

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

“LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR COSTARRICENSE”

Estudio descriptivo de personas de 60 años o más, que asisten al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor “Dr. Alfonso Trejos Willis”, de la Universidad de Costa Rica

Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología

HELGA QUIROS SALAZAR

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Costa Rica, 2005

Aprobación de Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología

Título del proyecto:

“LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR COSTARRICENSE”. Estudio descriptivo de personas de 60 años o más, que asisten al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor “Dr. Alfonso Trejos Willis”, de la Universidad de Costa Rica.

Sustentante:

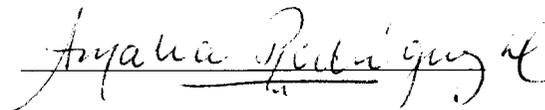
Helga Quirós Salazar.

Aprobado por:

Dr. Ronald Ramírez Henderson
Director de Tesis



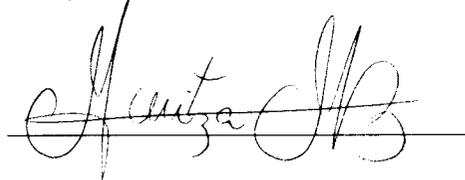
Lic. Amalia Rodríguez Herrera
Comité Asesor



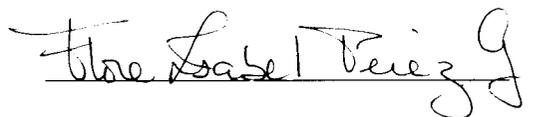
Msc. Margarita Murillo Gamboa
Comité Asesor



Lic. Maritza Mata Barahona
Profesora invitada



Lic. Flora Isabel Pérez Gutiérrez
Representante de la Escuela de Psicología



Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Costa Rica, 2004

Reflexión

Me dicen lo que tengo que hacer o decir, porque a mi edad no es adecuado hacer o decir algunas cosas.

Me dicen lo que tengo que ponerme o vestir, porque a mi edad no debo verme ridículo.

Contar con un espacio privado es todo un privilegio y disfrutar de mi cuerpo es casi un delito.

Me siento seguro de lo que quiero y de lo que soy. Sé lo que me gusta y conozco lo que necesito.

Mi vida la quiero vivir sin limitaciones ni prejuicios. Quiero ser dueño de mis actos, de mis deseos, de mis pensamientos y de mis emociones.

¿Por qué intentan limitarme?. Tan sólo tengo 15 años, y cuando cumpla ochenta...seguiré pensando igual.

¡Yo quiero vivir intensamente!.

Helga Quirós S.

Dedicatoria

*A Diosito, porque siempre me complace en todo.
A mi padres, a mis hermanos y a mi sobrina, a quienes amo y dedico mis éxitos.
A mi hermana y colega, con quien comparto la pasión por la psicología.
A Henry, por diez años de amor y compañía.
A mis abuelos y abuelas, por heredarme lo mejor de cada uno
y permitirme crecer junto a ellos.
Y a todos los adultos mayores, por despertar en mí
una vocación y un amor sin barreras.
Ojalá este esfuerzo sea tan significativo para ustedes,
como lo es para mí.*

AGRADECIMIENTOS

A todos los hombres y mujeres adultos mayores que participaron en esta investigación, compartiendo sus relatos y opiniones, y posibilitando que otros aprendan y crezcan a partir de sus experiencias. Gracias a ustedes fue posible realizar este trabajo.

A Ronald Ramírez, por quien tengo gran admiración. Gracias por brindarme su ejemplo y su guía, los que me han ayudado a crecer y a madurar. Gracias también por brindarme apoyo, tranquilidad, esperanza y sabiduría en los momentos de prueba. Espero seguir sus pasos y ser una excelente psicóloga.

A Margarita Murillo y Amalia Rodríguez, por ser tan valiosas mujeres y psicólogas. Gracias por dedicarme siempre el tiempo necesario y mucho más... Sus palabras, enseñanzas y consejos me brindaron seguridad, confianza y entereza para “decirme a cambiar en tiempos de cambio”.

A Marisol Rapso, Coordinadora del Programa Integral para el Adulto Mayor, y a quienes trabajan con ella, por el apoyo invaluable que me brindaron durante la realización de este proyecto. Gracias por permitirme acercarme a sus queridos adultos mayores.

A la Vicerrectoría de Acción Social y a la Vicerrectoría de Investigación, por apoyarme y demostrarme que realmente valoran el esfuerzo de sus estudiantes. Continúen apoyando a todos aquellos que se muestran sinceramente comprometidos con su profesión.

A la señora Doris Sosa, a Elena Andraus y a quienes laboran en la Unidad de Servicios Estadísticos de la UCR. Gracias por su valiosa asesoría y el esfuerzo invaluable que me brindaron para que este estudio fuera realmente provechoso.

A Eduardo Ruiz, a Flory Taylor, a Luis Emilio Corrales y a Doris Sosa; quienes me brindaron su valioso tiempo y experiencia en la validación del cuestionario. Tendré siempre presente su vocación por ayudar y orientar a otros incondicionalmente. ¡Sinceramente... gracias!.

Gracias a Andrea Cuenca, Brilet Calderón, Karol Navarro, Marina Rivera y Marisol Jara; quienes me apoyaron de forma responsable y comprometida con su profesión. Fue una bendición contar con cada una. Mis éxitos los comparto con ustedes.

RESUMEN EJECUTIVO

Esta investigación aborda el tema de la sexualidad del adulto mayor costarricense, y consiste en el análisis descriptivo de los resultados obtenidos de un cuestionario aplicado a personas de sesenta años o más, que asistieron al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor, de la Universidad de Costa Rica durante el segundo semestre del año 2004. La muestra está conformada por un total de 155 sujetos, de los cuales 114 son mujeres y 41 son hombres.

El objetivo principal estuvo dirigido a indagar y conocer el patrón de comportamiento sexual de hombres y mujeres de sesenta años o más; identificando conductas, cogniciones y emociones con una visión integrada de la sexualidad humana basada en factores biológicos, psicológicos, sociológicos y culturales.

Como antecedentes y fuentes informativas se mencionan los trabajos realizados por varios organismos e instituciones nacionales e internacionales, los cuales se dedican a brindar capacitación y atención al adulto mayor. Además, se retoman consideraciones de autores nacionales e internacionales que han estudiado sobre el tema o se han referido a él.

A nivel teórico se desarrolla una breve caracterización del adulto mayor costarricense. Posteriormente, se abordan y desarrollan temas sobre la sexualidad integral y los factores psicológicos, fisiológicos, sociales y culturales que la componen.

En cuanto a la metodología, esta investigación es de carácter exploratorio y descriptivo. Se construyó un cuestionario estructurado, conformado por cuatro apartados a partir de los cuales se agrupan determinadas preguntas, relacionadas entre sí por una misma temática para darle mayor orden y claridad a lo que se consulta. El cuestionario contiene en total 144 preguntas o ítems. Fue aplicado de forma individual, y para su aplicación se requiere –en promedio- de una hora y media.

Una vez recogida la información, se procesó para ser analizada estadísticamente; considerando dos tipos de categorizaciones, las cuales son género y rango de edad (en intervalos de 10 años). Los resultados obtenidos se presentan en tablas que resultan idóneas para lograr un mejor aprovechamiento y detalle de la información obtenida.

El análisis interpretativo de la información se realizó tomando como base los principios de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), de Albert Ellis y algunos conceptos claves de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck.

Resumen del contenido de cada capítulo

A continuación, se presenta un resumen de la información contenida en cada uno de los capítulos que conforman la presente investigación, con el fin de orientar al lector y brindarle un esquema de lo que encontrará en este documento.

En el capítulo II del marco teórico, se detalla información sobre antecedentes nacionales e internacionales, y se brinda una caracterización de la población adulta mayor y del Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica. Además, se aborda el tema de la sexualidad integral y el comportamiento sexual del adulto mayor, así como los planteamientos y características del enfoque cognitivo conductual emocional con el cual se analiza la información.

En el capítulo III, se detalla el planteamiento del problema y los objetivos específicos y externos que guían la investigación. Seguidamente, se presenta el capítulo IV el cual contiene la metodología y detalla todo lo referente al tipo de estudio, la población, la muestra, la recolección de la información, las precauciones para proteger a los participantes y el procesamiento de la información.

En el capítulo V se exponen los resultados obtenidos, considerando los siguientes cuatro apartados: aspectos demográficos, aspectos sobre calidad de vida, aspectos sobre salud y estado físico, y aspectos sobre sexualidad. Este último contiene la información concerniente al cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados en esta investigación.

En el capítulo VI se presenta la discusión y el análisis de la información, y en el capítulo VII se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. Finalmente, en los anexos, se presenta el cuestionario que se construyó para realizar el estudio y otros datos que pueden ser de interés para el lector.

INDICE

CAPÍTULO I

Introducción.....	14
-------------------	----

CAPÍTULO II

Marco teórico.....	16
A. Antecedentes.....	17
1. Nacionales	17
2. Internacionales.....	28
B. Caracterización de la población meta	31
1. Aspectos demográficos y situación actual.....	31
2. Mortalidad y morbilidad.....	33
3. El adulto mayor y el proceso de envejecimiento.....	34
C. Caracterización del Programa Integral para el Adulto Mayor	35
1. Orígenes del programa y población matriculada durante el año 2004	36
2. Objetivos del programa	37
3. Áreas de trabajo del programa.....	38
4. Requisitos para los participantes	39
D. La sexualidad integral y el comportamiento sexual del adulto mayor	40
1. Aspectos sociales y culturales	41
2. Aspectos psicológicos	50
3. Aspectos fisiológicos o físicos	52
E. Planteamientos y características del enfoque cognitivo, conductual y emocional.....	56
1. Conceptos fundamentales y principios básicos	57
▪ La Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis.....	57
▪ La Terapia Cognitiva de Aarón Beck.....	62
2. Conductas, cogniciones y emociones sobre la sexualidad del adulto mayor	64

CAPÍTULO III

Planteamiento del problema y objetivos.....	68
A. Problema de investigación.....	68
B. Objetivo general.....	69
C. Objetivos específicos	69
D. Objetivos externos	70

CAPÍTULO IV

Metodología.....	71
A. Tipo de estudio	71
B. Población	72
C. Muestra	72
1. Criterios de inclusión y criterios de exclusión para la población.....	73
2. Selección de la muestra	74
D. Recolección de la información	76
1. Instrumento de recolección de la información	76
2. Validez de contenido	79
E. Precauciones para proteger a los participantes.....	82
F. Procesamiento de la información	83

CAPITULO V

Presentación de los resultados obtenidos.....	89
A. Primer contacto con los sujetos	90
B. Aspectos demográficos	92
1. Edad.....	92
2. Nacionalidad.....	94
3. Provincia y cantón de residencia	95
4. Estado civil	97
5. Número de hijos	98
6. Convivencia.....	98
7. Nivel de educación	100
C. Aspectos sociales y culturales.....	101
1. Tiempo de asistencia al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor.....	102
2. Religión	103
3. Pensión	105
4. Trabajo.....	106
5. Estudio.....	109
6. Actividades recreativas.....	112
7. Apoyo de la familia y los amigos	115
8. Espacio y ambiente.....	117
9. Compañía al dormir.....	118
D. Aspectos físicos y fisiológicos	119
1. Necesidad de recibir ayuda de otras personas para realizar las actividades diarias	120
2. Padecimiento de enfermedades	120
3. Tipos de enfermedades que padecen	121
4. Uso y tipos de medicamentos	123
5. Calidad y tipo de alimentación.....	124
6. Práctica de ejercicio físico.....	126
7. Higiene personal.....	130
E. Aspectos sobre la sexualidad	131
1. Identificación de la definición de los términos sexo y sexualidad que sostienen los hombres y mujeres de 60 años o más	132
▪ Significado de la palabra sexo.....	132
▪ Significado de la palabra sexualidad	133
▪ Fuentes de donde han obtenido información sobre sexualidad	134
2. Establecimiento de la frecuencia de la práctica de relaciones sexuales y antecedentes sobre la primera relación sexual, en hombres y mujeres de 60 años o más	136
▪ Actividad sexual actual y frecuencia de relaciones sexuales	136
▪ Antecedentes sobre la primera relación sexual.....	137
3. Caracterización de los estilos o modalidades de contacto sexual de hombres y mujeres de 60 años o más.....	142
▪ Orientación sexual	142
▪ Estilos de contacto sexual.....	143
▪ Tipos de relaciones sexuales.....	146
▪ Uso del condón	147
▪ Uso de juguetes o artículos sexuales	147
▪ Uso de lubricante	149

▪ Uso de la imaginación y las fantasías sexuales	151
▪ Práctica de la masturbación	152
▪ Parejas estables y parejas ocasionales	154
▪ Pareja actual.....	156
4. Determinación sobre las creencias y pensamientos que mantienen los adultos mayores con respecto a la sexualidad.....	158
▪ Creencias sobre la importancia de recibir información sobre sexualidad	158
▪ Influencias que existen sobre nuestros comportamientos y actitudes	159
▪ Influencia del condón sobre el placer sexual.....	160
▪ Consideraciones sobre el funcionamiento del medicamento Viagra.....	161
▪ Creencias sobre el uso de la imaginación y las fantasías sexuales.....	162
▪ Creencias sobre el uso de artículos sexuales	163
▪ Creencias sobre la masturbación	164
▪ Atribuciones sobre las principales causas de la infidelidad	165
▪ Consideraciones sobre la edad y el proceso de envejecimiento	166
▪ Creencias sobre la edad y el disfrute de la sexualidad	170
▪ Creencias sobre la homosexualidad.....	178
▪ Nivel de conocimiento de mitos y temáticas de educación sexual.....	178
5. Identificación de factores fisiológicos y psicológicos que obstaculizan o limitan la sexualidad	182
▪ Auto concepto, imagen corporal y atracción física	182
▪ Calidad de la relación de pareja.....	189
▪ Cambios físicos y problemáticas en la actividad sexual de los hombres	195
▪ Cambios físicos y problemáticas en la actividad sexual de las mujeres.....	198
▪ Uso del medicamento Viagra	201
▪ Influencia de la agresión física o verbal sobre la sexualidad	203
▪ Razones por las cuales no se tiene pareja	204
▪ Razones por las cuales no se tiene actividad sexual.....	205

CAPÍTULO VI

Discusión y análisis de la información.....	207
A. Sobre lo contemplado en el objetivo 1	211
B. Sobre lo contemplado en el objetivo 2.....	213
C. Sobre lo contemplado en el objetivo 3.....	216
D. Sobre lo contemplado en el objetivo 4	225
E. Sobre lo contemplado en el objetivo 5.....	238

CAPÍTULO VII

Conclusiones y recomendaciones.....	251
A. Conclusiones.....	251
B. Recomendaciones	260

BIBLIOGRAFÍA.....	268
--------------------------	------------

ANEXOS	273
---------------------	------------

INDICE DE TABLAS

Tabla #1	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “edad”	93
Tabla #2	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “nacionalidad”	94
Tabla #3	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “provincia de residencia”	95
Tabla #4	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “cantón de residencia”	96
Tabla #5	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “estado civil”	97
Tabla #6	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “número de hijos”	98
Tabla #7	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “personas con quienes convive”	99
Tabla #8	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “otras personas con quienes convive”	100
Tabla #9	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “nivel de educación”	101
Tabla #10	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	102
	según “tiempo de asistencia al Programa para el Adulto Mayor”	102
Tabla #11	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si cree en una religión específica”	103
Tabla #12	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “religión en la cual cree”	104
Tabla #13	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “grado de religiosidad que tiene”	104
Tabla #14	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tenencia de pensión”	105
Tabla #15	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	106
	según “institución u organismo del cual recibe pensión”	106
Tabla #16	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “trabaja actualmente”	107
Tabla #17	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “horas que dedica al trabajo por semana”	107
Tabla #18	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “nivel al que pertenece el trabajo que realiza”	108

Tabla #19	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “principal razón por la que trabaja”	109
Tabla #20	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si estudia actualmente”	109
Tabla #21	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “horas que dedica al estudio por semana”	110
Tabla #22	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “área a la que pertenece lo que estudia”	111
Tabla #23	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “principal razón por la que estudia actualmente”	111
Tabla #24	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si realiza actividades recreativas”	112
Tabla #25	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “horas que dedica a realizar actividades recreativas por semana”	113
Tabla #26	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipos de actividades recreativas que realiza”	113
Tabla #27	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “otras actividades que realiza”	114
Tabla #28	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “principal razón por la que realiza actividades recreativas”	115
Tabla #29	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “grado de importancia que tiene contar con el apoyo de la familia”	116
Tabla #30	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “grado de importancia que tiene contar con el apoyo de amigos”	116
Tabla #31	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “grado de importancia respecto a contar con un espacio propio y privado”	117
Tabla #32	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de ambiente en que se desenvuelve”	118
Tabla #33	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de compañía al dormir”	119
Tabla #34	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “grado de ayuda que requiere para realizar la mayoría de las actividades diarias” ..	120

Tabla #35	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “padecimiento de alguna enfermedad”	121
Tabla #36	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de enfermedad que padece”	122
Tabla #37	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	123
	según “si padece o padeció alguna enfermedad de transmisión sexual”	123
Tabla #38	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si toma algún medicamento”	123
Tabla #39	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de medicamento que toma”	124
Tabla #40	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “opinión respecto a si se alimenta bien”	125
Tabla #41	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según	125
	“razones por las que considera que se alimenta bien”	125
Tabla #42	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	126
	según “razones por las que considera que no se alimenta bien”	126
Tabla #43	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “realización de ejercicio físico”	127
Tabla #44	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “veces que realiza ejercicio físico”	127
Tabla #45	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	128
	según “lugar donde realiza ejercicio físico”	128
Tabla #46	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de ejercicio físico que realiza”	129
Tabla #47	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	130
	según “principal razón por la que realiza ejercicio físico”	130
Tabla #48	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “frecuencia de baño”	130
Tabla #49	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	133
	según “significado asignado a la palabra sexo”	133
Tabla #50	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	134
	según “significado asignado a la palabra sexualidad”	134

Tabla #51	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	135
según “fuente de donde ha recibido información sobre sexualidad”	135
Tabla #52	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	136
según “si mantiene actividad sexual”	136
Tabla #53	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	137
según “frecuencia de relaciones sexuales”	137
Tabla #54	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	138
según “edad en la que tuvo la primera relación sexual”	138
Tabla #55	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	139
según “persona con quien tuvo la primera relación sexual”	139
Tabla #56	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	140
según “diferencia de edad con respecto a la persona con quien tuvo la primera relación sexual”	140
Tabla #57	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	141
según “lugar donde tuvo la primera relación sexual coital genital”	141
Tabla #58	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	142
según “grado de satisfacción de la primera relación sexual”	142
Tabla #59	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “orientación sexual”	143
Tabla #60	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	144
según “tipos de acercamientos que se dan entre el sujeto y su pareja”	144
Tabla #61	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	144
según “frecuencia de acercamientos entre la pareja”	144
Tabla #62	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	145
según “actividades que disfruta hacer con la pareja”	145
Tabla #63	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	146
según “tipo de relaciones sexuales que practica”	146
Tabla #64	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	147
según “uso de algún método de protección”	147
Tabla #65	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	148
según “uso de juguetes o artículos sexuales”	148

Tabla #66	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	149
según “tipo de juguetes o artículos sexuales que ha utilizado”	149
Tabla #67	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	150
según “uso de lubricante”	150
Tabla #68	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	150
según “tipos de lubricante que usa”	150
Tabla #69	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	151
según “frecuencia del uso de lubricante”	151
Tabla #70	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	152
según “uso de la imaginación o fantasías sexuales para obtener placer sexual”	152
Tabla #71	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	152
según “practica de la masturbación”	152
Tabla #72	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	153
según “frecuencia de la practica de la masturbación”	153
Tabla #73	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	154
según “razones por las que practica la masturbación”	154
Tabla #74	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	155
según “número de parejas estables que ha tenido durante su vida”	155
Tabla #75	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	155
según “número de parejas ocasionales que ha tenido durante su vida”	155
Tabla #76	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	156
según “si tiene pareja actual”	156
Tabla #77	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	157
según “diferencia de edad con respecto a la pareja actual”	157
Tabla #78	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	158
según “tiempo que tiene de estar con la pareja”	158
Tabla #79	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	159
según “grado de importancia sobre recibir información acerca de la sexualidad después de los 60 años”	159
Tabla #80	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	160
según “influencias sobre los comportamientos y actitudes”	160

Tabla #81	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 161
	según “consideraciones sobre la influencia del uso del condón en el placer sexual” 161
Tabla #82	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 162
	según “consideraciones sobre el funcionamiento del medicamento Viagra” 162
Tabla #83	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 163
	según “creencias sobre el uso de la imaginación para obtener placer sexual” 163
Tabla #84	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 164
	según “creencias sobre el uso de artículos sexuales” 164
Tabla #85	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 165
	según “creencias sobre la masturbación” 165
Tabla #86	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 166
	según “atribuciones sobre las principales causas por las que se da la infidelidad en una pareja” 166
Tabla #87	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” 167
	según “creencia sobre la edad a partir de la cual una persona puede considerarse anciana” 167
Tabla #88	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” 168
	según “consideraciones respecto a lo que debería hacer una persona después de los 60 años” 168
Tabla #89	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” 169
	según “sentimientos que despiertan los cambios físicos que se producen con el envejecimiento” 169
Tabla #90	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” 170
	según “creencia respecto a la edad en la que fallece la mayor cantidad de las personas” .. 170
Tabla #91	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 171
	según “cambios que experimenta la sexualidad con la edad” 171
Tabla #92	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “creencias 172
	sobre la edad en que la mayoría de las personas disfrutaban plenamente de su sexualidad” . 172
Tabla #93	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” 173
	según “consideraciones sobre lo que debería hacer una persona después de los 60 años” . 173
Tabla #94	
	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “consideraciones sobre lo que debería hacer una persona cuando no logra mantener relaciones sexuales placenteras” 174

Tabla #95	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	175
según “consideraciones sobre lo que es necesario para mejorar la sexualidad en la vejez”	175
Tabla #96	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “aspectos	176
principales para que en una pareja los encuentros sexuales sean gratificantes y placenteros”	176
Tabla #97	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	177
según “consideraciones sobre la forma en como ha vivido su sexualidad”	177
Tabla #98	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	178
según “opinión sobre cómo debe ser considerada una persona homosexual o gay”	178
Tabla #99	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	179
según “nivel de conocimiento sobre mitos y temáticas de educación sexual”	179
Tabla #100	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	182
según “tipo de persona que se considera que es”	182
Tabla #101	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “frecuencia con la que	183
la apariencia física resulta importante en las relaciones interpersonales”	183
Tabla #102	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	184
según “tipo de pensamientos que tiene cuando piensa en su cuerpo”	184
Tabla #103	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	184
según “reacciones cuando mira su cuerpo desnudo”	184
Tabla #104	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	185
según “frecuencia de los intentos que hace para mejorar su apariencia”	185
Tabla #105	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	185
según “si le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo”	185
Tabla #106	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”	186
según “principal razón por la que le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo”	186
Tabla #107	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “la parte del cuerpo que le	
gustaría cambiar”	187
Tabla #108	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “atracción física que cada sujeto	
cree que tiene al compararse a sí mismo con otras personas de su misma edad”	188
Tabla #109	
Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “consideraciones del sujeto	
respecto a cómo lo percibe su pareja en comparación con otras personas de su misma edad”	
.....	188

Tabla #110	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “consideraciones del sujeto respecto a la atracción física que tiene su pareja en comparación con otras personas de la misma edad”	189
Tabla #111	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	190
	según “consideraciones del sujeto respecto a lo que mantiene la relación con su pareja” ..	190
Tabla #112	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	191
	según “grado de felicidad durante el tiempo que ha estado con su pareja”	191
Tabla #113	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	191
	según “grado de satisfacción del sujeto sobre la relación de pareja que mantiene”	191
Tabla #114	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	192
	según “tipo de espacio de intimidad que tiene para estar con su pareja”	192
Tabla #115	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	193
	según “medios por los cuales experimenta el placer sexual con su pareja”	193
Tabla #116	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “frecuencia con la que su pareja responde placenteramente a los acercamientos sexuales que usted le hace”	194
Tabla #117	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “frecuencia con la que el sujeto responde placenteramente a los acercamientos sexuales de su pareja”	195
Tabla #118	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	196
	según “principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de los hombres”	196
Tabla #119	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	198
	según “problemáticas que han experimentado los hombres en la respuesta sexual de su cuerpo”	198
Tabla #120	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	199
	según “principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de las mujeres”	199
Tabla #121	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	200
	según “problemáticas que han experimentado las mujeres	200
	en la respuesta sexual de su cuerpo”	200
Tabla #122	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	201
	según “si el sujeto o su pareja han usado Viagra alguna vez”	201
Tabla #123	Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	202
	según “si el sujeto o su pareja usan Viagra actualmente”	202

Tabla #124

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	202
según “grado de satisfacción al usar Viagra”	202

Tabla #125

Distribución de frecuencias de los sujetos ” por “sexo” y por “edad”	203
según “consideraciones sobre lo que puede ocasionar la agresión física o verbal	203

Tabla #126

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	205
según “razones por las que no tiene pareja actualmente”	205

Tabla #127

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”	206
según “razones por las cuales actualmente no tiene actividad sexual”	206

CAPÍTULO I

Introducción

A nivel mundial, el aumento en la población de adultos mayores aunado al desconocimiento y la escasa información sobre estos grupos de edad, ha llevado a muchos países a realizar estudios más detallados y concisos que han posibilitado el reconocimiento y el tratamiento de nuevas acciones que implican una mejor calidad de vida para estas personas.

En Costa Rica, las cifras demuestran que la población de personas de 60 años o más está aumentando significativamente, de forma que nuestro país ha empezado a perder su forma juvenil para adoptar una “silueta” de tipo más bien madura, en la que el proceso de envejecimiento está adoptando una significativa importancia social, económica y hasta política (Barquero, 1996).

Así, y de la misma forma que en otros países, ha surgido la necesidad de abocarse a la investigación de esta población y al estudio de las implicaciones que trae consigo este impactante proceso de transición demográfica en la vida de todos los seres humanos en general.

Específicamente sobre el tema de la sexualidad del adulto mayor, Puerto (2000) describe varios factores que han fomentado el interés por estudiar este aspecto a profundidad. Entre dichos factores menciona: el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en la calidad de vida y la alimentación, la destrucción paulatina de mitos y falsas creencias respecto al sexo, la importancia que actualmente se le da al placer de vivir la sexualidad, así como la necesidad de brindar una buena educación sexual para poblaciones de todas las edades sin exclusión alguna.

Esta investigación se guió precisamente por aspectos como los mencionados y pretendió confrontar la falta de información, específicamente con respecto al comportamiento sexual de los

costarricenses de 60 años o más, ya que puede continuar teniendo una influencia negativa en el bienestar y la posibilidad de socialización y disfrute de estas personas.

Desde la década de los setenta, Stocker (1977) expuso la necesidad de tomar en consideración que existen una gran cantidad de estereotipos o prejuicios por los cambios que se producen en las personas con el transcurso de los años, y especialmente en lo referente a la sexualidad, por lo que la práctica de ésta se ha visto limitada por medio de un control social y político a ciertos grupos de edad y es mal visto en otros como el grupo de los adultos mayores quienes son considerados por muchos como seres asexuados. Al respecto, autores como Echeverry (1990), Felicgla (1992) y Corrales (2000), indican que esta condición no ha sufrido cambios significativos con el paso de los años, de forma que aún en nuestros días existen muchos estereotipos y prejuicios que se mantienen y se perpetúan de generación en generación.

No obstante, los adultos mayores, al igual que otros grupos de población, tienen derecho a contar con información que concierne a su comportamiento sexual y conocer así aspectos biológicos, sociales, familiares e individuales que acontecen en la vida de otros semejantes y que podrían posibilitar una nueva visión y vivencia de su propia sexualidad.

Por tales razones, surge la necesidad de estudiar la sexualidad del adulto mayor con el fin primordial de obtener nuevas guías para futuras acciones de información, tratamiento y educación sexual, las cuales atañen no solamente a la psicología sino a todas las ciencias de la salud -e implican en sí mismas- transformaciones sociales y culturales realmente importantes. De esta forma, será posible realizar modificaciones en los distintos tipos de tratamientos o terapias sexuales que han sido utilizados y que posiblemente no han brindado la efectividad y la eficacia requeridas.

CAPÍTULO II

Marco teórico

En general, la mayor parte de la investigación que se ha realizado en geriatría (rama de la medicina que se dedica a la salud de los adultos mayores) y en gerontología (rama que se ocupa de los aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y económicos de la adultez mayor), ha tenido un desarrollo cada vez más vigoroso, en vista de la gran demanda que ha establecido dicha población en los distintos países del mundo (Vidal y Alarcón, 1986).

Así, para poder abordar la temática de la sexualidad del adulto mayor es necesario conocer algunos aspectos específicos en torno al sujeto de estudio, el comportamiento sexual, así como la perspectiva teórica desde la que se realiza el análisis integral de la información hallada.

El presente marco teórico contempla temáticas referentes al adulto mayor, abordando de forma específica el estado demográfico de esta población en Costa Rica, los indicadores de mortalidad y morbilidad más recientemente investigados, las características físicas, psicológicas y conductuales del proceso de envejecimiento, así como las conductas, las emociones y las cogniciones del adulto mayor en torno a su sexualidad. Estas temáticas responden al deseo de proporcionar una breve caracterización general de la población en estudio.

Además, se desarrollan aquí los planteamientos centrales del modelo conductual, cognitivo y emocional, ya que la riqueza y profundidad de este modelo en temáticas tan variadas y complejas como la sexualidad, posibilita un tratamiento metodológico y analítico muy comprensible y provechoso.

A. Antecedentes

En este capítulo, se desarrolla una breve recopilación de antecedentes nacionales e internacionales que representaron un aporte significativamente importante para el desarrollo de la presente investigación. La selección de los antecedentes responde a estudios realizados en temáticas de sexualidad en distintos grupos de edades y específicamente acerca de adultos mayores, así como investigaciones en el campo de la perspectiva conductual cognitivo emocional.

1. Nacionales

En Costa Rica existen diversos centros e instituciones que se dedican a informar, capacitar, atender y entretener a la población de adultos mayores tales como el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica (donde se realizó el presente estudio) y la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), entre otros.

En estos lugares, estudiantes y profesionales han realizado estudios, prácticas y proyectos específicos con personas de 60 años o más, gestándose importantes esfuerzos por educar y dar a conocer información a través de talleres, charlas o conferencias; que conciernen a temas tales como condiciones de vida, trabajo, salud, recreación, entre muchos otros.

También en el Programa de Estudios de Postgrado de Maestría en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, se han llevado a cabo importantes estudios sobre el adulto mayor, principalmente en las áreas de enfermería, trabajo social, psicología y orientación. Algunos de estos estudios serán mencionados a continuación.

En general la mayor parte de los antecedentes encontrados en nuestro país consisten en estudios e investigaciones realizados sobre demandas e inquietudes que han surgido a través de los

años en nuestra sociedad, principalmente con respecto a aspectos específicos que atañen a esta población, tales como el proceso de transición demográfica, los cambios en la mortalidad, las características socioeconómicas, el estilo de vida y las actividades recreativas.

No obstante, en referencia específicamente a investigaciones sobre sexualidad en la adultez mayor, la mayoría de los antecedentes encontrados consisten en una descripción de datos estadísticos de países como Argentina, Colombia y Estados Unidos, en donde se han hecho intentos por caracterizar a la población de sesenta años o más.

De los antecedentes hallados, los de mayor relevancia para esta investigación se presentan a continuación, considerando un orden cronológico de acuerdo al año en que fue publicado cada estudio o investigación.

- Estudios e investigaciones sobre personas adultas mayores

En nuestro país se han llevado a cabo numerosos estudios e investigaciones enfocados en la tercera edad, la persona adulta mayor, la población de ancianos o la edad de oro, entre otros. Indistintamente de cómo se le denomine, todos han sido desarrollados considerando grupos de personas mayores de 50 años y -en su mayoría- mayores de 60 años.

Las áreas de interés así como las temáticas desarrolladas son tan variadas como complejas, y por tal razón, a continuación, se hace una breve descripción de los estudios e investigaciones que resultan particularmente relevantes para la presente investigación

Entre dichos estudios podemos encontrar la tesis de Morales y Bolívar (1980), quienes realizaron un análisis sobre algunos aspectos físicos, psicológicos y sociales en el proceso de envejecimiento, comparando sus efectos en dos grupos de adultos mayores: uno institucionalizado y otro grupo que permanecía en sus hogares. Entre los principales resultados

encontrados destaca que los adultos mayores internos de un “hogar” mostraron un deterioro físico mucho mayor que quienes residen en sus respectivos hogares; lo cual atribuyen a una relación estrecha entre el deterioro de aspectos sociales y el deterioro de aspectos físicos. Concluyen así que el internamiento genera un deterioro gradual y progresivo en las relaciones interpersonales y que el ambiente les resulta poco estimulante.

En 1981, Bodán, Nassar, Quirós, Ramírez, Rodríguez y Rojas, presentaron una investigación denominada “Exploración de los intereses y las necesidades del anciano”, en la cual realizaron entrevistas a seis expertos y aplicaron una encuesta a 352 adultos mayores de 65 años, sobre cuatro temáticas específicas: trabajo, recreación, salud y vida sexual. Este trabajo, como los mismos autores aclaran, constituye uno de los primeros intentos por abordar el tema de la psicogerontología, sobrepasando las meras cuestiones de salud, y es el antecedente más acorde con respecto a la investigación que se desarrolló aquí.

En este estudio los autores concluyen –específicamente respecto al tema de la vida sexual– que los encuestados mostraron naturalidad en el tratamiento del tema y que sin embargo, un gran porcentaje de ellos utilizó una serie de mecanismos como represión y sublimación para no aceptar sentimientos que refieren a deseos, fantasías y una vida sexual activa. Concluyen además que la sociedad tiende a sancionar y ridiculizar cualquier manifestación de sexualidad proveniente de los adultos mayores, por lo que distintos tabúes y prejuicios sexuales hacen que la persona se retire de la vida sexual.

En 1990, se presentó una monografía de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) con representación en Costa Rica, en la que se expusieron datos concernientes a un extenso estudio sobre la tercera edad en Coronado. En este trabajo se desarrollaron temáticas tales como las causas de muerte, los problemas de salud mental, las medidas antropométricas y el uso y fallas de programas de atención médica.

También en el año 1990, Villalobos presentó una síntesis de una exposición acerca de la sexualidad en la edad avanzada, en la que desarrolla las formas en las que la sexualidad se ve condicionada por factores socioculturales, físicos y psicológicos. Entre las conclusiones más relevantes de esta autora destaca la importancia y la necesidad de trabajar en forma interdisciplinaria con profesionales y con la población de adultos mayores, a fin de desarrollar plenamente el significado de la sexualidad. Recomienda además que se promueva la incorporación de las personas adultas mayores en diferentes grupos que les proporcione compañía y oportunidades para compartir. Este estudio será detallado posteriormente, en el apartado de estudios e investigaciones sobre la sexualidad.

En 1992, la Asociación Gerontológica Costarricense presentó una compilación de artículos de especialistas en adultos mayores y otros profesionales en temas tales como la adaptación a los cambios sociales en la vejez, la necesidad de comunicación del adulto mayor, aspectos preventivos en salud, alimentación y autonomía, entre otros. Este documento resulta bastante provechoso especialmente porque cuenta con la experiencia y la valoración de profesionales de diversas áreas tales como trabajo social, relaciones públicas, nutrición, fisioterapia, medicina y terapia ocupacional.

En 1993, Mejías presentó una tesis para Trabajo Social sobre un estudio casuístico con 30 sujetos –entre 67 y 97 años- víctimas de una situación violatoria de sus derechos humanos, en el que concluye que dichos sujetos tenían pocas posibilidades de ejercer sus derechos, lo que precipitó su victimización y la violación contra los derechos a la vida, a la estabilidad emocional, a la salud y al bienestar. Además, la autora sostiene que como resultado de la victimización, surge la pérdida súbita de contactos sociales la cual produce un alto grado de desarraigo que tiende a profundizarse por el detrimento de la autonomía, la presencia de relaciones familiares conflictivas y las limitaciones económicas.

Un estudio semejante al mencionado anteriormente es el de Picado (1997), quien estudió en 40 personas entre 63 y 91 años, una serie de factores biopsicosociales asociados al abuso de la persona adulta mayor dentro de la familia. Dentro de las principales conclusiones que presenta esta autora está el que el 67% de los adultos mayores sufre abuso por parte de su familia, y dentro de los riesgos psicológicos asociados se encuentran padecer depresión (77%) y padecer trastornos de memoria (33%).

Por otro lado, Barrantes, Marín y Murillo (1998) realizaron una tesis sobre factores protectores con relación a la vida de mujeres adultas mayores pertenecientes al Grupo Acción, el cual es un club adscrito a la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO). Las autoras trabajaron con técnicas de grupo focal, a partir de las cuales lograron determinar que es necesario considerar todos los factores biológicos, sociales, culturales, económicos y psicológicos para entender la forma en que las personas logran aceptar y adaptarse a la vejez. Asimismo, las autoras concluyeron que todas las etapas de la vida (niñez, adolescencia, adultez) influyen de manera directa sobre la vida presente del adulto mayor, y que entre los principales factores protectores para la etapa de la vejez están la recreación, el amor, el ambiente en que se desenvuelva la persona, la pertenencia a un grupo de pares, el auto cuidado, la familia y la independencia, entre otros.

Bonilla y Mata (1998) estudiaron distintos aspectos que afectan a los adultos mayores y evidenciaron la necesidad de transformar estilos de vida competitivos, dogmáticos y estresantes por otros más sencillos, saludables y serenos. Estas autoras consideran que es posible ayudar a las personas a entender mejor los retos adaptativos de la madurez, la importancia del cambio y las transiciones para que el envejecimiento sea considerado como fuente de sabiduría, goce y plenitud.

Amador, Herrera, Jiménez, Jiménez y Vieto (2000) desarrollaron una tesis de Orientación, sobre un estudio cualitativo de la vivencia de nueve parejas de adultos mayores de 50 años. En

este estudio se investigaron los factores de interacción de la vida en pareja y su apoyo en la etapa de la vejez, retomando además la función del orientador al trabajar con esta temática. A través de una técnica de grupo focal, los autores lograron descubrir aspectos relevantes tales como que la forma en que se experimentan los factores de interacción de la etapa de la vejez es resultado de los años de convivencia en pareja y sufren cambios por las características propias de dicha etapa. Entre los factores de interacción durante el envejecimiento que fueron identificados como los más significativos están: las metas en el matrimonio, las expresiones de afecto, el cuidado personal, la toma de decisiones, la resolución de los conflictos y las redes de apoyo social. Entre éstos, el amor destaca como la base de todos los factores de interacción.

Mora y Solano (2000) realizaron una tesis de psicología sobre la transición entre la vida laboral y la jubilación, proponiendo un manual de autoayuda conductual, cognitivo y emocional para afrontar dicha transición. Considerando que las autoras desarrollan en este estudio los fundamentos de la Terapia Racional Emotivo Conductual, los resultados de esta investigación se detallan más adelante, en el apartado de estudios e investigaciones sobre el modelo conductual, cognitivo y emocional.

En el 2001, Mireya Palacios presentó una tesis para el Programa de Estudios de Maestría en Gerontología, de la UCR, titulada “Envejecimiento exitoso en adultos mayores de 70 años del Centro Diurno de Cartago”. En esta investigación, la autora trabajó con técnicas cualitativas y analizó desde la perspectiva gerontológica, las fortalezas de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el proceso del envejecimiento exitoso de siete personas mayores de 70 años; para luego diseñar y proponer estrategias educativas, biológicas, psicológicas y sociales de carácter preventivo y de mantenimiento de los recursos que son útiles para que cada persona logre un envejecimiento exitoso.

En este estudio se concluye que existen recursos en las áreas biológica, psicológica y social que son primordiales y muy útiles para alcanzar una sensación de plenitud en la vejez. En lo biológico, los recursos primordiales encontrados fueron el cuidado de la salud, la preocupación por la apariencia física y una adecuada funcionalidad física. En lo psicológico, se encontraron los recuerdos, la fortaleza individual, el humor y el sentirse útiles. Y finalmente, en lo social, los recursos más sobresalientes fueron la capacidad de comunicarse, las relaciones frecuentes con familiares y amigos, la recreación, las redes de apoyo y la pertenencia al centro donde residen.

En el año 2002, Rosa Amén presentó un estudio para el Programa de Gerontología de la Universidad de Costa Rica, en el que se trabajó con un grupo de jubilados de la Universidad Estatal a Distancia del Área Metropolitana, utilizando y describiendo determinadas actividades y metodologías por medio de las cuales se educó a la muestra en la adquisición de conocimientos con el fin de asumir la jubilación en forma óptima. Entre sus principales conclusiones, la autora explica que la jubilación trae consigo cambios y pérdidas, por lo que el sujeto se ve en la necesidad de reestructurar las relaciones con sus familiares y hasta con sus amigos, ya que cuenta con más tiempo para compartir con ellos. Además, la autora considera que las personas jubiladas necesitan recuperar su espacio personal y desarrollar nuevas potencialidades, por lo que es indispensable que se diseñen programas para atender y educar a estos sujetos.

Finalmente, en el año 2003, Corrales y Wong realizaron una tesis sobre las implicaciones en la calidad de vida del Programa de Clubes de AGEKO en 54 personas adultas mayores de 60 años o más. En este estudio, las autoras concluyen que el programa ha contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, principalmente por medio de la creación y el seguimiento de grupos en los que se brindan espacios para la expresión y organización de los participantes, quienes además, satisfacen un conjunto de necesidades de participación, ocio, afecto, creación e identidad.

- Estudios e investigaciones sobre sexualidad

Con especificidad en la temática de la sexualidad, en Costa Rica se han realizado diversas investigaciones y estudios, tanto de carácter cualitativo como cuantitativo en donde se han abordado y desarrollado temáticas tales como la planificación, la transmisión de enfermedades, la educación sexual, la salud reproductiva y el comportamiento sexual, entre otros. No obstante, cabe aclarar que la gran mayoría de estos trabajos se han focalizado en poblaciones menores de 45 años, especialmente niños y adolescentes, restándole relevancia al tratamiento de estos temas en la población de sesenta años y más.

Entre las investigaciones estadísticas que atañen a la sexualidad y que se asemejan al carácter metodológico de la presente investigación, se encuentra el trabajo realizado por Madrigal y Gómez (1988), desarrollado en el Laboratorio de Investigación y Consultoría Estadística de la Escuela de Estadística. Los autores realizaron una encuesta con 67 grupos de estudiantes de cuarto año –con edades entre 20 y 26 años- de la Universidad de Costa Rica sobre el tema del SIDA en referencia al conocimiento, actitud, transmisión, factores de riesgo y cambio de hábitos sexuales, entre otros. Los autores concluyen en este estudio que los encuestados tienen un nivel de conocimiento alto sobre el SIDA, y consideran que la difusión de los medios de comunicación, los hábitos de lectura de material didáctico y las diversas campañas en contra del virus, han influido significativamente en dicho nivel de conocimiento.

