enfermedad, ni pérdida de vitalidad (Iacub et al 2009).

Es por ello que los datos arrojados no resultan indiferentes, dado que se pone en evidencia el sesgo que poseen los estudiantes de medicina, quienes se encuentran acostumbrados y por sobre todo educados a observar las falencias, las enfermedades. Aquilino (1987) expresa que los médicos, obligados a asistir y curar al enfermo, se focalizan más en las enfermedades que en la salud. Argumentando que el modelo de salud que se impone desde el ámbito médico, posee una naturaleza paradójica de dependencia con la patología y con la génesis de las enfermedades. Deviniendo en la lucha de la salud contra la enfermedad, priorizándose la prevención de la enfermedad.

Al igual que Aquilino (1987) propone el modelo salutogénico, Ysern, (1999) cita la definición que la OMS realiza del viejo sano, la cual refiere a un sujeto con capacidad de

enfrentarse a sus déficit manteniendo sus potencialidades enfrentando éste proceso de cambio adaptándose eficazmente, y por sobre todo con satisfacción personal (Iacub et al 2009).

Cuando se solicita a los estudiantes de medicina un punto de corte de la sexualidad, lo asocian principalmente a los cambios físicos que van ocurriendo con el tiempo, es así que se observa como lo biológico pondera por sobre lo psicológico y social para los estudiantes de dicha carrera. Asimismo, poseen una tendencia de valorar más negativa a la sexualidad en la tercera edad y las vivencias que puede tener el anciano en función de ella. Contrariamente los estudiantes de Psicología tienden a valorar más positivamente esta etapa vital y su relación con la sexualidad.

Iacub et al, (2009) realiza una descripción de los diferentes modos de nominar a esta etapa vital. Vejez, Anciano/a, Tercera Edad y Adultos Mayores, fueron las nosologías que surgieron a lo largo del tiempo. Iacub (2009), demuestra como los modos de nominar fueron cambiando, evolucionando a un concepto más abarcativo, contemplando los aspectos positivos de esta etapa vital.

Cada modo que surgió para hablar de las personas mayores, resultaban coherentes con la época y los conocimientos que sobre esta etapa se tenía. Por ello se habla de una evolución, donde comienza a existir un respeto y una mayor valoración.

Sin embargo se puede observar como los conceptos evolucionan pero los sujetos siguen sujetos a viejas creencias. Esto se evidencia en las respuestas que dieron los estudiantes, dificultándose el poder asociar Tercera Edad y Ancianidad dentro de misma etapa vital. Demostrándose la carga negativa que posee el concepto de ancianidad, atribuyéndoselo a las personas más viejas, mientras que Tercera Edad principalmente es asociada a personas más jóvenes.

Las Representaciones Sociales, producto del conocimiento socialmente elaborado, se inscriben en el conocimiento del sentido común. Así las definiciones que puedan surgir de los estudiantes serán resultado de esta interacción con el medio, y la apropiación de las teorías que fueron surgiendo. Cuando acontece un cambio en este conocimiento, la apropiación por medio de los sujetos se da paulatinamente. Las representaciones sociales, dan forma al pensamiento social, formando parte de la estructura del pensamiento práctico con el fin de comprender, dominar y comunicarse en el entorno social (Jodelet, 1986).

Asimismo se observaron diferencias entre las Universidades Públicas y Privadas. Los estudiantes de la UBA de psicología, a diferencia de los de la UP atribuyeron edades distintas

a la Tercera Edad y a la Ancianidad. A su vez, en términos generales, los estudiantes que asistían a universidad privada realizaron una valoración principalmente positiva a diferencia de los estudiantes de la universidad pública. Sin embargo existió un caso en donde los estudiantes de la UBA de Medicina generalmente no designaron una edad específica para el cese de la actividad sexual, valorándola desde una perspectiva más amplia, sin limitarla al plano genital y físico, a diferencia de los de la IUUCS (medicina).

Un dato que resulta significativo, es que en la carrera de Psicología, en ambas Facultades existe una materia donde se trata la Tercera Edad. En la Universidad de Buenos Aires la materia es “Psicología de la Vejez” con una carga horaria de 3 horas semanales, a cargo del Dr. Ricardo Iacub. A su vez En la Universidad de Palermo existe la materia “Psicología Evolutiva II” donde se ahonda sobre la Tercer Edad, las características de esta etapa vital, a cargo de la Dra. Luisa Acrich y la Lic. Judith Jaskilevich. Pese a que en las dos Facultades exista una materia donde se estudian las características de esta etapa, la diferencia reside en que en la UBA esta materia es optativa dado que pertenece al Ciclo General, en cambio en la UP Evolutiva II se encuentra dentro de la currícula de materias obligatorias.

Pese a que se observaron diferencias entre la valoración que hicieron hombres y mujeres, en términos generales no prevalecieron diferencias significativas al momento de evaluar la sexualidad en la tercera edad. Evidenciándose que, para la muestra evaluada, no hay diferencia en la valoración según el género. Estos resultados coinciden con lo expresado por el estudio de Urquiza et al (2008) donde evaluaron la imagen que poseen los jóvenes universitarios sobre la sexualidad en la tercera edad. En su estudio no encontraron diferencias significativas en función del género, y la percepción que poseían hacia los adultos mayores.