Por otro lado –y como se mencionó anteriormente- Villalobos (1990) presentó una síntesis de una exposición denominada “La sexualidad en la edad avanzada”, en la que sostiene que la sexualidad está condicionada por factores socioculturales, físicos y psicológicos. Explica así que “la persona que ha tenido experiencias positivas posiblemente estará dispuesta a continuar viviendo y a satisfacer su vida sexual y afectiva en la vejez”, no obstante, “es necesario considerar

que la enfermedad y la invalidez pueden ser los causantes de entorpecer el funcionamiento sexual”, aunado esto a “otros obstáculos a la vida sexual de índole psicológica como la duda y el miedo”. La autora hace referencia además a la importancia de considerar que “a diferencia del sexo en otras edades, en la vejez las distracciones, los inconvenientes y los ambientes desagradables pueden ser factores que atenten contra él” (p. 5).

El Programa de Salud Reproductiva del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (1991/1992), también se ha dedicado a investigar sobre la sexualidad, especialmente en poblaciones de adultos jóvenes, con edades entre los 18 y los 45 años. Sólo para mencionar algunos de sus muchos estudios, en 1991 el programa realizó una encuesta nacional con adultos jóvenes sobre salud reproductiva y en 1992 realizó otra encuesta dirigida a la investigación del comportamiento sexual de costarricenses menores de 25 años. Entre las temáticas de estas encuestas están el estado civil, el nivel de educación, el tamaño de las familias, los grupos de referencia, la práctica sexual y las metas reproductivas, entre otros.

Pérez y Zapparoli (1994), en “La pareja y la sexualidad en Costa Rica”, estudiaron las causas e implicaciones que subyacen en el comportamiento sexual en la pareja, abordando cuestiones referentes a manifestaciones machistas que han influido en la mentalidad y conducta social, contribuyendo a mantener y reforzar mitos en torno a la sexualidad. Este estudio será retomado en los siguientes capítulos ya que contiene información muy relevante sobre aspectos sociales y culturales, así como sobre aspectos psicológicos que son de especial interés para esta investigación.

En el año 2003, Montero y Piedra presentaron una tesis de Psicología, sobre las representaciones de la sexualidad de dos hombres mayores de 60 años. En este estudio, los autores realizaron entrevistas a partir de las cuales concluyen que el adulto mayor debe ser motivado a luchar por obtener espacios sociales pensados adecuadamente para ellos, dejando de

lado prejuicios y estereotipos que enferman e inhabilitan a las personas en la adecuada vivencia de su sexualidad. Los autores recomiendan además que se faciliten espacios a nivel institucional y social en donde los adultos mayores puedan conversar y discutir sobre su sexualidad de una forma integral, profundizando sobre todos aquellos aspectos que la sociedad y la cultura imponen al respecto. Además, expresan la necesidad de fortalecer y promover más y mejores espacios de recreación para los adultos mayores que incluyan actividades deportivas, artísticas y musicales, entre otras. A pesar de que la metodología y el enfoque utilizados en el estudio de Montero y Piedra son muy disímiles con respecto a los utilizados en el presente estudio, se considera muy importante compartir opiniones que promueven el interés por estudiar la sexualidad de las personas de 60 años o más.

- Estudios e investigaciones sobre el Enfoque Conductual, Cognitivo y Emocional

Particularmente, en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, se ha realizado una cantidad considerable de investigaciones en las que se ha utilizado el enfoque conductual, cognitivo y emocional en temáticas tan variadas y complejas tales como la jubilación, la depresión y el tratamiento de la diabetes, entre muchos otros.

González (1996) presentó una tesis de Psicología sobre un estudio transgeneracional y transcultural de los pensamientos irracionales propuestos por la Terapia Racional Emotivo Conductual, en la cual y por medio de un cuestionario denominado “Escala de Actitudes y Creencias”, se compara la influencia que tienen los padres sobre el pensamiento irracional de los hijos para determinar si existen diferencias significativas en cuanto al sexo y al país de origen de sujetos de Costa Rica y España. Se trabajó con 40 estudiantes costarricenses con sus respectivos padre y madre, y con 40 estudiantes españoles igualmente con sus respectivos padre y madre.

En esta investigación, la autora concluyó que las ideas irracionales no están ligadas al sexo, ni tampoco a la edad o “generación” en la que se encuentran los sujetos (excepto en lo referente a “la condenación” ya que los padres tienen mayor tendencia que los hijos a evaluar y condenar a los demás). Con respecto al país de origen, se encontraron diferencias significativas que demostraron que se presentó un menor grado de pensamiento irracional por parte de la muestra de Costa Rica en comparación con la muestra de España. Finalmente, la autora recomienda que se realicen más investigaciones sobre la forma en como se transmiten y mantienen los pensamientos irracionales en diferentes grupos de edad, y en distintos estratos sociales.

Por otro lado, la investigación de Mora y Solano (2000) resulta particularmente relevante para la presente investigación ya que utilizaron el modelo conductual, cognitivo y emocional con población de adultos mayores, en la temática de la jubilación. Estas autoras elaboraron un manual de auto ayuda conductual, cognitivo y emocional para la transición entre la vida laboral y la jubilación. En su trabajo proporcionan información para que el lector avance paulatinamente y en un orden lógico en el análisis de su situación con respecto a la jubilación, retomando factores acerca de sus cogniciones, sus conductas y sus emociones.

Entre las principales conclusiones que presentan Mora y Solano (2000), destaca el constatar que las cogniciones afectan las emociones y conductas que el individuo muestre en un proceso de cambio que se origina en la trascendencia a la adultez mayor. Además, las autoras no dejan de lado la importancia de tomar en consideración que las reacciones cognitivas, conductuales y emocionales están fuertemente vinculadas a la historia del comportamiento y estado general del individuo en otras áreas importantes de la vida como el trabajo, la salud, la recreación, la familia, los amigos, el proyecto de vida, la vejez y aspectos económicos. Estos resultados demuestran una vez más que las tres dimensiones -conductas, emociones y cogniciones- están interrelacionadas, de forma que cada una influye e incide sobre las otras dos.

En general, los resultados y conclusiones de los estudios descritos anteriormente, muestran la eficacia de la aplicación del modelo conductual, cognitivo y emocional en el contexto costarricense y en poblaciones tan disímiles como complejas, con problemáticas que no han podido ser solucionadas o aminoradas con la aplicación de otros modelos.

2. Internacionales

Entre los trabajos más antiguos y que aún en la actualidad tiene un papel preponderante en la temática de la sexualidad, destaca el del zoólogo Alfred Kinsey (1953), quien inauguró la era de la sexología científica al publicar en la década de 1950 un análisis razonable y objetivo de la conducta sexual de grandes grupos humanos (Según citan Vidal y Alarcón, 1986).

También, el ginecólogo William Masters y la psicóloga Virginia Johnson realizaron estudios sistemáticos de la fisiología de la respuesta sexual humana, en los que sientan las bases para una terapia revolucionaria. Estos autores presentaron los libros “Respuesta sexual humana” (1966) e “Inadecuación sexual humana” (1970), los que constituyeron un hito revolucionario en la comprensión de la sexualidad normal y disfuncional (Según citan Vidal y Alarcón, 1986).

Uno de los trabajos de estos autores -muy importante para la presente investigación- es el denominado “Manual de sexualidad humana”, de Johnson, Kolodny y Masters (1982), quienes se refieren a aspectos psicológicos y psicosociales de la sexualidad geriátrica, explicando que los estereotipos culturales tienen una gran importancia en lo difícil que resulta para muchos el creer que hombres y mujeres adultos mayores tienen sentimientos, necesidades y relaciones sexuales.

Estos autores además, abordaron temáticas acerca del envejecimiento y el comportamiento sexual, refiriéndose a estudios realizados por Kinsey y sus colegas (1948 y 1953), Masters y Johnson (1966 y 1970), Pfeiffer y colaboradores (1968) y Martin (1977), quienes estudiaron

poblaciones de adultos mayores, encontrando resultados disímiles en lo que refiere a la respuesta sexual humana, así como la frecuencia de los encuentros y las prácticas sexuales. Además, estos estudios arrojaron datos de carácter estadístico y metodológico, demostrando que es necesario mantener la información dentro de determinados rangos de edad, en vista de que el comportamiento sexual presenta diferencias significativas dependiendo de la década en la que se encuentre (Johnson, Kolodny y Masters, 1982).

Por otro lado, Sviland (1978) publicó un artículo en el libro de LoPiccolo y LoPiccolo (1978), en el cual describe una terapia sexual para ayudar a parejas de adultos mayores a ser sexualmente liberados. La autora describe una serie de actitudes sociales negativas, así como distintos aspectos físicos, psicológicos y sociales que influyen en la sexualidad del adulto mayor, y concluye que es necesario considerar estos tres aspectos mencionados anteriormente para lograr cambios productivos y efectivos a través de la aplicación de la terapia sexual.

Otro estudio relevante es el realizado por Echeverry (1990), denominado “La sexualidad nunca termina”, en el que se desarrolló la temática del proceso de envejecimiento normal y patológico y la sexualidad en la vejez. Este estudio se realizó en Colombia, y sostiene que el ejercicio de la sexualidad es producto de un aprendizaje y que no debe considerarse como patrimonio exclusivo de los jóvenes.

La autora abordó también una serie de factores que influyen en la actividad sexual de las personas mayores, entre los que se encuentran: el estado emocional y afectivo de la pareja, el nivel de actividad sexual previo y la salud general, los ingresos económicos y la satisfacción con la vida y con las gratificaciones sexuales. Aunque contextualizó estos factores en la población de adultos mayores en Colombia, se considera que algunos de dichos factores parecen no variar significativamente al compararlos con la población de Costa Rica.

El trabajo realizado por Echeverry (1990) consiste básicamente en la sistematización de la postura de diversos autores que se han referido a la temática de la sexualidad en la vejez, entre los que se encuentran Kinsey (1948) y Karacan (1969).

Estos autores estudiaron el comportamiento y la respuesta sexual del hombre y la mujer en la tercera edad, y sostienen que tanto la respuesta como el comportamiento sexual están definidos a nivel individual por los factores personales, culturales (educación, socialización, escala de valores y moral), así como por las condiciones psicológicas y biológicas.

Ambos defienden de esta forma que los porcentajes de interés sexual y respuesta sexual humana serían mucho más favorables tanto en el hombre como en la mujer adultos mayores de no ser por los estereotipos, mitos y prejuicios que existen en la sociedad.

Felicglá (1992), en su trabajo “Sexo y afectividad en la cultura de la ancianidad”, sostiene que las conductas y prácticas afectivo sexuales en la tercera edad constituyen uno de los componentes menos conocidos dentro del conjunto de pautas de conducta.

Este autor trabajó sobre la investigación de la sexualidad en la sociedad catalana de la década de los noventa, explicando que los adultos mayores terminan por aceptar su pasividad sexual como pauta de conducta normal, ya que existe una valoración negativa de la sexualidad durante la tercera edad.

A partir de su trabajo de campo, Felicglá (1992) concluyó que a pesar de las rígidas apariencias sociales que colectivamente mantienen los adultos mayores, “existe una intensa actividad afectivo sexual latente”, de forma que “se deduce que el 70,4% de los sujetos creen que las personas pueden mantener relaciones sexuales durante toda la vida” (p. 306).

B. Caracterización de la población meta

Se abordan aquí temáticas referentes al estado demográfico de la población de adultos mayores en Costa Rica, los indicadores de mortalidad y morbilidad más recientemente investigados, así como las características físicas, psicológicas y conductuales del proceso de envejecimiento.

Estas temáticas surgen con el fin de caracterizar a la población en estudio, considerando la importancia de abarcar aspectos no solamente de carácter físico, sino también lo referente al campo familiar y social.

1. Aspectos demográficos y situación actual

En su estudio “La población de 60 años y más en Costa Rica”, Jorge Barquero (1996) sostiene que para el año 2025 y aún antes, el porcentaje de personas de 60 años y más alcanzaría una cifra del 14% de la población, lo que equivaldría a que una de cada siete personas tendrá sesenta años o más. Al respecto explica:

Un fenómeno que se deriva del cambio en la estructura demográfica es el denominado proceso de envejecimiento, que alude al aumento en la proporción de personas de edades avanzadas, de 60 o 65 años y más, y la disminución relativa de los menores de 15 años. Este proceso se encuentra ya en forma avanzada en varios países (p. 2).

Este argumento se refuerza con los estudios realizados por la O.P.S (1992), la cual sostiene que el envejecimiento es hoy en día uno de los cambios más notables en la estructura de

la población mundial, debido en parte a la disminución de las tasas de fecundidad y también al aumento en la esperanza de vida de las poblaciones. Al respecto, Ávalos (2003) comenta:

Los ticos somos los que más vivimos en Latinoamérica. La esperanza total de vida al nacer llegó a los 78.59 años en el 2002 (76.29 años en hombres y 81.01 en mujeres) (...) Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Costa Rica está entre los nueve países de Latinoamérica que viven en plena transición demográfica (p. 4).

En lo referente a los estudios que conciernen a censos de población para conocer el número de adultos mayores en Costa Rica, se han realizado numerosas investigaciones y estimaciones que refieren casi de forma unánime a un crecimiento desmedido de esta población y consecuentemente a un proceso de envejecimiento y longevidad que está incidiendo en todos los estratos y campos sociales, políticos, económicos y educativos.

Información estadística derivada del censo 2002, perteneciente al Instituto Nacional de Estadística y Censos (2002), sostiene que la población total de personas con edades entre los sesenta y los setenta y cinco años y más es de 301 474, el equivalente a un 8% de la población total de Costa Rica, y sólo en la Gran Área Metropolitana se concentra un total de 166 845 habitantes mayores de sesenta años.

Estos datos evidencian que en cuestión de ocho años, la población de personas de sesenta años aumentó en una cifra de 42 744, lo que podría significar un apoyo al criterio de Barquero (1996) y a los estudios realizados por la O.P.S. en la región de América Latina y el Caribe (1992), acerca de que para el año 2025 y aún antes, el porcentaje de adultos mayores podría alcanzar una cifra del 14% de la población total, tomando en consideración –como ya se mencionó– el aumento significativo en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de natalidad.

2. Mortalidad y morbilidad

Según un análisis realizado en América Latina y el Caribe por la O.P.S (1992), se determinó que entre las causas de mortalidad más frecuentes a partir de los 65 años se encuentran las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro vasculares, la diabetes, la influenza, la neumonía y los accidentes.

Con respecto a la morbilidad, en Costa Rica se realizó un estudio en 1985 en personas de 60 años y más en las instituciones médicas de la C.C.S.S., en el que se demostró que el promedio de las consultas médicas anuales por habitante aumentó con la edad siendo tres veces más altas en los mayores de 70 años.

De acuerdo con este estudio, las enfermedades más frecuentes en hombres fueron las enfermedades del aparato circulatorio, del sistema osteomuscular y de tejido conjuntivo, en tanto que en el caso de las mujeres fueron las mismas pero además se unen las relacionadas con la nutrición, las glándulas endocrinas y el metabolismo (O.P.S., 1992).

Este aumento de la población adulta mayor, ha generado preocupaciones en torno a la calidad de vida y la atención médica futuras, ya que será muy costoso para el país mantener a esta población. Ávalos (2003) explica:

Esos mismos indicadores se convierten en todo un reto porque implican, en el mediano y largo plazo, un cambio en la estructura de la población que obliga a acciones urgentes para evitar una crisis (...). Pero las mismas autoridades de Salud reconocen que no se han tomado las acciones suficientes para garantizar a los adultos mayores una mejor calidad de vida (p. 4).

3. El adulto mayor y el proceso de envejecimiento

En 1982, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento convocada por las Naciones Unidas, estableció que los sesenta años constituyen el límite inferior de la capa de envejecimiento (O.P.S., 1992). A partir de este establecimiento y valorando la gran cantidad de estudios, investigaciones y trabajos de campo realizados por la O.P.S, se determinó trabajar en la presente investigación con adultos mayores con edades de 60 años o más.

Otros autores, entre los que destacan Johnson, Kolodny y Masters (1982), sostienen que el proceso de envejecimiento inicia desde la década de los cincuenta hasta el final de la vida, diferenciando que en la mayoría de las mujeres; la llegada a esta década representa el cese de la fertilidad y del ciclo hormonal, en tanto que en el hombre el cese final de la fertilidad no es correlativo con la edad (p. 89).

Respecto al envejecimiento, la O.P.S (1992) actualmente reconoce dos tipos: un envejecimiento biológico que se refiere a los cambios que tienen lugar en el organismo y que son característicos de las personas de edad avanzada (como la disminución de la agudeza visual o del vigor físico); y el envejecimiento que algunos denominan como “sociogénico”. Éste se refiere al papel que impone la sociedad a las personas que envejecen y en donde están involucrados todos los prejuicios que la sociedad manifiesta hacia esta población.

La O.P.S (1992) sostiene que ambos tipos de envejecimiento son responsables -en variadas proporciones y de acuerdo con las circunstancias- de los problemas que aquejan a las personas de edad avanzada. Y agrega: “esta distinción entre los dos tipos de envejecimiento es útil porque mientras que es relativamente poco lo que se puede hacer contra el envejecimiento biológico, mucho es posible contra el envejecimiento sociogénico” (p. 1-2).

Así, esta entidad promueve que se analice el proceso de envejecimiento no sólo a través de los cambios en el estado de salud de las personas, sino también en su contexto sociocultural, ya que ello influye en su calidad de vida. Y en este contexto, se considera que la familia ofrece un apoyo afectivo crucial, por lo que cuando falta este apoyo, se descubren serias consecuencias en la calidad de vida de las personas (O.P.S., 1992).

En otros términos, Vidal y Alarcón (1986) se refieren a lo anterior explicando que debe establecerse una diferencia entre la vejez normal y la vejez patológica. La primera se llama senectud (refiere al proceso involutivo de la vida) y la segunda se denomina senilidad (refiere a la patoinvolución o perturbaciones patológicas de la vejez).

Además, en referencia a los dos tipos de envejecimiento, estos autores los denominan a diferencia de la O.P.S (1992) como a. de naturaleza endógena (el proceso involutivo de la personalidad psicofísica) y b. de origen exógeno (los debidos a las influencias de las circunstancias socioculturales y económicas), considerando para el caso de ambos tipos de procesos o factores de envejecimiento que quienes han superado con éxito las crisis anteriores de su existencia, tendrán más posibilidades de lograr una adaptación progresiva y creativa en la senescencia.

C. Caracterización del Programa Integral para el Adulto Mayor ¹

En este apartado, se detalla información concerniente a los orígenes del programa y la población que matriculó durante el año 2004 (específicamente durante el segundo semestre), así como los objetivos que mantiene este programa, las áreas de trabajo, y finalmente, los requisitos que solicitan a quienes deseen matricular en cualquiera de los cursos que ofrece la universidad para personas mayores de 50 años.

1. Orígenes del programa y población matriculada durante el año 2004

Este programa fue creado hace 17 años, bajo la dirección y coordinación de la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica. Nació con el objetivo primordial de proporcionar espacios para las personas mayores de 50 años que deseen satisfacer inquietudes intelectuales, ocupar su tiempo libre, así como alternar experiencias y conocimientos con los estudiantes regulares y los profesionales de la universidad.

Durante el año 2004, más de 2000 personas fueron matriculadas en cursos académicos y/o recreativos que son impartidos en las diferentes facultades y escuelas de la universidad. Esta cifra evidentemente representa el exitoso impacto que ha tenido el programa a través de los años en la población de adultos mayores, quienes se muestran cada vez más interesados en mantenerse como estudiantes y participantes activos de la universidad.

De acuerdo con información proporcionada por el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor, durante el segundo semestre del año 2004, matriculó un total de 1010 personas de 50 años o más, de las cuales el 84% eran mujeres y el 16% eran hombres. La mayoría proveniente de la provincia de San José (88.2%), seguida por las provincias de Cartago (6.5%), Heredia (3.1%), Alajuela (2.1%) y Limón (0.1%).

En cuanto al nivel de educación, el 32.97% tiene un grado académico de universidad completa, seguido de un 20.50% con secundaria completa. Solamente un 5.25% tiene la primaria incompleta y un 13.17% la secundaria incompleta.

Considerando únicamente a la población de interés para esta investigación, se conoce que durante el segundo semestre del año 2004, matriculó un total de 572 personas, de las cuales los datos por edad en rangos de 5 años son:

¹ Información recopilada en <http://cariari.ucr.ac.cr/pie> y en la Oficina del Programa Integral para el Adulto Mayor,

- De 60 a 64 años: 20.4% (206 personas en total).
- De 65 a 69 años: 16.6% (168 personas en total).
- De 70 a 74 años: 11.5% (116 personas en total).
- De 75 o más años: 8.1% (82 personas en total).

Durante el primer semestre de cada año es cuando se presenta la mayor cantidad de personas que asisten a la universidad a través del programa. Generalmente, matriculan entre 800 y 900 personas de 60 años o más durante este período, mientras que en el segundo semestre se realiza la matrícula de entre 500 y 600 personas. Algunos especialistas en gerontología consideran que esto puede deberse a que las lluvias y el clima frío son considerados poco favorables por la mayoría de los adultos mayores, por lo que un número importante de ellos prefiere asistir a los cursos solamente en el verano, es decir, durante el primer semestre del año.

Además, la mayoría de los adultos prefieren asistir a cursos que son impartidos durante la mañana, ya que resulta más conveniente tomando en consideración cuestiones tales como transporte, seguridad social y disposición de tiempo.

2. Objetivos del programa

- Ofrecer la oportunidad de conocer y prepararse en aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento.
- Ofrecer opciones para compartir los beneficios de la educación con los estudiantes regulares de la Universidad de Costa Rica, ocupando el tiempo libre en forma creativa.

- Integrar esfuerzos dentro del ámbito universitario y con las instituciones gubernamentales y privadas que procuran mejorar el nivel y la calidad de vida de los adultos mayores.
- Establecer programas en las áreas de Educación, Jubilación y Divulgación en los que se involucren estudiantes de todas las disciplinas con participación de los docentes y de los jubilados.
- Establecer modelos pedagógicos que respondan a las necesidades y expectativas de las personas mayores.

3. Áreas de trabajo del programa

- Área de Educación: Se considera la educación permanente como elemento importante para el desarrollo integral del hombre a lo largo de la vida, con el fin de favorecer el intercambio generacional y la transferencia de experiencia acumulada en la persona de mayor edad hacia las generaciones más jóvenes. Se promueve así el acceso de personas mayores de cincuenta años y jubilados a los cursos formales, no formales y abiertos, de acuerdo con las necesidades y demandas de esta población.
- Área de Jubilación: La universidad promueve el análisis de aspectos que influyen en la jubilación como hecho social y como proceso individual. A través del programa, se busca estimular a la población para que logre una adecuada preparación para la jubilación, el retiro laboral y la vejez. Esto posibilitará el establecimiento de modelos que sirvan a otras instituciones y a la comunidad costarricense.

- Área de Divulgación: Se hace uso de medios de comunicación colectivos externos e internos para dar a conocer todos los aspectos relacionados con el programa, de forma que los estudiantes reciban la información que les permita como futuros profesionales, enfrentarse a los diferentes aspectos que implica el envejecimiento y contribuir con soluciones adecuadas al desarrollo del país. Además, se da apoyo en actividades de investigación y de divulgación en el campo gerontológico, en las unidades académicas e institutos y se presta colaboración a las iniciativas de las entidades públicas y privadas en este campo.

4. Requisitos para los participantes

Las personas que se inscriben en el Programa de Educación Continua para la Persona Adulta Mayor tienen la categoría de “Estudiantes de Extensión Docente” (según el Reglamento de Régimen Académico Estudiantil), por lo tanto deben cumplir con las normas y reglamentos de la institución; en especial las correspondientes al reglamento de Orden y Disciplina.

La única característica que los diferencia de los estudiantes regulares, es que los asistentes al programa no tienen la obligación de hacer asignaciones y exámenes, por lo que no obtienen calificaciones ni se les extienden certificaciones de asistencia.

La matrícula de estos estudiantes se realiza en un procedimiento aparte del que concierne a los estudiantes regulares, por lo que no están incluidos en las actas de la Oficina de Registro. Los estudiantes matriculados en el programa, además de poder asistir a los cursos seleccionados de cada facultad que se publican en la guía de horarios, pueden participar en:

- Coro de la Tercera Edad.
- Teatro.
- Trabajo manual.
- Acondicionamiento físico, y otros.

D. La sexualidad integral y el comportamiento sexual del adulto mayor

En este apartado, se detallan una serie de estudios e investigaciones sobre la sexualidad del adulto mayor, considerando en la medida de lo posible, todos los aspectos que influyen en el comportamiento sexual de las personas de 60 años o más. Estos estudios e investigaciones se presentan en orden cronológico, de acuerdo al año en que fueron publicados.

Sin embargo, antes de dar inicio con distintas temáticas que refieren específicamente a la sexualidad en el adulto mayor, es necesario brindar información sobre el significado que se da a la palabra sexualidad, así como a la palabra sexo. Esto permitirá clarificar ideas y opiniones en torno a lo que se considera o se conceptualiza como “sexualidad integral” en la presente investigación.

Sobre el significado de la palabra sexo, Massoni (1997) explica que “el sexo es todo aquello que está involucrado con los genitales y sus funciones, y está relacionado con la reproducción humana”, mientras que sobre el significado de la palabra sexualidad, el autor explica que “la sexualidad se relaciona con el desarrollo psicobiosocial del individuo” (p. 25).

Puerto (2000) explica que los estudios realizados sobre la sexualidad se centran en la capacidad fisiológica para mantener relaciones genitales, por lo que propone partir de un concepto de sexualidad integral en el que se consideran aspectos sociales, familiares, emocionales y no solamente físicos. Dicho concepto es el siguiente: “la sexualidad es la forma, manera, calidad y profundidad de atraerse, encontrarse, relacionarse, expresarse, comunicarse consigo mismo y con los demás como persona sexuada y erótica para realizarse plenamente” (p. 25).

Villalobos (1990) por su parte sostiene que la sexualidad “... se entiende en un amplio contexto del relacionarse, del compartir, que indudablemente está condicionado por factores socioculturales, físicos y psicológicos” (p. 4).

Echeverry (1990) asimismo explica que la nueva sexología mantiene una perspectiva en la cual los factores medioambientales, culturales y psicológicos pueden afectar positiva o negativamente el comportamiento, la actitud y la disposición de las personas en diferentes etapas y circunstancias vitales. Además, la autora hace mención al trabajo realizado por Kinsey (1953) y Master y Johnson (1982), quienes argumentan que el ejercicio de la sexualidad es producto de un aprendizaje, porque las normas sexuales dependen en cada sociedad de ciertos patrones culturales.

Los estudios antes mencionados, y los que se mencionan a continuación, han significado un aporte muy importante en el conocimiento de la sexualidad humana y demuestran que el estudio de ésta debe abarcar los campos de la socialización, la cultura y la constitución fisiológica de los sujetos en estudio, para lograr así obtener una visión realmente integrada de su sexualidad.

Por esta razón, se presenta a continuación un apartado que contiene los aspectos sociales y culturales, los aspectos psicológicos, así como los aspectos físicos o fisiológicos que están interrelacionados para una mejor comprensión de las dimensiones de la sexualidad de la población en estudio.

1. Aspectos sociales y culturales

A continuación, se hace una breve descripción de algunos temas específicos que se consideran particularmente relevantes no sólo para la presente investigación sino para cualquier tipo de estudio en el que pretenda abordarse la temática de la sexualidad integral.

Aquí se describen temas tales como trabajo, estudio, práctica de actividades recreativas, apoyo de la familia y los amigos, espacio y ambiente, así como beneficios y oportunidades que brindan distintos programas o instituciones a los adultos mayores.

Además, se hace una descripción de diversos mitos, estereotipos y prejuicios que están presentes no solamente en las poblaciones menores de sesenta años, sino que también están fuertemente arraigados en la mente, los comportamientos y las emociones de los adultos mayores de sesenta años. Dichos mitos, estereotipos y prejuicios refieren a roles de género y a roles de edad.

Respecto a los cambios sociales y culturales que caracterizan el proceso de envejecimiento, diversos autores como Vidal y Alarcón (1986), consideran que entre dichos cambios pueden mencionarse el que los adultos mayores no reciban una adecuada valoración social, que constituyan una carga para las personas de las que dependen, que se encuentran solos por la pérdida del cónyuge, que no sepan o encuentren alternativas para destinar su tiempo libre y que generalmente al ingresar a la sexta década de su vida empiezan a formar parte de una clase socialmente inactiva puesto que se ven sometidos al proceso de jubilación. La dependencia, el aislamiento y el abandono de la actividad se constituyen como algunos de los más importantes factores sociológicos que resienten la estabilidad psíquica y emocional.

Además, estos autores hacen mención a otros factores importantes en los cambios sociológicos de la persona adulta mayor, entre los que se encuentra el proceso de jubilación (abordado extensamente por Mora y Solano, 2000), entendiendo ésta como un proceso que reduce a la inactividad a personas con capacidad de laborar, y esta inactividad forzada produce sentimientos de frustración e inseguridad (Vidal y Alarcón, 1986).

La jubilación conlleva además cierta inseguridad económica, la que afecta directamente la posibilidad de poseer y sostener una vivienda. Ante tal inconveniente, la alternativa más viable parece ser el internamiento del adulto mayor en lugares creados especialmente para personas de sesenta años o más, o -por el contrario y como lo explica Amén (2002)- normalmente sucede que

el sujeto tiende a permanecer más tiempo en su casa, por lo que incluso pueden alterarse las relaciones con los familiares con quienes se convive.

Con relación al apoyo social, en esta investigación se consideran primordialmente dos: el apoyo de la familia y el apoyo de los amigos, ya que autores como Amador et. al (2000) sostienen que las redes de apoyo pueden fomentar conductas que producen sentimientos de bienestar afectivo, ya que al contar con el apoyo de otras personas, el sujeto se siente admirado, respetado y amado e identifica a quienes están disponibles para proporcionarle amor, estima, empatía y sentimientos de pertenencia. Los autores agregan que la importancia que dan los adultos mayores al apoyo social, tiene que ver con la comprensión, el apoyo, la escucha y la compañía que pueden disfrutar tanto en momentos de tristeza como de alegría.

Específicamente en referencia a la importancia del apoyo de la familia, Sánchez (1988) sostiene que hijos, nietos, bisnietos y hermanos ocupan un papel primordial y pueden proveer de servicios y cuidados al adulto mayor; luchando así contra la institucionalización en organizaciones como hospitales, hospicios y otras instituciones (Según cita Amador et. al, 2000). Pero además, la familia provee de condiciones psicofisiológicas para poder superar las adversidades que se presentan en la vida, así como para conformar el desarrollo propio y autovaloración de cada sujeto (Amador et. al, 2000).

En cuanto al apoyo de los amigos, Amador et. al (2000) sostienen que no solamente la familia se constituye como una red de apoyo primordial para el adulto mayor, ya que también los amigos y vecinos proporcionan diversos tipos de ayuda que son significativos y muy necesarios, por lo que casi todos los adultos mayores tienen amigos íntimos. Además, de los amigos se obtiene ayuda emocional, práctica y económica, especialmente cuando no se tiene parientes íntimos a disposición (Kalish, 1991. Según cita en Amador et. al, 2000). Al respecto, Barrantes et.

al (1998) sostienen además que los amigos con una de las fuentes de satisfacción más importantes para el adulto mayor, y tienen un gran impacto en el sentimiento de bienestar.

Con respecto a los factores culturales, es importante también tomar en consideración que las personas no pierden con la edad la capacidad de aprender, por lo que se ha demostrado que un medio ambiente carente de estímulos culturales y de actividad intelectual facilita la aparición de trastornos psíquicos en la vejez (Vidal y Alarcón, 1986). Además, autores como Febrer y Soler (1996) agregan que al ser la cultura una acumulación no sólo de conocimientos y saberes sino de experiencias y tradiciones, en otros momentos históricos los adultos mayores no se sentían relegados culturalmente ya que conservaban un rol de expertos y transmitían su sabiduría a poblaciones más jóvenes que se mostraban respetuosas antes ellos. No obstante, en la actualidad, en la que la cultura constituye la cantidad de saberes adquiridos para realizar funciones concretas, el adulto mayor encuentra dificultades para asimilar los nuevos avances tecnológicos con la rapidez que la sociedad exige, por lo que sufre de marginación de forma paulatina (Según citan Barrantes et. al, 1998).

Con relación al punto anterior, se deben considerar dos temas primordiales y totalmente relacionados entre sí, los cuales son la práctica de actividades recreativas y los beneficios que brindan distintos programas a la población de adultos mayores. Al respecto, Barrantes et. al (1998) sostienen que la recreación es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez, por lo que la interacción de grupos que ofrecen actividades variadas para la recreación e incluso el estudio, provee a los participantes alivio ante sentimientos de soledad y ansiedad que se producen como resultado de los cambios biopsicosociales propios de esta edad. Igualmente, otros autores como Corrales y Wong (2003) sostienen que los programas que ofrecen actividades para adultos mayores se constituyen en espacios de participación e intercambio social, asimismo

promueven la realización de diversas actividades orientadas al desarrollo y mantenimiento de destrezas y habilidades.

Los temas desarrollados anteriormente, llevan a considerar el estudio de los roles de género y la forma en como éstos han influido tan significativamente en hombres y mujeres a lo largo de los años y de generación en generación.

Barón y Byrne (1998) definen el género como “los atributos, comportamientos, características personales y expectativas asociadas al sexo biológico de una persona en una cultura determinada”, los cuales “podrían basarse en la biología, en el aprendizaje, o en una combinación de determinantes biológicos y culturales” (p. 205).

Precisamente sobre el género, muchas culturas han gestado lo que diversos autores denominan “estereotipos de género”. Al respecto, Moya (1998) explica que éstos “son un conjunto de creencias, compartidas dentro de una cultura, acerca de los atributos o características que poseen hombres y mujeres” y “desempeñan un papel importante en diversos procesos psicosociales, entre los que se encuentran el desarrollo de la propia identidad y la estereotipia (la realización de inferencias, juicios o conductas basándose en los estereotipos)” (Según citan Barón y Byrne, 1998, p. 208).

Diversos autores consideran que hombres y mujeres se ven enfrentados a los estereotipos de género desde que nacen, los aprenden durante su infancia y los mantienen a lo largo de los años, heredándolos de generación en generación. Aunque por otro lado, también es importante considerar que a través de los años se han gestado importantes movimientos en pro de la igualdad de género y de la destrucción de mitos. Sin embargo, esta labor ha resultado particularmente difícil, especialmente porque existen gran cantidad de estereotipos de género en prácticamente todas las actividades diarias de hombres y mujeres.

Así, autores como Chatterjee y McCarrey (1991) sostienen que “una vez que las personas adquieren un modelo específico de características relevantes del género, tienden a comportarse de forma consistente con sus ideas de lo que es apropiado (Según citan Barón y Byrne, 1998).

Precisamente considerando lo que es apropiado o esperado para hombres y mujeres, es como se definen características “masculinas” o “femeninas”. Briceño y Chacón (2001) se refieren al respecto alegando que la inteligencia, la audacia, el valor y el deseo sexual son rasgos que se le han atribuido al sexo masculino y le han sido despojados al sexo femenino. Así, se ha llegado a creer que “el hombre debe ser racional, pensante, equilibrado, frío y valiente, en cambio la mujer debe ser emocional, sentimental y tierna” (p. 13). De esta forma, ambos autores explican que hombres y mujeres deben comportarse, sentir y pensar de acuerdo con los mandatos sociales y cumplir con los roles que han sido asignados a su género.

Específicamente sobre el comportamiento sexual, Hyde (1991) sostiene que uno de los estereotipos tradicionales es considerar que la sexualidad femenina y la masculina son muy diferentes, razón por la cual muchos creen que las mujeres carecen de interés por el sexo y tardan más en excitarse, mientras que hombres están permanentemente excitados.

Específicamente sobre las mujeres, Pérez y Zapparoli (1994) explican que las virtudes y los comportamientos connotados como femeninos, orientan la sexualidad de las mujeres hacia conductas aceptadas o prohibidas culturalmente, y esto provoca que la sexualidad en la pareja no esté plenamente desarrollada en la medida en que uno de los miembros se encuentra en condiciones de inferioridad. Las autoras argumentan que “se podría decir que toda manifestación relacionada con el ámbito de la sexualidad, está permeada por un sistema implícito de valores, actitudes y estereotipos, que dictan las pautas y la calidad de las relaciones entre los sexos” (p. 112-113).

Por las razones antes mencionadas, es común que muchas mujeres mantengan creencias y valores estereotipados y fuertemente arraigados que giran en torno a la virginidad, la sumisión, la fidelidad, la delicadeza y la ternura, por ejemplo. Para el caso de los hombres posiblemente nos encontremos con creencias y valores estereotipados referentes a la virilidad, la masculinidad y cuestiones que refieren a lo que se considera “macho” o “de hombres”.

Ya desde 1948, Kinsey arrojaba información acerca de estereotipos, mitos y prejuicios que se evidencian en nuestro tiempo actual y de los cuales algunos no han encontrado aún solución o alternativas para su tratamiento y erradicación.

Este autor sostenía que el interés sexual persistiría con el paso de los años de no ser por los prejuicios, mitos o estereotipos sociales que existen y se mantienen sobre la sexualidad en la vejez (Según cita Echeverry, 1990). Por ejemplo, “algunas personas piensan que la actividad sexual mina su salud y sus recursos físicos y abandonan deliberadamente toda actividad sexual a una edad mediana con el fin de impedir o retrasar el envejecimiento” (Hyde, 1991, p. 290).

A continuación, se hace mención a una serie de mitos y estereotipos que se han mantenido a lo largo de muchas generaciones, y que han sido abordados por autores como Hyde (1991), Lerer (1995) y Puerto (2000). Se mencionan los que se consideran más relevantes para la población encuestada en la presente investigación:

- “El hombre no debe manifestar sus sentimientos”. Se cree que sentimientos de amor, ternura, vulnerabilidad y otros no son masculinos. No obstante, debe reconocerse que la expresión de emociones y los sentimientos de ambos sexos, enriquecen la relación de pareja y la experiencia sexual.
- “La persona que no logra despertar el placer en su pareja o no logra obtener un orgasmo es un inútil” o “La mujer que no logra experimentar orgasmos debe resignarse”. La sociedad tiende a convertir el sexo en una situación en la que se debe lograr algo, y esto se expresa por

ejemplo cuando se habla de conseguir un orgasmo y/o lograr una buena erección. Sería más enriquecedor que ambos miembros de la pareja se centren en lograr el placer sexual por medio de sensaciones placenteras, sin que esto tenga necesariamente relación directa con tener o no un orgasmo o una erección.

- “La mujer tiene que esperar a que el hombre la busque, ella no debe iniciar los acercamientos sexuales”. Se cree que debe ser el hombre quien inicie, dirija y concluya el acto sexual. Este mito se sostiene en culturas machistas en las que se cree que la mujer es pasiva y receptiva y que no tiene iniciativa, generando así gran ansiedad, represión y tensión en ambos miembros de la pareja.
- “El hombre siempre quiere tener sexo” o “La mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre”. Se cree que los hombres siempre están interesados por el sexo por lo que son excitables con facilidad, y que por el contrario, la mujer rara vez se interesa por el sexo. Sin embargo, puede ser posible que el hombre se sienta cansado, enfermo o simplemente que no tenga deseo sexual en determinados momentos o circunstancias de su vida, así como es totalmente posible que la mujer necesite tener relaciones sexuales con la misma o con más frecuencia que su pareja.
- “La liberación femenina conduce a la promiscuidad” o “Una mujer debe mantener relaciones sexuales solamente con un hombre, durante toda su vida”. Estas ideas están asociadas a mandatos sociales a partir de los cuales se ha querido limitar la sexualidad de la mujer, exigiéndole que se mantenga virgen hasta el matrimonio y ofrezca su experiencia sexual a un único hombre que será su esposo. Incluso, cuando una mujer enviuda, se considera que a partir de dicho momento, nunca más tendrá una vida sexualmente activa.

- “La mayoría de las personas mayores de 60 años son enfermos o discapacitados” o “Los adultos mayores de 60 años representan una carga para quienes requieren de atención y cuidados constantes”. Los estereotipos en torno a la tercera edad, han generado la imagen de adultos mayores pasivos, sin metas, esperando a sus hijos y nietos para pasar tiempo con ellos. Estas ideas generan discriminación hacia los adultos mayores, quienes pueden mantenerse tanto o más activos que en otras épocas de su vida.
- “La menstruación impide hacer el amor”. Muchos conciben que durante la menstruación la mujer se encuentra “enferma”. Por otro lado, es considerable que existe socialmente cierta repulsión o temor hacia el contacto con la sangre, por lo que muchos prefieren obviar el contacto sexual hasta que culmine dicho período. Sin embargo, clínicamente ha sido comprobado que no existe ninguna limitante realmente significativa que determine el cese de la actividad sexual durante la menstruación.
- “La religión dicta cómo debe vivirse la sexualidad”. Muchas personas –fundamentadas en la religión- ligan la sexualidad única y exclusivamente a la reproducción, manteniendo ideas rígidas y estereotipadas sobre el cuerpo y la sexualidad.
- “Con la edad, la sexualidad se vuelve vergonzosa” o “Es vergonzoso comprar o adquirir algún elemento que tenga que ver con la práctica de relaciones sexuales (como condones, lubricantes, Viagra, entre otros)”. Muchos consideran que si un adulto mayor continúa normalmente con su vida sexual es porque es “un viejo verde” o “una vieja caliente”, y precisamente estas “etiquetas” o prejuicios sociales son los que generan inconformidad, vergüenza e intimidación en el adulto mayor ante cualquier muestra de su sexualidad.

Finalmente, debe considerarse lo que Hyde (1991) menciona respecto a que muchos piensan que las antiguas normas y estereotipos ya no influyen en la actualidad, no obstante, la

revolución sexual no acabó con los mitos sino que se han creado otros nuevos tales como que “ahora el hombre y la mujer tienen que conseguir el orgasmo simultáneo” y que “ahora ambos deben rendir durante las relaciones sexuales”. Por tal razón, es importante y necesario continuar realizando estudios sobre la sexualidad, hasta que sea posible destruir por completo los mitos, prejuicios y estereotipos respecto al comportamiento sexual de hombres y mujeres.

2. Aspectos psicológicos

En este apartado se abordan temáticas referentes a diversos problemas y conflictivos emocionales y psicológicos que afrontan los adultos mayores como resultado de los cambios y modificaciones que surgen generalmente después de los 60 años.

Antes de iniciar, es importante aclarar que algunas temáticas referentes a los aspectos psicológicos del adulto mayor no se abordan ni se extienden aquí, ya que se presentan de forma detallada en el apartado E.2 en el que se describen determinados tipos de creencias y pensamientos irracionales de los adultos mayores sobre su sexualidad. Por otro lado, también es importante tomar en cuenta que los aspectos sociales descritos anteriormente, tienen relación directa con los aspectos psicológicos e incluso con los aspectos fisiológicos, por lo que se realizaron esfuerzos por no caer en la tediosa repetición de algunas temáticas.

Específicamente sobre los problemas de salud mental, la O.P.S (1992) sostiene que éstos adquieren una importancia especial durante el envejecimiento, ya que son fuente de temores y de concepciones equivocadas sobre su origen, tratamiento, consecuencias y sobre el efecto que pueden tener en los enfermos, por lo que se considera que en muchos casos lo que se requiere para superarlos no es atención médica permanente y costosa, sino adecuar los sistemas de apoyo familiar y social de manera que funcionen con el máximo de eficacia y eficiencia. Además, esta

entidad destaca tres tipos de problemas en la esfera de la salud mental que resultan prioritarios en los adultos mayores: la depresión, las demencias y los problemas relacionados con el exceso de alcohol y medicamentos” (O.P.S., 1992, p. 8).

Por su parte, y en relación directa con lo mencionado anteriormente, Vidal y Alarcón (1996) sostienen que muchos de los problemas de los adultos mayores son de orden psíquico y no siempre patológico, por lo que su estudio exige una profunda y minuciosa investigación similar a la que clásicamente se dedica a los fenómenos somáticos. Y agregan que el sujeto “puede no encontrar posibilidades de reorganización frente a las nuevas circunstancias o ante la presión de los malos condicionamientos que arrastra desde antes” (p. 473).

Estas perturbaciones que aparecen en la senilidad, se pueden dividir en dos grandes grupos: 1) Alteraciones psicopatológicas funcionales: reacciones patológicas de adaptación, neurosis y psicosis, y 2) Cuadros psiquiátricos con trastornos orgánicos cerebrales: síndrome confusional, demencias.

Por otro lado, la pérdida del estatus y recursos económicos, los problemas de personalidad, el miedo, el desajuste al proceso de envejecimiento, la pérdida de identidad, la monotonía, la imposibilidad de un logro sexual total y la ansiedad; pueden afectar de forma significativa la actividad y el comportamiento sexual del adulto mayor (Villalobos, 1990).

Además, la O.P.S (1992) explica –como se mencionó anteriormente- que existen prejuicios que tienden a caracterizar a las personas adultas mayores como pasivas, crónicamente enfermas, sin deseos sexuales o con necesidades de atención y de cuidados constantes. Estas creencias estigmatizan a los adultos mayores y los condenan a la marginalidad social.

Por tales razones, ya desde la década de los cuarentas, Stern y Prados (1946) sostenían que los síntomas físicos y la oportunidad y forma de estos trastornos se ven afectados por graves problemas de desajuste psicológico (Según cita Salvarezza, 1996). Por tal razón, resulta adecuado

tomar en consideración la propuesta de Corrales (2000) respecto a que “defender la posición de que es posible envejecer de una manera exitosa, lleva intrínseca una profunda creencia acerca de que las capacidades que posee el ser humano pueden ser explotadas en todas las edades” (p. 99).

Puerto (2000) por su lado, habla de este mismo tema pero refiriéndose específicamente a las actitudes de los adultos mayores ante su sexualidad, las cuales juegan un papel principal en la expresión de su comportamiento sexual, ya que definen lo que piensan, sienten y viven en ese campo, y agrega “son las que ponen de manifiesto los que consideramos aceptable o inaceptable, agradable o desagradable, bueno o malo, normal o patológico” (p. 14). No obstante, el autor sostiene además que los adultos mayores no solamente reflejan sus propias actitudes sino también las expectativas de los hijos, la religión y la sociedad en la que viven, ya que éstas en muchos casos convierten la actividad sexual en una dificultad que culpabiliza y que incita a la evitación y al menoscabo en el funcionamiento y actividades sexuales en el transcurso de la vida.

Finalmente, Corrales (2000) defiende que para lograr un envejecimiento exitoso, es preciso: evitar enfermedades mediante una dieta y ejercicio moderado, realizar actividades productivas, mantener un adecuado sentido de autoeficacia (poder resolver problemas y situaciones de la vida real), lograr un manejo adecuado del estrés, mantener relaciones sociales (mantener vínculos con personas de otras etapas de la vida y asistir a grupos de tercera edad) y posibilitar un adecuado funcionamiento cognitivo (teniendo en cuenta que la capacidad de aprendizaje es posible y que se puede optimizar mediante recursos didácticos adecuados).

3. Aspectos fisiológicos o físicos

La O.P.S (1992) considera que en la adultez mayor las enfermedades se pueden dividir en dos grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad.

Las primeras son aquellas cuya patogénesis está directamente relacionada con el envejecimiento, por lo que las enfermedades o alteraciones más comunes en este grupo son enfermedades cardíacas, el Alzheimer, el Parkinson, la diverticulosis, la depresión, la osteoporosis, la fractura de cadera y la incontinencia. Se considera que el riesgo de sufrir estas enfermedades se incrementa con la edad, lo que hace a las personas mayores más susceptibles a padecerlas.

A diferencia de las anteriores, las enfermedades relacionadas con la edad se presentan en un determinado período de la vida, luego del cual su incidencia disminuye marcadamente. El factor crítico de estas enfermedades no parece estar relacionado con el envejecimiento por lo que muchas enfermedades neurológicas pertenecen a este grupo. Entre las enfermedades relacionadas con la edad se pueden mencionar la esclerosis múltiple, la esquizofrenia, la gota, la colitis ulcerativa, las hemorroides y el alcoholismo. Se considera que si es posible retardar su aparición, estas enfermedades no se presentarán y por lo tanto disminuirá su importancia como causas de mortalidad y morbilidad (O.P.S., 1992).

Específicamente en lo que atañe los cambios en la sexualidad que se presentan con la edad, Johnson et. al (1982) sostienen que existen diferencias significativas en el comportamiento sexual del hombre y la mujer. Esto se debe básicamente a diferencias de tipo biológico tales como que en la mujer a partir de los treinta años se empieza a dar un declive gradual de la capacidad de reproducción femenina, aunado a un aumento en la frecuencia de disturbios en el ciclo menstrual.

Para el caso de los hombres la fertilidad no es correlativa con la edad y aunque se presentan cambios hormonales, éstos no son tan pronunciados como en el caso de las mujeres. Sin embargo, para ambos casos, es necesario tomar en consideración que la fisiología de la respuesta sexual se ve alterada con la edad, ya que generalmente las personas mayores de cincuenta años requieren de un tiempo más largo y una estimulación genital más directa que las personas de menos edad.

Villalobos (1990) por su parte, sostiene que la sexualidad en la adultez mayor puede verse perjudicada por los factores genéticos, la ausencia de actividad física y la dieta. También, es necesario considerar que el adulto mayor sufre un deterioro de las glándulas sexuales por lo que además de que requiere de períodos más largos de estimulación, es indispensable que mantenga una actitud positiva frente al sexo y evite alteraciones emocionales como la depresión y la tristeza.

Otros autores como Salvarezza (1996), sostienen que las modificaciones fisiológicas propias de la vejez son lo suficientemente importantes como para provocar trastornos funcionales, especialmente si el sujeto no cuenta con un adecuado desarrollo psicológico que le permita sobreponerse a este déficit y enfrentar las condiciones desventajosas que su inserción sociocultural le determina.

Por tal razón, el autor explica que aunque es evidente que hay una disminución de esteroides en la mujer a partir de la menopausia, el grado de influencia que esta reducción tiene sobre las funciones sexuales no se ha establecido aún con precisión y sin embargo, frecuentemente pacientes y médicos atribuyen todas las molestias físicas y trastornos psicológicos a esta causa. De esta forma, podrían estarse generando gran cantidad de mitos sobre la menopausia, el final del deseo, la pérdida del atractivo femenino, entre otros.

Por otro lado, en lo que respecta a los hombres, Salvarezza (1996) señala que además de la disminución de la respuesta sexual que sufren éstos a medida que envejecen, diversos estudios demuestran que además tienen –en comparación con las mujeres- mayor sensibilidad a la influencia negativa de los problemas psicológicos, físicos y sociales.

En este punto es necesario hacer referencia a las disfunciones sexuales las cuales fueron ampliamente investigadas por Masters y Johnson (1970), quienes propusieron diversas terapias para el tratamiento de estos problemas.

Para Hyde (1991), las disfunciones sexuales “aluden a diversos trastornos o deterioros del funcionamiento sexual, como la incapacidad de tener un orgasmo o la eyaculación precoz”. Ella sostiene que “la mayor parte de los autores están de acuerdo en que la mayoría de los casos de disfunciones sexuales son de carácter psicógeno y no orgánico (físico)” (p. 303).

No obstante, Masters y Johnson (1970) se opusieron a determinadas ideas sobre los orígenes psicológicos de las disfunciones sexuales, alegando que la privación cultural y la ignorancia de la fisiología sexual eran el fundamento etiológico, y no la enfermedad psiquiátrica o médica (Según cita Hyde, 1991).

Según Hyde (1991), entre las principales disfunciones sexuales de las mujeres, pueden mencionarse las siguientes: la disfunción orgásmica (la mujer no logra llegar al orgasmo en todas las ocasiones o en ciertas situaciones específicas), el vaginismo (consiste en la rigidez del tercio externo de la vagina, por lo que la abertura vaginal se obstruye y hace imposible el coito), el coito doloroso o dispaurenia (la mujer experimenta dolor en la vagina, en la región de la salida de la vagina y el clítoris o, a mayor profundidad en la pelvis) y finalmente, los trastornos del deseo sexual (se inhibe el deseo sexual por lo que no se tiene interés por la actividad sexual).

En el caso de los hombres, Kaplan (1983), describe entre las principales disfunciones sexuales las siguientes: la impotencia sexual (consiste en una disfunción de la erección), la eyaculación retardada (consiste en un exceso de control eyaculatorio, es una inhibición involuntaria del reflejo orgásmico del hombre análoga a la disfunción orgásmica femenina) y la eyaculación precoz (consiste en un control inadecuado de la eyaculación, la cual se da en forma refleja con apenas un nivel crítico de excitación).

E. Planteamientos y características del enfoque cognitivo, conductual y emocional

Entre los años 50's y 70's se desarrollaron nuevos enfoques y técnicas psicológicas, y poco a poco el enfoque cognitivo conductual incorporó la trascendencia del campo emocional, convirtiéndose en un enfoque conductual, cognitivo y emocional, en el que se busca la modificación de la conducta humana desde una perspectiva integral, abarcando tres niveles de respuesta humana: lo motor, lo cognitivo y lo fisiológico (Wessler y Wessler, 1988).

Algunas de las terapias cognitivo conductuales más conocidas que se pusieron en práctica fueron la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis (publicada por primera vez en 1958, la cual fue la primera terapia cognitivo conductual y una de las más extendidas y utilizadas) y la Terapia Cognitiva de Aarón Beck (publicada por primera vez en 1963). Ambas son consideradas como métodos o terapias de reestructuración cognitiva, ya que “suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos” (Ellis, Caballo y Lega, 2002, p. 6-7).

Esta investigación trabajó primordialmente bajo la perspectiva de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) propuesta por los autores Ellis y Grieger (1981), Ellis (1999) y Ellis, Caballo y Lega (2002), así como con algunos conceptos claves de la Terapia Cognitiva propuesta por Aaron Beck et. al (1983). Además, se tomaron en cuenta algunos aportes importantes de otros autores que se han referido a ellos tales como Poling et. al (1990), Cruzado, Labrador y Muñoz (1993) y Carrasco (1993).

Antes de dar una breve descripción de la contribución de estos autores, es necesario hacer mención a las características generales de la perspectiva conductual, cognitivo y emocional, así como algunos aspectos que resultan claves para el análisis que guía la presente investigación.

1. Conceptos fundamentales y principios básicos

Autores como Beck (1983) y Ellis (1999) sostienen que los seres humanos desarrollan conductas desadaptadas y patrones afectivos negativos a través de los procesos cognitivos, por lo que su comprensión y evaluación posibilitará las modificaciones que sean necesarias para el bienestar del sujeto.

Aunque –como se mencionó anteriormente- ambas teorías son categorizadas como terapias cognitivo conductuales que utilizan métodos de reestructuración cognitiva, Ellis et. al (2002) explican que la TREC -propuesta por Ellis- y la Terapia Cognitiva -propuesta por Beck- mantienen ciertas diferencias básicas a nivel cognitivo, emocional y conductual. Por tal razón, a continuación, se expone cada teoría y los supuestos básicos que defienden.

- La Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis

Albert Ellis (1981) desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), la cual – como se mencionó anteriormente- es pionera de las terapias de reestructuración cognitiva y ha sido aplicada sobre numerosos trastornos o problemas mentales. Fue formulada con el nombre de Terapia Racional en 1956, durante el Congreso de la American Psychological Association en Estados Unidos (Ellis et. al, 2002).

En las variadas publicaciones de la Terapia Racional Emotivo Conductual, se abordan conceptos como las creencias racionales e irracionales, los pensamientos irracionales, así como la detección y evaluación de cada uno de ellos (que son aplicados a una gran amplitud y diversidad de situaciones o problemáticas).

Ellis et. al (2002) explican que esta terapia supone que las personas tienen ideas irracionales y filosofías de la vida que se mantienen dogmáticamente, produciendo perturbaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Además, “ofrece un método científico de pensamiento racional para ayudar a la gente a disminuir los problemas emocionales y llevar una vida más plena y satisfactoria” (p. XI) y “hace responsable al paciente de su forma de pensar, sentir y comportarse, y no a su pasado o a otras personas” (p. 19). Consta de cuatro pasos sucesivos ²:

1. La aplicación del modelo A-B-C que explica la forma en como las personas crean y pueden destruir sus perturbaciones: los acontecimientos activadores (A) no generan consecuencias emocionales o conductuales (C) sino que es el individuo el que produce sus propias consecuencias a través de su sistema de creencias (B).
2. La detección de las ideas irracionales: cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas, que remiten a afirmaciones imperativas y exigentes que la persona se hace a sí misma. Ellis et. al (2002) explican “si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de irracionales. Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas” (p. 18). Por otro lado, “si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran racionales” (p. 20).
3. La refutación, discusión, cuestionamiento o debate de cada creencia irracional (D). Por medio de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales, se cuestionan las hipótesis y teorías para determinar su validez.

² Según citan Carrasco, 1993 y Ellis et. al., 2002.

4. Conseguir un nuevo efecto (E) o filosofía que permita a la persona pensar de una forma más sensata en el futuro. Hay tres tipos de efectos: efectos cognitivos (creencias racionales), efectos emocionales (sentimientos apropiados) y efectos conductuales (conductas deseables).

Ellis (1999) propugna una primacía de las B, es decir, del sistema de creencias; especialmente considerando que “es raro, por no decir imposible, encontrar a personas con problemas emocionales y conductuales sin hallar también presente la contribución de un sistema de creencias”. Por tal razón, el autor considera que “la gente cuando se siente mal, podrá llegar a encontrar rápidamente las creencias disfuncionales o irracionales de las que parte y cambiarlas profundamente en un período de tiempo relativamente corto” (p. 61).

Según Ellis et. al (2002), “cuando las personas llevan a cabo un cambio filosófico en B, es decir, cuando cambian su pensamiento absolutista, sus tengo que / debo, a menudo son capaces de corregir espontáneamente sus conclusiones y sus inferencias distorsionadas de la realidad” (p. 35). De ahí, la importancia de abordar en esta investigación determinadas creencias e ideas o pensamientos irracionales de los adultos mayores en torno a su sexualidad y temas afines a ésta.

De acuerdo con lo anterior, Ellis (1984) parte del supuesto de que la forma en que las personas perciben los hechos interactúa con la evaluación cognitiva, las emociones y las conductas. Así, se presenta una interacción entre los procesos psicológicos humanos donde cogniciones, emociones y conductas se superponen (Según cita Carrasco, 1993).

Mora y Solano (2000) sostienen que es frecuente que todas las personas muestren la tendencia de presentar diversos pensamientos irracionales, ya que forma parte de la cotidianidad, no obstante, “cuando dichos pensamientos se convierten en un núcleo básico de creencias, funcionan como un freno del desarrollo de conductas funcionales para el individuo” (p. 47).

Ellis et. al (2002) mencionan varios pensamientos irracionales que interesan en la presente investigación, tales como ³:

- Radical / extremo. Las cosas se ven en términos de “blanco o negro”, sin posibilidades intermedias. Si la persona falla en un comportamiento, se ve a sí misma como un fracaso, pero se ve como un ser superior y “fabuloso” si funciona muy bien en un papel.
- Muy generalizado. Las conclusiones se extienden más allá de los datos empíricos de una situación determinada y es común la utilización de términos como “siempre”, “nunca”, “todo el mundo”, “nadie”, entre otros. O, unido al pensamiento extremo, se refiere a sí mismo o a otros como: “estúpido”, “malo”, “incompetente”, entre otros.
- Catastrófico. Los acontecimientos negativos se exageran hasta adquirir dimensiones de verdaderas catástrofes. Se utilizan expresiones como “espantoso”, “terrible”, “trágico”, “el fin del mundo”, “lo peor”, entre otros. En estos casos, se ignora la capacidad que se tiene de afrontar las situaciones.
- Muy negativo. En los casos donde sólo se tienen en cuenta los aspectos negativos de la situación, llega a predicciones sobre un futuro “vacío”, “sin esperanza”, entre otros, donde se juzga duramente a sí mismo y a los otros.
- Muy distorsionado. Se da en los casos en los cuales la persona “descubre” evidencias en aspectos o detalles mínimos y, si fallan las “antenas” y no encuentra datos, los fabrica.
- Poco científico / confuso. Se produce cuando se ignora la evidencia empírica, utilizando solamente la evidencia distorsionada y subjetiva, donde los sentimientos y no los hechos, son “pruebas” para juzgar las intenciones de los otros, predecir el futuro, entre otros.
- Totalmente positivo/negación de lo negativo. Se da en los casos en los que la persona se convence a sí misma de que los problemas no existen, de que ciertas cosas “no son

³ Tomado de “Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual”, de Ellis, Caballo y Lega, 2002, p. 39.

importantes” (cuando sí lo son), o de que no “siente nada negativo” (cuando es obvia la situación de problema).

- Extremadamente idealizado. Se produce cuando la visión de la realidad es exageradamente “romántica”, con expectativas irreales sobre sí misma, la familia, el trabajo, la vida en general, entre otros, realmente imposibles de lograr.
- Obsesivo. Se produce cuando un pensamiento repetitivo parece lo más, si no lo único, importante para una persona, perdiendo ésta su productividad, su capacidad de concentración.
- Extremadamente exigente. Se da en personas que “deben” o “tienen que” obtener lo que quieren de sí mismas, de los demás y del mundo en general, cuando y como lo quieren, sin tener en cuenta nada más que el propio deseo.

En referencia a este último tipo de pensamiento (el extremadamente exigente), Ellis et. al (2002) explican que de los “tengo que” / “debo” que son exigencias absolutistas y rígidas, derivan tres conclusiones irracionales o creencias evaluadoras, las cuales describen así:

1. Tremendismo: Es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo.
2. Baja tolerancia a la frustración: Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta o amenaza con presentarse en su vida o, por el contrario, deja o amenaza con dejar de ocurrir.
3. Condenación: es la tendencia a evaluar como “mala” la esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de la conducta individual. Esta condena puede ser aplicada también al mundo o a la vida en general, cuando no proporcionan al sujeto lo que cree merecer, de manera incuestionable y por encima de cualquier cosa.

Finalmente, Ellis y Grieger (1981) dan el aporte más significativo para la presente investigación en el capítulo doce del libro “Manual de terapia racional emotiva”, en el que presentan el enfoque racional emotivo de la terapia sexual, considerando las diversas clases de terapias sexuales y los estudios de autores como Masters, Johnson y Kolodny (1985).

También, Ellis et. al (2002) brindan en su libro “Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual”, un capítulo sobre las disfunciones sexuales y la TREC, en el cual abordan pautas para la adecuada identificación y debate de las ideas irracionales asociadas al desempeño sexual. Además, los autores hacen referencia al entrenamiento en asertividad sexual, el cual es más común en mujeres que en hombres, especialmente considerando que “la cultura tiende a condicionarlas para que sean pasivamente “femeninas”” (p. 140).

Lo presentado por los autores mencionados en ambos capítulos será desarrollado posteriormente en el apartado en el cual se abordan y se describen conductas, cogniciones y emociones sobre la sexualidad del adulto mayor.

▪ La Terapia Cognitiva de Aarón Beck

En 1963, Aarón Beck publica por primera vez la Terapia Cognitiva, la cual –como se mencionó anteriormente- se categoriza como una terapia cognitivo conductual, que utiliza métodos de reestructuración cognitiva (Según Ellis et. al., 2002).

En dicha terapia se reconoce una naturaleza multidimensional de las disfunciones por la cual se produce una interdependencia entre cognición, emoción, afecto y conducta; lo que explica que la información que tenga una persona sobre sí misma y sobre el mundo, experimentará transformaciones cognitivas que afectarán a las respuestas tanto emocionales como conductuales (Según cita Carrasco, 1993).

Por tal razón, Beck (1983) considera que el paciente puede aprender a resolver problemas y situaciones que antes había considerado insuperables, por medio de la reevaluación y modificación de sus pensamientos, de forma que puede pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos.

El autor sostiene que antes de emitir una respuesta emocional o conductual, los individuos clasifican, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos, por lo que el elemento responsable de la emisión de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas sería la estructuración cognitiva negativa de la situación (Según cita Carrasco, 1993). Para comprender mejor este supuesto, el autor estableció tres conceptos básicos, los cuales son ⁴:

1. La tríada cognitiva: creencias, atribuciones y expectativas a partir de las cuales el individuo interpreta los acontecimientos de su vida y genera expectativas de su futuro.
2. Los esquemas cognitivos: el conjunto de experiencias del individuo que provienen de su interacción con el medio y que se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de sí mismo.
3. Los errores cognitivos o “errores en el procesamiento de la información”: originan las interpretaciones inadecuadas.

Precisamente sobre el último punto, Beck (1983) menciona algunos tipos de errores cognitivos, entre los que se encuentran:

- Inferencia arbitraria: es el proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

⁴ Tomado de Aarón Beck, 1983.

- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizando toda la experiencia sobre la base de ese fragmento.
- Generalización excesiva: se refiere al proceso de elaborar una regla general o conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización: se refiere a la tendencia y facilidad de atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista / dicotómico: se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo: santo o pecador.

Finalmente, cabe mencionar que los aportes de Beck y Ellis a la psicología son muy significativos y han posibilitado el conocimiento y la aplicación de técnicas para identificar falsas creencias y supuestos desadaptativos con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

2. Conductas, cogniciones y emociones sobre la sexualidad del adulto mayor

Según Ellis (1981), desde el comienzo, la TREC fue aplicada para tratar los problemas sexuales humanos, especialmente los de impotencia y frigidez; utilizando un enfoque cognitivo – emotivo – conductual amplio y mutuamente interconectado en el tratamiento de ideas, mitos, supersticiones y dogmas autodestructivos y sabotadores. De hecho, el autor menciona que incluso puede considerarse que “las bases para el desarrollo de la TREC surgen a mediados de la

década de los cincuenta en el contexto de las relaciones sexuales y maritales”, a partir del cual Ellis publicó varios estudios referentes a la libertad sexual, la desculpabilización y el arte de amar (Ellis et. al., 2002).

Precisamente sobre el tratamiento de las disfunciones sexuales, se considera que los pensamientos racionales e irracionales son la base para producir comportamientos sexuales funcionales y disfuncionales (Ellis et. al, 2002).

Así, Ellis y Grieger (1981) explican que la principal premisa de la TREC consiste en que las personas se sienten trastornadas y actúan con perturbaciones, especialmente en lo referente al sexo y al amor, cuando convierten casi todo deseo y preferencia en un absolutista y perfeccionista *“debería, es necesario que, tengo necesidad de, orden imperativa o exigencia urgente”* (p. 212).

Los autores sostienen que la mayor parte de las personas con ansiedad sexual, hostilidad o compulsividad, presentan una serie de ideas irracionales, tales como que el juego amoroso debe terminar en la cópula o que la variedad en las formas y posturas no tiene importancia en las relaciones sexuales. Surgen así, una serie de mitos, supersticiones y dogmas autodestructivos (como los que se mencionaron anteriormente), que imposibilitan una actitud abierta y llena de experiencias.

Actos como la masturbación, el juego sexual fuera del coito y las frecuentes imaginaciones sexuales, muchas veces han sido catalogados como actos “malos” o “perversos” cuando en realidad no existe ninguna evidencia probatoria de perversidad o inmoralidad, por lo que “las personas con frecuencia se avergüenzan y se auto culpan de actos sexuales perfectamente inofensivos e incluso beneficiosos” (Ellis, 1981, p. 215).

Además de la culpabilidad o vergüenza, “las personas se crean sus propios trastornos emocionales en gran parte porque mantienen firmemente creencias y filosofías muy arraigadas en ellas mismas” (Ellis, 1981, p. 218). Por ejemplo, en referencia a las mujeres, los autores explican

que éstas tienden a no iniciar activamente las relaciones con los hombres que les gustan, es decir, no toman la iniciativa sexual, a pesar de que pueden desearlo mucho, por lo que “continúan con una doble norma de moralidad sexual, incluso cuando se les discrimina plenamente en contra de estas normas” y “hacen ver que se hallan totalmente satisfechas sexualmente cuando en realidad no lo están” (p. 168).

Por otro lado, el autor explica que una de las ideas irracionales básicas de la sociedad occidental es que para el ser humano adulto es una necesidad extrema el ser amado y aprobado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad (Según cita Carrasco, 1993). Aunado a esto, y según las nociones de la TREC, “la vergüenza o el auto desprecio constituyen quizás la parte más importante de muchos trastornos humanos” (Ellis, 1981, p. 217).

Por tales razones, Ellis y Grieger (1981) desarrollaron un enfoque racional emotivo de la terapia sexual, explicando que existen varios aspectos de la terapia racional emotivo conductual que se entremezclan de manera significativa con diversas clases de terapias sexuales, por lo que el mal funcionamiento sexual requiere –en acuerdo con Masters y Johnson (1970)- de la utilización eficaz de los métodos de enseñanza directa, del entrenamiento y la asignación de actividades o tareas personales. Incluso, en pacientes que sufren de ansiedad sexual, hostilidad o compulsiones sexuales, Ellis et. al (2002) recomiendan impartir una gran cantidad de información “correctora”, que ayudará al sujeto a deshacerse de algunos de sus pensamientos irracionales sobre el sexo.

Asimismo, los autores ejemplifican la forma en como se detectan y se evalúan los A-B-C en personas con trastornos o problemáticas en su vida sexual, por lo que los conceptos de experiencia activadora o hecho activador, el sistema individual de ideas o creencias (creencias racionales o irracionales) y la consecuencia emocional, son aplicables a temáticas específicas del comportamiento sexual tales como: el auto concepto y la imagen corporal, el tipo y frecuencia de

las prácticas sexuales, la experiencia reproductiva, la relación de pareja y calidad de la relación, la práctica y conocimiento de la estimulación, las disfunciones sexuales y muchos otros.

No obstante, según ambos autores, a diferencia de éstas, otras personas pueden tener éxito sexual, mostrándose firmemente convencidas de que tienen derecho a divertirse y gozar sexualmente, que existen personas con puntos de vista sexuales muy equivocados o diferentes y que ciertos actos sexuales no son vergonzosos y que al contrario causan beneficios.

La TREC “defiende firmemente que las personas piensan, se emocionan y se comportan simultánea y transaccionalmente”, por lo que “cuando sus emociones y su conducta se trastornan, haríamos mejor en tener en cuenta seriamente también su forma de pensar, imaginar y valorar” (Ellis y Grieger, 1981, p. 221). Por tal razón, se considera que es posible ayudar a los sujetos “a adquirir habilidades para lograr una comunicación sexual abierta, donde pueda expresar lo que desea” (Ellis et. al, 2002, p. 141).

Como puede verse, la valiosa contribución de Ellis y otros autores, posibilita una comprensión en el campo cognitivo conductual y emocional, que otros enfoques no han logrado ejemplificar de una forma tan clara y explicativa. Caracterizar el comportamiento sexual del adulto mayor, considerando los factores o elementos emocionales, cognitivos y conductuales, no sólo es factible desde el modelo racional emotivo conductual, sino que posibilita la aplicación asertiva de esta terapia en el tratamiento de trastornos y problemáticas relacionadas con la vida sexual del adulto mayor, promoviendo grandes beneficios en ésta y otras poblaciones.

CAPÍTULO III

Planteamiento del problema y objetivos

A. Problema de investigación

En Costa Rica, autores como Villalobos (1990) y Pérez y Zapparoli (1994) han proporcionado información básica, referente a temáticas tales como factores fisiológicos que inciden en la vida sexual (enfermedades dependientes de la edad y enfermedades relacionadas con la edad) y algunos factores que atañen a la psicología del adulto en referencia a los pensamientos, creencias y valores de éste con respecto a su sexualidad.

No obstante, la información hallada indica que aún no se ha desarrollado y difundido un conocimiento real y científico acerca del comportamiento sexual en estas edades, para establecer así un patrón de dicho comportamiento. Por esta razón, la presente investigación pretende responder al siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el patrón de comportamiento sexual en hombres y mujeres de sesenta años o más que asisten al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica?

La prioridad se focaliza en la necesidad de conocer aspectos claves tales como la frecuencia, calidad y preferencias en la práctica de relaciones sexuales, las creencias y valores en torno a la sexualidad, la incidencia de factores fisiológicos y psicológicos, y la conceptualización que existe con respecto a términos específicos entre los que destacan el de sexo y sexualidad.

A continuación, se detalla el objetivo general que guió la presente investigación, así como los objetivos específicos y externos. En este punto es importante mencionar que se considera que todos los objetivos mencionados a continuación, fueron cumplidos a cabalidad en la presente investigación.

B. Objetivo general

- Caracterizar el patrón de comportamiento sexual en hombres y mujeres, de sesenta años o más, que asisten al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica.

C. Objetivos específicos

1. Identificar la definición de los términos “sexo” y “sexualidad”, que sostienen los hombres y mujeres con edades de sesenta años o más.
2. Establecer la frecuencia de la práctica de relaciones sexuales en hombres y mujeres con edades de sesenta años o más.
3. Caracterizar los estilos o modalidades de contacto sexual que existen en la población de sesenta años o más.
4. Determinar las creencias y valores que mantienen los adultos mayores con respecto a su sexualidad e identificar distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales.
5. Identificar factores fisiológicos y psicológicos que obstaculizan o limitan la sexualidad del adulto mayor costarricense.

D. Objetivos externos

1. Proporcionar una fuente de información y conocimiento para el adulto mayor acerca del comportamiento sexual del hombre y la mujer con edades de sesenta años o más.
2. Posibilitar reformulaciones y la construcción de nuevas guías para futuras acciones de información, tratamiento y educación sexual del adulto mayor en los distintos programas, centros e instituciones; focalizados en la realidad de los datos que ellos mismos proporcionan.

CAPÍTULO IV

Metodología

A. Tipo de estudio

De acuerdo con Baptista, Fernández y Hernández (1998), esta investigación es descriptiva, porque “mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar”, de forma que “selecciona una serie de cuestiones y mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga” (p. 58).

El propósito consiste en describir la información que proporcionan los adultos mayores, respecto a temáticas específicas sobre su sexualidad que se consideran relevantes o de interés para este estudio y que han sido medidas y evaluadas por medio de un cuestionario. Posteriormente, se integrarán las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se manifiesta la sexualidad de la población en estudio.

Esta investigación tiene además un carácter exploratorio porque “los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (Baptista, Fernández y Hernández, 1998, p. 58).

En este sentido y para este caso en particular, es importante considerar que aunque se cuenta con información sobre sexualidad que caracteriza a poblaciones de países como Estados Unidos (Kinsey, 1948/1953), Colombia (Echeverry, 1990) y España (Felicglá, 1992), aún no se cuenta con información o antecedentes pertinentes o suficientes que caractericen específicamente a la población de adultos mayores costarricenses.

Por la razón anterior, y en vista de que la sexualidad de los costarricenses mayores de sesenta años ha sido poco estudiada, se evidenció la necesidad de realizar una investigación que valga como base para futuros estudios con poblaciones de adultos mayores de todo el país.

B. Población

- La población de interés fueron hombres y mujeres adultos costarricenses de sesenta años o más, que asistieron al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo semestre del año 2004. De acuerdo con información brindada por el programa, durante este período se realizó la matrícula de 572 participantes.

C. Muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 155 sujetos, de los cuales 114 son mujeres y 41 son hombres. Sin embargo, y a pesar de que la diferencia es muy significativa entre la cantidad de hombres y mujeres de la muestra, es importante recordar que para el II semestre del año 2004, matricularon 1010 personas de 60 años o más, de las cuales un 84% eran mujeres y un 16% eran hombres, por lo que puede considerarse que la participación de estos últimos en esta investigación fue satisfactoria. La muestra contempló lo siguiente:

- El porcentaje de confianza es de un 95%.
- El porcentaje de error es de un 6.7%.
- El nivel de variabilidad que se calculó para comprobar la hipótesis es de 0.5, en vista de que no existen antecedentes sobre la investigación, entonces los valores de variabilidad es $p: q: 0.5$.

- En vista de que se conocía el tamaño de la población, se aplicó la siguiente fórmula (Sosa, en asesoría personal, 2004):

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

<i>n</i> es el tamaño de la muestra: 155 sujetos	<i>p</i> es la variabilidad positiva: 0.5	<i>N</i> es el tamaño de la población: 572 sujetos
<i>Z</i> es el nivel de confianza: 1.96: 95%	<i>q</i> es la variabilidad negativa: 0.5	<i>E</i> es la precisión o el error: 0.067: 6.7%

Siendo así, y para el caso particular que atañe en la presente investigación, se concluye lo siguiente:

$$n: \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(572)}{(572)(0.067^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)} = \frac{549.34}{3.52} = 155 \text{ sujetos}$$

En este punto, es necesario aclarar que los resultados encontrados en la investigación deben ser considerados solamente para todos aquellos adultos costarricenses de 60 años o más que deseen participar voluntariamente en este tipo de estudios y que pertenecen al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor, de la Universidad de Costa Rica.

1. Criterios de inclusión y criterios de exclusión para la población

Con el fin de realizar una selección más adecuada de la población, se presentaron criterios de inclusión de hombres y mujeres como posibles sujetos de investigación, los cuales fueron aplicados y cumplidos en su totalidad. Dichos criterios fueron los siguientes:

1. Personas con edad de 60 años o más.
2. Costarricenses o nacionalizados como tal.
3. Matriculados en cualquiera de los cursos académicos o recreativos que ofrece el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor.

Por otro lado, los siguientes criterios de exclusión determinaron que se excluyeran como posibles sujetos de investigación aquellos hombres y mujeres:

1. Extranjeros no nacionalizados.
2. Con discapacidades mentales o enfermedades terminales severas.

2. Selección de la muestra

El Programa Integral para la Persona Adulta Mayor proporcionó una lista –ordenada alfabéticamente por apellido- de las personas de 60 años o más que matricularon durante el segundo semestre del año 2004, la cual contenía la siguiente información de cada participante: número de cédula, número de carné, nombre completo, sexo, provincia de procedencia, teléfono y nivel académico.

Se contactó telefónicamente a quienes conformaban esta lista, en un orden de arriba hacia abajo, con el fin de prevenir sesgos por edades o por sexo. A cada persona se le brindó información básica concerniente al tema de la investigación, los requisitos para participar, así como la respectiva autorización del Programa Integral para la Persona Adulta Mayor para llevar a cabo dicha investigación.

En cada llamada telefónica se consultó algunos datos específicos con el fin de conocer información básica para el adecuado cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Estos

datos referían a: el sexo, la edad, la nacionalidad, la matrícula de cualquiera de los cursos que ofrece el programa y la presencia de cualquier enfermedad.

Cada participante determinó a voluntad si deseaba participar en la investigación. Posteriormente se acordaba el día, la hora y el lugar específico (dentro del campus universitario) para el encuentro.

Algunos participantes fueron contactados por compañeros de cursos que recibieron la invitación vía telefónica, en tanto que otro pequeño grupo de participantes fue contactado gracias a un volante informativo que se distribuyó en el campus universitario y en la oficina del Programa para el Adulto Mayor.

A todos se les consultó acerca de la presencia de cualquier enfermedad, ya que determinadas incapacidades físicas pueden ser responsables de bajas en el desempeño mental, como lo son las arritmias cardíacas, tumores cerebrales, infecciones y la pérdida de la audición (Hobot y Libow, 1980. Según cita Corrales, 2000). Por supuesto, además se tomaron en consideración las enfermedades mencionadas por la O.P.S (1992), entre las que se encuentran el Alzheimer, el Parkinson, la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo.

De acuerdo con lo anterior, y con el fin de asegurar que el criterio de exclusión de hombres y mujeres con discapacidades mentales o enfermedades terminales severas se cumpliera, se planificó realizar el examen mental en aquellos casos en los que la investigadora lo considerara necesario, ya fuera por razones tales como dudas con respecto al funcionamiento del juicio, el razonamiento, el lenguaje, confusión, ansiedad, irritabilidad y pérdida de memoria. Sin embargo, durante la aplicación de los cuestionarios no fue necesario verificar la existencia de problemas relacionados con daño o deterioro de las funciones mentales, ya que todos los participantes contaban con la salud mental y las condiciones requeridas para participar.

D. Recolección de la información

Este apartado contiene información sobre el instrumento que se utilizó para la recolección de la información y datos sobre la validez de contenido que respalda la presente investigación.

1. Instrumento de recolección de la información

Se elaboró un cuestionario con el fin de recopilar información para conocer el patrón de comportamiento sexual en personas de sesenta años o más. Durante su elaboración, se tomaron en cuenta dos dimensiones básicas:

1. La información proveniente de referencias bibliográficas de estudios similares realizados en otros contextos, y
2. Los aportes de expertos, considerando cinco áreas de especialización: estadística, sexualidad, medicina general, gerontología y psicología clínica.

Posteriormente, se determinó utilizar cuatro categorías básicas de aspectos, con el fin de proporcionarle al participante mayor orden y claridad en lo que se le consultó. Las cuatro categorías básicas fueron:

1. Aspectos demográficos: contiene 8 preguntas, todas con opción de respuesta única. En total 7 preguntas están conformadas solamente por respuestas cerradas, y 1 está conformada por respuestas cerradas y una respuesta semi-abierta.
2. Aspectos sociales y culturales: contiene 28 preguntas, de las cuales 24 tienen opción de respuesta única y 4 tienen opción de respuesta múltiple. En total 18 preguntas están

conformadas solamente por respuestas cerradas, y otras 10 están conformadas por respuestas cerradas y una respuesta semi-abierta.

3. Aspectos físicos o fisiológicos: contiene 12 preguntas, de las cuales 10 tienen opción de respuesta única y 2 tienen opción de respuesta múltiple. En total, 4 preguntas están conformadas solamente por respuestas cerradas, y otras 8 están conformadas por respuestas cerradas y una respuesta semi-abierta.
4. Aspectos psicológicos y sobre sexualidad: contiene 66 preguntas, de las cuales 47 tienen opción de respuesta única y 19 tienen opción de respuesta múltiple. En total, 38 preguntas están conformadas solamente por respuestas cerradas, y otras 28 están conformadas por respuestas cerradas y una respuesta semi-abierta.

Se agruparon preguntas que estuviesen relacionadas entre sí por una misma temática. En total, el cuestionario contiene 114 preguntas, de las cuales 89 brindan la opción de marcar respuesta única y 25 brindan la opción de marcar respuesta múltiple, es decir, que permiten marcar una o varias opciones de respuesta. Por otro lado, en total 62 preguntas están conformadas solamente por respuestas cerradas, y otras 52 están conformadas por respuestas cerradas y una respuesta semi-abierta.

Ubicar cada pregunta dentro de una categoría específica, fue realmente difícil, especialmente considerando que hay preguntas que pueden igualmente ser ubicadas en una u otra categoría. Sin embargo, finalmente se logró un orden adecuado, con lo que se facilitó que el participante avanzara paulatinamente con cada pregunta y compartiera la información sin sentirse súbitamente cuestionado sobre algunas temáticas específicas –muy íntimas o privadas- que podrían generar ansiedad, timidez, vergüenza o simplemente desconfianza.

Además de estas 4 categorías, se elaboró un cuadro conformado por 30 ítems, en los que se solicitó al sujeto que seleccionara si el contenido de cada oración era “cierto” o “falso”, en caso de desconocerlo podía marcar “no sé”. Por medio de este cuadro, se obtuvo el nivel de conocimiento sobre mitos y sobre temáticas que atañen a la educación sexual de los sujetos.

Este cuestionario fue aplicado de forma individual, ya que este método de recolección permite obtener información muy confidencial, facilita un alto porcentaje de respuesta y permite que se realicen explicaciones y sondeos (Gómez, 1998).

Hubo en total 6 encuestadoras (incluyendo a la investigadora), quienes debían contar con el grado mínimo de Bachillerato en Psicología, especialmente considerando la posibilidad de que – ante cualquier eventualidad durante la aplicación del cuestionario- pudiesen brindar la ayuda y el apoyo psicológico necesario. Aunque se realizaron intentos por reclutar encuestadores del sexo masculino, lamentablemente esto no fue posible.

Cada encuestadora recibió un entrenamiento respecto a la forma en cómo realizar el primer contacto vía telefónica y la información específica que debían proporcionar y consultar a cada sujeto. Se determinó que el cuestionario debía ser aplicado única y exclusivamente dentro del campus universitario, y no en otro sitio como la casa de habitación del sujeto participante, con el fin de evitar que cualquiera de las encuestadoras se expusiera a posibles situaciones de riesgo y evitar también posibles sesgos en la recolección de la información.

Asimismo, cada encuestadora recibió un entrenamiento específico sobre el cuestionario, que consistía en leerlo en su totalidad en forma detallada y concisa junto con la investigadora, para abordar dudas o comentarios respecto a cualquiera de las preguntas o temáticas presentadas. Posteriormente, cada encuestadora realizó en privado otra lectura del cuestionario, igualmente con el fin de asegurarse por completo que no existieran dudas o inconvenientes específicos. Ante cualquier duda, se consultó personalmente con la investigadora.

Cada encuestadora se entrenó además en la forma adecuada de realizar la revisión del cuestionario cada vez que concluyera su aplicación. Con este proceso, cada encuestadora se aseguró que su trabajo fuera realizado adecuadamente, y permitió también que no se presentaran preguntas sin respuesta.

También, se brindó entrenamiento sobre reacciones asertivas ante determinadas situaciones que pudiesen presentarse durante la aplicación del cuestionario, tales como la necesidad de brindar atención psicológica, que el sujeto encuestado desistiera de continuar o que se presentara cualquier interrupción, entre otras posibles eventualidades. Estos entrenamientos se realizaron con el fin de que el trabajo de las encuestadoras fuese realmente productivo y efectivo.

Además, se realizaron reuniones y supervisiones semanales con cada una de las encuestadoras, de forma que se logró un seguimiento constante del trabajo realizado por cada una de ellas y se obtuvo gran cantidad de información sobre comentarios y opiniones que externaron los participantes durante la aplicación del cuestionario.

Todas las encuestadoras fueron responsables y realizaron la labor asignada de forma ética y comprometida con su profesión, lo que aseguró que todos los sujetos participantes se mostraran cómodos con el tratamiento de las distintas temáticas.

2. Validez de contenido

La validez de contenido de la presente investigación, estuvo conformada por dos procesos: uno que refiere a la evaluación de cada temática del cuestionario con el juicio de expertos, y otro que refiere a la aplicación de dos pruebas piloto de dicho instrumento.

La validez refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Baptista et. al., 1998, p. 236). Para lograrlo, la escogencia y tratamiento de cada temática fueron evaluados con el juicio de expertos y con la evaluación del comité asesor.

La crítica de estas personas proporcionó una revisión a fondo e integral del cuestionario, evaluando cuidadosamente cada pregunta y considerando todos los controles requeridos, así como la coherencia que debe existir en cada pregunta o ítem.

El grupo de expertos estuvo conformado por 4 personas, especialitas en estadística, sexualidad y medicina general, gerontología y psicología clínica, respectivamente. Estas personas brindaron supervisiones o asesorías, de forma que cada uno leyó detenida y concienzudamente el cuestionario para dar sus recomendaciones y opiniones al respecto.