## **6. REFLEXIONES FINALES:**

Los datos obtenidos comprueban como en la muestra evaluada, la creencia de la sexualidad en la tercera edad se encuentra influenciada por varios factores. Serán las Representaciones sociales, la carrera que se estudia y la universidad a la que asiste los principales agentes. A su vez, al estar dentro de una población que se vincula a la salud, se observa el sesgo que poseen los estudiantes, vinculado al modelo patogénico.

Sin embargo, en el caso de la Universidad de Palermo, principalmente, se observó una valoración positiva respecto de la sexualidad. Esto demuestra, que para la muestra seleccionada, la hegemonía del modelo médico donde impera una visión patológica, con un paciente, paciente, portador de enfermedades, distanciado de las emociones, y lo vincular

está comenzando a ser destronado. Comenzando a poseer más presencia el modelo salutogénico. Sin embargo es necesario que cada vez se conozca más.

El tema de la influencia del envejecimiento sobre la actividad sexual es asunto de este siglo. Las personas se están enfrentando de forma súbita a una prolongación de la vida con escasos conocimientos de su capacidad fisiológica y un patrón cultural donde se integran rígidos conceptos sobre sexo y sexualidad.

Gott et al (2004) realizó una investigación en la cual identificó que los médicos no se ocupan de la salud sexual de forma proactiva con las personas mayores, y que dentro de la atención primaria, la salud sexual se equipara con las personas jóvenes y no se ve un tema legítimo para la discusión con este grupo de edad.

Esto se puede deber a que la preparación durante el proceso de aprendizaje, como futuros agentes de salud, se encuentra limitada. Como se observa en los resultados, los alumnos no poseen una preparación sobre la Tercera edad y mucho menos sobre la sexualidad. El desconocimiento se acompaña de mitos y creencias erróneas. Las carreras no brindan los conocimientos necesarios para abordar dicha problemática. De este modo se rompería con prejuicios y temores de enfrentar a la sexualidad en la tercera edad, favoreciendo no solo a médicos y psicólogos desde sus conocimientos, sino que los principales beneficiados serán los ancianos.

Tal como lo plantean Pérez y Arcia (2007) Para poder satisfacer la categoría de vejez demográfica, es necesario asistir a este progresivo fenómeno, desarrollando la cultura del envejecimiento, incluyéndose la sexualidad entendida como una de las dimensiones más ricas de la vida en todas sus etapas.

Con el estudio se evidencia que muchas de las creencias que posee la muestra sobre el lugar de las actitudes y los comportamientos sexuales de las personas mayores se basan en representaciones sociales cargadas de estereotipos y tabúes sobre que es el envejecimiento y la sexualidad, en lugar de la experiencia personal de cada paciente (Gott et al, 2004).

Las limitaciones no deben atribuirse a los estudiantes, más bien recae sobre el sistema de educación, el cual se ve limitado para abordar la temática de la sexualidad en la tercera edad. Natividad (2006) expresa que la existencia de prejuicios y estereotipos sociales que se encuentran en el equipo de salud señalan la falta de información y escasa capacitación sobre sexualidad en el adulto mayor.

Dentro de las limitaciones del estudio se puede describir que una muestra más amplia hubiese podido enriquecer los datos obtenidos. A la vez al momento de la administración de la escala, una mayor profundización en las preguntas a desarrollar resultaría favorable.

Hubiese sido útil indagar si la valoración de la sexualidad era diferente para cada sexo. Para ello al administrar la escala, en lugar de preguntar solamente sobre tercera edad, se podría haber preguntado sobre el anciano y la anciana. Obteniendo así, datos respecto a si se valora diferente la sexualidad para el hombre y la mujer anciano.

Siendo que la muestra se limitó solamente a 4 universidades, sin desestimar los datos aportados por la investigación, integrar más alumnos y más universidades, habría ampliado el panorama de cual es la actitud de los estudiantes universitarios, frente a la sexualidad en la tercera edad.

Los actuales estudiantes son la generación del cambio, es necesaria la toma de consciencia que ellos serán futuros profesionales que asistirán a los adultos mayores. Como agentes de salud inevitablemente se enfrentarán en situaciones donde deberán trabajar con adultos mayores y las inquietudes que ellos tengan. Aceptar, reconocer y conocer los cambios que acontecen en la adultez mayor, no solo los acercará más a los pacientes, sino a ellos mismos como futuros jóvenes que envejecerán.