En un primer momento, todos los expertos coincidieron en que, a pesar de que el cuestionario era muy extenso, lograba integrar una gran cantidad de información que es necesaria de tomar en consideración al realizar estudios de este tipo, y que generalmente no ha sido incluida o tratada en otras investigaciones por el arduo trabajo que representa para el investigador, así como para los participantes (considerando que deben contar con mucha disposición y una buena actitud para responder todas las preguntas).

Luego de esta fase, se realizaron dos pruebas piloto con el fin de corroborar el adecuado tratamiento, comprensión y recolección de la información.

El primer piloto se aplicó a 8 personas (4 hombres y 4 mujeres) y demostró primordialmente que el cuestionario no debe ser auto aplicado, es decir, que cada participante debe contar con la compañía y asesoría de una encuestadora, quien tiene la función de leer cada pregunta y las opciones de respuesta, para luego anotar fielmente la información proporcionada por cada persona. Este piloto además demostró otros tres aspectos particularmente relevantes:

1. Aunque no se tiene el dato exacto, la mayoría de la población presenta deficiencias visuales importantes, lo que obviamente dificulta, cansa o imposibilita la lectura.
2. El cuestionario era muy extenso, por lo que la fatiga o el cansancio afectaron la disposición de cada participante. Algunos incluso, decidieron no concluir, por lo que dejaron preguntas sin respuesta. Por lo tanto, fue necesario reformular y priorizar algunas preguntas y opciones de respuesta, especialmente considerando los objetivos específicos de la investigación.
3. El formato del cuestionario requería de mayor orden y claridad ya que la consecución de las preguntas se hizo de izquierda a derecha, con orientación horizontal. Esto provocó que algunos participantes dejaran algunas preguntas sin respuesta porque no tenían claro si debían continuar hacia la izquierda o hacia abajo (lo que es más común).

Así, luego de aplicar este primer piloto, se realizaron modificaciones tales como disminuir el tamaño del cuestionario, proporcionar un nuevo formato más claro y sencillo (presentando la consecución de las preguntas de arriba abajo, con orientación vertical), y determinar como totalmente indispensable y necesario el acompañamiento y aplicación del cuestionario por parte de una encuestadora.

Posteriormente, se hizo un segundo estudio piloto, aplicado a un 10% del total de sujetos de la muestra, lo que dio como resultado un total de 15 personas (6 hombres y 9 mujeres). En esta ocasión, el piloto demostró que el cuestionario no presentó ningún inconveniente o la necesidad de realizar modificaciones significativas en cuanto a comprensión, tratamiento o codificación. La única modificación que surgió consistió en reubicar siete preguntas, para lograr así un mejor orden y mayor coherencia en las distintas temáticas consultadas.

Ambos estudios pilotos contaron con el seguimiento, la valoración y la supervisión de cada uno de los expertos y de los miembros del comité asesor, lo que le dio al proceso mayor control y aseguró el logro de los objetivos. Las recomendaciones que dieron fueron muy valiosas, y a partir de ellas se generaron modificaciones –primordialmente sobre el formato o el tratamiento de algunas palabras o frases- que posibilitaron un mayor aprovechamiento de la información que se recopiló.

E. Precauciones para proteger a los participantes

Antes de dar inicio con la aplicación del cuestionario, se le proporcionó a cada participante una hoja de consentimiento informado donde se explicó brevemente en qué consistía su participación y se aclararon aspectos concernientes a:

1. El tema central de la investigación.
2. El objetivo central de la investigación.
3. La total confidencialidad y responsabilidad ética en el tratamiento de la información proporcionada, y todos los derechos afines. A cada sujeto se le enfatizó en el hecho de que el cuestionario es anónimo, de forma que no existe la posibilidad de identificar a los participantes con sus respuestas y opiniones.
4. La posibilidad de recibir apoyo psicológico profesional si se mostrase afectado (a) durante la aplicación de los instrumentos, así como el número telefónico para comunicarse con la investigadora. Al respecto, es importante mencionar que no fue necesario brindar apoyo psicológico a ninguno de los participantes, pero sí fue necesario mostrar empatía con muchos de ellos, especialmente en los casos en los que expresaron una gran necesidad por compartir información sobre algunas temáticas específicas, tales como la primera relación sexual o la

calidad de la relación de pareja actual. Todos los participantes se mostraron muy conformes con el trato que recibieron de parte de las encuestadoras y algunos incluso hicieron intentos por establecer un mayor contacto social con la encuestadora (invitándola a tomar café o a almorzar, solicitándole su número telefónico o simplemente solicitándole que se reunieran posteriormente “para verse y hablar un rato”).

5. La posibilidad de conocer los resultados finales de la investigación. Esto fue solicitado explícitamente por la mayoría de los participantes, y algunos incluso mencionaron que deseaban ser invitados a la defensa pública de la tesis.

Dada la naturaleza del tema a tratar, al aplicar el cuestionario se tomaron las siguientes consideraciones de carácter metodológico:

1. Cada encuestadora dio una explicación general del contenido del cuestionario, aclarando que al finalizar procedería a recogerlo y revisarlo rápidamente.
2. Se trabajó en un ambiente seguro, privado, tranquilo y cómodo; y sin ninguna presión de tiempo para el participante.

F. Procesamiento de la información

Para clasificar y presentar los datos de la muestra se trabajó con técnicas de estadística descriptiva porque permiten la sumarización y descripción del conjunto de datos, y con técnicas de estadística inferencial o inductiva ya que permiten la obtención de conclusiones o inferencias para un conjunto mayor que el observado. Con estos procedimientos, se hace posible resumir un

conjunto de datos con el fin de que las características y relaciones de ese conjunto sean fácilmente comprensibles (Gómez, 1998).

Una vez recogida la información, se procesó para ser analizada estadísticamente, pero antes se consideraron tres fases centrales, de acuerdo con lo recomendado por Gómez (1998).

1. Revisión y crítica: una vez que el participante respondió el cuestionario, cada encuestadora realizó una revisión a fondo e integral, considerando los controles y la coherencia que deben mantenerse en este tipo de instrumentos. Así, se realizó una contrastación rápida, pero cuidadosa de algunos aspectos, tales como: determinar si todas las preguntas fueron debidamente contestadas, determinar la existencia de respuestas ilegibles, borrosas o manchadas y eliminar incoherencias. Esta revisión tuvo por objeto que las fallas, omisiones o incoherencias fueran subsanadas en forma inmediata y adecuada; y además aseguró que no se presentaran casos de pérdida de información al dejar preguntas sin respuesta, así como que no existiesen incoherencias ni errores en los pases de una pregunta a otra.
2. Codificación y digitación: la información se organizó en un número manejable y apropiado de categorías y se presentó en cuadros o tablas. Este proceso implica codificar la totalidad de la información en un programa de cómputo, para lograr su más rápido y efectivo procesamiento. Los datos fueron procesados con el programa SPSS para Windows (versión 10.0 en español), con el cual fue posible generar estadísticas descriptivas.

La Unidad de Servicios Estadísticos de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica fue contratada para realizar el procesamiento y análisis estadístico de la información. Esta unidad también brindó asesorías durante el proceso de construcción y validación del cuestionario, y durante su aplicación.

Los datos recopilados se presentan en tablas, considerando dos tipos de categorizaciones que resultan idóneas para este tipo de investigación, las cuales son:

1. Categorización temporal: Se refiere al establecimiento de intervalos de 10 años, para asegurar que la información obtenida se mantiene dentro de determinados rangos de edad. Se realizó de esta forma, ya que tal y como se mencionó anteriormente, estudios realizados por autores tales como Kinsey (1948/1953), Masters y Johnson (1966/1970), Pfeiffer y colaboradores (1968) y Martin (1977), quienes estudiaron poblaciones de adultos mayores, arrojaron datos de carácter estadístico y metodológico, demostrando que es necesario mantener la información dentro de determinados rangos de edad, en vista de que el comportamiento sexual presenta diferencias significativas dependiendo de la década en la que se encuentra la persona (Según cita Johnson, Kolodny y Masters, 1982). Este tipo de categorización fue aplicada en el procesamiento de la información obtenida únicamente en las preguntas que refieren a aspectos psicológicos y de sexualidad, ya que es en éste donde se haya la información que es de mayor relevancia e interés para la investigación.
2. Categorización de género: Se refiere a mantener la información proporcionada por los participantes dentro de su respectivo género, posibilitando así la sistematización de las similitudes o las diferencias encontradas. Autores como Vidal y Alarcón (1986), Echeverry (1990), Sánchez y Olazábal (1998) y Mora y Solano (2000), enfatizan que debe considerarse las diferencias en condiciones de género, debido a que hombres y mujeres presentan desigualdades significativas en diversos aspectos o factores. Esta categorización fue aplicada en el procesamiento de la información obtenida en todas las preguntas que conforman el cuestionario.

Se realizaron pruebas de independencia entre cada una de las variables del cuestionario y el sexo, de la pregunta 1 a la 114. Además, se realizaron pruebas de independencia entre cada una de las variables del cuestionario y la edad, de la pregunta 49 a la 114.

Estas pruebas se realizaron utilizando la prueba de chi cuadrada, la cual es una prueba estadística para probar la independencia entre dos variables nominales o categóricas y a partir de la cual se conoce el valor de la probabilidad asociada (p) (Sosa, en asesoría personal, 2004). El nivel de significancia (α) considerado es del 5%, es decir que $\alpha: 0.05$. Las hipótesis planteadas son:

- H_0 : Ambas variables son independientes.
- H_1 : Ambas variables están asociadas.

Lo anterior significa que si el valor de la probabilidad asociada es igual o menor que 0.05, entonces se concluye que ambas variables están asociadas. Pero, si el valor de la probabilidad asociada es menor que 0.05, entonces se concluye que ambas variables son independientes. Sin embargo, en la mayoría de las tablas la prueba se invalida porque más del 20% de las celdas (considerando los valores esperados) tienen menos de 5 casos (Sosa, en asesoría personal, 2004).

El valor de la probabilidad asociada (p), y el dato de si la prueba se invalida o no, se adjunta en cada una de las tablas. Por tal razón, y con el fin de facilitar una mejor comprensión de dicha información que se detallará en las tablas, lo anterior puede resumirse de la siguiente forma:

- Si $p \leq \alpha (0.05)$: H_0 se rechaza, es decir, ambas variables están asociadas.
- Si $p > \alpha (0.05)$: H_0 se acepta, es decir, ambas variables son independientes.

Para cada pregunta con opción de respuesta única, se creó una tabla que detalla *la cantidad* de hombres (N masculino) y de mujeres (N femenino) que seleccionó cada opción de respuesta, así como *el porcentaje* que representan en la muestra masculina y femenina respectivamente. En el caso de las preguntas con respuesta múltiple, se realizó el mismo proceso pero en vez de considerar cantidades, se considera *la proporción* de hombres y mujeres que seleccionaron cada

opción de respuesta, así como *el porcentaje* que representan en la muestra masculina y femenina respectivamente.

Por otro lado, la información recopilada en el cuadro conformado por 30 oraciones, se procesó con el apoyo de Sosa (en asesoría personal, 2004), quien explica que para obtener datos estadísticos es necesario que el investigador asigne –de acuerdo a los intereses de la investigación y para el caso de este cuadro en particular- un valor para cada variable cualitativa. De esta forma, se asignó un puntaje –de 0, 1 o 2- a cada oración luego de determinar si el contenido es falso o verdadero, tomando como antecedente y base teórica primordialmente los estudios e investigaciones realizados por Vidal y Alarcón (1986), Echeverri (1990), la O.P.S (1992), Pérez y Zapparoli (1994) y Lerer (1995). De esta forma, se determinó lo siguiente:

- Si el contenido de la oración –para fines de este estudio- es cierto, y el sujeto lo marcó así entonces se asignan dos puntos, pero si marcó falso no se asigna ningún puntaje.
- Si el contenido de la oración -para fines de este estudio- es falso, y el sujeto lo marcó así entonces se asigna dos puntos, pero si marcó cierto no se asigna ningún puntaje.
- Si marcó falso se le asigna 1 punto (como valor intermedio entre cierto y falso).

Lo anterior significa que si el sujeto marcó todas las respuestas “correctas” o “esperadas”, se asigna un puntaje total de 60 puntos. Luego e igualmente con el apoyo de Sosa (en asesoría personal, 2004), se determinaron tres “niveles de conocimiento”, con el fin de integrar los resultados encontrados y poder así asignarlos e integrarlos dentro de una categoría. Así, dependiendo del puntaje asignado, se determinaron los siguientes tres niveles:

- Nivel *bajo*: para quienes obtuvieron entre 0 y 42 puntos.
- Nivel *medio*: para quienes obtuvieron entre 43 y 51 puntos.
- Nivel *alto*: para quienes obtuvieron entre 52 y 60 puntos.

Este proceso permitió determinar datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento de los sujetos acerca de mitos y temáticas que refieren a educación sexual. En los anexos se presenta el cuadro con las 30 oraciones y el puntaje asignado para cada una, dependiendo de si el contenido se considera falso o cierto.

CAPITULO V

Presentación de los resultados obtenidos

En total participaron 155 personas, de las cuales 114 son mujeres (73.5%) y 41 son hombres (26.5%). Anteriormente se aclaró que es importante recordar que para el II semestre del año 2004, matriculó un 84% de mujeres y un 16% de hombres en los distintos cursos que ofrece el programa, por lo que puede considerarse que la participación de estos últimos en esta investigación fue satisfactoria.

En este capítulo, inicialmente se describen algunos datos en referencia al primer contacto que se hizo con los sujetos. Posteriormente se detallan los resultados obtenidos, considerando las cuatro categorías básicas (aspectos demográficos, aspectos sociales y culturales, aspectos físicos o fisiológicos y aspectos psicológicos y de sexualidad) que fundamentan el presente estudio y a partir de las cuales se construyó el cuestionario.

Aunque todas las categorías brindan información muy importante y enriquecedora, es necesario mencionar que la categoría de "*aspectos psicológicos y de sexualidad*" es la que tiene mayor relevancia para la presente investigación. Además, es en dicha categoría en la que se determina y se comprueba el adecuado cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados en esta investigación.

A. Primer contacto con los sujetos

En un principio se determinó que cada encuestadora utilizara una “hoja control” (ver anexos) para anotar algunos datos concernientes al primer contacto con cada sujeto (nombre, edad, si padece alguna enfermedad, nacionalidad, lugar y hora de encuentro, entre otros). Esta hoja control permitiría contar con datos exactos respecto a la totalidad de personas que fueron contactadas. Igualmente, posibilitaría conocer datos exactos respecto a la cantidad de sujetos que no participaron en la investigación y las razones que dieron al respecto.

No obstante, ésta no era una meta o tarea determinante para la presente investigación, por lo que este control no se realizó de la forma más estricta, ya que –aunque pocos- hubo algunos casos en los que las encuestadoras no anotaron la información en la hoja control, ya fuera porque lo olvidaron o simplemente porque lo obviaron. Esto hasta cierto punto es entendible, especialmente considerando que el proceso de contactar a los sujetos fue realmente agotador y requirió hacer una gran cantidad de llamadas telefónicas.

Sin embargo, y aunque no se cuenta con datos exactos, puede decirse que aproximadamente el 82% de la muestra fue contactado vía telefónica, un 13% por compañeros de cursos que ya habían respondido el cuestionario y recomendaban su participación, y finalmente un 5% fue contactado por medio de un volante informativo (ver anexos) que se distribuyó en el campus universitario y en la oficina del Programa Integral para el Adulto Mayor, en el cual se brindaron varios números de teléfono para contactarse con las encuestadoras. No se realizaron grabaciones de audio ni de vídeo. La duración de la aplicación de este instrumento fue de una hora y media en promedio.

En un principio, los hombres en su gran mayoría, fueron quienes mostraron más interés y disposición para participar en la investigación, ya que hicieron comentarios en referencia a la

importancia y la necesidad de promover investigaciones de este tipo y manifestaron entusiasmo por formar parte de la muestra. Por el contrario, un importante número de mujeres se mostraron retraídas, con poca disposición y/o interés, incluso algunas dudosas o temerosas con respecto a la temática a tratar. Esto tiene relación directa con la influencia que ejerce la cultura y la sociedad respecto a lo que se considera “adecuado” o “esperado” del sexo femenino, sin embargo, este punto se desarrolla más ampliamente en el capítulo de análisis y discusión de resultados.

También hubo algunas personas que contactaron a la Oficina del Programa Integral para el Adulto Mayor, para así confirmar si realmente se contaba con la respectiva autorización para realizar la investigación. Esto evidencia lo importante y necesario que resulta para algunos constatar que se cuente con el respaldo y la autorización de la entidad en la que han depositado su confianza.

Por otro lado, quienes finalmente aceptaron participar, se mostraron totalmente anuentes a brindar la información, y en su mayoría comentaron estar muy cómodos y satisfechos con el tratamiento de las distintas temáticas que conforman el cuestionario.

Sin embargo, se considera que aproximadamente de cada 40 llamadas realizadas, sólo el 13% se mostró anuente a participar en la investigación, por lo que –como se mencionó anteriormente- el proceso de contacto vía telefónica fue realmente extenuante para las encuestadoras. Puede decirse que el 87% restante no participó principalmente por alguna de las siguientes razones:

1. Padece alguna enfermedad temporal (gripe o diarrea) o alguna enfermedad crónica, que le imposibilita salir de su hogar temporalmente.
2. No mantiene relaciones sexuales coitales con su pareja o no tiene pareja, y por lo tanto se considera incapaz o inadecuado para brindar información sobre sexualidad.
3. No tiene deseo o interés en participar en esta investigación.

4. No es costarricense, ni extranjero nacionalizado.
5. Inició el curso en que se matriculó pero no lo concluyó (no era estudiante activo).
6. No responde.
7. El número telefónico está equivocado.

B. Aspectos demográficos

En este apartado se presentan los datos concernientes a edad, sexo, nacionalidad, provincia de residencia, cantón de residencia, estado civil, número de hijos, personas con quienes convive el sujeto en su casa de habitación y nivel de educación. Para cada uno de los temas mencionados anteriormente, se presenta una tabla con la distribución de frecuencias de los sujetos según cada variable considerada por el sexo.

1. Edad

Las personas con edades entre 60 y 69 años fueron quienes tuvieron mayor representación con un 61.3%, seguidas por 37.4% de personas con edades entre 70 y 79 años. La representación de personas mayores de 80 años fue muy pobre –sólo un 1.3%, equivalente a dos personas del sexo masculino- principalmente porque la mayoría de quienes fueron contactados comentan que no desean participar en ninguna actividad que no sea propia del curso en que están matriculados o “porque ya no tienen edad para hablar acerca de sexualidad” (esto se amplía en el capítulo de análisis y discusión). Las frecuencias más altas están en las edades de 65 años (11 personas), 64 años (16 personas), 63 años (14 personas), 62 años (13 personas), y 60 años (11 personas).

Del sexo masculino, la mayoría –representada por un 53.6%– está conformada por hombres con edades entre 70 y 79 años, mientras que en el caso del sexo femenino, la mayoría –representada por el 68.4%– está conformada por mujeres con edades entre los 60 y 69 años.

Tabla #1

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “edad”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
De 60 a 69 años	17	41.4	78	68.4	95	61.3
De 70 a 79 años	22	53.6	36	31.5	58	37.4
Más de 80 años	2	4.8	0	,00	2	1.3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.001 < 0.05 (ambas variables están asociadas).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

A pesar de que la prueba de independencia se invalida, se demuestra que ambas variables (edad y sexo) están asociadas, es decir, que los resultados en cuanto a la edad están relacionados con si se es hombre o mujer.

Por otro lado, es importante mencionar que muchas personas con edades entre los 50 y 59 años solicitaron participar en la investigación, no obstante, los criterios de selección lo impedían. Incluso, hubo personas que solicitaron se les permitiera participar en la investigación, aún sabiendo que la información no podría ser utilizada ni contemplada en los resultados. Esto demuestra que además de tener una buena disposición, pareciera ser que existe una gran necesidad por brindar y compartir información respecto a su sexualidad, lo que representa una condición muy favorable si se quisiera realizar una investigación sobre este tema específicamente en este grupo de edad.

2. Nacionalidad

Participaron 151 personas de nacionalidad costarricense, de los cuales 40 son hombres y 111 mujeres, quienes en total representan el 97.4% de la muestra total. El restante 2.6% corresponde a 4 personas nacionalizadas, de las cuales 3 son mujeres. Los países de origen son España, Ecuador y Colombia. Hubo un caso de una mujer nacionalizada que no dio la información sobre su país de origen. En la siguiente tabla pueden detallarse los resultados.

Tabla #2

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “nacionalidad”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Costarricense	40	97.5	111	97.3	151	97.4
Nacionalizado	1	2.5	3	2.6	4	2.6
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.947 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Hubo al menos 20 extranjeros no nacionalizados que solicitaron participar en la investigación, no obstante los criterios de selección no permitían que se incluyera a estas personas. Sin embargo, y al igual que en el caso de las personas con edades entre 50 y 59 años, la disposición y el deseo de participar fueron notables.

Además, es importante mencionar que los extranjeros nacionalizados que participaron se mostraron más cómodos e incluso más desinhibidos al hablar sobre su sexualidad que los costarricenses. Esto podría deberse a que –aunque están nacionalizados- es muy posible que mantengan contacto con familiares o amigos de su país de origen o que visiten frecuentemente su

tierra natal, contando así probablemente con mayores posibilidades de recibir información sobre sexualidad y hablar más desinhibidamente del tema. Esto puede considerarse, especialmente tomando en cuenta que en países como España, Ecuador y Colombia se han realizado numerosas investigaciones sobre el tema de la sexualidad en el adulto mayor, las cuales han gestado modificaciones en pro de la destrucción de mitos y estereotipos respecto al tema. Este punto se desarrolla más ampliamente en el capítulo de análisis y discusión de resultados.

3. Provincia y cantón de residencia

La mayoría de hombres y mujeres provienen de la provincia de San José (88.4%), seguida por las provincias de Cartago (8.4%) y Heredia (3.2%). Estos datos se corresponden con la información proporcionada por el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor, exceptuando las provincias de Alajuela y Limón que no tuvieron ninguna representación en esta investigación. En la siguiente tabla se detallan los resultados.

Tabla #3

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “provincia de residencia”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
San José	33	80,5	104	91,2	137	88,4
Cartago	7	17,1	6	5,3	13	8,4
Heredia	1	2,4	4	3,5	5	3,2
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.063 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

En la tabla #4 se presentan los resultados de acuerdo al cantón de procedencia. Se registraron 15 cantones en total, de los cuales los cuatro con mayor representación son: el cantón Central de San José (20.6%), Montes de Oca (19.4%), Goicoechea (13.5%) y Desamparados (10.3%).

Los hombres en su mayoría provienen del cantón central de San José, en tanto que las mujeres en su mayoría provienen del cantón de Montes de Oca. Era esperable que los cantones más allegados a la universidad fuesen los que presentaran los puntajes más altos, ya que gran cantidad de adultos mayores prefieren no recorrer distancias largas de un lugar a otro, en especial porque generalmente viajan solos y su medio de transporte es el autobús.

Tabla #4

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “cantón de residencia”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
San José	13	31,7	19	16,7	32	20,6
Montes de Oca	5	12,2	25	21,9	30	19,4
Goicoechea	3	7,3	18	15,8	21	13,5
Desamparados	5	12,2	11	9,6	16	10,3
Moravia	2	4,9	8	7,0	10	6,5
La Unión	6	14,6	4	3,5	10	6,5
Curridabat	2	4,9	7	6,1	9	5,8
Coronado	1	2,4	5	4,4	6	3,9
Tibás	1	2,4	5	4,4	6	3,9
Escazú	0	,0	4	3,5	4	2,6
Heredia	1	2,4	3	2,6	4	2,6
Santa Ana	1	2,4	2	1,8	3	1,9
Paraíso	1	2,4	1	,9	2	1,3
Alvarado	0	,0	1	,9	1	,6
San Pablo	0	,0	1	,9	1	,6
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.311 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

4. Estado civil

La mayoría están casados (41.9%), pero además, hay un porcentaje muy importante de personas en estado de viudez (28.4%). El 14.2% están divorciados, mientras que el estar separado (7.1%), la unión libre (0.6%) y la soltería (7.7%) son las opciones con los porcentajes más bajos.

La prueba de independencia, a pesar de que se invalida, demuestra que ambas variables (estado civil y sexo) están asociadas. En la siguiente tabla pueden detallarse los resultados.

Tabla #5

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “estado civil”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Casado	31	75,6	34	29,8	65	41,9
Viudo	8	19,5	36	31,6	44	28,4
Divorciado	1	2,4	21	18,4	22	14,2
Soltero	0	,0	12	10,5	12	7,7
Separado	1	2,4	10	8,8	11	7,1
Unión libre	0	,0	1	,9	1	,6
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.00003 < 0.05 (ambas variables están asociadas).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Es notable que el porcentaje de hombres casados (75.6%) es mucho mayor que el de mujeres casadas (31.6%). Además, el porcentaje de hombres viudos (19.5%) es menor en comparación con el de mujeres viudas (31.6%).

Sin embargo, estos resultados son entendibles si consideramos nuevamente la esperanza de vida de ambos sexos, ya que generalmente son las mujeres quienes enviudan antes que los hombres y en promedio viven al menos 5 años más que ellos.

5. Número de hijos

El 51.6% tiene de 1 a 3 hijos, seguido del 34.2% que tiene de 4 a 6 hijos. Estos datos son muy semejantes en hombres y en mujeres, y demuestran que es errónea la idea que todavía mantienen muchos respecto a que la mayoría de las personas mayores de 60 años tienen familias nucleares muy extensas.

De hecho, solamente el 4.5% de la muestra tiene de 7 a 9 hijos, y únicamente dos mujeres (1.3%) marcaron la opción de 10 o más hijos. El 8.4% restante no tiene hijos, y está conformado principalmente por mujeres. Los resultados en detalle son los siguientes:

Tabla #6

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “número de hijos”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
No tengo hijos	2	4,9	11	9,6	13	8,4
De 1 a 3 hijos	21	51,2	59	51,8	80	51,6
De 4 a 6 hijos	14	34,1	39	34,2	53	34,2
De 7 a 9 hijos	4	9,8	3	2,6	7	4,5
10 o más	0	,0	2	1,8	2	1,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.295 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

6. Convivencia

El 44.5% de los encuestados utilizaron la opción de respuesta abierta “con otras personas”. Del resto, el 27.1% vive con su pareja, el 20% vive solo y el 8.4% vive con la familia de un hijo. Ningún participante vive actualmente en un hogar para adultos mayores.

Algunas de las personas que viven solas, justificaron su soledad en que “no quieren ser una carga para otros” o que “prefieren ser dueños de su espacio, para así recibir visitas sin que otras personas se molesten, ya que –en ocasiones- cuando se vive con un hijo (a) o con otras personas no tienen suficiente libertad para invitar amigos o familiares a su casa”. También algunos hombres que viven solos, comentaron que generalmente reciben ayuda y apoyo de hijos o de otros familiares para realizar las labores domésticas.

Es notable que hay un mayor porcentaje de mujeres (24.6%) que viven solas que de hombres (7.3%); y también hay más mujeres (10.5%) que viven con la familia de un hijo que hombres (2.4%). Además, hay más hombres (39%) que viven con su pareja en comparación con las mujeres (22.8%). Estos datos son entendibles y esperables considerando los resultados obtenidos en cuanto al estado civil, en los que es importante recordar que el 76% de los hombres encuestados están casados, en contraposición a sólo un 30% de las mujeres en la misma condición. La prueba de independencia, demuestra que ambas variables están asociadas, es decir, que existe relación entre las personas con quienes conviven los hombres y mujeres. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #7

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “personas con quienes convive”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Con su pareja	16	39,0	26	22,8	42	27,1
Con nadie, vive sólo	3	7,3	28	24,6	31	20,0
Con la familia de un hijo	1	2,4	12	10,5	13	8,4
Con otras personas	21	51,2	48	42,1	69	44,5
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.016 < 0.05 (ambas variables están asociadas)
La prueba se valida (sólo el 12.5% de las celdas tienen – de 5 casos).

Por otro lado, tanto en el caso del sexo masculino como en el femenino, la mayoría (42.1% de mujeres y 51.2% de hombres) conviven con otras personas, entre las que mencionaron principalmente a un hijo o hija. También mencionaron pareja e hijos (as), pareja y nietos y otros familiares (sobrinos, primos, entre otros.). Algunas mujeres mencionaron además a hermanos (as), amigos (as) o a su mamá. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #8

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “otras personas con quienes convive”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Hija-o-	7	33,3	15	31,3	22	31,9
Pareja e hijos-as-	7	33,3	6	12,5	13	18,8
Pareja y nieta-o-	3	14,3	3	6,3	6	8,7
Hermana-o-	0	,0	5	10,4	5	7,2
Amiga-o-	0	,0	2	4,2	2	2,9
Mamá	0	,0	2	4,2	2	2,9
Otros familiares	4	19,0	15	31,3	19	27,5
Total	21	100,0	48	100,0	69	100,0

p: 0.163 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

7. Nivel de educación

Ninguno de los participantes es analfabeta o autodidacta. El 30.3% de la muestra total tiene un grado académico de universidad completa, seguido del 18.1% con secundaria completa, 15.5% con universidad incompleta, 12.9% con primaria completa y 7.7% con nivel de técnico vocacional o parauniversitario. Solamente un 4.5% tiene la primaria incompleta y un 11% la secundaria incompleta. Estos resultados se corresponden con la información proporcionada por el Programa para el Adulto Mayor, en su registro de población del II semestre del año 2004.

En el caso de las mujeres, hay un porcentaje importante en el nivel de primaria completa (15.8%) y secundaria incompleta (14%); a diferencia de los hombres que presentan un 4.9% en primaria completa y solamente un caso en secundaria incompleta. Además, casi la mitad de los hombres tienen un grado de universidad completa, por lo que es notable que –académicamente- el sexo masculino está en mejores condiciones que el femenino. La prueba de independencia, a pesar de que se invalida, demuestra que ambas variables (nivel de educación y sexo) están asociadas. En la siguiente tabla se detallan los resultados.

Tabla #9

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “nivel de educación”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Primaria incompleta	0	,0	7	6,1	7	4,5
Primaria completa	2	4,9	18	15,8	20	12,9
Secundaria incompleta	1	2,4	16	14,0	17	11,0
Secundaria completa	9	22,0	19	16,7	28	18,1
Técnico vocacional o parauniversitaria	7	17,1	5	4,4	12	7,7
Universitaria incompleta	5	12,2	19	16,7	24	15,5
Universitaria completa	17	41,5	30	26,3	47	30,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.005 < 0.05 (ambas variables están asociadas)
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

C. Aspectos sociales y culturales

En este apartado se presentan los datos concernientes al tiempo de asistencia al Programa para el Adulto Mayor, religión que profesa y grado de religiosidad, goce de pensión, trabajo, estudio, realización de actividades recreativas, importancia de contar con el apoyo de la familia y los amigos, espacio y ambiente y finalmente, compañía al dormir. Para cada uno de los temas

mencionados anteriormente, se presenta una tabla con la distribución de frecuencias de los sujetos según cada variable considerada por el sexo.

1. Tiempo de asistencia al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor

El resultado obtenido al considerar la muestra total encuestada, fue el mismo en las opciones de: menos de un año (24.5%), de 1 a 3 años (24.5%) y de 3 a 6 años (24.5%).

Favorablemente, poco a poco la participación de los hombres en este tipo de programas ha ido en aumento. Sin embargo, las mujeres continúan con cierta ventaja, ya que su esperanza de vida es mayor y generalmente al enviudar; la familia y los amigos fomentan que participe en grupos y actividades como los que ofrece el programa. En la siguiente tabla pueden detallarse los resultados.

Tabla #10

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “tiempo de asistencia al Programa para el Adulto Mayor”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Menos de 1 año	16	39,0	22	19,3	38	24,5
De 1 a 3 años	7	17,1	31	27,2	38	24,5
De 3 a 6 años	11	26,8	27	23,7	38	24,5
De 6 a 9 años	4	9,8	14	12,3	18	11,6
10 o más años	3	7,3	20	17,5	23	14,8
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.076 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (sólo el 10% de las celdas tienen – de 5 casos).

Esta pregunta generó muchos comentarios de los sujetos, y a algunos les evocó recuerdos en referencia a la razón por la cual –en un primer momento- decidieron ingresar al programa. Algunos por ejemplo, comentaron que al enviudar, surgió la necesidad de destinar el tiempo libre

en alguna actividad recreativa o productiva, para así “sobrellevar más dignamente el dolor ante la pérdida de su pareja”.

2. Religión

Más del 90% de hombres y mujeres creen en una religión específica. El 9% restante – conformado por 4 hombres y 10 mujeres- no lo hacen, aunque mencionaron que sí creen en la espiritualidad o en “un Dios sin religiones”. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #11

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si cree en una religión específica”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	37	90,2	104	91,2	141	91,0
No	4	9,8	10	8,8	14	9,0
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.850 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Esta pregunta en particular generó comentarios respecto a que actualmente muchas personas se declaran creyentes o fieles de una religión aunque no la practican. Incluso, alegan que existen muchos que se consideran católicos solamente porque la mayoría de la población es católica, pero no porque realmente creen en dicha religión.

Precisamente, respecto a la religión en la que creen, más del 91.5% se declaran católicos. El 8.5% del porcentaje restante se distribuye entre las siguientes religiones: cristiana (3.5%),

evangélica (2.1%), bautista (1.4%) y metodista (0.7%). Hubo un caso de una mujer que no respondió esta pregunta. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #12

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “religión en la cual cree”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Católica	33	89,2	96	92,3	129	91,5
Cristiana	2	5,4	3	2,9	5	3,5
Evangélica	1	2,7	2	1,9	3	2,1
Bautista	1	2,7	1	1,0	2	1,4
Metodista	0	,0	1	1,0	1	,7
Ns-Nr	0	,0	1	1,0	1	,7
Total	37	100,0	104	100,0	141	100,0

p: 0.864 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto al grado de religiosidad que cada uno tiene, el 53.9% considera que es medio y el 34% considera que es entre muy alto o alto. El 12.1% de la muestra restante considera que es entre bajo o muy bajo.

Tabla #13

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “grado de religiosidad que tiene”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Entre muy alto o alto	10	27,0	38	36,5	48	34,0
Medio	20	54,1	56	53,8	76	53,9
Entre bajo o muy bajo	7	18,9	10	9,6	17	12,1
Total	37	100,0	104	100,0	141	100,0

p: 0.261 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se valida (sólo el 16.7% de las celdas tienen – de 5 casos).

3. Pensión

El 72.3% de la muestra están pensionados. Del 27.7% de la muestra que no está pensionados, algunos mencionaron que están por solicitar su pensión o se encuentran en trámite para finiquitarla.

Quienes no tienen pensión ni están en proceso de obtenerla, comentaron que se mantienen con ingresos de su trabajo o de otras personas que “ven por ellos”; como hijos, sobrinos o nietos.

Al respecto, algunos comentan sentirse mal por “tener que depender de otras personas para poder sobrevivir”; otros en cambio, conciben el apoyo económico como “una muestra de agradecimiento o recompensa” por la dedicación que han tenido en la crianza de los hijos u otro familiar. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #14

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tenencia de pensión”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	34	82,9	78	68,4	112	72,3
No	7	17,1	36	31,6	43	27,7
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.075 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna celda tiene – de 5 casos).

De quienes están pensionados, la mayoría recibe pensión de la Caja Costarricense del Seguro Social (37.5%), el Ministerio de Hacienda (19.6%) o el Magisterio (15.2%).

A diferencia de las mujeres, ningún hombre recibe pensión de la Universidad de Costa Rica o algún tipo de pensión alimentaria. Hubo el caso de una mujer que no dio la información sobre la institución o el organismo del cual recibe pensión. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla:

Tabla #15

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “institución u organismo del cual recibe pensión”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
CCSS	15	44,1	27	34,6	42	37,5
Ministerio de Hacienda	9	26,5	13	16,7	22	19,6
Magisterio	3	8,8	14	17,9	17	15,2
Ministerio de Educación	1	2,9	9	11,5	10	8,9
Universidad de Costa Rica	0	,0	4	5,1	4	3,6
Pensión alimentaria	0	,0	4	5,1	4	3,6
Banca Nacional	1	2,9	0	,0	1	,9
Otras instituciones u organismos	4	11,8	7	9,0	11	9,8
NS-NR	1	2,9	0	,0	1	,9
Total	34	100,0	78	100,0	112	100,0

p: 0.103 > 0.05 (ambas variables sin independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

4. Trabajo

El 82.6% de la muestra no trabaja. El 17.4% restante sí lo hace y está conformado por un 22% de la población masculina y un 15.8% de la población femenina. Algunos comentaron que el trabajo lo realizan en sus hogares, para así administrar ellos el tiempo que dedican a estas labores.

Tabla #16

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “trabaja actualmente”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	9	22,0	18	15,8	27	17,4
No	32	78,0	96	84,2	128	82,6
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.372 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

A las 27 personas que trabajan, se les consultó cuántas horas dedican a su trabajo por semana. En el caso de las mujeres, la mayoría dedica de 1 a 9 horas por semana y en el caso de los hombres los porcentajes fueron iguales en casi todas las opciones de respuesta.

Es notable que al menos 2 hombres y 4 mujeres trabajan tiempo completo, de forma que dedican 40 horas o más por semana a su trabajo. El detalle de estos resultados pueden consultarse en la siguiente tabla:

Tabla #17

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “horas que dedica al trabajo por semana”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
De 0 a 9 horas	2	22,2	8	44,4	10	37,0
De 10 a 19 horas	1	11,1	3	16,7	4	14,8
De 20 a 29 horas	2	22,2	2	11,1	4	14,8
De 30 a 40 horas	2	22,2	1	5,6	3	11,1
40 y más horas	2	22,2	4	22,2	6	22,2
Total	9	100,0	18	100,0	27	100,0

p: 0.570 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

En la tabla #18 se detalla el nivel al que pertenece el trabajo que realiza. Los resultados demuestran que el 42.3% de estos trabajos están en un nivel profesional, seguido de un 30.8% en el nivel de ocupaciones no calificadas, 15.4% en el nivel de apoyo administrativo, 7.7% en nivel técnico y profesional medio y finalmente, 3.8% en el nivel agropecuario, agrícola o pesquero.

Tabla #18

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “nivel al que pertenece el trabajo que realiza”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Profesional	3	33,3	8	47,1	11	42,3
Ocupaciones no calificadas	2	22,2	6	35,3	8	30,8
Apoyo administrativo	2	22,2	2	11,8	4	15,4
Técnico y profesional medio	2	22,2	0	,0	2	7,7
Agropecuario, agrícola o pesquero	0	,0	1	5,9	1	3,8
Total	9	100,0	17	100,0	26	100,0

p: 0.257 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Algunas de las labores que se mencionaron fueron construcción, contabilidad, administración, finanzas, abogacía, electrificación, educación, salud, cuidado de niños, manualidades y comercio. Además, hubo dos mujeres que mencionaron labores domésticas.

Respecto a cuál es la principal razón por la que trabaja, el 44.4% de la muestra considera que es porque se ve obligado o debe hacerlo, 33.3% lo hace porque le gusta hacerlo, 14.8% porque le permite relacionarse con otras personas y un 7.4% porque tiene la posibilidad de hacerlo. Ninguno de los participantes utilizó la opción “otra razón por la que trabaja”.

Al considerar los resultados por sexo, es notable que mientras para la mayoría de las mujeres (el 50%), la principal razón por la que trabajan es porque se ven obligadas o deben hacerlo; para la mayoría de los hombres (el 44.4%) la principal razón por la que trabajan es porque

les permite relacionarse con otras personas. La prueba de independencia, a pesar de que se invalida, demuestra que ambas variables (razón por la que trabaja actualmente y sexo) están asociadas. Los resultados pueden consultarse en la siguiente tabla.

Tabla #19

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “principal razón por la que trabaja”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Le gusta hacerlo	2	22,2	7	38,9	9	33,3
Se ve obligado o debe hacerlo	3	33,3	9	50,0	12	44,4
Tiene la posibilidad de hacerlo	0	,0	2	11,1	2	7,4
Le permite relacionarse con otras personas	4	44,4	0	,0	4	14,8
Total	9	100,0	18	100,0	27	100,0

p: 0.020 < 0.05 (ambas variables están asociadas).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

5. Estudio

El 43.9% de la muestra estudia y el restante 56.1% no lo hace. Los resultados obtenidos son muy semejantes entre hombres y mujeres, y pueden detallarse a continuación.

Tabla #20

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si estudia actualmente”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	19	46,3	49	43,0	68	43,9
No	22	53,7	65	57,0	87	56,1
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.710 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Algunas personas comentaron que estudian porque realizan exámenes, lo que es optativo, es decir, cada adulto mayor determina si realiza o no los exámenes de los cursos en que están matriculados. Es notable que generalmente, realizar o no un examen depende del tiempo que puedan disponer para estudiar y de si el ser evaluados representa una prioridad o una necesidad.

Al consultar el número de horas que dedican a estudio, la mayoría dedica de 1 a 5 horas por semana, seguidos por quienes dedican de 6 a 10 horas. Solamente 4 personas dedican más de 10 horas. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #21

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “horas que dedica al estudio por semana”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
De 1 a 5 horas	9	47,4	31	63,3	40	58,8
De 6 a 10 horas	8	42,1	12	24,5	20	29,4
De 11 a 15 horas	1	5,3	3	6,1	4	5,9
De 16 a 20 horas	0	,0	3	6,1	3	4,4
20 horas y más	1	5,3	0	,0	1	1,5
Total	19	100,0	49	100,0	68	100,0

p: 0.215 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

En la siguiente tabla se detalla el área a la que pertenece lo que estudian los sujetos. Los resultados contemplan que el 61.2% de los estudios pertenecen al área de artes y letras, 17.9% al área de ciencias sociales, 7.5% al área de ciencias básicas, 6% a ingenierías, 4.5% a otras áreas (más variadas) y 3% al área agroalimentaria.

Tabla #22

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “área a la que pertenece lo que estudia”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Artes y Letras	10	52,6	31	64,6	41	61,2
Ciencias Sociales	4	21,1	8	16,7	12	17,9
Ciencias Básicas	2	10,5	3	6,3	5	7,5
Ingenierías	2	10,5	2	4,2	4	6,0
Agroalimentaria	0	,0	2	4,2	2	3,0
Otras	1	5,3	2	4,2	3	4,5
Total	19	100,0	48	100,0	67	100,0

p: 0.769 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

De quienes estudian, favorablemente el 85.3% considera que la principal razón por la que lo hace es porque le gusta hacerlo, 5.9% porque le permite relacionarse con otras personas, 4.4% porque se ve obligado o debe hacerlo y 4.4% porque tiene la posibilidad de hacerlo. Ninguno de los participantes utilizó la opción “otra razón por la que estudia” (opción de respuesta abierta).

Los porcentajes entre hombres y mujeres son bastante semejantes, exceptuando que ningún hombre marcó la opción de “se ve obligado o debe hacerlo”. En la siguiente tabla se detallan los resultados.

Tabla #23

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “principal razón por la que estudia actualmente”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Le gusta hacerlo	17	89,5	41	83,7	58	85,3
Le permite relacionarse con otras personas	1	5,3	3	6,1	4	5,9
Se ve obligado o debe hacerlo	0	,0	3	6,1	3	4,4
Tiene la posibilidad de hacerlo	1	5,3	2	4,1	3	4,4
Total	19	100,0	49	100,0	68	100,0

p: 0.734 > 0.05 (ambas variables son independientes)

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

6. Actividades recreativas

Más del 90% de los hombres y de las mujeres realiza actividades recreativas. Solamente 3 hombres y 7 mujeres dicen no hacerlo, aunque podría pensarse que debe existir al menos una actividad en específico que les permita recrearse. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla #24

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “si realiza actividades recreativas”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	38	92,7	107	93,9	145	93,5
No	3	7,3	7	6,1	10	6,5
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.793 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, en la siguiente tabla se detallan los resultados sobre la cantidad de horas que dedican los sujetos a actividades recreativas por semana. La mayoría —representada por el 49.7%— dedica de 1 a 5 horas por semana, seguidos por un 37.2% que dedica de 6 a 10 horas por semana. El porcentaje más bajo se encuentra en la opción de 20 horas o más (2.8%).

Esta pregunta generó comentarios tales como “toda persona necesita de recreación, no es sano dedicarse solamente el trabajo o al estudio, o a la familia”, “después de trabajar por años, es justo que uno se dedique a hacer lo que más le gusta y por eso la gente como yo busca recrearse en distintas actividades”.

Tabla #25

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “horas que dedica a realizar actividades recreativas por semana”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
De 1 a 5 horas	13	34,2	59	55,1	72	49,7
De 6 a 10 horas	17	44,7	37	34,6	54	37,2
De 11 a 15 horas	2	5,3	3	2,8	5	3,4
De 16 a 20 horas	3	7,9	7	6,5	10	6,9
20 horas y más	3	7,9	1	,9	4	2,8
Total	38	100,0	107	100,0	145	100,0

p: 0.68 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Al consultar sobre las actividades recreativas que realiza, se brindó la posibilidad de marcar respuesta múltiple, por lo que las frecuencias más altas se encuentran en las respuestas: asistir a cursos o talleres (104 personas), salir a pasear o a comer (102 personas) y leer (93 personas).

Tabla #26

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipos de actividades recreativas que realiza”

	Sexo				Total		Probabilidad
	Masculino		Femenino		N	%	p
	N	%	N	%			
Asistir a cursos o talleres	29	76,3	75	70,1	104	71.7	0,464 > 0,05
Salir a pasear o a comer	29	76,3	73	68,2	102	70.3	0,348 > 0,05
Leer	26	68,4	67	62,6	93	64.1	0,522 > 0,05
Escuchar música	27	71,1	61	57,0	88	60.6	0,128 > 0,05
Visitar amigos o familiares	19	50,0	62	57,9	81	55.8	0,397 > 0,05
Ver televisión	27	71,1	46	43,0	73	50.3	0,003 < 0,05 *
Ir a misa o a rezar	21	55,3	47	43,9	68	46.8	0,229 > 0,05
Total	38	100,0	107	100,0	145	100,0	

En todos los casos, la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes.
En * ambas variables están asociadas.

Estos resultados evidencian, que la mayoría de los adultos mayores prefieren realizar actividades recreativas que les permitan relacionarse y tener contacto con otras personas. Además, es notable que mientras el 71.1% de los hombres marcaron esta opción, en el caso de las mujeres lo hizo solamente el 43%. En el caso de la opción “ver televisión”, se demuestra que ambas variables están asociadas, es decir, que esta actividad está relacionada con el sexo.

Por otro lado, un total de 67 personas también utilizaron la opción de respuesta abierta “otra actividad”, en la que la mayoría mencionó: hacer ejercicio físico (25 personas), asistir a centros de voluntariado (17 personas), bailar (11 personas) y hacer manualidades (8 mujeres). Un número menor mencionó además jugar juegos de mesa, hacer tai chi o yoga, cocinar y escribir.

Es notable que para algunas personas hacer ejercicio físico es considerada una actividad recreativa y no únicamente deportiva. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #27

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “otras actividades que realiza”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Hacer ejercicio físico	10	58,8	15	30,0	25	37,3
Asistir a centros de voluntariado	5	29,4	12	24,0	17	25,4
Bailar	2	11,8	9	18,0	11	16,4
Hacer manualidades	0	,0	8	16,0	8	11,9
Hacer tai chi o yoga	0	,0	2	4,0	2	3,0
Escribir	0	,0	2	4,0	2	3,0
Cocinar	0	,0	1	2,0	1	1,5
Jugar juegos de mesa	0	,0	1	2,0	1	1,5
Total	17	100,0	50	100,0	67	100,0

p: 0.330 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

De quienes realizan actividades recreativas, 87.6% de la muestra total considera que la principal razón por la que lo hace es porque le gusta hacerlo, 8.3% porque le permite relacionarse con otras personas, 2.8% porque tiene la posibilidad de hacerlo y 0.7% porque se ve obligado o debe hacerlo. Una mujer utilizó la opción “otra razón por la que realiza actividades recreativas”, en la que anotó que lo hace por salud. En la siguiente tabla se presentan los resultados.

Tabla #28

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “principal razón por la que realiza actividades recreativas”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Le gusta hacerlo	31	81,6	96	89,7	127	87,6
Le permite relacionarse con otras personas	5	13,2	7	6,5	12	8,3
Tiene la posibilidad de hacerlo	1	2,6	3	2,8	4	2,8
Se ve obligado o debe hacerlo	1	2,6	0	,0	1	,7
Otra razón (por salud)	0	,0	1	,9	1	,7
Total	38	100,0	107	100,0	145	100,0

p: 0.301 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

7. Apoyo de la familia y los amigos

La mayoría de los participantes –conformada por el 68.4%- opina que contar con el apoyo de la familia es muy importante, seguido por el 21.9% que lo considera importante. Sólo un 3.9% seleccionó “poco importante” y un 5.8% “le es indiferente”. Aunque la prueba de independencia se invalida, se demuestra que ambas variables (grado de importancia sobre contar con el apoyo de la familia y el sexo) están asociadas. Los resultados pueden consultarse en la tabla #29.

Es notable que aunque más del 80% de los hombres opina que es muy importante contar con el apoyo de la familia, en el caso de las mujeres sólo el 64% lo considera así. Además, ningún hombre utilizó la opción “poco importante”, a diferencia de 6 mujeres que sí escogieron esta opción. Y es notable que los hombres utilizan la opción “le es indiferente” más que las mujeres.

Tabla #29

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “grado de importancia que tiene contar con el apoyo de la familia”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Muy importante	33	80,5	73	64,0	106	68,4
Importante	4	9,8	30	26,3	34	21,9
Poco importante	0	,0	6	5,3	6	3,9
Le es indiferente	4	9,8	5	4,4	9	5,8
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.035 < 0.05 (ambas variables están asociadas).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, para ambos sexos, la cantidad de hombres y mujeres que consideran que contar con el apoyo de los amigos es poco importante o les es indiferente es mucho mayor que en el caso anterior. Sin embargo, y aunque no tanto como en el caso de la familia, los porcentajes también son bastante altos en las opciones “muy importante” (43.9%) e “importante” (32.3%).

Tabla #30

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “grado de importancia que tiene contar con el apoyo de amigos”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Muy importante	17	41,5	51	44,7	68	43,9
Importante	11	26,8	39	34,2	50	32,3
Poco importante	4	9,8	14	12,3	18	11,6
Le es indiferente	9	22,0	10	8,8	19	12,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.170 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (solo el 12.5% de las celdas tienen – de 5 casos).

8. Espacio y ambiente

Contar con un espacio propio y privado es muy importante para el 72.3% de la muestra, seguido del 21.3% que lo considera importante. Los porcentajes más bajos se encuentran en el 3.9% que lo considera poco importante y el 2.6% a quienes les resulta indiferente. Esta pregunta generó comentarios como “uno debe ser dueño de su espacio siempre y los demás deben respetar eso”, y otros tales como “todas las personas necesitan momentos de privacidad, en un lugar que sea seguro y cómodo”. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla #31

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “grado de importancia respecto a contar con un espacio propio y privado”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Muy importante	25	61,0	87	76,3	112	72,3
Importante	11	26,8	22	19,3	33	21,3
Poco importante	2	4,9	4	3,5	6	3,9
Le es indiferente	3	7,3	1	,9	4	2,6
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.079 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto al ambiente en que cada uno se desenvuelve (tabla #32), el 96.1% de la muestra comenta que es “bueno, porque le hace sentir bien y le agrada”. Esta opción fue seleccionada por la totalidad de los hombres, mientras que de las mujeres, el 3.5% opina que el ambiente en que se desenvuelve es “malo, porque le deprime o le desagrada”. Además, otras 2 mujeres seleccionaron la opción “le es indiferente”.

Tabla #32

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de ambiente en que se desenvuelve”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Bueno, le hace sentir bien y le agrada	41	100,0	108	94,7	149	96,1
Malo, le deprime o le desagrada	0	,0	4	3,5	4	2,6
Le es indiferente	0	,0	2	1,8	2	1,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.325 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

9. Compañía al dormir

Al consultar con quién duerme (tabla #33), la mayoría –representada por el 57.4%- comentó que duerme solo. La prueba de independencia (a pesar de que se invalida) demuestra que cada una de las variables “duerme solo” y “duerme con su pareja en la misma cama” están asociadas con el sexo.

La mayoría de los hombres –conformada por el 68.3%- respondió que duerme con su pareja en la misma cama, mientras que la mayoría de las mujeres –conformada por el 67.5%- duermen solas. Por otro lado, el 29.3% de los hombres duermen solos, en contraste con un 67.5% de las mujeres en la misma condición.

Estos resultados son esperables al compararlos con los obtenidos sobre el estado civil de los participantes, pero además ponen en evidencia que existe aproximadamente un 5% de hombres casados y un 1.7% de mujeres que duermen solos o duermen con otras personas en el mismo cuarto (posiblemente con hijos o nietos) a pesar de tener pareja.

Tabla #33

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de compañía al dormir”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Duerme solo	12	29,3	77	67,5	89	57,4
Duerme con su pareja, en la misma cama	28	68,3	26	22,8	54	34,8
Duerme con su pareja, en el mismo cuarto pero en camas separadas	1	2,4	7	6,1	8	5,2
Duerme con otras personas en el mismo cuarto	0	,0	4	3,5	4	2,6
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.000004 > 0.05 (ambas variables están asociadas).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

D. Aspectos físicos y fisiológicos

En este apartado se presentan los datos concernientes al tipo de ayuda de otras personas que requiere el sujeto para realizar las actividades diarias, presencia de enfermedades, uso de medicamentos, tipo de alimentación, ejercicio físico, y por último, higiene personal. Para cada uno de los temas mencionados, se presenta una tabla con la distribución de frecuencias de los sujetos según cada variable considerada por el sexo.

Es importante y necesario aclarar que los resultados que se presentan en este apartado serán considerados posteriormente en el análisis y discusión de los factores fisiológicos que pueden obstaculizar o limitar la sexualidad de los adultos mayores.

1. Necesidad de recibir ayuda de otras personas para realizar las actividades diarias

Se consultó sobre la ayuda que requiere cada sujeto para realizar la mayoría de las actividades diarias, y favorablemente ningún participante utilizó la opción “generalmente no puede hacer solo la mayoría de las actividades”. Posiblemente, esto se debe a que la población consultada se mantiene muy activa en actividades recreativas y ejercicio físico, lo que les genera beneficios y una buena salud física.

El 74.7% respondió que no requiere de ninguna ayuda de otra persona (lo que equivale al 20% del sexo masculino y el 27% del sexo femenino), mientras que el restante 25.3% respondió que requiere de alguna ayuda de otra persona. En la tabla #34 se presentan los resultados.

Tabla #34

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “grado de ayuda que requiere para realizar la mayoría de las actividades diarias”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Alguna ayuda de otra persona	8	19,5	31	27,4	39	25,3
Ninguna ayuda	33	80,5	82	72,6	115	74,7
Total	41	100,0	113	100,0	154	100,0

p: 0.318 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

2. Padecimiento de enfermedades

Al consultar sobre si padece alguna enfermedad, los resultados en hombres y mujeres son muy semejantes. En total, el 64.5% padece alguna enfermedad, y el 35.5% favorablemente no padece ninguna. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #35

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “padecimiento de alguna enfermedad”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	26	63,4	74	64,9	100	64,5
No	15	36,6	40	35,1	55	35,5
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.864 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

3. Tipos de enfermedades que padecen

Al consultar sobre las enfermedades que padecen, la que se mencionó más fue la hipertensión (42 personas), seguida de la diabetes (10 personas). Esta última es una de las causas de mortalidad más frecuentes (según la O.P.S, 1992).

Los hombres mencionaron hipertensión, diabetes, colesterol, osteoporosis, problemas circulatorios, desgaste muscular, asma y otras enfermedades menos comunes. Las mujeres mencionaron las mismas descritas anteriormente, pero además, problemas de la tiroides, artritis, problemas de la cadera o la columna, jaqueca o vértigo y problemas de la cunea. Favorablemente, ninguno de los participantes mencionó alguna enfermedad psicológica.

Entre “otras enfermedades”, las cuales son menos comunes (solamente se presentó un caso de cada una en la muestra total), se mencionaron problemas en la vesícula, problemas de la próstata, deficiencia renal, rinitis, reumatismo, displacia, fibromialgia, depresión y alergia.

Tabla #36

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de enfermedad que padece”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Hipertensión	11	42,3	31	41,9	42	42,0
Diabetes	4	15,4	6	8,1	10	10,0
Colesterol alto	2	7,7	6	8,1	8	8,0
Problemas en la cadera o la columna	0	,0	7	9,5	7	7,0
Asma	1	3,8	5	6,8	6	6,0
Osteoporosis	1	3,8	4	5,4	5	5,0
Problemas de la tiroides	0	,0	2	2,7	2	2,0
Artritis	0	,0	2	2,7	2	2,0
Problemas circulatorios	1	3,8	1	1,4	2	2,0
Desgaste muscular	1	3,8	1	1,4	2	2,0
Jaqueca	0	,0	2	2,7	2	2,0
Problemas de la cunea	0	,0	2	2,7	2	2,0
Otras enfermedades	5	19,2	5	6,8	10	10,0
Total	26	100,0	74	100,0	100	100,0

p: 0.542 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, al consultar específicamente si padece o padeció alguna enfermedad de transmisión sexual, el 96.1% asegura que no. El 3.9% restante –equivalente a 6 personas– respondió que sí. De éstos, 1 hombre padece o padeció sífilis, 4 hombres padecen o padecieron gonorrea y solamente una mujer padece o padeció una infección vaginal (sin embargo, no determinó si fue a causa de una enfermedad de trasmisión sexual). En la siguiente tabla, se detallan los resultados obtenidos.

Tabla #37

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si padece o padeció alguna enfermedad de transmisión sexual”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	5	12,2	1	,9	6	3,9
No	36	87,8	113	99,1	149	96,1
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.001 < 0.05 (ambas variables están asociadas).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

4. Uso y tipos de medicamentos

En la siguiente tabla se presentan los resultados sobre si toma algún medicamento, en donde el 66.5% comentó que sí toma algún medicamento, mientras que el 33.5% restante no toma ninguno.

Tabla #38

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “si toma algún medicamento”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	28	68,3	75	65,8	103	66,5
No	13	31,7	39	34,2	52	33,5
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.771 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Entre los principales medicamentos que se mencionan están: los antihipertensivos (42.7%), los tratamientos para el corazón (14.6%) y los tratamientos para el colesterol (7.8%). Los

que se mencionan en menor porcentaje son los antiasmáticos (3.9%), los anti inflamatorios (3.9%), tratamientos para la osteoporosis (2.9%) y diuréticos (1%).

En “otros medicamentos”, en su mayoría los sujetos se refirieron a los que toman para combatir algunas de las enfermedades menos comunes que se mencionaron anteriormente. Hubo además una mujer que no respondió esta pregunta. Estos resultados pueden consultarse en la siguiente tabla.

Tabla #39

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de medicamento que toma”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Antihipertensivo	16	57,1	28	37,3	44	42,7
Tratamiento para el corazón	1	3,6	14	18,7	15	14,6
Tratamiento para el colesterol	2	7,1	6	8,0	8	7,8
Tratamiento para la diabetes	2	7,1	4	5,3	6	5,8
Antiasmático	1	3,6	3	4,0	4	3,9
Antiinflamatorios	0	,0	4	5,3	4	3,9
Tratamiento para la osteoporosis	1	3,6	2	2,7	3	2,9
Diurético	0	,0	1	1,3	1	1,0
Otros medicamentos	5	17,9	12	16,0	17	16,5
Ns-Nr	0	,0	1	1,3	1	1,0
Total	28	100,0	75	100,0	103	100,0

p: 0.580 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

5. Calidad y tipo de alimentación

El 92.3% de la muestra total considera que se alimenta bien, mientras que el 7.7% restante considera lo contrario. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #40

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “opinión respecto a si se alimenta bien”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Si	39	95,1	104	91,2	143	92,3
No	2	4,9	10	8,8	12	7,7
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.424 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

De quienes se alimentan bien, la mayoría lo considera así porque comen balanceadamente (46.2%). Otros porque comen frutas-verduras y cereales (16.1%), cuidan mucho lo que comen (15.4%), consumen pocas grasas (11.9%), tienen una dieta rigurosa o especial (6.3%) o no consumen carnes rojas (2.8%). Solamente dos casos no respondieron por qué consideran que se alimentan adecuadamente. En la tabla siguiente se detallan los resultados.

Tabla #41

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “razones por las que considera que se alimenta bien”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Come balanceadamente	15	38,5	51	49,0	66	46,2
Consume pocas grasas	3	7,7	14	13,5	17	11,9
Come frutas, verduras y cereales	7	17,9	16	15,4	23	16,1
Cuida mucho lo que come	6	15,4	16	15,4	22	15,4
Tiene una dieta rigurosa o especial	5	12,8	4	3,8	9	6,3
No consume carnes rojas	2	5,1	2	1,9	4	2,8
Ns-Nr	1	2,6	1	1,0	2	1,4
Total	39	100,0	104	100,0	143	100,0

p: 0.341 > 0.05 (ambas variables están asociadas).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

El 7.7% de la muestra considera que no se alimenta adecuadamente principalmente porque descuida la dieta o come más de lo necesario (5 casos), come de todo a todas horas (3 casos), come muchos dulces (2 casos) y come poco (2 casos) (Ver detalles en la tabla #42).

Tabla #42

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “razones por las que considera que no se alimenta bien”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Descuida la dieta o come más de lo necesario	0	,0	5	50,0	5	41,7
Come muchos dulces	0	,0	2	20,0	2	16,7
Come de todo, a todas horas	2	100,0	1	10,0	3	25,0
Come poco	0	,0	2	20,0	2	16,7
Total	2	100,0	10	100,0	12	100,0

p: 0.066 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Es necesario tomar en consideración que lo que para unos significa alimentarse bien o mal, puede ser muy diferente de lo que significa para otros. Por lo tanto, se hace hincapié, en que es bajo la consideración de cada sujeto que se generan los resultados, y no sobre consideraciones médicas o científicas que puedan comprobar si realmente existe o no una buena alimentación.

6. Práctica de ejercicio físico

El 86.5% de la muestra total sí realiza ejercicio físico, mientras que el 13.5% restante no realiza ningún ejercicio físico. La mayoría de las personas que realizan ejercicio físico comentaron que generalmente lo hacen acompañados de otras personas, ya que forman parte de un programa de acondicionamiento físico que ofrece la universidad, en el que sobrepasan las 150 personas matriculadas por semestre. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #43

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “realización de ejercicio físico”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	37	90,2	97	85,1	134	86,5
No	4	9,8	17	14,9	21	13,5
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.408 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Respecto a cada cuánto realizan ejercicio físico, la mayoría –representada por el 40.3%- dijo que realiza ejercicio físico todos los días, el 19.4% lo realiza 1 vez por semana y otro 19.4% lo hace 2 veces por semana. El resto realiza el ejercicio 3 veces por semana (12.7%), 4 veces por semana (5.2%) y cada 2 semanas (0.7%). Hubo 3 casos de mujeres que no dieron esta información. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #44

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “veces que realiza ejercicio físico”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Todos los días	20	54,1	34	35,1	54	40,3
1 vez por semana	7	18,9	19	19,6	26	19,4
2 veces por semana	6	16,2	20	20,6	26	19,4
3 veces por semana	1	2,7	16	16,5	17	12,7
4 veces por semana	3	8,1	4	4,1	7	5,2
Cada 2 semanas	0	,0	1	1,0	1	,7
Ns-Nr	0	,0	3	3,1	3	2,2
Total	37	100,0	97	100,0	134	100,0

p: 0.172 > 0.05 (ambas variables sin independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Al consultar sobre dónde realiza el ejercicio físico, se brindó la posibilidad de seleccionar respuesta múltiple. Se encontró que la mayoría de hombres y mujeres realiza el ejercicio en la universidad (78 casos), seguidos de quienes lo realizan en la vía pública o la calle (40 casos), y quienes lo realizan en la casa (34 casos). Los resultados en detalle son los siguientes:

Tabla #45

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “lugar donde realiza ejercicio físico”**

	Sexo				Total		Probabilidad
	Masculino		Femenino		N	%	p
	N	%	N	%			
En la universidad	21	56.7	57	58.7	78	58.2	0,833 > 0,05
En la vía pública	14	37.8	26	26.8	40	29.8	0,212 > 0,05
En la casa	12	32.4	22	22.6	34	25.3	0,246 > 0,05
En un parque	4	10.8	11	11.3	15	11.1	0,931 > 0,05 **
En un gimnasio	3	8.1	9	9.2	12	8.9	0,832 > 0,05 **
Otro lugar	6	16.2	10	10.3	16	11.9	0,587 > 0,05 **
Total	37	100	97	100	134	100	

En todos los casos, ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (solo el 16.6% de las celdas tienen – de 5 casos).

Al consultar sobre el tipo de ejercicio físico que realiza, también se brindó la posibilidad de marcar respuesta múltiple, encontrando los siguientes resultados: 77.6% mencionó caminar, 32.8% hacer aeróbicos, 31.3% nadar, 20.8% bailar, 11.1% andar en bicicleta, 7.4% correr y otro ejercicio (17.9%, en donde mencionaron principalmente hacer yoga y hacer tai chi). Andar en bicicleta y correr fueron mencionados principalmente por hombres. En la siguiente tabla se detallan los resultados.

Tabla #46

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “tipo de ejercicio físico que realiza”

	Sexo				Total		Probabilidad
	Masculino		Femenino		N	%	p
	N	%	N	%			
Caminar	30	81.0	74	76.2	104	77.6	,0552 > 0,05
Hacer aeróbicos	8	21.6	36	37.1	44	32.8	0,088 > 0,05
Nadar	13	35.1	29	29.8	42	31.3	0,559 > 0,05
Bailar	6	16.2	22	22.6	28	20.8	0,411 > 0,05
Otro ejercicio	6	16.2	18	18.5	24	17.9	0,081 > 0,05 **
Andar en bicicleta	8	21.6	7	7.2	15	11.1	0,018 < 0,05 **
Correr	5	13.5	5	5.1	10	7.4	0,100 > 0,05 **
Total	37	100	97	100	134	100	

En todos los casos ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

De quienes realizan ejercicio físico, favorablemente el 78.4% considera que la principal razón por la que lo hace es porque le gusta hacerlo. Del resto, el 10.4% lo hace porque se ve obligado o debe hacerlo, 4.5% porque le permite relacionarse con otras personas y 2.2% porque tiene la posibilidad de hacerlo.

Además, un 3.7% utilizó la opción de respuesta abierta de “otra razón”, en donde anotaron que realizan el ejercicio físico por salud. Hubo un caso de una mujer que no dio la respuesta a esta pregunta. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #47

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “principal razón por la que realiza ejercicio físico”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Le gusta hacerlo	27	73,0	78	80,4	105	78,4
Se ve obligado o debe hacerlo	5	13,5	9	9,3	14	10,4
Le permite relacionarse con otras personas	3	8,1	3	3,1	6	4,5
Otra razón (por salud)	1	2,7	4	4,1	5	3,7
Tiene la posibilidad de hacerlo	1	2,7	2	2,1	3	2,2
Ns-Nr	0	,0	1	1,0	1	,7
Total	37	100,0	97	100,0	134	100,0

p: 0.742 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

7. Higiene personal

El 98.7% de la muestra acostumbra bañarse todos los días, y el 1.3% restante (sólo por mujeres) acostumbra bañarse cada dos o tres días. Nadie utilizó las opciones de cada 4 días o más, cada semana, o cada 15 días o más. El detalle de los resultados puede consultarse a continuación.

Tabla #48

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “frecuencia de baño”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Todos los días	41	100,0	112	98,2	153	98,7
Cada dos o tres días	0	,0	2	1,8	2	1,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.939 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Algunas personas comentaron respecto a esta pregunta que les resulta intolerante el que otras personas de su misma edad o mayores, no acostumbren bañarse todos los días. Por lo que es notable que la higiene personal es un aspecto muy importante para los sujetos.

E. Aspectos sobre la sexualidad

Este apartado es el de mayor relevancia e importancia para el presente estudio, ya que aquí se describen los resultados obtenidos en distintas y variadas temáticas que se corresponden con lo estipulado en cada uno de los objetivos que guiaron la presente investigación. Por tal razón, aquí se encuentra la información concerniente a: el significado de la palabra sexo y sexualidad que seleccionaron los sujetos, la frecuencia de la práctica de relaciones sexuales y antecedentes sobre la primera relación sexual, los estilos o modalidades de contacto sexual, el tipo de creencias, pensamientos y atribuciones sobre distintos aspectos de la sexualidad, y finalmente, los factores fisiológicos y psicológicos que obstaculizan o limitan la sexualidad.

A partir de este punto, en la mayoría de las tablas se detallan los resultados obtenidos por sexo y por edad, y en otras tablas se detallan los resultados por sexo únicamente. En todos los casos, se realizó la prueba de independencia entre cada variable y el sexo, así como entre cada variable y la edad. Estos datos se adjuntan en cada tabla.

Específicamente en referencia a la prueba de independencia con la edad, es importante mencionar que en todos los casos en los que se utilizó, la prueba se invalidó por contar únicamente con dos personas mayores de 80 años. Por tal razón, se recomienda en futuros estudios, considerar que debe contarse con la participación de un mayor número de sujetos. Sin embargo, y a pesar de esta condición, se comentan todos los casos en los que se evidencia que existe asociación entre una variable determinada y la edad.

1. Identificación de la definición de los términos sexo y sexualidad que sostienen los hombres y mujeres de 60 años o más

Se esperaba que los sujetos logaran hacer la diferenciación entre lo que significa la palabra sexo y lo que significa la palabra sexualidad. No obstante, para la mayoría fue particularmente difícil responder estas preguntas. Algunos de los sujetos incluso solicitaron que la encuestadora le diera alguna “pista” respecto a la diferencia existente entre uno y otro concepto. Otros hacían comentarios tales como “no sabía que son distintos” o “para mí siempre ha sido lo mismo”.

Al consultar si es cierto o falso que los términos sexo y sexualidad tienen diferentes significados, el 70% de los encuestados considera que es cierto. Sin embargo, los resultados que se describen a continuación demuestran que existen dificultades para diferenciar uno y otro término, y que existe bastante confusión al respecto.

- Significado de la palabra sexo

El 52.3% de la muestra considera que la palabra sexo significa “nuestro cuerpo y la forma en cómo interactuamos con los demás, es decir, el desarrollo biológico, social y psicológico del ser humano”. En tanto que para el 47.7% restante significa “las diferencias físicas y genitales entre los hombres y las mujeres, las relaciones sexuales coitales-genitales y la reproducción humana”. Esta última es la conceptualización o el significado que –para fines de la presente investigación– se considera correcto para la palabra sexo.

Es notable que el 41.2% de los hombres de 60 a 69 años escogió la primera opción y el 58.8% escogió la segunda. No obstante, al considerar las respuestas de los hombres de 70 a 79 años, pareciera que los resultados se invierten ya que se encuentra que el 54.5% escogió la primera

opción y el 45.5% escogió la segunda. Esto también se presentó en el caso de las mujeres, y denota que a mayoría de las personas entre 70 y 79 años parecen conocer la opción “correcta”, en tanto que la mayoría de los que tienen entre 60 y 69 marcaron la opción “incorrecta”. A pesar de que la prueba se invalida, se determina que las variables “significado de la palabra sexo” y el grupo de edad están asociadas. En la tabla #49 se detallan los resultados.

Tabla #49

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “significado asignado a la palabra sexo”

	Edad en categorías									Total		
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%	
	Sexo		Sexo		Sexo							
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Las diferencias físicas y genitales entre ...	7	41,2	30	38,5	12	54,5	23	63,9	2	100,0	74	47,7
Nuestro cuerpo y la forma como interactuamos ...	10	58,8	48	61,5	10	45,5	13	36,1	0	,0	81	52,3
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.603 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.012 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

▪ Significado de la palabra sexualidad

Al consultar el significado de la palabra sexualidad (tabla #50), el 67.1% de la muestra seleccionó la opción “nuestro cuerpo y la forma en cómo interactuamos con los demás, es decir, el desarrollo biológico, social y psicológico del ser humano”. Esta es la conceptualización o el significado que –para fines de la presente investigación- se considera correcto para la palabra sexualidad.

El 32.9% de la muestra restante considera que la palabra significa “las diferencias físicas y genitales entre los hombres y las mujeres, las relaciones sexuales coitales-genitales y la reproducción humana”. Es notable que más de la mitad de la muestra total intenta darle un significado más completo e integral a ambas palabras, lo que definitivamente dificulta el que se comprenda y se conozcan las diferencias existentes. Esto se presenta principalmente en la población 70 años y más.

Tabla #50

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “significado asignado a la palabra sexualidad”

	Edad en categorías									Total		
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%	
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N			%
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Las diferencias físicas y genitales entre ...	5	29,4	22	28,2	7	31,8	16	44,4	1	50,0	51	32,9
Nuestro cuerpo y la forma como interactuamos ...	12	70,6	56	71,8	15	68,2	20	55,6	1	50,0	104	67,1
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.849 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.312 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Fuentes de donde han obtenido información sobre sexualidad

Al consultar sobre dónde o de quién ha recibido información sobre sexualidad, se brindó la posibilidad de seleccionar respuesta múltiple, encontrando que las frecuencias más altas se presentan en tres opciones las cuales son: en periódicos, folletos o afiches (82 casos), en la radio o la televisión (77 casos), y en charlas, clases o talleres (64 casos).

El lugar que menos ha brindado información a hombres y mujeres sobre sexualidad, es la Iglesia, ya que tanto en las edades entre 60 a 69 años y 70 a 79 años; menos del 12% de las mujeres y menos del 6% de los hombres seleccionaron esta opción.

Además, el 21.1% de la muestra -lo que equivale a 32 personas- (9 hombres y 23 mujeres) comentaron nunca haber recibido información sobre sexualidad durante el transcurso de su vida. Entre ellos, se incluyen los únicos dos participantes mayores de 80 años. La prueba de independencia (aunque se invalida) demuestra que la variable contemplada en la opción “no ha recibido información sobre sexualidad” está asociada con la variable “grupo de edad”: Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla #51

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “fuente de donde ha recibido información sobre sexualidad”

	Edad en categorías									Total		p	p	
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%			
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N					
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	sexo	edad			
No ha recibido información (1)	3	17,6	18	23,7	4	19	5	13,9	2	100	32	21,1	0,810 > 0,05	0,013 < 0,05 **
En periódicos, folletos o afiches	10	58,8	37	48,7	13	61,9	22	61,1	0	0	82	53,9	0,633 > 0,05	0,136 > 0,05 **
En la radio o la televisión	8	47,1	40	52,6	11	52,4	18	50	0	0	77	50,7	0,618 > 0,05	0,367 > 0,05 **
En charlas, clases o talleres	10	58,8	33	43,4	7	33,3	14	38,9	0	0	64	42,1	0,979 > 0,05	0,267 > 0,05 **
En el centro de trabajo o estudio	6	35,3	27	35,5	8	38,1	8	22,2	0	0	49	32,2	0,684 > 0,05	0,409 > 0,05 **
De su pareja	5	29,4	13	17,1	3	14,3	5	13,9	0	0	26	17,1	0,584 > 0,05	0,579 > 0,05 **
En reuniones de amistades o conocidos	4	23,5	9	11,8	5	23,8	6	16,7	0	0	24	15,8	0,182 > 0,05	0,566 > 0,05 **
De familiares o parientes cercanos	1	5,9	8	10,5	6	28,6	4	11,1	0	0	19	12,5	0,273 > 0,05	0,316 > 0,05 **
En la Iglesia	1	5,9	9	11,8	1	4,8	4	11,1	0	0	15	9,9	0,226 > 0,05 **	0,832 > 0,05 **
Total	17	100	76	100	21	100	36	100	2	100	152	100		

En todos los casos ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

2. Establecimiento de la frecuencia de la práctica de relaciones sexuales y antecedentes sobre la primera relación sexual, en hombres y mujeres de 60 años o más

- Actividad sexual actual y frecuencia de relaciones sexuales

De un total de 85 personas que aseguraron tener pareja en el momento en que se aplicó el cuestionario, el 76.5% sí mantienen actividad sexual mientras que el 23.5% restante no tiene actividad sexual (las razones se exponen en el apartado 4 sobre creencias y pensamientos). Los resultados se detallan a continuación.

Tabla #52

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “si mantiene actividad sexual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	13	81,3	26	76,5	16	80,0	9	64,3	1	100,0	65	76,5
No	3	18,8	8	23,5	4	20,0	5	35,7	0	,0	20	23,5
Total	16	100	34	100	20	100	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: 0.379 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos), p edad: 0.765 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Al consultar sobre la frecuencia de las relaciones sexuales, la mayoría -30.8%- comentó que las tiene una vez por semana, 21.5% las tiene 2 veces por semana y 4.6% los fines de semana (lo que podría ser muy parecido a decir que dos veces por semana, sin embargo, al no haber sido definido específicamente se presenta así). Del resto, el 12.3% las tiene relaciones 3 veces por semana, 7.7% las tiene 4 veces por semana, el 15.4% las tiene cada quince días, el 6.2% la tiene cada mes o cada 22 días y solamente un hombre tiene relaciones cada 2 meses. En esta pregunta,

algunas personas hicieron comentarios tales como “con los años ha ido disminuyendo la cantidad de veces que se tiene relaciones” y “no es igual que cuando uno era más joven”. Por otro lado, es importante mencionar que algunos hombres dicen que es su pareja quien determina la cantidad de veces que tienen relaciones. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #53

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “frecuencia de relaciones sexuales”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 vez por semana	2	15,4	10	38,5	3	18,8	4	44,4	1	100,0	20	30,8
2 veces por semana	5	38,5	4	15,4	4	25,0	1	11,1	0	,0	14	21,5
3 veces por semana	3	23,1	2	7,7	2	12,5	1	11,1	0	,0	8	12,3
4 veces por semana	1	7,7	3	11,5	1	6,3	0	,0	0	,0	5	7,7
Los fines de semana	1	7,7	1	3,8	1	6,3	0	,0	0	,0	3	4,6
Cada 15 días	1	7,7	5	19,2	2	12,5	2	22,2	0	,0	10	15,4
Cada mes o cada 22 días	0	,0	1	3,8	2	12,5	1	11,1	0	,0	4	6,2
Cada 2 meses	0	,0	0	,0	1	6,3	0	,0	0	,0	1	1,5
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.366 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.934 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

▪ Antecedentes sobre la primera relación sexual

El 1.9% de la muestra –representado por tres mujeres- no ha tenido relaciones sexuales nunca. Del resto de la muestra, el 69.7% tuvo la primera relación sexual entre los 0 y los 20 años, y el 28.4% la tuvo entre los 21 y 40 años. Ningún participante tuvo su primera relación sexual después de los 40 años. En la tabla #54 se presentan los resultados.

Estas diferencias encontradas entre los sexos refieren a que más del 90% de los hombres tuvieron su primera relación sexual entre los 0 y los 20 años, mientras que los porcentajes de las mujeres en esta opción son mucho más bajos.

La prueba de independencia determina que existe asociación entre la variable “edad en la que tuvo la primera relación sexual” y “sexo”.

Tabla #54

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “edad en la que tuvo la primera relación sexual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
Entre los 0 y 20 años	16	94,1	44	56,4	20	90,9	26	72,2	2	100,0	108	69,7
Entre los 21 y 40 años	1	5,9	32	41,0	2	9,1	9	25,0	0	,0	44	28,4
No ha tenido relaciones sexuales nunca	0	,0	2	2,6	0	,0	1	2,8	0	,0	3	1,9
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: $0.001 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: $0.248 > 0.05$ (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, de las 152 personas que alguna vez tuvieron su primera relación sexual, 57.2% la tuvo con su esposo o esposa, 18.4% con un enamorado (a) o novio (a), 9.9% con un amigo (a) y 9.9% con una prostituta o gigoló.

Un hombre tuvo su primera relación con un familiar cercano y una mujer la tuvo con un desconocido. Además, un 3.3% -representado por 5 hombres- utilizó la opción de respuesta abierta, en donde mencionaron que su primera relación sexual fue con una empleada (1) o una

Más del 75% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual con su esposo, mientras que los porcentajes más altos en el caso de los hombres se presentan en las opciones “con una amiga” y “con una prostituta”. Respecto los grupos de edad, los porcentajes de hombres y mujeres que tuvieron su primera relación con el esposo (a) son más altos en el grupo de 70 a 79 años que en el grupo de 60 a 69 años.

La prueba de independencia determina que existe asociación entre la variable “persona con quien se tuvo la primera relación sexual” y el sexo, así como entre la misma variable y el grupo de edad (aunque en este caso la prueba se invalida).

Tabla #55

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “persona con quien tuvo la primera relación sexual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años		70 a 79 años				80 a 89 años					
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo					
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino			N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Con el esposo (a)	1	5,9	53	69,7	2	9,1	31	88,6	0	,0	87	57,2
Con un enamorado (a) o novio (a)	1	5,9	21	27,6	2	9,1	2	5,7	2	100,0	28	18,4
Con un amigo (a)	6	35,3	1	1,3	6	27,3	2	5,7	0	,0	15	9,9
Con una prostituta o gigoló	6	35,3	0	,0	9	40,9	0	,0	0	,0	15	9,9
Con un familiar cercano	0	,0	0	,0	1	4,5	0	,0	0	,0	1	,7
Con un desconocido	0	,0	1	1,3	0	,0	0	,0	0	,0	1	,7
Otro	3	17,6	0	,0	2	9,1	0	,0	0	,0	5	3,3
Total	17	100	76	100	22	100	35	100	2	100,0	152	100

p sexo: $0 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: $0.047 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Con respecto a las diferencias de edades, el 71.1% tuvo su primera relación sexual con una persona de mayor edad (la mayoría con una diferencia de 1 a 5 años), el 19.7% con una persona de la misma edad y el 9.2% restante con una persona de menor edad (la mayoría con una diferencia de 2 años).

Tabla #56

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “diferencia de edad con respecto a la persona con quien tuvo la primera relación sexual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo			
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
De mayor edad	11	64,7	50	65,8	10	45,5	35	100,0	2	100,0	108	71,1
De la misma edad	3	17,6	21	27,6	6	27,3	0	,0	0	,0	30	19,7
De menor edad	3	17,6	5	6,5	6	27,3	0	,0	0	,0	14	9,2
Total	17	100	76	100,0	22	100,0	35	100,0	2	100,0	152	100,0

p sexo: 0.011 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (solo el 16% de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.285 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto al lugar donde tuvo la primera relación sexual coital-genital, la mayoría de la muestra constituida por el 42.1% lo hizo en un hotel o motel, 30.9% en su casa, 8.5% al aire libre, 6.6% en la casa de su pareja, 6.6% en un prostíbulo, y 1.3% en un automóvil. Un 3.9% - representado por 6 personas- utilizó la opción de respuesta abierta, donde mencionaron el lugar de trabajo (1), la casa de ambos o de familiares (4), y una quinta (1).

Es notable que la mayoría de las mujeres tuvo su primera relación sexual en un hotel o motel, mientras que en el caso de los hombres las respuestas son más variadas. Los resultados en detalle son los siguientes:

Tabla #57

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “lugar donde tuvo la primera relación sexual coital genital”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
En un hotel o motel	5	29,4	40	52,6	4	18,2	15	42,9	0	,0	64	42,1
En su casa	2	11,8	26	34,2	3	13,6	16	45,7	0	,0	47	30,9
Al aire libre	4	23,5	4	5,3	2	9,1	2	5,7	1	50,0	13	8,5
En la casa de su pareja	1	5,9	4	5,3	4	18,2	0	,0	1	50,0	10	6,6
En un prostíto	3	17,6	0	,0	7	31,8	0	,0	0	,0	10	6,6
En un automóvil	0	,0	0	,0	2	9,1	0	,0	0	,0	2	1,3
Otro lugar	2	11,8	2	2,6	0	,0	2	5,7	0	,0	6	3,9
Total	17	100	76	100,0	22	100	35	100	2	100,0	152	100,0

p sexo: $0 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: $0.025 < .005$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Aunque ambas pruebas se invalidan, se encontró asociación entre la variable “lugar donde tuvo la primera relación sexual” y “sexo”, y entre la misma variable y “grupo de edad”.

Por otro lado, de 152 personas que han tenido relaciones sexuales, 13.8% opina que su primera relación sexual fue muy satisfactoria, 34.9% opina que fue satisfactoria, 28.9% opina que fue poco satisfactoria, y finalmente, 22.4% opina que fue muy insatisfactoria.

Los porcentajes más altos en la opción “satisfactoria” los tiene el sexo masculino, especialmente en el grupo de hombres de 60 a 69 años. Sin embargo, los porcentajes más altos en la opción “muy insatisfactoria” se encuentran en hombres y mujeres de 60 a 69 años. Hubo un mayor porcentaje de mujeres que de hombres que marcaron las opciones “poco satisfactoria” y “muy insatisfactoria”. La prueba determina que existe asociación entre la variable y el sexo.

Tabla #58

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “grado de satisfacción de la primera relación sexual”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a 89 años							
	Sexo		Sexo		Sexo							
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy satisfactoria	2	11,8	12	15,8	4	18,2	3	8,6	0	,0	21	13,8
Satisfactoria	10	58,8	21	27,6	10	45,5	11	31,4	1	50,0	53	34,9
Poco satisfactoria	0	,0	23	30,3	5	22,7	15	42,9	1	50,0	44	28,9
Muy insatisfactoria	5	29,4	20	26,3	3	13,6	6	17,1	0	,0	34	22,4
Total	17	100	76	100	22	100	35	100	2	100,0	152	100

p sexo: $0.037 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: $0.576 > 0.05$ (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

3. Caracterización de los estilos o modalidades de contacto sexual de hombres y mujeres de 60 años o más

- Orientación sexual

En este punto, es importante aclarar que en el cuestionario se brindó las opciones de respuesta “homosexual” y “heterosexual”, brindando además una breve conceptualización sobre el significado de cada término. Sin embargo, ningún participante dijo ser homosexual, por lo que los resultados indican que el 98.7% es heterosexual, y el 1.3% restante –dos mujeres- no practican ni les interesa ningún tipo de actividad sexual. Por otro lado, las 85 personas que comentaron tener pareja en el momento en que se aplicó el cuestionario, comentaron que su pareja es heterosexual. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #59

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “orientación sexual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años		70 a 79 años				80 a 89 años				N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo					
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N	%		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Heterosexual	17	100	76	97,4	22	100	36	100	2	100,0	153	98,7
No practica, ni le interesa ningún tipo de actividad sexual	0	,0	2	2,6	0	,0	0	,0	0	,0	2	1,3
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.393 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.527 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Estilos de contacto sexual

Respecto al tipo de acercamientos que se dan entre las parejas, la respuesta fue muy positiva, ya que más del 40% acostumbra tener algún acercamiento con su pareja, entre los que mencionaron primordialmente cuatro tipos: gestos de ternura (79 personas), miradas de afecto (74 personas), besos (74 personas) y caricias (71 personas).