La reacción al envejecimiento está definida por la percepción personal y la adaptación psicológica a los cambios biológicos producidos en esta etapa de la vida, por lo que se hace indispensable el conocimiento de la alianza envejecimiento-sexualidad (Vásquez-Bronfman, 2006) Como plantea Salvarezza (1999), al negarse a reconocer la sexualidad de los viejos, los jóvenes y los adultos se niegan a reconocerse a sí mismos en los viejos que serán, en sus deseos y en sus posibilidades, y esto, si no se modifica, inevitablemente acarreará consecuencias cuando no sepan cómo lidiar con la vejez. Las creencias negativas que los jóvenes tengan sobre la vejez, repercutirá en ellos mismos. Estas creencias constituyen expectativas sobre sus propias vidas.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Aquilino P. L (1987) *Educación para la Salud*. Herder, Barcelona
- Arol Gonzales Domínguez, R.; Nuñez Rodriguez, L.; Hernandes Pupo, O.; Betancourt Navarro, M. (2005). *Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades*. Archivo médico de Camagüey 2005; 9 (4)
- Barberá, E. (2000) *Intervención en los ámbitos de la sexología y de la gerontología*. Madrid: Ediciones Pirámides
- Berger P; Luckmann T (2005) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- Carretero, M; Palacios, J; Marchesi, A (1991) *Psicología Evolutiva Vol. III. Madurez y Senectud*. Madrid. Alianza Psicológica.
- CELADE (2003). *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-20050* Boletín Demográfico, Vol. 36, No 72
- DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000) American Psychiatric Association, American Psychiatric Association.
- González, I; Miyar, E. (2001). *Respuesta sexual en la mujer climatérica*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 17(4): 328-330
- Gott M, Hinchliff S; Galena E (2004) *General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people*. Social Science & Medicine 58 2093–2103
- Herrera, A. (2003). *Sexualidad en la vejez, ¿mito o realidad?* In: Rev. Chil. Obstet. Ginecol. Vol.68, no.2.
- Iacub, R. (2001) *Proyectar La vida. El desafío de los mayores*. Manantial: Buenos Aires.
- Iacub, R. (2004) *Erótica y vejez en la cultura grecolatina*. Revista Brasileira De Ciencias Do Envelhecimento Humano Publicao Interdisciplinar da Universidade de Passo Fundo Vol. 2 N° 2 extraído de:[http://www.ricardoiacub.com.ar/publicaciones\\_en\\_revistas\\_cient.htm](http://www.ricardoiacub.com.ar/publicaciones_en_revistas_cient.htm)
- Iacub, R. (2006) *Erótica y Vejez. Perspectivas de Occidente* Paidós: Buenos Aires.
- Iacub, R (2009) *Prácticas no discriminatorias en relación con adultas y adultos mayores*. INADI: Buenos Aires.

- Jodelet, D (1986) *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En: Moscovici, Serge (comp.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Ediciones Paidós,
- Kaplan H, Sadock BJ (2000) *Sinopsis de psiquiatría, 8va edición*. Washington DC: Editorial Médica Panamericana.
- Kusnetzoff, J.C. (2001) *Andropausia. Renacer a los 50*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo: Buenos Aires.
- Natividad Echenique Vidal, L. (2006) *Estudio de Sexualidad en la Tercera Edad*. Tesis de Grado. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Valdivia-Chile. Extraída de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fme.18e/doc/fme.18e.pdf>
- Leyva Moral, Juan Manuel. (2008) *La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos*. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2008; 17(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6592.php>>
- Organización Mundial de la Salud, (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Organización Mundial de la Salud serie de Informes Técnicos; N° 572
- Pérez Martínez, V. & Arcia Chávez, N. (2007) *Comportamiento de la sexualidad en ancianos del Policlínico "Ana Betancourt"*. Revista MGI. Vol. 24. no.2.
- Pérez Martínez, V (2007) *Sexualidad humana, una mirada desde el adulto mayor* Rev. cuba. med. gen. integr; 24(1), Extraída de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=499288&indexSearch=ID>
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría Teoría y clínica*. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Sarmientos Brooks, G.; Pagola Leyva, J.; Oramas Hernández, L. (1999) *La sexualidad en el adulto mayor*. Revista Sexología y Sociedad; 5 (3):29-32 Cuba
- Steinke E (1997) *Sexuality in Aging: Implications for nursing facility Staff*. Ther Journal of Continuing Education in Nursing; 28(2):59-63
- Trudel G, Turgeon L & Piche L. (2000) *Marital and sexual aspects of old ages*. Sexual an Relationships Therapy; 15 (4):381-406

Urquiza, A, Thumala, D, Arnold-Cathalifaud, M, Ojeda, A. & Vogel, N. (2008) *Sexualidad en la tercer edad. La imagen de los jóvenes universitarios*. Universidad de Chile, Recuperado el 25 de Agosto de 2009 de <http://www.pucsp.br/ponto-e.../n4/.../ART15AnahiDanielaMarcelo.pdf> -

Vásquez-Bronfman, A (2006) *Amor y Sexualidad en las personas mayores. Transgresiones y secretos*. Barcelona: Gedisea

Viego, C. L.; (2003) *La sexualidad en la Tercer edad*. Centro Universitario José Martí Pérez. Sancti-Spíritus. Cuba

Yserm 1999 *Inteligencia Emocional en el Adulto Mayor, avances y desafíos para un enfoque integral* Recuperado el 16 de Octubre de 2009 de: <http://www.ubiobio.cl/vitrina/adultomayor.htm>

# **Anexo**