Estos resultados refieren a un tipo de contacto de mayor calidez y ternura en la pareja, sin embargo, y aunque en menor número, algunas personas también seleccionaron: sensualidad (51 personas), masajes (38 personas) y erotismo (41 personas). Ningún participante utilizó la opción de respuesta abierta para mencionar otro tipo de acercamiento. Se encontró asociación entre las variables “masajes” y “sexo”. El detalle de los resultados es el siguiente:

Tabla #60

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “tipos de acercamientos que se dan entre el sujeto y su pareja”**

	Edad en categorías									Total		p	p	
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%			
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N					
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino	Femenino						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Gestos de ternura	14	87,5	32	97,0	18	94,7	14	100,0	1	100,0	79	95,2	0,236 > 0,05 **	0,898 > 0,05 **
Besos	13	81,3	31	93,9	16	84,2	13	92,9	1	100,0	74	89,2	0,149 > 0,05 **	0,869 > 0,05 **
Miradas de afecto	14	87,5	30	90,9	18	94,7	11	78,6	1	100,0	74	89,2	0,607 > 0,05 **	0,869 > 0,05 **
Caricias	15	93,8	28	84,8	16	84,2	11	78,6	1	100,0	71	85,5	0,519 > 0,05	0,658 > 0,05 **
Sensualidad	12	75,0	22	66,7	10	52,6	6	42,9	1	100,0	51	61,4	0,712 > 0,05	0,112 > 0,05 **
Masajes	11	68,8	12	36,4	9	47,4	5	35,7	1	100,0	38	45,8	0,050 < 0,05 *	0,486 > 0,05 **
Erotismo	10	62,5	13	39,4	9	47,4	2	14,3	0	0,0	34	41,0	0,061 > 0,05	0,325 > 0,05 **
Total	16	100,0	33	100,0	19	100	14	100,0	1	100,0	83	100,0		

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes. En * ambas variables están asociadas.
En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Respecto a cada cuánto se dan los acercamientos mencionados anteriormente, favorablemente el 63.5% comentó que siempre o casi siempre, 31.8% comentó que a veces y solamente tres personas comentaron que nunca o casi nunca. Hubo una mujer que no respondió esta pregunta. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #61

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “frecuencia de acercamientos entre la pareja”**

	Edad en categorías									Total		
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%	
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N			
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino	Femenino				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Siempre o casi siempre	14	87,5	18	52,9	13	65,0	8	57,1	1	100,0	54	63,5
A veces	2	12,5	14	41,2	5	25,0	6	42,9	0	,0	27	31,8
Nunca o casi nunca	0	,0	1	2,9	2	10,0	0	,0	0	,0	3	3,5
Ns-Nr	0	,0	1	2,9	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,2
Total	16	100	34	100	20	100	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: 0.096 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.905 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, al consultar sobre lo que más disfruta hacer con su pareja, se brindó la posibilidad de marcar una o varias opciones, por lo que las tres que fueron mayormente seleccionadas son: hablar o dialogar (46 personas), darse muestras de amor o cariño (45 personas) y recrearse juntos (38 personas).

En menor número, algunas personas seleccionaron comer juntos (34 personas), mantener contacto sexual (31 personas), pasar tiempo a solas (31 personas) y bañarse juntos (solamente 10 personas). Otras 4 personas dicen que no disfrutaban hacer nada con su pareja.

La prueba de independencia confirma que existe asociación entre las variables “recrearse juntos” y “sexo”. El detalle de los resultados se presenta en la siguiente tabla.

Tabla #62

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “actividades que disfruta hacer con la pareja”

	Edad en categorías									Total	p	p		
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años							
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		N	%	sexo	edad		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino						
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
Hablar o dialogar	8	50,0	20	58,8	8	40,0	9	64,3	1	100,0	46	54,1	0,184 > 0,05	0,562 > 0,05 **
Darse muestras de amor y/o cariño	9	56,3	19	55,9	10	50,0	7	50,0	0	0,0	45	52,9	0,797 > 0,05	0,489 > 0,05 **
Recrearse juntos	4	25,0	20	58,8	8	40,0	6	42,9	0	0,0	38	44,7	0,046 < 0,05 *	0,549 > 0,05 **
Comer juntos	5	31,3	17	50,0	7	35,0	5	35,7	0	0,0	34	40,0	0,211 > 0,05	0,518 > 0,05 **
Pasar tiempo a solas	6	37,5	13	38,2	7	35,0	5	35,7	0	0,0	31	36,5	0,822 > 0,05	0,724 > 0,05 **
Mantener contacto sexual	6	37,5	13	38,2	8	40,0	4	28,6	0	0,0	31	36,5	0,818 > 0,05	0,724 > 0,05 **
Dormir juntos	4	25,0	11	32,4	9	45,0	4	28,6	0	0,0	28	32,9	0,706 > 0,05	0,572 > 0,05 **
Bañarse juntos	2	12,5	6	17,6	1	5,0	1	7,1	0	0,0	10	11,8	0,358 > 0,05 **	0,345 > 0,05 **
No disfruta hacer nada con su pareja	0	0,0	2	5,9	1	5,0	1	7,1	0	0,0	4	4,7	0,444 > 0,05 **	0,900 > 0,05 **
Otra actividad	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0,369 > 0,05 **	0,689 > 0,05 **
Total	16	100,0	34	100,0	20	100,0	14	100,0	1	100,0	85	100,0		

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes. En * ambas variables están asociadas. En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

▪ Tipos de relaciones sexuales

Al consultar sobre el tipo de relaciones sexuales que practica (tabla #63), se brindó la posibilidad de marcar respuesta múltiple. Por lo tanto, las tres opciones que fueron mayormente seleccionadas fueron: sexo coital (64 personas), caricias corporales (50 personas) y frotis, es decir, rozamiento cuerpo con cuerpo (26 personas). Los puntajes más bajos se dieron en las opciones de sexo anal (3 personas) y sexo oral (8 personas), aunque estos resultados podrían estar relacionados con la creencia de no comentar aspectos que podrían ser considerados como “malos, perversos o pecaminosos”.

Tabla #63

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “tipo de relaciones sexuales que practica”

	Edad en categorías									Total		p	p	
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%			
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N					
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	sexo	edad		
Sexo coital	13	100,0	26	100,0	16	100	8	88,9	1	100,0	64	98,5	0,351 > 0,05 **	0,444 > 0,05 **
Caricias corporales	11	84,6	22	84,6	12	75	5	55,6	0	0,0	50	76,9	0,964 > 0,05	0,056 > 0,05 **
Frotis (rozamiento cuerpo con cuerpo)	6	46,2	9	34,6	8	50	3	33,3	0	0,0	26	40,0	0,310 > 0,05	0,647 > 0,05 **
Sexo oral	3	23,1	2	7,7	3	18,8	0	0,0	0	0,0	8	12,3	0,081 > 0,05 **	0,927 > 0,05 **
Sexo anal	2	15,4	0	0,0	0	0	1	11,1	0	0,0	3	4,6	0,466 > 0,05 **	0,954 > 0,05 **
Total	13	100,0	26	100,0	16	100	9	100,0	1	100,0	65	100,0		

En todos los casos ambas variables son independientes.
En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

- Uso del condón

De un total de 65 personas que comentaron tener pareja y actividad sexual en el momento en que se aplicó el cuestionario, el 95.4% -equivalente a 62 personas- no usan ningún método de protección. El 4.6% restante –representado sólo por personas de 60 a 69 años- sí usa el condón siempre o casi siempre. Las razones por las que lo usan son: para prevenir un embarazo (1 hombre), para prevenir enfermedades venéreas (2 mujeres) y por higiene (1 hombre). Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #64

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “uso de algún método de protección”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	1	7,7	2	7,7	0	,0	0	,0	0	,0	3	4,6
No	12	92,3	24	92,3	16	100	9	100	1	100,0	62	95,4
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.648 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.351 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Uso de juguetes o artículos sexuales

El 94.8% de la muestra no ha utilizado juguetes o artículos sexuales como vibradores, disfraces o vendas. Incluso, algunos comentaron que no lo hacen ni lo harían porque “no es normal” o simplemente porque “no es adecuado”.

Otros en cambio, mencionaron que reconocen que otras personas los usan, y que su uso depende exclusivamente del gusto o el deseo de cada cual. También hubo personas que mostraron gestos o actitudes de desaprobación inmediata al realizarles la pregunta, en contraste, con otros que se mostraron totalmente relajados y condescendientes para responder. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #65

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “uso de juguetes o artículos sexuales”
(como vibradores, disfraces o vendas)**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	1	5,9	4	5,1	0	,0	3	8,3	0	,0	8	5,2
No	16	94,1	74	94,9	22	100	33	91,7	2	100,0	147	94,8
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.358 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: .0946 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

El 5.2% restante -equivalente a 8 personas- sí usa o ha utilizado vibradores, aceites o vendas en los ojos. De estas ocho personas, la mayor representación está en el grupo de mujeres con edades de 70 a 79 años. Por el contrario, no hay ningún hombre de 70 a 79 años, o de más de 80 años. Los resultados pueden detallarse a continuación.

Tabla #66

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “tipo de juguetes o artículos sexuales que ha utilizado”

	Edad en categorías						Total	
	60 a 69 años			70 a 79 años				
	Sexo		Sexo		Sexo			
	Masculino		Femenino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vibradores	1	100	3	75,0	2	66,7	6	75,0
Aceites	0	,0	0	,0	1	33,3	1	12,5
Vendas en los ojos	0	,0	1	25,0	0	,0	1	12,5
Total	1	100	4	100	3	100,0	8	100,0

p sexo: 0.827 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.315 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Uso de lubricante

Por otro lado, de 65 personas que comentaron tener pareja y actividad sexual en el momento en que se aplicó el cuestionario, el 47.7% (31 personas) usa algún tipo de lubricante mientras que el 52.3% no lo usa. Además, la mayoría –representada por un 60%- usa lubricante, en contraste con sólo un 33% de los hombres. Los resultados se detallan en la tabla #67.

Algunos hombres mencionaron que el lubricante es un artículo que “usa y administra” la mujer y “generalmente es la mujer quien decide si se usa o no durante la relación sexual” La prueba de independencia aplicada sobre el uso del lubricante y el sexo, demuestra que ambas variables están asociadas.

Tabla #67

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “uso de lubricante”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo							
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino				
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Sí	6	46,2	17	65,4	4	25,0	4	44,4	0	,0	31	47,7
No	7	53,8	9	34,6	12	75,0	5	55,6	1	100,0	34	52,3
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.032 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.068 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

De 31 personas que usan lubricante, 64.5% usa uno de farmacia, 29% usa cremas. Un hombre mencionó que usa aceite-crema y lubricante, y finalmente una mujer comentó que usa estrógenos vaginales y éstos le proporcionan lubricación. A pesar de que la prueba se invalida, las variables “uso de lubricante” y “sexo” están asociadas.

Tabla #68

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “tipos de lubricante que usa”**

	Edad en categorías								Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo			
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Crema	4	66,7	3	17,6	2	50,0	0	,0	9	29,0
Un lubricante de farmacia	1	16,7	13	76,5	2	50,0	4	100	20	64,5
Aceite, crema y lubricante	1	16,7	0	,0	0	,0	0	,0	1	3,2
Estrógenos vaginales	0	,0	1	5,9	0	,0	0	,0	1	3,2
Total	6	100	17	100	4	100	4	100	31	100,0

p sexo: 0.017 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida (+ del 20% de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.816 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

De estas 31 personas que usan algún lubricante, el 58.1% lo usa siempre o casi siempre y el 41.9% restante lo usa a veces. Las mujeres en su mayoría, lo usan siempre.

Tabla #69

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “frecuencia del uso de lubricante”

	Edad en categorías								Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años					
	Sexo				Sexo					
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Siempre o casi siempre	2	33,3	10	58,8	2	50,0	4	100	18	58,1
A veces	4	66,7	7	41,2	2	50,0	0	,0	13	41,9
Total	6	100	17	100	4	100	4	100	31	100

p sexo: 0.160 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.260 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Uso de la imaginación y las fantasías sexuales

Solamente el 38.1% de la muestra –equivalente a 59 personas- usa o ha usado su imaginación o fantasías sexuales para obtener placer sexual. El 61.9% asegura que no lo ha hecho. Los resultados se detallan en la tabla #70.

La prueba de independencia indica que asociación de variables entre el sexo y el uso de la imaginación y las fantasías sexuales, pero no entre grupos de edades. Puede notarse que más de la mitad de los hombres respondieron que sí la usan, en tanto que los porcentajes de mujeres que también lo hacen son muy bajos.

Tabla #70

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “uso de la imaginación o fantasías sexuales para obtener placer sexual”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	10	58,8	28	35,9	13	59,1	7	19,4	1	50,0	59	38,1
No	7	41,2	50	64,1	9	40,9	29	80,6	1	50,0	96	61,9
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.002 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.745 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida (más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos).

▪ Práctica de la masturbación

Solamente el 16.1% de la muestra practica la masturbación, lo que equivale a 25 personas. Es notable que los porcentajes más altos entre quienes practican la masturbación se encuentran en el sexo masculino, exceptuando a los dos hombres mayores de 80 años que no la practican. La prueba de independencia determina que existe asociación entre la variable “practica de la masturbación” y “sexo”.

Tabla #71

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “practica de la masturbación”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	5	29,4	10	12,8	6	27,3	4	11,1	0	,0	25	16,1
No	12	70,6	68	87,2	16	72,7	32	88,9	2	100,0	130	83,9
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.030 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (ninguna de las celdas tiene – de 5 casos).
p edad: 0.800 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida.

De quienes practican la masturbación, 15 personas lo hacen a veces, 9 casi nunca o nunca y solamente una mujer marcó la opción “depende de la pareja con quien esté”. El detalle de los resultados se presenta a continuación.

Tabla #72

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “frecuencia de la practica de la masturbación”

	Edad en categorías								Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años					
	Sexo				Sexo					
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A veces	2	40,0	6	60,0	3	50,0	4	100	15	60,0
Casi nunca o nunca	3	60,0	3	30,0	3	50,0	0	,0	9	36,0
Depende de la pareja con quien esté	0	,0	1	10,0	0	,0	0	,0	1	4,0
Total	5	100	10	100	6	100	4	100	25	100

p sexo: 0.187 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.574 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Entre las razones por las cuales practican la masturbación, 32% lo hace por el placer sexual que experimenta, 28% lo hace por no contar permanentemente con una pareja, 16% lo hace porque ya no practica las relaciones coitales y un 12% lo hace porque no logra la erección o el orgasmo sin antes masturbarse.

Otro 12% utilizó la opción de respuesta abierta “otra razón”, entre las que mencionaron “fue una experiencia que adquirí con mi pareja” y “prefiero masturbarme que estar con alguien”. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #73

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “razones por las que practica la masturbación”**

	Edad en categorías								Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo			
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N	%
Por el placer sexual que experimenta	2	40,0	4	40,0	2	33,3	0	,0	8	32,0
Por el no contar permanentemente con una pareja	0	,0	4	40,0	2	33,3	1	25,0	7	28,0
Por que ya no practica las relaciones coitales	2	40,0	0	,0	0	,0	2	50,0	4	16,0
Por que no logra la erección o el orgasmo sin antes masturbarse	0	,0	1	10,0	2	33,3	0	,0	3	12,0
Otra razón	1	20,0	1	10,0	0	,0	1	25,0	3	12,0
Total	5	100	10	100	6	100	4	100	25	100

p sexo: 0.806 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.757 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

▪ Parejas estables y parejas ocasionales

Para fines de esta investigación, dos personas que tienen una relación con una duración mínima de 6 meses son consideradas como una pareja estable; mientras que dos personas que tienen una relación con una duración menor a 6 meses son consideradas una pareja ocasional. Considerando estos conceptos, se consultó a la muestra total (155 personas) sobre el número de parejas estables y ocasionales que han tenido durante su vida.

El 47.1% ha tenido solamente una, 28.4% ha tenido 3 o más, 22.6% ha tenido dos y el 1.9% -3 mujeres- no han tenido ninguna pareja estable. Es notable que los hombres han tenido más parejas estables que las mujeres, ya que más del 50% de ellas han tenido sólo una pareja estable durante toda su vida, mientras que en el caso de los hombres, casi el 60% reporta haber

tenido 3 o más. A pesar de que la prueba de independencia se invalida, se demuestra que existe asociación entre la variable y el sexo.

Tabla #74

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “número de parejas estables que ha tenido durante su vida”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
Ninguna	0	,0	1	1,3	0	,0	2	5,6	0	,0	3	1,9
Una	7	41,2	38	48,7	4	18,2	23	63,9	1	50,0	73	47,1
Dos	1	5,9	24	30,8	4	18,2	6	16,7	0	,0	35	22,6
Tres o más	9	52,9	15	19,2	14	63,6	5	13,9	1	50,0	44	28,4
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: $0 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: $0.686 > 0.05$ (ambas variables son independientes). La prueba se invalida.

Por otro lado, los resultados sobre el número de parejas ocasionales son: 58% no ha tenido ninguna, 29.6% (representado en su mayoría por hombres) ha tenido tres o más, 7% ha tenido dos y el 5.1% ha tenido solamente una. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla #75

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “número de parejas ocasionales que ha tenido durante su vida”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
Ninguna	2	11,8	59	75,6	3	13,6	26	74,3	0	,0	90	58,4
Una	0	,0	2	2,6	1	4,5	5	14,3	0	,0	8	5,2
Dos	1	5,9	8	10,3	1	4,5	0	,0	1	50,0	11	7,1
Tres o más	14	82,4	9	11,5	17	77,3	4	11,4	1	50,0	45	29,2
Total	17	100	78	100	22	100	35	100	2	100,0	154	100

p sexo: $0 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: $0.007 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida.

Es notable que un mayor número de hombres –casi el 80%- ha tenido 3 o más parejas ocasionales, en tanto que en el caso de las mujeres sólo aproximadamente el 12% seleccionó esta opción y más del 75% de ellas comentó que no ha tenido ninguna pareja ocasional.

En este caso, y a pesar de que ambas pruebas se invalidan, existe asociación entre la variable “número de parejas ocasionales” y “sexo”, así como entre la misma variable y “el grupo de edad”.

- Pareja actual

De la muestra total, el 54.8% respondió que sí tiene pareja, mientras que el 45.2% no tiene (las razones del por qué no tienen pareja se presentan en el apartado 4 sobre creencias y pensamientos). Más del 90% de los hombres tienen pareja, mientras que sólo el 42% de las mujeres está en las mismas condiciones. Por otro lado, la prueba determina que ambas variables “tener pareja” y “sexo” están asociadas.

Tabla #76

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “si tiene pareja actual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
Sí	16	94,1	34	43,6	20	90,9	14	38,9	1	50,0	85	54,8
No	1	5,9	44	56,4	2	9,1	22	61,1	1	50,0	70	45,2
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: $0 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

p edad: $0.763 > 0.05$ (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Se consultó sobre la diferencia de edad entre el encuestado y su pareja, encontrando que el 51.8% tiene una relación con una persona de menor edad (la mayoría con una diferencia de 1 a 5 años), el 37.6% está con una persona de mayor edad (la mayoría con una diferencia de 1 a 5 años), y el 10.6% restante tiene una relación con una persona de la misma edad.

La mayoría de los hombres –representada por el 94%- tiene una pareja de menor edad, mientras que la mayoría de las mujeres –representada por el 64%- tiene una pareja de mayor edad. La prueba de independencia determina que la variable y el sexo están asociadas.

Tabla #77

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “diferencia de edad con respecto a la pareja actual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
De menor edad	15	93,8	7	20,5	19	95,0	1	7,1	1	100,0	43	50,5
De mayor edad	0	,0	20	58,8	1	5,0	11	78,6	0	,0	32	37,6
De la misma edad	1	6,3	7	20,5	0	,0	2	14,3	0	,0	10	11,7
Total	16	100	34	100	20	100	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: $0 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (solo el 16% de las celdas tienen – de 5 casos).
 p edad: $0.564 > 0.05$ (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto al tiempo que tienen de estar con su pareja actual, el mayor porcentaje (29.3%) se presentó en la opción de tiene de 41 a 50 años). Del resto, 26.8% tiene de 31 a 40 años, 19.5% tiene de 51 a 60 años, 17.1% tiene de 1 a 10 años, 3.7% tiene de 11 a 20 años y otro 3.7% tiene de 21 a 30 años. Hubo tres casos en los que no se obtuvo esta información.

Estos resultados demuestran que de las 82% personas que respondieron, el 75% ha sostenido la relación con su pareja por más de 31 años.

Más de la mitad de las personas de 70 a 79 años tienen de 51 a 60 años de estar con su pareja, mientras que el 40% de las personas de 60 a 69 años tiene de 31 a 40 años de estar con su pareja. Aunque la prueba se invalida, se determina que las variables “tiempo de estar con su pareja” y “grupo de edad” están asociadas. Los detalles se presentan en la siguiente tabla.

Tabla #78

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “tiempo que tiene de estar con la pareja”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
De 1 a 10 años	2	12,5	7	21,2	3	15,8	1	7,7	1	100,0	14	17,1
De 11 a 20 años	1	6,3	1	3,0	0	,0	1	7,7	0	,0	3	3,7
De 21 a 30 años	0	,0	2	6,1	1	5,3	0	,0	0	,0	3	3,7
De 31 a 40 años	8	50,0	12	36,4	2	10,5	0	,0	0	,0	22	26,8
De 41 a 50 años	5	31,3	10	30,3	7	36,8	2	15,4	0	,0	24	29,3
De 51 a 60 años	0	,0	1	3,0	6	31,6	9	69,2	0	,0	16	19,5
Total	16	100	33	100	19	100	13	100	1	100,0	82	100

p sexo: $0.968 > 0.05$ (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: $0 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

4. Determinación sobre las creencias y pensamientos que mantienen los adultos mayores con respecto a la sexualidad

- Creencias sobre la importancia de recibir información sobre sexualidad

El 47.1% de la muestra cree que es necesario e importante recibir información acerca de la sexualidad después de los 60 años, seguidos del 37.4% de la muestra que cree que es muy

necesario e importante. El resto, conformado por el 15.5%, cree que es innecesario y poco importante. Los resultados pueden detallarse en la tabla #79.

Algunas personas mencionaron que su participación en la investigación se debió precisamente al deseo de que sea posible generar más y mejores investigaciones sobre el tema de la sexualidad en el adulto mayor, y pueda así informarse y educar a una mayor cantidad de personas.

Tabla #79

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “grado de importancia sobre recibir información acerca de la sexualidad después de los 60 años”

	Edad en categorías									Total		
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a 89 años							
	Sexo		Sexo		Sexo							
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy necesario y muy importante	7	41,2	31	39,7	9	40,9	11	30,6	0	,0	58	37,4
Necesario e importante	8	47,1	34	43,6	11	50,0	18	50,0	2	100,0	73	47,1
Innecesario y poco importante	2	11,8	13	16,7	2	9,1	7	19,4	0	,0	24	15,5
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.491 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.587 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Influencias que existen sobre nuestros comportamientos y actitudes

De acuerdo a la opinión de los encuestados y considerando que se brindó la posibilidad de marcar una o varias opciones, los sujetos indicaron que nuestros comportamientos y actitudes están influenciados por 3 aspectos primordialmente: creencias, pensamientos y percepciones (127 personas), experiencias pasadas (115 personas), y lo que la sociedad dice que está bien o mal (72

personas). Hay tres variables asociadas con el sexo, las cuales son “creencias, pensamientos y percepciones”, “experiencias pasadas” y “lo que la familia dice que está bien o mal”. En las tres opciones, la cantidad de mujeres que las seleccionaron es mucho más alta que la cantidad de hombres.

Tabla #80

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “influencias sobre los comportamientos y actitudes”**

	Edad en categorías									Total		p	p	
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%			
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N					
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	sexo	edad		
Creencias, pensamientos y percepciones	10	62,5	64	83,1	18	85,7	34	94,4	1	100	127	84,1	0,030 < 0,05 *	0,092 > 0,05 **
Experiencias pasadas	11	68,8	61	79,2	13	61,9	29	80,6	1	100	115	76,2	0,024 < 0,05 *	0,659 > 0,05 **
El lugar o país donde se vive	6	37,5	31	40,3	9	42,9	14	38,9	1	100	61	40,4	0,960 > 0,05	0,949 > 0,05 **
La clase social a la que se pertenece	5	31,3	29	37,7	9	42,9	9	25	1	100	53	35,1	0,707 > 0,05	0,746 > 0,05 **
Lo que la sociedad dice que está bien o mal	3	18,8	39	50,6	11	52,4	19	52,8	0	0	72	47,7	0,065 > 0,05	0,276 > 0,05 **
Lo que la familia dice que está bien o mal	2	12,5	32	41,6	8	38,1	19	52,8	1	100	62	41,1	0,045 < 0,05 *	0,402 > 0,05 **
Total	16	100	77	100	21	100	36	100	1	100	151	100		

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes. En * ambas variables están asociadas.
En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

- **Influencia del condón sobre el placer sexual**

De acuerdo a lo que conocen o han escuchado, el 50.6% de la muestra opina que el condón disminuye el placer sexual, mientras que el 48.7% opina que ni lo aumenta ni lo disminuye y solamente una mujer opina que el condón aumenta el placer sexual. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #81

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “consideraciones sobre la influencia del uso del condón en el placer sexual”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Disminuye el placer sexual	5	29,4	41	53,2	13	59,1	18	50,0	1	50,0	78	50,6
Ni lo aumenta, ni lo disminuye	12	70,6	35	45,5	9	40,9	18	50,0	1	50,0	75	48,7
Aumenta el placer sexual	0	,0	1	1,3	0	,0	0	,0	0	,0	1	,6
Total	17	100	77	100	22	100	36	100	2	100,0	154	100

p sexo: 0.654 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.929 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

▪ Consideraciones sobre el funcionamiento del medicamento Viagra

Al consultar para qué funciona el Viagra—de acuerdo a lo que cada uno conoce o ha escuchado—, se brindó la posibilidad de respuesta múltiple, por lo que las frecuencias más altas se encontraron en tres respuestas: 95 personas consideran que funciona para facilitar la erección del pene, 63 opinan que funciona para lograr mantener la erección, y 53 consideran que funciona para aumentar la cantidad de las relaciones sexuales.

Estos resultados demuestran que la información que tienen la mayoría de los adultos mayores respecto al funcionamiento del Viagra es adecuada. Sin embargo, es importante tomar en consideración que —a pesar de que son pocos— también hubo casos de quienes erróneamente piensan que funciona para producir sensaciones más placenteras (21 casos), lograr que la eyaculación no se dé rápida y precipitadamente (19 casos) y lograr liberar la eyaculación (12 casos).

Tabla #82

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “consideraciones sobre el funcionamiento del medicamento Viagra”**

	Edad en categorías										Total		p sexo	p edad
	60 a 69 años		70 a 79 años				80 a 89 años				N	%		
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo					
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Facilitar la erección del pene	13	76,5	47	60,3	13	59,1	21	58,3	1	50	95	61,3	0,484 > 0,05	0,810 > 0,05 **
Mantener la erección	8	47,1	33	42,3	13	59,1	9	25	0	0	63	40,6	0,108 > 0,05	0,408 > 0,05 **
Aumentar la cantidad de relaciones sexuales	4	23,5	31	39,7	6	27,3	12	33,3	0	0	53	34,2	0,123 > 0,05	0,451 > 0,05 **
Producir sensaciones más placenteras	0	0	15	19,2	2	9,1	4	11,1	0	0	21	13,5	0,059 > 0,05	0,541 > 0,05 **
Lograr que eyaculación no se dé rápida y precipitada	0	0	11	14,1	2	9,1	6	16,7	0	0	19	12,3	0,093 > 0,05	0,800 > 0,05 **
Lograr liberar la eyaculación	1	5,9	7	9	3	13,6	1	2,8	0	0	12	7,7	0,574 > 0,05 **	0,866 > 0,05 **
No sabe nada al respecto	2	11,8	22	28,2	3	13,6	7	19,4	1	50	35	22,6	0,156 > 0,05	0,333 > 0,05 **
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100	155	100		

En todos los casos, excepto en **, la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
En todos los casos, excepto en ** ambas variables son independientes.

También, es importante y necesario tomar en cuenta que un total de 35 personas –que representan el 22.6% de la muestra- respondieron que no saben nada respecto al funcionamiento del Viagra. Entre ellos, las que presentan el porcentaje más alto son las mujeres con edades entre lo 60 y 69 años.

- Creencias sobre el uso de la imaginación y las fantasías sexuales

El 64.5% de la muestra cree que usar la imaginación para obtener placer sexual es un acto “bueno o normal porque produce satisfacción y beneficios” (el porcentaje más alto –conformado por un 88.2%- se encuentra en la población masculina de 60 a 69 años), en contraposición con el 35.5% que cree que es un acto “malo o anormal porque conduce a actos inapropiados” (en esta opción, el porcentaje más alto –conformado por un 52.8%- se encuentra en la población

femenina de 70 a 79 años). Más del 80% de los hombres creen que usar la imaginación como un acto bueno, mientras que en el caso de las mujeres lo cree el 58%. La prueba de independencia demuestra que existe asociación entre la “creencia sobre el uso de la imaginación para obtener placer sexual” y “sexo”.

Tabla #83

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “creencias sobre el uso de la imaginación para obtener placer sexual”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bueno o normal, por que produce satisfacción y beneficios	15	88,2	50	64,1	17	77,3	17	47,2	1	50,0	100	64,5
Malo o anormal, por que conduce a actos inapropiados	2	11,8	28	35,9	5	22,7	19	52,8	1	50,0	55	35,5
Total	17	100	78	100	22	100,0	36	100,0	2	100,0	155	100,0

p sexo: $0.013 < 0.05$ (ambas variables están asociadas). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
 p edad: $0.428 > 0.05$ (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Creencias sobre el uso de artículos sexuales

A pesar de que solamente un porcentaje muy bajo de la muestra usa juguetes o artículos sexuales, el 40.6% de los encuestados cree que usarlos es un acto bueno o normal porque produce satisfacción y beneficios. El 59.4% restante cree que usarlos es malo o anormal porque conduce a actos inapropiados. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla #84

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “creencias sobre el uso de artículos sexuales”
(como vibradores, disfraces o vendas)**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bueno o normal, por que produce satisfacción y beneficios	9	52,9	31	39,7	10	45,5	13	36,1	0	,0	63	40,6
Malo o anormal, por que conduce a actos inapropiados	8	47,1	47	60,3	12	54,5	23	63,9	2	100,0	92	59,4
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100,0

p sexo: 0.387 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: .0478 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Sin embargo, aunque casi el 60% cree que es malo utilizar este tipo de artículos, en otra pregunta en donde se consulta sobre lo que es necesario para mejorar la sexualidad en la vejez, el 45.8% de la muestra está de acuerdo en utilizar otro tipo de artículos que faciliten los encuentros sexuales como lubricantes o algún medicamento como el Viagra.

- Creencias sobre la masturbación

Aunque solamente el 16.1% de la muestra practica la masturbación, el 69.7% cree que la masturbación es “bueno o normal porque produce satisfacción y beneficios” (el porcentaje más alto –conformado por un 94.1%– se encuentra en la población masculina de 60 a 69 años). El 30.3% restante cree que “malo o anormal porque conduce a actos inapropiados” (el porcentaje más alto –conformado por un 44.4%– se encuentra en la población femenina de 70 a 79 años). Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #85

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “creencias sobre la masturbación”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Bueno o normal, por que produce satisfacción y beneficios	16	94,1	55	70,5	16	72,7	20	55,6	1	50,0	108	69,7
Malo o anormal, por que conduce a actos inapropiados	1	5,9	23	29,5	6	27,3	16	44,4	1	50,0	47	30,3
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.079 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
p edad: 0.212 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto a esta pregunta, algunos de quienes creen que la masturbación es un acto malo, hicieron comentarios tales como “si uno tiene una pareja, no tiene por qué masturbarse”, “la masturbación afecta la forma de pensar de algunas personas” y “no creo que la masturbación deba considerarse como algo normal”.

- Atribuciones sobre las principales causas de la infidelidad

Al consultar sobre las principales causas por las que se da la infidelidad en una pareja, se brindó la posibilidad de seleccionar respuesta múltiple, por lo que las tres opciones más relevantes fueron: porque hay mala comunicación en la pareja (132 personas), porque las relaciones sexuales son deficientes o no se dan (97 personas), y porque surge la oportunidad (73 personas).

Además, 21 personas usaron la opción de respuesta abierta “otra causa”, entre las que primordialmente mencionaron: por pérdida de respeto e interés en la pareja (4 personas), por irresponsabilidad o falta de compromiso (4 personas), y por el vínculo que se establece con otra persona (3 personas). Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #86

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “atribuciones sobre las principales causas por las que se da la infidelidad en una pareja”

	Edad en categorías										Total		p	p	
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a 89 años		N	%	sexo	edad					
	Sexo		Sexo		Sexo										
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N	%	sexo	edad						
Hay mala comunicación en la pareja	15	88,2	64	83,1	20	90,9	31	91,2	2	100	132	86,8	0,286 > 0,05	0,606 > 0,05	**
Las relaciones sexuales son deficientes o no se dan	12	70,6	48	62,3	14	63,6	22	64,7	1	50	97	63,8	0,614 > 0,05	0,925 > 0,05	**
Surge la oportunidad	9	52,9	31	40,3	13	59,1	19	55,9	1	50	73	48	0,178 > 0,05	0,290 > 0,05	**
Por necesidad de sentirse amados y deseados por otra persona	5	29,4	42	54,5	9	40,9	10	29,4	0	0	66	43,4	0,203 > 0,05	0,060 > 0,05	**
Simple curiosidad o deseo	6	35,3	28	36,4	14	63,6	17	50	1	50	66	43,4	0,192 > 0,05	0,098 > 0,05	**
Surgen deseos de libertad	5	29,4	30	39	8	36,4	16	47,1	1	50	60	39,5	0,484 > 0,05	0,810 > 0,05	**
Por maltrato de la pareja	4	23,5	33	42,9	7	31,8	9	26,5	0	0	53	34,9	0,246 > 0,05	0,210 > 0,05	**
Influencia de familiares y amigos	5	29,4	27	35,1	4	18,2	16	47,1	0	0	52	34,2	0,067 > 0,05	0,597 > 0,05	**
Mi pareja también lo ha hecho	1	5,9	21	27,3	4	18,2	9	26,5	0	0	35	23	0,064 > 0,05	0,740 > 0,05	**
Total	17	100	77	100	22	100	34	100	2	100	152	100			

En todos los casos ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tiene – de 5 casos).

- Consideraciones sobre la edad y el proceso de envejecimiento

Los resultados que se presentan en la tabla #87, demuestran que la mayoría de la muestra –conformada por un 65.8%– cree que ser anciano depende de cómo se siente cada persona y no de una edad específica. Del resto, el 25.2% cree que un anciano es una persona mayor de 80 años

y el 9% cree que es una persona que tiene una edad entre 61 y 80 años. Ningún participante escogió una opción en la que un anciano fuese una persona menor a 60 años.

Tanto para el caso de los hombres como para el de las mujeres, la opción que escogió la mayoría fue “depende de cómo se siente cada persona”, lo que podría indicar que para estos sujetos la ancianidad no tiene que ver necesariamente con la edad, sino con la actitud que tenga cada persona ante la vida.

De hecho, esta pregunta generó mucha participación tanto de hombres como de mujeres, quienes comentaron que “hay personas muy jóvenes que se comportan como ancianos” y hay “muchos ancianos que viven mejor y disfrutan más que muchos jóvenes”.

Tabla #87

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “creencia sobre la edad a partir de la cual una persona puede considerarse anciana”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Depende de cómo se siente cada persona	32	78,0	70	61,4	102	65,8
Más de 80 años	7	17,1	32	28,1	39	25,2
Entre los 61 y los 80 años	2	4,9	12	10,5	14	9,0
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.151 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (solo el 16.7% de las celdas tienen – de 5 casos).

Al consultar sobre los cambios que debería hacer una persona después de los 60 años, se brindó la posibilidad de marcar respuesta múltiple, por lo que las frecuencias más altas (tanto en hombres como en mujeres) se encuentran principalmente en tres respuestas: buscar lo que le cause felicidad y placer (91%), participar en actividades recreativas (87.7%) y continuar con su vida normal (87.1%).

Solamente un 3.2% de la muestra considera que la persona debería dejar de lado la vida sexual activa, y únicamente una mujer considera que la persona debería dejar que otros decidan por él o ella. Es notable que más de la mitad de los hombres (el 6.4%) considera que después de los 60 años se debería vivir con otra persona para no estar solo, mientras que de las mujeres sólo la tercera parte (el 34.2%) considera esta opción.

Además, en referencia a si la persona debería dedicar más tiempo a su familia, el 48.8% de los hombres lo considera, en contraste con un 27.1% de las mujeres (una cuarta parte). Estos resultados pueden consultarse en la tabla #88.

La prueba de independencia demuestra que hay dos variables que sí están asociadas con el sexo, las cuales son “vivir con otra persona” y “dedicar más tiempo su familia”.

Tabla #88

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “consideraciones respecto a lo que debería hacer una persona después de los 60 años”**

	Sexo				Total		Probabilidad
	Masculino		Femenino		N	%	p
	N	%	N	%			
Buscar lo que le cause felicidad y placer	38	92,7	103	90,4	141	91,0	0,655 > 0,05 **
Participar en actividades recreativas	37	90,2	99	86,8	136	87,7	0,569 > 0,05
Continuar con su vida normal	38	92,7	97	85,1	135	87,1	0,213 > 0,05
Vivir con otra persona para no estar solo	26	63,4	39	34,2	65	41,9	0,001 < 0,05 *
Dedicar más tiempo a su familia	20	48,8	31	27,2	51	32,9	0,012 < 0,05 *
Dejar de trabajar	9	22,0	40	35,1	49	31,6	0,121 > 0,05
Dejar de estudiar	4	9,8	19	16,7	23	14,8	0,286 > 0,05
Dejar de lado la vida sexual activa	1	2,4	4	3,5	5	3,2	0,740 > 0,05 **
Dejar que otros decidan por él o ella	0	0,0	1	0,9	1	0,6	0,547 > 0,05 **
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0	

En todos los casos, excepto en **, la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes.

En * ambas variables están asociadas.

Al consultar sobre los sentimientos que despiertan los cambios físicos que se producen con el envejecimiento, se brindó la posibilidad de marcar respuesta múltiple, por lo que los porcentajes más altos (tanto en hombres como en mujeres) se encuentran principalmente en cinco respuestas: aceptación (88.4%), auto reconocimiento (43.9%), amor (40.6%), felicidad (38.7%) y ansiedad (30.3%). En general, estos resultados son bastante positivos.

Los sentimientos que menos marcaron fueron renovación, tristeza, incertidumbre, impotencia y vergüenza. Sobre este último, solamente un 3.2% de la muestra total lo utilizó, y estuvo representado solamente por mujeres. En la siguiente tabla están los resultados.

Tabla #89

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “sentimientos que despiertan los cambios físicos que se producen con el envejecimiento”**

	Sexo				Total		Probabilidad
	Masculino		Femenino		N	%	p
	N	%	N	%			
Aceptación	38	92,7	99	86,8	137	88,4	0,317 > 0,05 **
Auto reconocimiento	16	39	52	45,6	68	43,9	0,466 > 0,05
Amor	20	48,8	43	37,7	63	40,6	0,216 > 0,05
Felicidad	19	46,3	41	36	60	38,7	0,242 > 0,05
Ansiedad	13	31,7	34	29,8	47	30,3	0,822 > 0,05
Renovación	9	22	34	29,8	43	27,7	0,334 > 0,05
Tristeza	5	12,2	19	16,7	24	15,5	0,497 > 0,05
Incertidumbre	7	17,1	17	14,9	24	15,5	0,743 > 0,05
Inseguridad	5	12,2	17	14,9	22	14,2	0,669 > 0,05
Impotencia	5	12,2	12	10,5	17	11	0,769 > 0,05 **
Vergüenza	0	0	5	4,4	5	3,2	0,173 > 0,05 **
Total	41	100	114	100	155	100	

En todos los casos ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Por otro lado, se consultó sobre la edad en la que generalmente fallece la mayor cantidad de personas, lo que resultó particularmente difícil de responder para la mayor parte de los participantes.

No obstante, y a pesar de las dificultades que representó responder esta pregunta, el 42.6% de los participantes considera que es entre los 61 y los 80 años en que generalmente muere la mayor cantidad de personas, seguidos de un 41.3% que considera que es después de los 80 años. El 10.3% considera que es entre los 41 y 60 años, el 5.2% entre los 21 y los 40 años y el 0.6% restante (representado sólo por una mujer) opina que es entre los 0 y los 20 años. El detalle de los resultados puede consultarse en la siguiente tabla.

Tabla #90

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “creencia respecto a la edad en la que fallece la mayor cantidad de las personas”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Entre los 0 y los 20 años	0	,0	1	,9	1	,6
Entre los 21 y los 40 años	4	9,8	4	3,5	8	5,2
Entre los 41 y los 60 años	5	12,2	11	9,6	16	10,3
Entre los 61 y los 80 años	17	41,5	49	43,0	66	42,6
Después de los 80 años	15	36,6	49	43,0	64	41,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.534 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Creencias sobre la edad y el disfrute de la sexualidad

Al consultar sobre los cambios que experimenta la sexualidad con la edad, se brindó la posibilidad de seleccionar respuesta múltiple, por lo que las frecuencias encontradas fueron: la

mayoría -83 personas- opina que experimenta cambios físicos o fisiológicos, 58 personas opinan que los cambios son psicológicos y 54 personas opinan que los cambios son de los tres tipos (físicos, psicológicos y sociales). Considerando estos resultados, pareciera que predominan los cambios físicos que han experimentado lo sujetos en su sexualidad

Las menores frecuencias se encontraron en 28 personas que opinan que los cambios son sociales o culturales, y finalmente 23 que consideran que no se experimenta ningún cambio. Es notable que más del 68% de las personas con edades entre los 70 y 79 años seleccionaron los cambios físicos o fisiológicos, en comparación con el 44% en el grupo de 60 a 69 años.

Aunque la prueba se invalida, se determinó que existe asociación entre la variable “cambios físicos o fisiológicos” y “grupo de edad”. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #91

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “cambios que experimenta la sexualidad con la edad”

	Edad en categorías										Total	p	p	
	60 a 69 años		70 a 79 años				80 a 89 años							N
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo					
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N	%	sexo	edad
Físicos o fisiológicos (1)	8	47,1	34	43,6	15	68	25	69,4	1	50	83	53,5	0,455 > 0,05	0,012 < 0,05 **
Psicológicos	5	29,4	28	35,9	8	36	17	47,2	0	0	58	37,4	0,378 > 0,05	0,319 > 0,05 **
Culturales o sociales	2	11,8	15	19,2	4	18	7	19,4	0	0	28	18,1	0,506 > 0,05	0,789 > 0,05 **
Todos los descritos anteriormente	9	52,9	30	38,5	7	32	8	22,2	0	0	54	34,8	0,512 > 0,05	0,093 > 0,05 **
No experimenta ningún cambio	1	5,9	14	17,9	2	9,1	5	13,9	1	50	23	14,8	0,286 > 0,05	0,305 > 0,05 **
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100	155	100		

En todos los casos ambas variables son independientes.
En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

El 51.3% de la muestra cree que no hay una edad en que la mayoría de las personas disfrutan de su sexualidad, sino que el disfrute depende de cómo se siente cada persona. Del resto, 27.3% cree que es entre los 21 y 40 años, 14.3% cree que es entre los 41 y 60 años, 4.5% cree que es entre los 0 y 20 años, y finalmente, 2.6% cree que es entre los 61 y 80 años.

Aunque la prueba se invalida, se encontró asociación entre la variable y sexo. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #92

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “creencias sobre la edad en que la mayoría de las personas disfrutan plenamente de su sexualidad”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino						
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Entre los 0 y los 20 años	1	5,9	2	2,6	2	9,1	2	5,6	0	,0	7	4,5
Entre los 21 y los 40 años	6	35,3	21	27,3	6	27,3	9	25,0	0	,0	42	27,3
Entre los 41 y los 60 años	3	17,6	13	16,9	2	9,1	3	8,3	1	50,0	22	14,3
Entre los 61 y los 80 años	0	,0	2	2,6	0	,0	1	2,8	1	50,0	4	2,6
Depende de cómo se siente cada persona	7	41,2	39	50,6	12	54,5	21	58,3	0	,0	79	51,3
Total	17	100	77	100	22	100	36	100	2	100,0	154	100

p sexo: 0.861 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida (+ del 20% de las celdas tienen – de 5 casos). p edad: 0.002 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, respecto a lo que “debería” hacer una persona después de los 60 años, favorablemente el 86.5% de los encuestados considera que debería continuar normalmente con la actividad sexual. Del resto, 10.3% considera que debería disminuir, 1.9% está de acuerdo en eliminarla por completo y solamente el 1.3% está a favor de aumentarla. En total, 134 personas están de acuerdo en que debe continuar normalmente, lo que es muy positivo. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Algunos de los sujetos comentaron respecto a esta pregunta, que si no existe ningún deterioro o problema físico, la actividad sexual debe continuar sin importar la edad que tenga la persona.

Tabla #93

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “consideraciones sobre lo que debería hacer una persona después de los 60 años”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Continuar normalmente con la actividad sexual	15	88,2	69	88,5	21	95,5	28	77,8	1	50,0	134	86,5
Disminuir la actividad sexual	1	5,9	7	9,0	0	,0	7	19,4	1	50,0	16	10,3
Eliminar por completo la actividad sexual	0	,0	1	1,3	1	4,5	1	2,8	0	,0	3	1,9
Aumentar la actividad sexual	1	5,9	1	1,3	0	,0	0	,0	0	,0	2	1,3
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.506 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.390 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto a lo que debería hacer una persona cuando no logra mantener relaciones sexuales placenteras, los resultados encontrados en la muestra total –considerando que se brindó la posibilidad de marcar una o varias opciones- son principalmente dos: 135 personas opinan que debe consultar a un médico o especialista y 133 personas opinan que debe hablar con su pareja y buscar una solución.

Solamente 10 personas consideran que debe eliminar por completo toda actividad y encuentro sexual, y otras cuatro utilizaron la opción de respuesta abierta en la que mencionaron que cuando una persona no logra mantener relaciones sexuales placenteras debería cambiar de pareja (3 personas) o debería tener mayor privacidad (1 persona).

Estos resultados son muy favorecedores, puesto que la mayor cantidad de hombres y mujeres están de acuerdo en buscar cualquier tipo de ayuda, antes que eliminar la actividad sexual. Además, aunque la prueba se invalida, la variable “hablar con su pareja y buscar una solución” está asociada con el sexo. Los resultados en detalla se exponen en la siguiente tabla.

Tabla #94

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “consideraciones sobre lo que debería hacer una persona cuando no logra mantener relaciones sexuales placenteras”

	Edad en categorías										Total	p	p					
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a 89 años		N	%	sexo	edad								
	Sexo		Sexo		Sexo													
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N	%	sexo	edad								
Consultar a un médico o especialista	14	82,4	66	84,6	21	95,5	32	88,9	2	100	135	87,1	0,483	>0,05	0,378	>0,05	**	
Hablar con su pareja y buscar una solución (1)	13	76,5	75	96,2	16	72,7	27	75	2	100	133	85,8	0,029	<0,05	*	0,005	<0,05	**
Practicar otro tipo de acercamiento sexual	8	47,1	40	51,3	9	40,9	14	38,9	1	50	72	46,5	0,703	>0,05		0,423	>0,05	**
Tomar algún medicamento o utilizar algún aparato que le ayude	3	17,6	22	28,2	8	36,4	11	30,6	1	50	45	29	0,969	>0,05		0,560	>0,05	**
Eliminar por completo toda actividad y encuentro sexual	0	0	4	5,1	2	9,1	4	11,1	0	0	10	6,5	0,632	>0,05	**	0,303	>0,05	**
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100	155	100						

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes. En * ambas variables están asociadas.
En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Por otro lado, y respecto a lo que es necesario para mejorar la sexualidad en la vejez, las seis opciones que marcó más del 80% de hombres y mujeres son: aceptarse a sí mismo y a su pareja como son (142 personas), que exista amor y cariño de por medio (132 personas), comprender que es normal que se produzca cierta disminución fisiológica (131 personas), practicar contactos físicos como caricias, besos, masajes, entre otros (129 personas), contar con

un espacio privado e íntimo (127 personas) y cuidar la salud mental y física (125 personas). Ver detalles en la siguiente tabla.

Tabla #95

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “consideraciones sobre lo que es necesario para mejorar la sexualidad en la vejez”

	Edad en categorías										Total	p	p			
	60 a 69 años		70 a 79 años				80 a 89 años									
	Sexo		Sexo				Sexo									
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N	%						
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	sexo	edad					
Aceptarse a sí mismo y a su pareja como son	15	88,2	72	92,3	21	95,5	32	88,9	2	100	142	91,6	0,773 > 0,05	**	0,911 > 0,05	**
Que exista amor y cariño de por medio	17	100	72	92,3	17	77,3	24	66,7	2	100	132	85,2	0,579 > 0,05		0,0004 > 0,05	**
Comprender que es normal que se produzca cierta disminución fisiológica	14	82,4	62	79,5	21	95,5	32	88,9	2	100	131	84,5	0,237 > 0,05		0,140 > 0,05	**
Practicar contactos físicos como caricias, besos, masajes, etc.	16	94,1	66	84,6	19	86,4	27	75	1	50	129	83,2	0,360 > 0,05		0,238 > 0,05	**
Contar con un espacio privado e íntimo	15	88,2	67	85,9	19	86,4	24	66,7	2	100	127	81,9	0,255 > 0,05		0,132 > 0,05	**
Cuidar la salud mental y la salud física	13	76,5	64	82,1	19	86,4	27	75	2	100	125	80,6	0,666 > 0,05		0,757 > 0,05	**
Que ambos miembros de la pareja conozcan sus gustos y preferencias	14	82,4	59	75,6	14	63,6	21	58,3	2	100	110	71	0,717 > 0,05		0,061 > 0,05	**
No dejarse influir por los mitos o estereotipos (1)	11	64,7	60	76,9	15	68,2	22	61,1	0	0	108	69,7	0,309 > 0,05		0,035 < 0,05	**
Mantenerse físicamente atractivo (a)	13	76,5	56	71,8	14	63,6	18	50	2	100	103	66,5	0,499 > 0,05		0,051 > 0,05	**
Que las relaciones se den más despacio	10	58,8	48	61,5	16	72,7	21	58,3	2	100	97	62,6	0,378 > 0,05		0,515 > 0,05	**
Explorar el cuerpo propio y el de la pareja	8	47,1	39	50	11	50	13	36,1	2	100	73	47,1	0,537 > 0,05		0,200 > 0,05	**
Utilizar artículos que le faciliten los encuentros sexuales	9	52,9	38	48,7	11	50	13	36,1	0	0	71	45,8	0,656 > 0,05		0,264 > 0,05	**
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100	155	100				

En todos los casos, ambas variables son independientes.
En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Las 5 personas que utilizaron la opción de respuesta abierta “otro aspecto”, mencionaron que para mejorar la sexualidad en la vejez es necesario: mantener la higiene personal, estimularse con cine o pornografía, y que nunca se rompa la confianza y el respeto en la pareja. Una mujer opinó que en la vejez no debe practicarse el sexo. Aunque la prueba se invalida, se encontró asociación entre la variable “no dejarse influir por los mitos o estereotipos” y “el grupo de edad”.

Al consultar sobre los aspectos principales para que en una pareja los encuentros sexuales sean gratificantes y placenteros, se brindó la posibilidad de marcar una o varias opciones de respuesta. Las cinco opciones que marcó la mayor cantidad de personas son: la higiene personal (145 personas), el amor o el cariño mutuo (141 personas), la apariencia personal (124 personas), la posibilidad de contar con un espacio propio y privado (122 personas) y la salud física o el estado físico (121 personas). Ver detalles en la tabla #96.

El dato más bajo se encuentra en la opción “la exploración del cuerpo propio y de la pareja”, el cual fue marcado por 78 personas. Además, 11 personas usaron la opción de respuesta abierta “otro aspecto”, entre los que primordialmente mencionaron: la confianza y el respeto, y el diálogo y la comprensión.

Tabla #96

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “aspectos principales para que en una pareja los encuentros sexuales sean gratificantes y placenteros”

	Edad en categorías									Total	p	p				
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años									
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%	sexo	edad						
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino										
N	%	N	%	N	%	N	%									
La higiene personal	17	100	74	94,9	19	86,4	33	91,7	2	100	145	93,5	0,793 > 0,05	**	0,303 > 0,05	**
El amor o el cariño mutuo	15	88,2	74	94,9	19	86,4	31	86,1	2	100	141	91	0,410 > 0,05	**	0,266 > 0,05	**
La apariencia personal	13	76,5	65	83,3	18	81,8	27	75	1	50	124	80	0,716 > 0,05		0,065 > 0,05	**
La posibilidad de contar con un espacio privado e íntimo	13	76,5	62	79,5	18	81,8	27	75	2	100	122	78,7	0,746 > 0,05		0,745 > 0,05	**
La salud física o el estado físico	11	64,7	61	78,2	20	90,9	29	80,6	0	0	121	78,1	0,658 > 0,05		0,012 < 0,05	**
La atracción física	13	76,5	52	66,7	19	86,4	30	83,3	1	50	115	74,2	0,283 > 0,05		0,065 > 0,05	**
La forma de pesar, actuar y sentir de ambos	7	41,2	62	79,5	16	72,7	21	58,3	1	50	107	69	0,090 > 0,05		0,436 > 0,05	**
El compromiso mutuo	8	47,1	49	62,8	13	59,1	23	63,9	1	50	94	60,6	0,286 > 0,05		0,923 > 0,05	**
El tiempo que tienen de conocerse	4	23,5	51	65,4	13	59,1	14	38,9	2	100	84	54,2	0,239 > 0,05		0,167 > 0,05	**
La exploración del cuerpo propio y el de la pareja	9	52,9	43	55,1	13	59,1	12	33,3	1	50	78	50,3	0,388 > 0,05		0,377 > 0,05	**
La experiencia sexual de ambos	9	52,9	38	48,7	14	63,6	15	41,7	1	50	77	49,7	0,186 > 0,05		0,998 > 0,05	**
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100	155	100				

En todos los casos, ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

De 65 personas que tienen pareja y actividad sexual, el 52.3% considera que la forma en como ha vivido su sexualidad ha sido muy satisfactoria, seguidos por el 41.5% que considera que ha sido satisfactoria. Solamente, el 4.6% la considera poco satisfactoria y solamente una mujer la considera muy insatisfactoria.

Tabla #97

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “consideraciones sobre la forma en como ha vivido su sexualidad”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Muy satisfactoria	10	76,9	11	42,3	10	62,5	3	33,3	0	,0	34	52,3
Satisfactoria	3	23,1	13	50,0	5	31,3	5	55,6	1	100,0	27	41,5
Poco satisfactoria	0	,0	2	7,7	1	6,3	0	,0	0	,0	3	4,6
Muy insatisfactoria	0	,0	0	,0	0	,0	1	11,1	0	,0	1	1,5
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.169 > 0.05 (ambas variables son independientes). Sin embargo, la prueba se invalida). p edad: 0.800 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Los resultados son bastante favorables, ya que más del 90% de la muestra seleccionó la opción “muy satisfactoria” (52.3%) y “satisfactoria” (41.5%). De hecho, muchos de los sujetos comentaron que su vida sexual ha sido gratificante y que comparten buenas experiencias y recuerdos junto a su pareja. Otras personas en cambio, respondieron esta pregunta en función de su relación de pareja actual únicamente. Por ejemplo, hubo una mujer que comentó que con su ex esposo no logró vivir una vida sexualmente placentera, pero con su pareja actual sí ha sido posible.

- Creencias sobre la homosexualidad

Un total de 100 personas (64.5% de la muestra) cree que una persona homosexual o “gay” debe ser considerado como una “normal y moralmente aceptable”, por el contrario el 35.5% cree que debe considerado como “una persona anormal y moralmente inaceptable”. Respecto a esta pregunta, algunas personas comentaron que aunque consideren que un homosexual es una persona normal, no es moralmente aceptable.

Tabla #98

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “opinión sobre cómo debe ser considerada una persona homosexual o gay”

	Edad en categorías									Total		
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%	
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N			%
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Una persona normal y moralmente aceptable	10	58,8	58	74,4	12	54,5	19	52,8	1	50,0	100	64,5
Una persona anormal y moralmente inaceptable	7	41,2	20	25,6	10	45,5	17	47,2	1	50,0	55	35,5
Total	17	100	78	100	22	100	36	100	2	100,0	155	100

p sexo: 0.189 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).
 p edad: 0.069 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Nivel de conocimiento de mitos y temáticas de educación sexual

Los resultados indican que las frecuencias en general sobre el nivel conocimiento de mitos y temáticas de educación sexual, son las siguientes: 45 personas están en el nivel bajo, 76 personas en el nivel medio y 31 personas en el nivel alto.

Ningún sujeto marcó todas las respuestas “correctas”, por lo que nadie obtuvo un puntaje total de 60 puntos. El puntaje mínimo encontrado fue de 24 puntos y el máximo fue de 59. Las mujeres utilizaron más que los hombres la opción “no sé”, sin embargo, los resultados son bastante semejantes entre ambos sexos. El detalle de las frecuencias obtenidas en cada nivel por sexo se presenta a continuación. La prueba de independencia determina que ambas variables son independientes.

Tabla #99

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “nivel de conocimiento sobre mitos y temáticas de educación sexual”**

		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		N	%	N	%	N	%
Nivel	Bajo	10	24,4	35	31,5	45	29,6
	Medio	20	48,8	56	50,5	76	50,0
	Alto	11	26,8	20	18,0	31	20,4
Total		41	100,0	111	100,0	152	100,0

p sexo: 0.433 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

A continuación, se mencionan algunos de los principales resultados obtenidos en referencia a los mitos. Posteriormente, se mencionan algunos resultados en referencia al nivel de conocimiento de temáticas sobre educación sexual. En los anexos se presentan cuadros con la totalidad de los resultados obtenidos en cada ítem u oración por la muestra encuestada en general, así como por sexo.

Hubo 8 mitos en particular en los que más del 70% de los sujetos marcaron correctamente la opción “falso”, es decir, que no están de acuerdo con determinadas suposiciones o creencias que pueden generar efectos o influencias negativas en sí mismos o en sus parejas. Éstos son:

1. Con la edad, la sexualidad se vuelve vergonzosa: El 81% no está de acuerdo.

2. La persona que no logra despertar el placer de su pareja o no logra obtener un orgasmo es un inútil: El 77% no está de acuerdo.
3. El hombre no debe manifestar sus sentimientos: El 93% no está de acuerdo.
4. La mayoría de las personas mayores de 60 años son enfermos o discapacitados: El 90% no está de acuerdo.
5. La mujer que no logra experimentar orgasmos debe resignarse: El 83% no está de acuerdo.
6. la mujer tiene que esperar que el hombre “la busque”, ella no debe iniciar los acercamientos sexuales: El 74% no está de acuerdo.
7. Los adultos mayores de 60 años representan una carga porque requieren de atención y cuidados constantes: El 88% no está de acuerdo.
8. Es vergonzoso comprar o adquirir algún elemento que tenga que ver con la práctica de relaciones sexuales (como condones, lubricantes, Viagra): El 77% no está de acuerdo.

Por otro lado, hubo 7 mitos en particular en los que –entre el 30% y el 60%- de los sujetos marcaron erróneamente la opción “cierto”. Esto significa que se presentaron porcentajes significativos de quienes sí están de acuerdo con determinadas suposiciones o creencias que son consideradas -por diversos autores- como erróneas y perjudiciales. Éstos son:

1. El hombre siempre quiere tener sexo: El 55% sí está de acuerdo.
2. La liberación femenina conduce a la promiscuidad: El 41% sí está de acuerdo.
3. La menstruación impide hacer el amor: El 38% sí está de acuerdo.
4. La mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre: El 59% sí está de acuerdo.
5. La religión dicta cómo debe vivirse la sexualidad: El 44% sí está de acuerdo.

6. Las personas que tuvieron una vida sexual activa en su juventud, tienen una vida sexual activa en la actualidad: El 56% sí está de acuerdo.
7. Una mujer debe mantener relaciones sexuales solamente con un hombre, durante toda su vida: El 40% sí está de acuerdo.

Finalmente, sobre los resultados en referencia al nivel de conocimiento de temáticas sobre educación sexual, más del 70% de los encuestados marcaron correctamente la opción “cierto” en 14 de los 15 ítems presentados al respecto. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

1. Conocer el cuerpo del hombre y la mujer y su funcionamiento es necesario para vivir una buena sexualidad: El 86% sí está de acuerdo.
2. Toda persona tiene derecho a vivir su sexualidad de acuerdo a sus intereses y deseos: El 88% sí está de acuerdo.
3. Para que una relación de pareja tenga éxito, ambos miembros deben lograr que el otro se sienta amado y apreciado: El 98% sí está de acuerdo.

Hubo un único ítem en el que solamente el 38% marcó la opción “cierto” en referencia a “la sexualidad fuera del matrimonio es aceptable”. En este caso en particular, se deseaba consultar sobre la aceptación de relaciones sexuales prematrimoniales, sin embargo, el no delimitarlo así de forma clara y totalmente explícita dio lugar a que algunos participantes cuestionaron si el ítem se refería a la práctica de relaciones sexuales extramatrimoniales, por lo que se generó cierta confusión al respecto. Esto debe considerarse como una debilidad en la redacción de lo que se deseaba consultar, por lo que en futuras investigaciones debe presentarse de la siguiente forma: “las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables”.

5. Identificación de factores fisiológicos y psicológicos que obstaculizan o limitan la sexualidad

- Auto concepto, imagen corporal y atracción física

Al consultar cómo se considera cada sujeto, se brindó la posibilidad de seleccionar respuesta múltiple, por lo que las frecuencias más altas (tanto en hombres como en mujeres) se encuentran principalmente en seis opciones: feliz o alegre (134 personas), sociable o muy sociable (125 personas), autosuficiente (117 personas), realizado (115 personas), inteligente (109 personas), y seguro de sí misma (106 personas). Las opciones que menos marcaron fueron poco sociable o nada sociable, dependiente de otros, triste o deprimido, frustrado, inseguro de sí mismo y poco inteligente. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #100

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “tipo de persona que se considera que es”**

	Sexo				Total		Probabilidad
	Masculino		Femenino		N	%	p
	N	%	N	%			
Feliz o alegre	37	90,2	97	85,1	134	86,5	0,408 > 0,05
Sociable o muy sociable	35	85,4	90	78,9	125	80,6	0,372 > 0,05
Autosuficiente	30	73,2	87	76,3	117	75,5	0,688 > 0,05
Realizada (ha logrado cumplir sus metas)	32	78	83	72,8	115	74,2	0,511 > 0,05
Inteligente	30	73,2	79	69,3	109	70,3	0,642 > 0,05
Segura de sí misma	30	73,2	76	66,7	106	68,4	0,442 > 0,05
Poco sociable o nada sociable	4	9,8	17	14,9	21	13,5	0,408 > 0,05
Dependiente de otros	4	9,8	11	9,6	15	9,7	0,984 > 0,05 **
Triste o deprimida	4	9,8	10	8,8	14	9	0,850 > 0,05 **
Insegura de sí misma	5	12,2	8	7	13	8,4	0,305 > 0,05 **
Frustrada (no ha logrado cumplir sus metas)	3	7,3	9	7,9	12	7,7	0,906 > 0,05 **
Poco inteligente	2	4,9	9	7,9	11	7,1	0,519 > 0,05 **
Total	41	100	114	100	155	100	

En todos los casos, ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

A partir de estos resultados, podría decirse que en su mayoría, los encuestados son personas que se sienten bien consigo mismas, y tienen una actitud de positivismo, lo que influye favorablemente en las relaciones interpersonales que establecen.

Específicamente sobre la apariencia física, el 69.7% de la muestra considera que siempre o casi siempre la apariencia física es muy importante en sus relaciones personales, seguido del 14.8% que considera que a veces y 14.8% que casi nunca o nunca. Algunas personas comentaron que la apariencia física tiene que ver más con la higiene que con la constitución física o la ropa.

Tabla #101

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “frecuencia con la que la apariencia física resulta importante en las relaciones interpersonales”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Siempre o casi siempre	30	73,2	78	68,4	108	69,7
A veces	6	14,6	17	14,9	23	14,8
Casi nunca o nunca	5	12,2	18	15,8	23	14,8
Depende de la pareja con quién esté	0	,0	1	,9	1	,6
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.868 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida.

Cuando piensa en su cuerpo, favorablemente el 59.4% de la muestra dice tener pensamientos positivos, 28.4% tiene pensamientos positivos y negativos, 10.3% no piensa en su cuerpo, y solamente el 1.9% (representado sólo por mujeres) tiene pensamientos negativos.

Al respecto, algunas personas mencionaron que reconocen que con el paso de los años se da un deterioro físico, pero lo consideran un proceso totalmente normal y aceptable, por lo que no les genera ningún tipo de sentimiento o pensamiento negativo. El detalle de los resultados se presenta en la siguiente tabla.

Tabla #102

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “tipo de pensamientos que tiene cuando piensa en su cuerpo”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Positivos	27	65,9	65	57,0	92	59,4
Negativos	0	,0	3	2,6	3	1,9
Ambos (positivos y negativos)	11	26,8	33	28,9	44	28,4
No piensa en su cuerpo	3	7,3	13	11,4	16	10,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.570 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Sobre mirar su cuerpo desnudo, el 41.3% de los sujetos se declara indiferente. Por otro lado, el 40% dice que le gusta lo que ve, el 11% le disgusta lo que ve y finalmente el 7.7% dice que no mira su cuerpo desnudo.

Tabla #103

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “reacciones cuando mira su cuerpo desnudo”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Le gusta lo que ve	18	43,9	44	38,6	62	40,0
Le disgusta lo que ve	1	2,4	16	14,0	17	11,0
No mira su cuerpo desnudo	3	7,3	9	7,9	12	7,7
Le es indiferente	19	46,3	45	39,5	64	41,3
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.234 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

El 66.5% de la muestra hace intentos por mejorar su apariencia siempre o casi siempre, seguido de un 24.5% que lo hace a veces, y un 9% que lo hace casi nunca o nunca. Ningún participante utilizó la opción “depende de la pareja con quien esté”.

Tabla #104

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “frecuencia de los intentos que hace para mejorar su apariencia”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Siempre o casi siempre	27	65,9	76	66,7	103	66,5
A veces	12	29,3	26	22,8	38	24,5
Casi nunca o nunca	2	4,9	12	10,5	14	9,0
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: .0453 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (sólo el 16.7% de las celdas tienen – de 5 casos).

Por otro lado, solamente al 34.2% le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo y el 65.58% dijo que no le gustaría hacerlo. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #105

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “si le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sí	12	29,3	41	36,0	53	34,2
No	29	70,7	73	64,0	102	65,8
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.438 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se valida (sólo el 16.7% de las celdas tienen – de 5 casos)..

Del 34.2% de la muestra –equivalente a 53 personas- que dijo que le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo, la mayoría representada por el 56.6% opina que la principal razón por la que le gustaría hacerlo es porque no se ve igual que cuando era más joven, seguidos de quienes consideran que nunca le ha gustado (37.7%), y finalmente un 5.7% (representado sólo por mujeres) que considera que le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo porque no funciona igual que cuando era joven. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #106

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo”
según “principal razón por la que le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo”**

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
No se ve igual que cuando era joven	8	66,7	22	53,7	30	56,6
No funciona igual que cuando era joven	0	,0	3	7,3	3	5,7
Nunca le ha gustado	4	33,3	16	39,0	20	37,7
Total	12	100,0	41	100,0	53	100,0

p: 0.539 > 0.05 (ambas variables son independientes).
La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto a la parte que le gustaría cambiar, los hombres respondieron: el estómago (6), las piernas (1); el tamaño del pene (1), la cara-nariz o dientes (3) y la cintura (1). Las mujeres brindaron estas mismas respuestas, pero además mencionaron: el estómago, el peso o figura corporal, los brazos, las caderas y glúteos, las arrugas, la cara o nariz, el busto, las piernas, la espalda, la estatura y las manchas de los brazos y cintura.

Tabla #107

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “la parte del cuerpo que le gustaría cambiar”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
El estómago	6	50,0	13	31,7	19	35,8
El peso o la figura corporal	0	,0	5	12,2	5	9,4
Los brazos	0	,0	6	14,6	6	11,3
Las piernas	1	8,3	1	2,4	2	3,8
El busto	0	,0	2	4,9	2	3,8
Las caderas y los glúteos	0	,0	3	7,3	3	5,7
Las arrugas	0	,0	3	7,3	3	5,7
La papada	0	,0	2	4,9	2	3,8
La espalda	0	,0	1	2,4	1	1,9
La estatura	0	,0	1	2,4	1	1,9
El pene (tamaño)	1	8,3	0	,0	1	1,9
La manchas de los brazos	0	,0	1	2,4	1	1,9
La cara o la nariz	3	25,0	2	4,9	5	9,4
La cintura	1	8,3	1	2,4	2	3,8
Total	12	100,0	41	100,0	53	100,0

p: 0.199 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Respecto a la atracción física, la mayoría –representada por el 55.5% de la muestra– considera que le es indiferente comparar su atracción física con otras personas de su misma edad. No obstante, el 42.6% considera que es más atractivo físicamente comparado con otras personas de su misma edad, y el 1.9% considera que es menos atractivo. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #108

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “atracción física que cada sujeto cree que tiene al compararse a sí mismo con otras personas de su misma edad”

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Más atractivo-a-físicamente	14	34,1	52	45,6	66	42,6
Menos atractivo-a-físicamente	2	4,9	1	,9	3	1,9
Le es indiferente	25	61,0	61	53,5	86	55,5
Total	41	100,0	114	100,0	155	100,0

p: 0.155 > 0.05 (ambas variables son independientes).

La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, el 55.3% opina que su pareja lo considera más atractivo (a) físicamente –en comparación con otras personas de su misma edad. Sólo un 4.7% opina que su pareja lo considera menos atractivo (a) físicamente y, finalmente, el 40% respondió que la comparación le es indiferente.

Tabla #109

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “consideraciones del sujeto respecto a cómo lo percibe su pareja en comparación con otras personas de su misma edad”

	Edad en categorías									Total		
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%	
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N			
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Más atractivo (a) físicamente	9	56,3	19	55,9	11	55,0	8	57,1	0	,0	47	55,3
Menos atractivo (a) físicamente	1	6,3	2	5,9	0	,0	1	7,1	0	,0	4	4,7
Le es indiferente	6	37,5	13	38,2	9	45,0	5	35,7	1	100,0	34	40,0
Total	16	100	34	100	20	100	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: 0.688 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.741 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, al comparar a su pareja con otras personas de la misma edad, el 58.8% opina que es más atractivo (a) físicamente. Sólo el 4.7% opina que su pareja es menos atractivo (a) físicamente y el 36.5% respondió que la comparación le es indiferente.

Tabla #110

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” según “consideraciones del sujeto respecto a la atracción física que tiene su pareja en comparación con otras personas de la misma edad”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
Más atractivo (a) físicamente	12	75,0	17	50,0	14	70,0	7	50,0	0	,0	50	58,8
Menos atractivo (a) físicamente	0	,0	2	5,9	1	5,0	1	7,1	0	,0	4	4,7
Le es indiferente	4	25,0	15	44,1	5	25,0	6	42,9	1	100,0	31	36,5
Total	16	100	34	100	20	100	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: 0.164 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.710 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Calidad de la relación de pareja

Se consultó sobre las razones por las que la relación con la pareja se mantiene, brindando la posibilidad de marcar varias opciones, entre las que la mayoría escogió principalmente tres: el amor (79 personas), la estabilidad emocional (76 personas) y la necesidad de compañía (62 personas).

Además, 5 personas utilizaron la opción de respuesta abierta para mencionar otras razones tales como porque se dan buenas conversaciones entre la pareja, porque tienen gustos similares o porque se complementan.

Un porcentaje mucho más alto de personas con edades entre los 70 y 79 años seleccionaron esta opción, en comparación con las personas de 60 a 69 años y de más de 80 años. A pesar de que la prueba se invalida se encontró asociación entre la variable “un compromiso económico” y “el grupo de edad”. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #111

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “consideraciones del sujeto respecto a lo que mantiene la relación con su pareja”

	Edad en categorías									Total		p	p	
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%			
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N					
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
Amor	15	93,8	33	97,1	18	90	12	85,7	1	100,0	79	92,9	0,740 > 0,05 **	0,380 > 0,05 **
Estabilidad emocional	14	87,5	32	94,1	18	90	11	78,6	1	100,0	76	89,4	0,953 > 0,05 **	0,582 > 0,05 **
Necesidad de compañía	10	62,5	23	67,6	17	85	11	78,6	1	100,0	62	72,9	0,618 > 0,05	0,210 > 0,05 **
Un compromiso de matrimonio	10	62,5	16	47,1	11	55	9	64,3	0	0,0	46	54,1	0,668 > 0,05	0,455 > 0,05 **
Gratificación sexual	6	37,5	18	52,9	14	70	6	42,9	1	100,0	45	52,9	0,536 > 0,05	0,396 > 0,05 **
Hijos	9	56,3	16	47,1	13	65	7	50,0	0	0,0	45	52,9	0,290 > 0,05	0,413 > 0,05 **
Un compromiso económico (1)	0	0,0	6	17,6	8	40	6	42,9	0	0,0	20	23,5	0,716 > 0,05	0,007 < 0,05 **
Total	16	100,0	34	100,0	20	100	14	100,0	1	100,0	85	100,0		

En todos los casos, ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Respecto a cómo ha sido durante el tiempo que ha estado con su pareja y considerando solamente a las 85 personas que tienen pareja, el 49.4% considera que ha sido muy feliz, seguido del 45.9% que considera que a sido feliz. Sólo el 4.7% restante considera que ha sido poco feliz, y favorablemente, ninguno de los participantes mencionó ser muy infeliz con su pareja. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #112

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “grado de felicidad durante el tiempo que ha estado con su pareja”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino			Masculino	Femenino		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Muy feliz	8	50,0	18	52,9	11	55,0	4	28,6	1	100,0	42	49,4
Feliz	8	50,0	14	41,2	8	40,0	9	64,3	0	,0	39	45,9
Poco feliz	0	,0	2	5,9	1	5,0	1	7,1	0	,0	4	4,7
Total	16	100	34	100	20	100	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: 0.624 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.808 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Además, el 50.6% de quienes tienen pareja opinan que –en general- la relación podría considerarse como satisfactoria y el 44.7% la considera muy satisfactoria. Del resto, el 3.5% la considera poco satisfactoria, y solamente una persona considera que la relación con su pareja es muy insatisfactoria.

Tabla #113

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “grado de satisfacción del sujeto sobre la relación de pareja que mantiene”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino			Masculino	Femenino		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Muy satisfactoria	9	56,3	14	41,2	11	55,0	3	21,4	1	100,0	38	44,7
Satisfactoria	7	43,8	18	52,9	8	40,0	10	71,4	0	,0	43	50,6
Poco satisfactoria	0	,0	1	2,9	1	5,0	1	7,1	0	,0	3	3,5
Muy insatisfactoria	0	,0	1	2,9	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,2
Total	16	100	34	100	20	100	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: 0.228 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.816 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por último, en referencia al espacio de intimidad que tiene para estar con su pareja, los resultados son los siguientes: 62.4% respondió que el espacio es totalmente adecuado, 31.8% opina que está bien pero podría ser mejor y, lamentablemente el 5.9% restante -equivalente a 5 personas- comentó que no tiene un espacio para estar con su pareja. Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Tabla #114

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “tipo de espacio de intimidad que tiene para estar con su pareja”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Totalmente adecuado	11	68,8	18	52,9	15	75,0	9	64,3	0	,0	53	62,4
Está bien, pero podría ser mejor	5	31,3	13	38,2	4	20,0	4	28,6	1	100,0	27	31,8
No cuenta con un espacio para ustedes	0	,0	3	8,8	1	5,0	1	7,1	0	,0	5	5,9
Total	16	100	34	100	20	100,0	14	100	1	100,0	85	100

p sexo: 0.325 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.451 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

A las 65 personas con pareja se les consultó sobre cómo experimenta placer sexual con su pareja, a lo que la mayoría de los encuestados –representada por el 87.7%- respondió que lo hace por medio de sensaciones físicas y afectivas.

Del resto, el 7.7% comentó que experimenta placer sexual solamente por medio de las sensaciones físicas y otras dos personas comentaron que lo hacen solamente por medio de las sensaciones afectivas. Además, una mujer comentó que no experimenta placer sexual con su pareja. Los resultados pueden detallarse a continuación en su

Tabla #115

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “medios por los cuales experimenta el placer sexual con su pareja”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Por sensaciones físicas	0	,0	1	3,8	2	12,5	2	22,2	0	,0	5	7,7
Por sensaciones afectivas	1	7,7	1	3,8	0	,0	0	,0	0	,0	2	3,1
Por ambas (físicas y afectivas)	12	92,3	23	88,5	14	87,5	7	77,8	1	100,0	57	87,7
No experimenta placer sexual	0	,0	1	3,8	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,5
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.806 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.454 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Al consultar sobre la respuesta en el placer sexual de su pareja, de las 65 personas favorablemente el 84.6% considera que su pareja siempre o casi siempre responde placenteramente a los acercamientos sexuales que le hace.

Del resto, el 12.3% opina que su pareja responde a veces. Hubo un caso de un hombre que respondió “depende de la pareja con quien esté”, ya que está casado pero mantiene una relación extramarital, y hubo una mujer que no respondió esta pregunta.

Algunas personas mencionaron que esta pregunta “debía hacerseles a sus respectivas parejas y no a ellos”, lo que evidenció que desconocen o no tienen la certeza de si su pareja responde placenteramente a los acercamientos sexuales que hacen. Hubo personas que respondieron “me imagino que siempre siente placer” o “yo creo que sí le gusta”. Los resultados se detallan en la tabla siguiente.

Tabla #116

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “frecuencia con la que su pareja responde placenteramente a los acercamientos sexuales que usted le hace”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
Siempre o casi siempre	11	84,6	22	84,6	13	81,3	8	88,9	1	100,0	55	84,6
A veces	2	15,4	3	11,5	2	12,5	1	11,1	0	,0	8	12,3
Depende de la pareja con quien esté	0	,0	0	,0	1	6,3	0	,0	0	,0	1	1,5
Ns-Nr	0	,0	1	3,8	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,5
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.556 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.876 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

Por otro lado, respecto a si cada participante responde placenteramente a los acercamientos sexuales que le hace su pareja, el 81.5% respondió que lo hace siempre o casi siempre, el 15.4% respondió que lo hace a veces. Hubo una mujer que respondió casi nunca o nunca, y un hombre que respondió “depende de la pareja con quien esté”. A pesar de que la prueba de independencia se invalida, se determina que existe asociación entre la variable y el sexo.

Aunque la diferencia es muy pequeña, al comparar los resultados obtenidos en el punto anterior sobre “la respuesta en el placer sexual de su pareja” con los obtenidos en esta pregunta, puede decirse que son más favorecedores y positivos los primeros que los que se presentan aquí.

Solamente un hombre no marcó la opción “siempre o casi siempre”, en tanto que en el caso de las mujeres la marcó aproximadamente el 70%. El resto de las mujeres, utilizaron las opciones “a veces” y “casi nunca o nunca”, las cuales no fueron seleccionadas por ningún hombre. Los resultados se detallan en la siguiente tabla.

Tabla #117

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “frecuencia con la que el sujeto responde placenteramente a los acercamientos sexuales de su pareja”

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	N			%			
Siempre o casi siempre	13	100	19	73,1	15	93,8	5	55,6	1	100,0	53	81,5
A veces	0	,0	6	23,1	0	,0	4	44,4	0	,0	10	15,4
Casi nunca o nunca	0	,0	1	3,8	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,5
Depende de la pareja con quien esté	0	,0	0	,0	1	6,3	0	,0	0	,0	1	1,5
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.007 < 0.05 (ambas variables están asociadas). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.871 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

- Cambios físicos y problemáticas en la actividad sexual de los hombres

De acuerdo a los resultados obtenidos – y considerando la opción de respuesta múltiple- los tres principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de los hombres son: la erección requiere de más tiempo o esfuerzo (121 personas), después de una erección; no logra conseguirse otra fácilmente (86 personas), y una vez alcanzada la erección; hay más probabilidades de que se pierda (82 personas). Los resultados se detallan a continuación.

Tabla #118

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de los hombres”

	Edad en categorías										Total		p	p
	60 a 69 años		70 a 79 años				80 a 89 años				N	%		
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo					
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
La erección requiere de más tiempo/esfuerzo	13	76,5	59	76,6	18	81,8	29	80,6	2	100,0	121	78,6	0,662 > 0,05	0,563 > 0,05 **
Después de una erección, no logra conseguir otra fácilmente	8	47,1	46	59,7	15	68,2	16	44,4	1	50,0	86	55,8	0,647 > 0,05	0,908 > 0,05 **
Una vez alcanzada la erección, hay más probabilidad de perderla	7	41,2	49	63,6	12	54,5	13	36,1	1	50,0	82	53,2	0,537 > 0,05	0,162 > 0,05 **
Hay incapacidad para tener una erección	6	35,3	41	53,2	9	40,9	10	27,8	0	0,0	66	42,9	0,365 > 0,05	0,060 > 0,05 **
Los orgasmos son menos intensos	5	29,4	36	46,7	7	31,8	10	27,8	2	100,0	60	38,3	0,547 > 0,05	0,055 > 0,05 **
Disminuye el deseo sexual	4	23,5	30	39,0	9	40,9	6	16,7	1	50,0	50	32,5	0,763 > 0,05	0,384 > 0,05 **
Hay una disminución del placer	2	11,8	24	31,2	7	31,8	7	19,4	1	50,0	41	26,6	0,727 > 0,05	0,680 > 0,05 **
No se produce ningún cambio	3	17,6	10	13,0	3	13,6	3	8,3	0	0,0	19	12,3	0,589 > 0,05	0,720 > 0,50 **
Se produce otro cambio	0	0,0	2	3,9	0	0	0	0,0	0	0,0	2	1,2	0,294 > 0,05 **	0,381 > 0,50 **
Total	17	100,0	77	100,0	22	100	36	100,0	2	100,0	154	100,0		

En todos los casos, ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Hubo una persona que no respondió esta pregunta. Otras 19 personas opinan que no se produce ningún cambio físico. Además, 2 mujeres utilizaron la opción de respuesta abierta “otro cambio”, en donde una mencionó que el acto sexual no se da con tanta frecuencia y otra mencionó que aumenta el deseo sexual. Es notable que un porcentaje importante del 42.9% - equivalente a 66 personas- seleccionó la opción “hay una incapacidad para tener una erección”.

No obstante, en otra pregunta al consultar sobre el uso del Viagra, solamente 5 personas – de 65 que tienen actividad sexual- lo usan. Por lo tanto, estos resultados son bastante lamentables si se considera que muchas parejas que padecen de impotencia, podrían encontrar mejorías significativas con el uso o la aplicación de determinados medicamentos o tratamientos médicos.

Por otro lado, se realizó una pregunta de respuesta múltiple, para ser respondida sólo por hombres, en la que se consultó sobre las problemáticas que ha experimentado cada uno en la respuesta sexual de su cuerpo.

De un total de 41 participantes, 22 de ellos –equivalente al 53.7%- marcaron la opción “no ha experimentado ninguna problemática”. Del resto, los resultados son los siguientes: al 29.3% se le hace imposible o difícil mantener la erección, en un 26.8% la eyaculación se da de forma rápida y precipitada y al 12.5% le es difícil liberar la eyaculación.

Finalmente, 3 hombres dijeron no tener deseo o apetito sexual, y 2 no tienen lubricación. La prueba de independencia demostró que existe asociación entre las variables “no tiene lubricación” y “el grupo de edad”, y “se le hace imposible o difícil mantener la erección” y el “grupo de edad”.

Más del 45% de los hombres con edades entre los 70 y 79 años tienen dificultades para mantener la erección, en comparación con sólo un hombre en la misma situación con edad entre los 60 y 69 años. Además, a diferencia de los otros dos grupos de edad, ninguno de los hombres entre 60 y 69 años seleccionó la opción “no tiene lubricación”. Estos resultados se pueden detallar en la siguiente tabla.

Tabla #119

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “problemáticas que han experimentado los hombres en la respuesta sexual de su cuerpo”⁵

	Edad en categorías						Total		p
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a 89 años		N	%	
	Sexo		Sexo		Sexo				
	Masculino		Masculino		Masculino				
	N	%	N	%	N	%	edad		
Se le hace imposible o difícil mantener la erección	1	5,9	10	45,5	1	50	12	29,3	0,021 < 0,05 *
La eyaculación se da de forma rápida y precipitada	3	17,6	7	31,8	1	50	11	26,8	0,459 > 0,05
Le es difícil liberar la eyaculación	1	5,9	3	13,6	1	50	5	12,2	0,188 > 0,05
No tiene deseo o apetito sexual	2	11,8	1	4,5	0	0	3	7,3	0,637 > 0,05
No tiene lubricación	0	0	1	4,5	1	50	2	4,9	0,008 < 0,05 *
No ha experimentado ninguna problemática	12	70,6	9	40,9	1	50	22	53,7	0,182 > 0,05
Total	17	100	22	100	2	100	41	100	

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes. En * ambas variables están asociadas. En todos los casos, la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

▪ Cambios físicos y problemáticas en la actividad sexual de las mujeres

Considerando la opción de respuesta múltiple, los tres principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de las mujeres son: hay una disminución de la lubricación (126 personas), disminuye el deseo sexual (70 personas), y las relaciones sexuales se vuelven incómodas y dolorosas (66 personas). Los resultados se presentan en la tabla #119.

Otras 12 personas opinan que no se produce ningún cambio físico. Además, 3 personas utilizaron la opción de respuesta abierta, en donde una mujer mencionó que los mitos influyen en la actividad sexual (aunque éste no es un cambio físico), otra mujer comentó que hay más sensibilidad siempre que el cuerpo lubrique bien, y un hombre comentó que su pareja se mostró “más contenta” que en otros momentos de su vida. Hubo una persona que no contestó.

⁵ No se realizó la prueba de independencia con la variable sexo, ya que esta pregunta podía ser respondida sólo por hombres.

Tabla #120

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de las mujeres”**

	Edad en categorías									Total		p	p	
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%			
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N					
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	sexo	edad		
Hay una disminución de la lubricación	13	76,5	66	85,7	17	77,3	29	80,6	1	50	126	81,8	0,277 > 0,05	0,437 > 0,05 **
Disminuye el deseo sexual	7	41,2	33	42,9	10	45,5	19	52,8	1	50	70	45,5	0,850 > 0,05	0,630 > 0,05 **
Las relaciones sexuales se vuelven incómodas o dolorosas	6	35,3	32	41,6	11	50	16	44,4	1	50	66	42,9	0,842 > 0,05	0,713 > 0,05 **
Los orgasmos son menos prolongados	3	17,6	30	39	9	40,9	10	27,8	1	50	53	34,4	0,696 > 0,05	0,866 > 0,05 **
Hay una disminución del placer	3	17,6	27	35,1	6	27,3	14	38,9	1	50	51	33,1	0,176 > 0,05	0,816 > 0,05 **
Las concentraciones orgásmicas disminuyen	7	41,2	25	32,5	8	36,4	10	27,8	0	0	50	32,5	0,489 > 0,05	0,583 > 0,05 **
Los orgasmos son menos intensos	3	17,6	29	37,7	8	36,4	10	27,8	0	0	50	32,5	0,386 > 0,05	0,583 > 0,05 **
No se produce ningún cambio	2	11,8	5	6,5	2	9,1	3	8,3	0	0	12	7,8	0,574 > 0,05 **	0,883 > 0,05 **
Se produce otro cambio	0	0	2	2,6	1	4,5	0	0	0	0	3	1,9	0,785 > 0,05 **	0,967 > 0,05 **
Total	17	100	77	100	22	100	36	100	2	100	154	100		

En todos los casos, ambas variables son independientes.

En todos los casos, excepto en ** la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Igual que en el caso de los hombres, se realizó una pregunta de respuesta múltiple, para ser respondida sólo por mujeres, en la que se consultó sobre las problemáticas que ha experimentado cada una en la respuesta sexual de su cuerpo.

De un total de 114 mujeres participantes, 33 de ellas –equivalente al 29.2%– marcaron la opción “no ha experimentado ninguna problemática”. Del resto, los porcentajes más altos se encuentran entre el 58.4% que no tiene lubricación y el 42.5% que no tiene deseo o apetito sexual. Además, el 21.2% tiene dificultad para alcanzar el orgasmo, 15.9% sienten un fuerte dolor que impide la penetración, y finalmente 15.9% no tienen sensaciones placenteras durante el acto sexual. Hubo una mujer que no respondió esta pregunta.

Es notable que más del 70% de las mujeres entre 70 y 79 años dicen no tener lubricación, al igual que la mitad de las mujeres de 60 a 69 años. Esto es lamentable, especialmente considerando que en el mercado existen varios tipos de lubricantes que pueden eliminar esta problemática. De hecho, es importante mencionar que se encontró asociación entre las variables “no tiene lubricación” y “el grupo de edad”. A continuación, se detallan los resultados.

Tabla #121

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “problemáticas que han experimentado las mujeres en la respuesta sexual de su cuerpo”⁶

	Edad en categorías				Total		p edad
	60 a 69 años		70 a 79 años		N	%	
	Sexo		Sexo				
	Femenino		Femenino				
	N	%	N	%			
No tiene lubricación	40	51,9	26	72,2	66	58,4	0,035 < 0,05 *
No tiene deseo o apetito sexual	29	37,7	19	52,8	48	42,5	0,117 > 0,05
Tiene dificultad para alcanzar el orgasmo	17	22,1	7	19,4	24	21,2	0,775 > 0,05
No tiene sensaciones placenteras durante el acto sexual	12	15,6	6	16,7	18	15,9	0,861 > 0,05
Siente un fuerte dolor que impide la penetración	12	15,6	6	16,7	18	15,9	0,861 > 0,05
No ha experimentado ninguna problemática	27	35,1	6	16,7	33	29,2	0,050 > 0,05
Total	77	100	36	100	113	100	

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes. En * ambas variables están asociadas. En todos los casos, la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Algunas mujeres comentaron que a pesar de que tienen problemas para lubricar, nunca han considerado la opción de utilizar un lubricante, ya que en otros momentos de su vida tampoco lo usaron.

⁶ No se realizó la prueba de independencia con la variable sexo, ya que esta pregunta podía ser respondida sólo por mujeres.

- Uso del medicamento Viagra

De 65 personas que comentaron tener pareja y actividad sexual en el momento en que se aplicó el cuestionario, solamente 9 (13.8%) usaron Viagra alguna vez. Los resultados se detallan a continuación.

Tabla #122

Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad” según “si el sujeto o su pareja han usado Viagra alguna vez”

	Edad en categorías									Total		
	60 a 69 años			70 a 79 años			80 a 89 años			N	%	
	Sexo		N	Sexo		N	Sexo		N			%
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino		Masculino					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sí	3	23,1	2	7,7	2	12,5	2	22,2	0	,0	9	13,8
No	10	76,9	24	92,3	14	87,5	7	77,8	1	100,0	56	86,2
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.542 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.864 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

De 9 personas que alguna vez han usado Viagra, únicamente 5 lo utilizan actualmente. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ni entre grupos de edades con respecto a esta variable. Los resultados se detallan a continuación.

Tabla #123

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “si el sujeto o su pareja usan Viagra actualmente”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	2	15,4	1	3,8	1	6,3	1	11,1	0	,0	5	7,7
No	11	84,6	25	96,2	15	93,8	8	88,9	1	100,0	60	92,3
Total	13	100	26	100	16	100	9	100	1	100,0	65	100

p sexo: 0.518 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.958 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

En referencia a la experiencia al haber usado o al usar Viagra, ninguna de las 9 personas utilizaron las opciones “poco satisfactoria” o “insatisfactoria”, más bien consideran que ha sido muy satisfactoria (33.3%) o satisfactoria (66.7%), lo que es muy positivo y favorable para aminorar o eliminar los problemas de impotencia sexual.

Tabla #124

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “grado de satisfacción al usar Viagra”**

	Edad en categorías								Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				N	%
	Sexo		Sexo		N	%	N	%		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino						
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Muy satisfactoria	2	66,7	1	50,0	0	,0	0	,0	3	33,3
Satisfactoria	1	33,3	1	50,0	2	100	2	100	6	66,7
Total	3	100	2	100	2	100	2	100	9	100

p sexo: 0.635 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.058 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

▪ Influencia de la agresión física o verbal sobre la sexualidad

Al consultar sobre lo que puede ocasionar la agresión física o emocional, se brindó la posibilidad de marcar una o varias opciones, por lo que los resultados son los siguientes: 107 personas opinan que la agresión física o emocional puede ocasionar que se tenga una actitud defensiva contra los deseos y los sentimientos sexuales, 106 personas opinan que puede ocasionar que la sexualidad se niegue y 88 personas consideran que la sexualidad podría distorsionarse.

Otras 16 personas opinan que la agresión física o emocional no ocasiona nada con respecto a la sexualidad, y 6 personas utilizaron la opción de respuesta abierta; donde mencionaron que la agresión física o emocional pueden ocasionar que haya falta de amor y de diálogos (3 personas) y que existan celos en la pareja (3 personas). Hubo un hombre que no respondió esta pregunta.

Tabla #125

**Distribución de frecuencias de los sujetos ” por “sexo” y por “edad”
según “consideraciones sobre lo que puede ocasionar la agresión física o verbal**

	Edad en categorías										Total		p	p		
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a 89 años		N	%	sexo	edad						
	Sexo		Sexo		Sexo											
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N	%	sexo	edad						
Que la sexualidad se distorsione	6	35,3	53	67,9	11	50	18	50,0	0	0,0	88	57,1	0,021 < 0,05	*	0,090 > 0,05	**
Que la sexualidad se niegue	6	35,3	66	84,6	16	72,7	18	50,0	0	0,0	106	68,8	0,018 < 0,05	*	0,010 < 0,05	**
Que se tenga una actitud defensiva contra los deseos y los sentimientos sexuales	10	58,8	59	75,6	11	50	27	75,0	0	0,0	107	69,5	0,004 < 0,05	*	0,068 > 0,05	**
No ocasionan nada con respecto a la sexualidad	6	35,3	3	3,8	3	13,6	3	8,3	1	100,0	16	10,4	0,001 < 0,05	**	0,176 > 0,05	**
Total	17	100,0	78	100,0	22	100	36	100,0	1	100,0	154	100,0				

En todos los casos, excepto en * ambas variables son independientes. En * ambas variables están asociadas.
En todos los casos, la prueba se valida (ninguna de las celdas tienen – de 5 casos).

Es notable que un mayor porcentaje de mujeres que hombres seleccionaron las tres primeras opciones que se presentan en la tabla. Sin embargo, en la última opción que refiere a que la agresión no ocasiona nada con respecto a la sexualidad, el 25% de los hombres seleccionaron esta opción, en comparación con sólo el 5% de las mujeres.

La prueba de independencia determina que existe asociación entre la variable sexo y cada una de las variables que se presentan en las cuatro opciones de respuesta (en una de ellas, la prueba se invalida). Además, y a pesar de que la prueba se invalida, existe asociación entre la variable “grupo de edad” y la variable contemplada en la opción “que la sexualidad se niegue”.

- Razones por las cuales no se tiene pareja

En total, 70 personas –que equivalen al 45.2% de la muestra total- no tenían una pareja en el momento en que se aplicó el cuestionario, y se les consultó por qué. La razón más mencionada fue porque es viudo (a) (41.4%). Los resultados pueden detallarse en la siguiente tabla.

Del resto, el 18.6% comentó que no tiene pareja porque no le interesa o no quiere, 15.7% prefiere estar solo (a), el 11.4% no ha encontrado una nueva pareja. Además, solamente dos personas consideran que no tienen una edad adecuada para tener pareja y sólo una mujer comentó que no tiene pareja por miedo o temor.

Un 8.6% dio otras respuestas más variadas tales como “porque no existe un compromiso real”, “porque algunos hombres no son honestos”, “mi pareja era mi media naranja”, “quiero disfrutar mi sexualidad”, “dedico mi tiempo a otras cosas”, entre otros.

Tabla #126

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “razones por las que no tiene pareja actualmente”**

	Edad en categorías										Total	
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 a 89 años		N	%
	Sexo		Sexo		Sexo		N	%				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Es viudo (a)	0	,0	15	34,1	1	50,0	13	59,1	0	,0	29	41,4
Prefiere estar solo (a)	1	100	8	18,2	0	,0	2	9,1	0	,0	11	15,7
No le interesa o no quiere	0	,0	10	22,7	0	,0	2	9,1	1	100,0	13	18,6
No ha encontrado una nueva pareja	0	,0	6	6,8	1	50,0	1	4,5	0	,0	8	11,4
Considera que no tiene una edad adecuada	0	,0	0	,0	0	,0	2	9,1	0	,0	2	2,9
Por miedo o temor	0	,0	1	2,3	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,4
Otras respuestas	0	,0	4	9,1	0	,0	2	9,1	0	,0	6	8,6
Total	1	100	44	100	2	100	22	100	1	100,0	70	100

p sexo: 0.863 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos. p edad: 0.324 > 0.05 (ambas variables son independientes). La prueba se invalida porque más del 20% de las celdas tienen menos de 5 casos.

▪ Razones por las cuales no se tiene actividad sexual

De las 85 personas con pareja, el 23.5% -equivalente a 20 personas- comentó que actualmente no mantiene actividad sexual. Al consultar las razones, se brindó la posibilidad de marcar una o varias opciones. En total 10 sujetos seleccionaron una o varias de las respuestas cerradas que se brindaron, entre las que están: no quiere tener contacto sexual con nadie (8 personas), tiene una enfermedad debilitante o una incapacidad física (1 persona), el sexo ya no es gratificante (6 personas) y considera que no tiene una edad apropiada (4 personas). Además, otras 10 personas seleccionaron la opción de respuesta abierta “otra razón”, donde mencionaron no le interesa (4 personas), no tiene una buena relación con su pareja (1 persona), quiere dedicarse a

otras cosas (1 persona) y el estado de salud no lo permite (6 personas). Los resultados pueden detallarse a continuación.

Tabla #127

**Distribución de frecuencias de los sujetos por “sexo” y por “edad”
según “razones por las cuales actualmente no tiene actividad sexual”**
(opciones de respuesta cerrada)

	Edad en categorías								Total		p	p
	60 a 69 años				70 a 79 años				N	%		
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo					
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	N	%		
N	%	N	%	N	%	N	%					
Considera que no tiene edad apropiada	0	0,0	1	25,0	2	100	1	33,3	4	40	0,482 > 0,05 **	0,178 > 0,05 **
El sexo ya no es gratificante	0	0,0	2	50,0	1	50	3	100,0	6	60	0,260 > 0,05 **	0,202 > 0,05 **
Tiene una enfermedad debilitante o una incapacidad física	0	0,0	0	0,0	1	50	0	0,0	1	10	0,162 > 0,05 **	0,257 > 0,05 **
No quiere tener contacto sexual con nadie	1	100,0	4	100,0	1	50	2	66,7	8	80	0,444 > 0,05 **	0,582 > 0,05 **
Total	1	100,0	4	100,0	2	100	3	100,0	10	100		

En todos los casos, ambas variables son independientes.

En todos los casos, la prueba se invalida (+ del 20% de las celdas tienen – de 5 casos).

CAPÍTULO VI

Discusión y análisis de la información

En el presente capítulo se realiza la interpretación de los resultados, complementando esta información con estudios realizados por autores tales como Kinsey, Pomeroy y Martín (1948), Kinsey (1953), LoPiccolo y LoPiccolo (1978), Johnson, Kolodny y Master (1982), Kaplan (1983), Felicgla (1992), Puerto (2000) y Belsky (2001), entre otros, quienes han encontrado en sus investigaciones resultados disímiles en lo que refiere a la respuesta sexual humana, así como a la frecuencia de los encuentros y las prácticas sexuales en distintas poblaciones. Esto permite considerar los resultados obtenidos en este estudio con relación a los obtenidos en estudios realizados en otros países, sin dejar de considerar determinadas diferencias culturales y sociales que no pueden ser obviadas. Además, se realiza el análisis sustentado en las teorías de Ellis (1981/1999/2002) y Beck et. al (1983).

Los 155 sujetos encuestados en el presente estudio (114 mujeres y 41 hombres) eran miembros activos del Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica, matriculados durante el segundo semestre del año 2004.

Estos sujetos, en su mayoría, se mantienen muy activos y realizan actividades que tienen que ver con ejercicio (86.5%), recreación (93.5%) o estudio (43.9%); y favorablemente la principal razón por la que realizan estas tres actividades es porque les gusta hacerlo (78.4% en ejercicio, 87.6% en recreación y 85.3% en estudio).

Algunos comentaron que han encontrado amigos e incluso han conocido a su pareja actual en los cursos que imparte dicho programa. Al respecto, autores como Bonilla y Mata (1998)

sostienen que “es conocido que las asociaciones de jubilados tienen mucho éxito para establecer lazos de amistad entre grupos con afinidades comunes” (p. 28).

Desde el primer contacto vía telefónica, muchos de los sujetos se mostraron abiertos y espontáneos, con buena disposición e interés en participar. Sin embargo, es importante nuevamente mencionar que -aunque no se tiene un dato exacto- hubo casos de mujeres que se mostraron retraídas y con poca disposición y/o interés en participar en la investigación, incluso algunas dudosas o temerosas con respecto a la temática a tratar. Esto no es sorprendente, pues autores como Vidal y Alarcón (1986), Echeverry (1990), Hyde (1991) y Sánchez y Olazábal (1998) sostienen que generalmente las mujeres se muestran más inhibidas que el sexo masculino al hablar sobre su sexualidad, de ahí la importancia de considerar ciertas diferencias significativas entre los sexos.

Lo anterior podría deberse a que -cultural y socialmente- no ha sido considerado “adecuado” el que una mujer hable acerca de su sexualidad, por lo que se mantienen gran cantidad de creencias irracionales respecto a lo que pueden o no compartir sobre su vida personal y sexual. Esto además corresponde con el hecho de que durante la aplicación del cuestionario, algunas mujeres comentaron que “en sus tiempos era pecado hablar sobre sexualidad o sobre relaciones sexuales, por lo que todas aquellas que lo hacían eran consideradas prostitutas”. Sin embargo, aunque eso haya sido “en sus tiempos” todavía se ven afectadas por emociones y cogniciones autodestructivas tales como la culpa y la vergüenza. Al respecto, Hyde (1991) explica que a nivel social y emocional “se ha reprimido y deprimido la sexualidad femenina, pero raramente se ha expresado” (p. 78).

Pero no solamente este grupo de mujeres presentaron esta problemática, ya que aunque no se cuenta con datos exactos por edad ni por sexo, puede decirse que de cada 40 llamadas realizadas, aproximadamente sólo el 13% -equivalente a 5 personas- se mostró anuente a

participar en la investigación. Esto demuestra que existe en la población muy poca anuencia a compartir información sobre su sexualidad.

Algunas personas justificaron su no participación alegando que “la sexualidad es un tema muy privado que no debe comentarse con nadie”, lo que es respetable y entendible considerando que existen en la sociedad valores culturales respecto a temáticas que se consideran privadas o íntimas, pero que al mismo tiempo reflejan una idea irracional muy difundida generación tras generación sobre temas de los que “no se debe hablar”.

Hubo también personas que alegaron que “a ciertas edades no es bien visto que la persona hable de su vida sexual” o simplemente que “ya no tienen edad para hablar de sexualidad”, lo que podría confirmar lo que Felicgla (1992) sostiene respecto a que hay personas que terminan por aceptar la pasividad sexual como pauta de conducta normal y esperada para su edad, por lo que resulta inadecuado para muchos considerar una vida sexual activa después de los 60 años.

De esta forma, se refuerzan una serie de pensamientos e ideas irracionales en la población en general, convirtiendo a esta población en seres asexuados, y demuestra –como lo sostiene la O.P.S (1992)- que los mitos, estereotipos y prejuicios están arraigados en los pensamientos, los comportamientos y las emociones de los adultos mayores, y no solamente en las poblaciones menores de 60 años. De hecho, Canal (1981) defiende que mientras las convenciones sociales combaten mitos y prejuicios, muchos adultos mayores son los primeros en ignorar sus posibilidades creando así la impotencia artificial o por lo menos la resistencia psicológica a sus posibilidades (Según cita Echeverri, 1990).

Para Beck (1983), el elemento responsable de la emisión de estas respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desajustadas es la estructuración cognitiva negativa de la situación. Así, al creerse o pensarse como inadecuados para hablar sobre su sexualidad, surgen y se refuerzan emociones y conductas que no producen bienestar y que más bien consolidan en la

sociedad una serie de mitos y estereotipos que resultan muy deteriorantes. Asimismo, se reafirman pensamientos y cogniciones inapropiados.

Finalmente, antes de presentar el análisis de los resultados, es necesario aclarar –como se mencionó en capítulos anteriores- que el que haya participado una mayor cantidad de mujeres que de hombres, era esperable y resulta lógico, ya que el 84% de los matriculados en el Programa para el Adulto Mayor son mujeres.

Por otro lado, ya desde la década de los setentas, autores como Butler (1973, citado por Salvarezza, 1996) sostenían que a nivel mundial había un enorme número de mujeres adultas mayores viviendo sin un hombre a su lado, lo cual apoyan diversos autores al explicar que la población de adultos mayores la forman sobre todo mujeres debido a que ellas viven entre 4 y 9 años más que los hombres (Belsky, 2001) y tienen una inclinación a casarse con hombres mayores que ellas (Hyde, 1991). Por otra parte, las mujeres son menos propensas a quedarse aisladas socialmente, y más a relacionarse con la familia y amigos en la vejez (Moen, 1996. Según cita Belsky, 2001). De hecho, Hyde (1991) sostiene que la mujer se adapta mejor a la viudez debido a que “es más probable que las mujeres tenga amistades profundas cultivadas durante muchos años y que pueden prestarles apoyo emocional” (p. 167).

A continuación, se presenta el análisis de los resultados obtenidos por medio de la aplicación del cuestionario, avanzando paulatinamente con las temáticas abordadas en cada uno de los objetivos planteados en la investigación. En este análisis se comparten algunos comentarios que hicieron los sujetos participantes mientras se aplicó el cuestionario y también se toman en consideración algunos comentarios y opiniones de quienes no participaron en la investigación por razones varias.

Este último punto se toma en consideración ya que proporciona información básica para futuras investigaciones, respecto a posibles acciones a tomar en pro de lograr mejoras en la

participación de los sujetos y de prevenir determinados inconvenientes o limitaciones que surgieron en la presente investigación.

Es importante aclarar que los resultados no deben ni pueden ser generalizados a la población de adultos mayores costarricenses, sino solamente a todas aquellas personas de 60 años o más que son miembros activos del Programa para el Adulto Mayor y que se ofrezcan a participar voluntariamente en investigaciones como la presente. Sin embargo, esto no invalida el que se conozcan datos muy valiosos que puede ser considerados en futuras investigaciones en las que se pretenda realizar generalizaciones a una población más extensa.

A. Sobre lo contemplado en el objetivo 1

Específicamente respecto a identificar el significado de los términos sexo y sexualidad que sostienen los adultos mayores, los resultados encontrados evidencian que más de la mitad de los sujetos intentan otorgarle a ambas palabras un significado más completo e integral, lo que dificulta que se establezca una adecuada diferenciación entre uno y otro término. No obstante, y a pesar de que los resultados encontrados no son favorecedores, el 70% de los encuestados considera que los términos sexo y sexualidad tienen diferentes significados, lo que demuestra que simplemente pareciera ser que desconocen cómo hacer dicha diferenciación.

Esto es significativo, ya que podría señalar que hay personas que piensan o consideran que hablar de sexualidad es hablar exclusivamente de relaciones sexuales coitales, es decir, que se remiten únicamente a la respuesta sexual de su cuerpo, y no a la gama de factores y aspectos que están interrelacionados y que conforman la sexualidad humana en forma integral.

De hecho, y en relación con lo anterior, hubo casos en los que fue eminentemente necesario que la encuestadora mencionara y aclarara -durante el primer contacto con cada sujeto-

el tipo y la diversidad de temáticas que serían abordadas en la investigación, lo que aseguró la participación de muchos quienes –en un primer momento- se habían mostrado renuentes a participar. Por tal razón, podría suponerse que tal vez un número importante de personas que no participó en la investigación decidió no hacerlo porque desconocía que serían abordados temas tales como convivencia, trabajo, recreación, salud física y mental, vínculos con amigos, familia y pareja, entre otros; y no únicamente temas que refieren a la actividad sexual coital o genital.

Esto demuestra que es necesario considerar el informar de antemano a los sujetos sobre la diversidad de temas que pueden abordarse en una investigación como la presente, ya que –como se comprobó en esta investigación- aclarar esto desde el primer contacto podría ser la clave para que muchas personas tomen la decisión de participar y brinden así la información requerida.

Como puede verse, esta problemática refiere a un importante desconocimiento y a la falta de información y temores que pueden estar manejando estos adultos mayores específicamente sobre la diferenciación de los términos sexo y sexualidad. Ambos –el desconocimiento y la falta de información- generan pensamientos irracionales y creencias erróneas, por lo que pareciera urgente y necesario informar y capacitar a los sujetos en ésta y otras temáticas desde edades tempranas.

De hecho, autores como Massoni (1997) sostienen que el desconocimiento de la sexualidad puede generar desde la juventud patologías difíciles de superar en la madurez, y para ejemplificar, menciona la masturbación o “autoestimulación” como una de las prácticas que se reprimen, se callan o se cargan de culpas debido a la falta de información o a una inadecuada información. Así, explica el autor, se genera un doble mensaje, en el que por un lado está el deseo de experimentar lo prohibido y por otro lado está la profunda culpa al experimentarlo.

Precisamente en referencia a las fuentes de donde han obtenido información sobre sexualidad, es notable que destacan periódicos, folletos o afiches (53.69%), la radio o la televisión (50.7%) y charlas, clases o talleres (42.1%). Sin embargo, es importante y necesario tomar en

consideración –aunque no se evaluó en la presente investigación- el tipo y la calidad de la información que han recibido los sujetos de estas fuentes, considerando –especialmente en el caso de la televisión- que cierta parte de la información podría ser totalmente parcializada y recurrente en temáticas específicas tales como el contacto sexual genital.

En este punto, también es muy importante considerar el alto nivel educativo de los participantes, ya que más del 70% de ellos cuenta con un grado mínimo de secundaria completa, por lo que muy posiblemente tienen mayores y mejores oportunidades para acceder y conocer información real, formal y científica sobre temas de sexualidad, en comparación con otros grupos de personas que no tienen un nivel educativo tan alto.

B. Sobre lo contemplado en el objetivo 2

Respecto a la frecuencia de la práctica de relaciones sexuales, puede considerarse que los resultados -en general- son significativos, ya que el 42% de los encuestados refieren mantener una vida sexualmente activa (entendiendo ésta como la práctica de sexo coital, sexo oral, sexo anal, caricias corporales o frotis), lo que es interesante especialmente considerando que todos los participantes –en general- gozan de buena salud y de buen estado físico. Además, el 92% asegura que mantiene una buena alimentación y ninguno de los sujetos presenta enfermedades incapacitantes o debilitantes (este punto se desarrolla más ampliamente en el apartado del objetivo 5 en el que se describen los factores físicos y fisiológicos que obstaculizan o limitan la sexualidad).

Entre las 65 personas que sí mantienen actividad sexual, los resultados son muy significativos ya que el 52% tiene relaciones sexuales 1 o 2 veces por semana y el 20% refiere que las tienen 3 o 4 veces por semana. Al respecto, y aunque muchas décadas atrás, Kinsey (1953)

encontró que la frecuencia promedio de las relaciones sexuales disminuye a una vez por semana a los 60 años y a 0.3 a los 75 (según cita Salvarreza, 1996).

Comparando estos resultados con los obtenidos en esta investigación pueden considerarse que la frecuencia es bastante positiva, especialmente en el caso de los adultos mayores de 70 a 79 años quienes mantienen resultados muy semejantes a los encontrados en el grupo de 60 a 69 años. De hecho, Sviland (1978) en la compilación que realizaron LoPiccolo y LoPiccolo (1978), sostiene que la mitad de los hombres de 75 años son sexualmente activos, contrario a lo que muchos piensan respecto a que es imposible mantener y/o continuar la actividad sexual en dichas edades.

En referencia a los antecedentes sobre la primera relación sexual, fue notable que más del 90% de los hombres inició su actividad sexual antes de los 21 años, en comparación con sólo el 61% de las mujeres que inició antes de dicha edad. Además, fue notable que el 75% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual con su esposo, mientras que más de la mitad de los hombres la tuvieron con una amiga o con una prostituta.

Al respecto, Kinsey, Pomeroy y Martín (1948) descubrieron que “en el mundo occidental, antes de los años 50 en las encuestas sobre sexo fue un descubrimiento típico el que la mayoría de los hombres eran sexualmente activos antes del matrimonio, mientras que las mujeres no lo eran” (Según citan Barón y Byrne, 1998). Barón y Byrne (1998) agregan que “esta diferencia de géneros era posible porque los hombres tenían relaciones sexuales con mujeres que eran sexualmente activas (probablemente aquellas que eran sociosexualmente libres) o con prostitutas” (p. 347).

Posiblemente, si se realizara un estudio sobre estos temas en poblaciones más jóvenes que la encuestada en la presente investigación, encontraríamos resultados muy diferentes, especialmente al considerar que hoy en día existen muchos movimientos en pro de la igualdad de los sexos, y en pro de que cualquier mujer goce de igual libertad que el hombre para mantener relaciones con varias parejas a lo largo de la vida, así como que inicie su vida sexual antes del

matrimonio, sin que esto sea considerado como “inadecuado” o reprochable. De hecho, Hyde (1991) describe los resultados de una encuesta realizada por Hunt (1974) en la que desde entonces se empezaba a notar una tendencia hacia la igualdad de género en la sexualidad, ya que en una población con edades entre 18 y 24 años, se determinó que el 95% de los hombres y el 81% de las mujeres había tenido relaciones sexuales prematrimoniales.

No obstante, también es importante considerar lo que autores como Buss y Schmitt (1993) sostienen respecto a que aún en nuestros días “los hombres manifiestan más que las mujeres que mantendrían un contacto sexual con alguien relativamente desconocido, mientras que las mujeres manifiestan preferir conocer a la otra persona durante un período largo de tiempo” (Según citan Barón y Byrne, 1998, p. 348).

Sin embargo e independientemente de cómo hombres y mujeres realizan la elección de pareja para sus encuentros sexuales, Barón y Byrne (1998) explican que en muchos países se han generado cambios drásticos en las actitudes y conductas sexuales, a pesar del papel de la religión y de las sanciones legales contra la sexualidad antes del matrimonio, por lo que cada vez más, las relaciones sexuales han llegado a ser una parte común y plenamente aceptada.

Finalmente respecto al grado de satisfacción obtenido en la primera relación sexual, los resultados demuestran que el 49% de los sujetos refiere que fue muy satisfactoria o satisfactoria (66% de los hombres y 42% de las mujeres), mientras que el 51% restante refiere que fue poco o muy insatisfactoria (34% de los hombres y 58% de las mujeres). Como puede notarse, existen diferencias en los resultados entre hombres y mujeres, ya que mientras la mayoría de ellos seleccionó las opciones más favorables, las mujeres seleccionaron mayormente las opciones menos favorables.

Estos resultados no son sorprendentes, especialmente considerando que muchas mujeres no tenían la menor idea de lo que “harían” o experimentarían durante su primera experiencia

sexual, ya que nadie les brindaba información al respecto. Según el relato de algunas de las encuestadas, en algunos pocos casos la madre de la novia era quien brindaba alguna información respecto a lo que acontecería durante la primera noche de bodas, pero esta información era escueta y vaga, por lo que generaba más temor y angustia que seguridad y deseo.

El desconocimiento, aunado en muchos casos a la falta de comprensión y ternura por parte de su compañero les generó temores y miedos, por lo que describen el acto con una visión catastrófica o tremendista como “impresionante”, “horroroso”, “muy doloroso” o incluso “traumatizante”. A partir de estos relatos, es claramente entendible que no mediase la satisfacción como ingrediente fundamental del primer encuentro sexual de estas mujeres.

Al respecto, autores como Lerer (1995) explican que una serie de mitos sobre el placer sexual y sobre el papel “pasivo” de la mujer durante los encuentros sexuales, son los principales generadores de deficiencias y problemáticas en el grado de satisfacción de la mujer durante los encuentros sexuales. La autora también hace alusión a mandatos sociales y familiares que han obligado a las mujeres a mantenerse vírgenes hasta el matrimonio y a relegar la sexualidad a la reproducción y no al placer sexual. Sólo para ejemplificar este último punto, una de las encuestadas comentó que días antes de su boda, su madre le dijo “cuando una se casa tiene que hacer cosas con el marido que no le gustan, pero todo eso es parte del matrimonio y hay que hacerlo”.

C. Sobre lo contemplado en el objetivo 3

Antes de iniciar con la caracterización de los estilos o modalidades de contacto sexual, es importante valorar la opinión de Kinsey (1953), quien luego de realizar numerosos estudios, defiende que la frecuencia de las relaciones sexuales o el tipo de contacto sexual no tiene nada que

ver con el placer; ya que éste puede experimentarse con la misma intensidad a cualquier edad del individuo, especialmente si se toma en cuenta que el peor enemigo del placer sexual está en que el sujeto se compare con él mismo cuando joven (Según cita Salvarreza, 1996).

Entre quienes refirieron tener pareja en el momento en que se aplicó el cuestionario, los resultados determinan que las caricias, los besos, las miradas de afecto, la apariencia e higiene personal, así como la compañía, el amor y la estabilidad emocional son indispensables para estos sujetos ya que el 88% de ellos refirió experimentar el placer sexual no solamente por medio de sensaciones físicas sino también por medio de sensaciones afectivas. De hecho, los resultados encontrados son semejantes a los encontrados por Amador et. al (2000), quienes concluyen en su estudio que el amor, las expresiones de afecto y el cuidado personal son tres de los factores de interacción más significativos de la vida en pareja.

Al respecto, Alvarado et. al (1997) sostienen que el compromiso de acompañarse y el disfrute entre la pareja depende de la vida que hayan llevado y de las actitudes hacia la vejez, y en este proceso, el amor es básico para vivir en bienestar (Según cita Amador et. al, 2000). Por tal razón, Amador et. al (2000) consideran que el amor es el móvil central para que los cónyuges avancen y mantengan la vida juntos como pareja, lo que les permite hacer frente a las eventualidades y mantener una convivencia saludable.

Específicamente, sobre el tipo de relaciones sexuales que practican los sujetos, el sexo oral y el sexo anal aparecen como los menos practicados, mientras que el sexo coital y primordialmente las caricias corporales fueron mayormente mencionados.

Específicamente sobre el sexo oral, y aunque en referencia a la población de adultos norteamericanos, autores como Michael et. al (1994) defienden que “en la primera mitad de este siglo el sexo oral se consideraba una perversión, mientras que durante los 90, lo sujetos refirieron que les gusta practicar y recibir sexo oral” (Según citan Barón y Byrne, 1998).

Por otro lado, Puerto (2000) también explica que las formas de sentir y expresar amor sexual varían de una época a otra de la vida, por lo que en la edad avanzada, la expresión de las relaciones amorosas variará a medida que vaya pasando el tiempo; y agrega que “hay que dejar claro que la sexualidad del individuo, no sólo se mantiene, sino que se va transformando a lo largo de la vida y que cada edad favorece formas de satisfacción diferentes” (p. 11).

Respecto al uso de juguetes o artículos sexuales como vibradores, disfraces o vendas, el 95% de los encuestados dijo no utilizarlos. No obstante, autores como Massoni (1997) defienden en el caso del sexo femenino, que muchas mujeres adultas que están solas pueden resolver su tensión psicosexual por medio de la masturbación, así como por medio del uso de vibradores (auxiliares sexuales a través de los cuales puede obtenerse placer sexual), especialmente considerando que actualmente estos artículos pueden adquirirse en tiendas especializadas. El autor aclara además que el uso de vibradores está mediado por “falsas vergüenzas” y culpas que mantienen las mujeres, a pesar de que la mujer puede experimentar uno o varios orgasmos cada vez que lo utiliza.

Además respecto al uso del lubricante, sólo la mitad de quienes mantienen actividad sexual lo usan, a pesar de que –como se ampliará posteriormente- la falta de lubricación es una de las principales problemáticas que aqueja al 58.4% de la totalidad de las mujeres encuestadas. Al respecto, Massoni (1997) explica que los lubricantes son indispensables para acariciar, para autoestimularse o masturbarse, así como para el encuentro sexual genital; ya que evitan la sequedad en la zona vaginal y disminuye los coitos dolorosos. Incluso, el autor defiende que el uso del lubricante debe considerarse en los casos en los que la mujer no logra lubricar por sí misma, a pesar de sentirse muy excitada.

Por otro lado, es notable que el 62% de la muestra –96 personas- dijo no usar su imaginación o fantasías sexuales para obtener placer sexual y la mayoría (79 personas) está

conformada por mujeres. Ellis (1981) sostiene que la forma en que las personas perciben los hechos interactúa con la evaluación cognitiva, las emociones y las conductas; por lo que podría considerarse que los resultados obtenidos al respecto se deban principalmente a que los sujetos mantienen la creencia errónea de que usar la imaginación o las fantasías sexuales es algo que hacen solamente los perversos o simplemente que no es “bien visto” ante los ojos de los demás, ya que la connotación de la frase “fantasías sexuales” para muchos implica actos o conductas desviadas o pecaminosas; por lo que podrían haber respondido lo que creen que “socialmente” es lo esperado, ya sea para su sexo o su grupo de edad, o ambos.

No obstante, Ellis (1981) explica que incluso la TREC emplea muchos métodos de imaginación en la terapia sexual, especialmente en casos de hombres y mujeres que tienen dificultad en sentir excitación sexual o en tener orgasmos. En dichos casos, se entrena al sujeto para producir imaginaciones intensas, dejando de lado sentimientos de vergüenza o culpabilidad, especialmente si su fantasía le resulta extraña o es rechazada socialmente.

Massoni (1997) por su parte, defiende que junto con el deseo, las fantasías generan un incremento del placer sexual, al permitirle a quien las crea jugar con todos sus anhelos e impulsos y vivirlos sin inhibiciones. No obstante, el autor aclara que generalmente las fantasías se callan, ya que la mayoría de las personas se avergüenzan o se culpabilizan por ellas.

Específicamente sobre el sexo femenino, el 70% de las mujeres refirieron no usar la imaginación o fantasías sexuales, en contraste con un estudio realizado por Hariton (1973) en el que se puso de manifiesto que el 65% de 114 mujeres sí fantaseaban durante sus relaciones sexuales. No obstante, y considerando precisamente lo mencionado por Ellis (1984) respecto a la forma en que las personas perciben los hechos, autores como Hyde (1991) explican que “algunas mujeres rechazan las fantasías por considerarlas un signo de deslealtad hacia sus compañeros” (p. 300).

Ahora bien, Hyde (1991) establece una diferenciación que parece bastante lógica especialmente al considerar la influencia cultural de los sujetos en distintos momentos de su vida. Esta autora sostiene que las mujeres que tienen fantasías durante el coito suelen ser independientes, impulsivas y no conformistas, mientras que las mujeres que refieren no tener fantasías suelen ser conciliadoras, modestas, comprensivas y adaptables (características que “socialmente” han sido y son particularmente deseables o esperables en mujeres adultas mayores).

Por otro lado, respecto a la masturbación, también resulta muy significativo que el 84% refirió no practicarla (73% del sexo masculino y 88% del sexo femenino), cuando diversos estudios demuestran que en la edad adulta se practica con regularidad. Sólo para ejemplificar, Hyde (1991) explica que en una muestra de personas de 70 años o más (aunque no indica su origen o nacionalidad), el 33% de las mujeres y el 43% de los hombres manifestaron que practicaban la masturbación de forma regular. Massoni (1997) por su parte, asegura que el período más activo de masturbación en el hombre, se da entre los 51 y los 65 años, cuando pueden practicarla diariamente o varias veces por semana. Por tal razón, este autor asegura que “en realidad la gente sí se masturba, y a todas las edades, ya que (la masturbación) llena diferentes necesidades para gentes distintas en cada edad de la vida” y agrega “no sólo es una actividad de los adolescentes sino de adultos y de personas de la tercera edad” (p. 109).

Sin embargo, por otra parte, es notable que al comparar los resultados en varias investigaciones, el porcentaje de hombres que refieren masturbarse generalmente es mayor que el porcentaje de mujeres que lo hacen. Al respecto, Hyde (1991) sostiene que diversos estudios han demostrado que casi todos los hombres se masturban, mientras que alrededor de un tercio de las mujeres nunca lo hacen, y según Kinsey (1953), sólo el 58% de las mujeres se masturban en algún momento de su vida.

No obstante, Shere Hite (1976), estudió a más de 3000 mujeres, de las cuales el 82% reconoció que se masturbaba (Según cita Lerer, 1995). Estos resultados obtenidos por Hite parecen demostrar que los resultados encontrados pueden deberse más a una cuestión sociocultural que a la realidad de muchas mujeres, quienes muy probablemente practican la masturbación pero no se sienten cómodas hablando al respecto, por razones que atañen a mandatos sociales, a mitos y a prejuicios. Por ejemplo, Lerer (1995) explica que a través de los años, a las mujeres les hicieron creer que la sexualidad era una respuesta a las necesidades del hombre y a las de la reproducción, por lo que “la masturbación aparecía como algo innecesario”. Además, desde niñas –dice la autora- “nos mal enseñaron que tocarse era algo sucio y feo”, por lo que el tabú sobre la masturbación “sirve como un trampolín egoísta para que el varón siga imponiendo sus preferencias sexuales (p. 75).

En relación a la edad y la masturbación, autores como Salvarezza (1996) defienden que en la medida en que los contactos sexuales se reducen por viudez o divorcio, las mujeres suelen retomar hábitos masturbatorios, como un intento de salida de la penosa frustración de sus deseos activos. Precisamente sobre estos deseos activos, Sviland (1978) explica que entre los 50 y 60 años, la mujer muy posiblemente desea tener más actividad sexual, especialmente porque a esa edad es cuando tiene más capacidad para disfrutar de orgasmos múltiples.

También en relación al orgasmo y la masturbación, Lerer (1995) sostiene que “la mayoría de las veces, las mujeres que se masturban alcanzan el orgasmo” (p. 79). La autora además, hace mención a Kinsey (1953) y Hite (1976), quienes aseguran que una mujer es mucho más orgásmica en sus relaciones en la medida en que se masturbó alguna vez, ya que durante la masturbación generalmente se encuentra sola por lo que no se siente presionada por ninguna circunstancia ajena a ella misma y puede gozar de sus sensaciones sin necesidad de estar pendiente de otra persona a la que deba complacer.

Por otra parte, en cuanto a los inconvenientes o problemáticas que presentaron los sujetos que participaron en esta investigación para expresar emociones y pensamientos respecto a una conducta o actividad sexual específica, puede decirse que es semejante a los resultados obtenidos por Bodán et. al (1981), quienes concluyen que los adultos mayores que participaron en su estudio no lograron expresar sentimientos respecto a deseos, fantasías y en general a su vida sexual activa.

No obstante, si comparamos esta situación con la actual, es significativo considerar que - más de 20 años después- la situación continúa con la misma problemática, es decir, que los adultos mayores siguen manteniendo ideas y creencias irracionales sobre el tipo de información que “socialmente pueden o deben” compartir respecto a su sexualidad, y especialmente en referencia a temas específicos tales como la masturbación, las fantasías sexuales y los tipos de sexo (especialmente el sexo oral y sexo anal).

Por otro lado, solamente 85 personas refirieron tener pareja en el momento en que se aplicó el cuestionario. En referencia a diferencias de edad, el 94% de las parejas de los hombres son menores que ellos, mientras que esto ocurre sólo en el 16% de las parejas de mujeres. De hecho, la mayoría de las mujeres tienen parejas que son mayores que ellas.

La población en su mayoría tiene más de 30 años de mantener la relación con su pareja, y sólo el 17% tiene menos de 10 años. Esto señala un aspecto muy favorable sobre la gratificación que les provee su relación de pareja, especialmente al considerar que sólo el 4.7% refirió que ha sido poco feliz durante el tiempo que ha estado con su pareja, mientras que el resto manifestó que ha sido muy feliz o feliz. Además, el 95% considera que la relación en todos los ámbitos podría considerarse como muy satisfactoria o satisfactoria, y sólo el 5% considera que ha sido poco o muy insatisfactoria (como puede notarse, el grado de felicidad y el grado de satisfacción sobre la relación de pareja se corresponden de forma exacta en los resultados obtenidos). Asimismo, más

del 90% de ellos refirieron que la relación con su pareja se mantiene debido a que existe entre ellos principalmente amor (92.9%) y estabilidad emocional (89.4%).

Por otro lado, es importante recordar que al consultar sobre lo que más disfruta hacer con su pareja, las tres opciones que fueron mayormente seleccionadas fueron: hablar o dialogar (54%), darse muestras de amor o cariño (53%) y recrearse juntos (55%). Al respecto, y considerando los resultados obtenidos sobre la “satisfacción en la relación de pareja” mencionados anteriormente, es notable la correspondencia de lo encontrado con esta investigación con lo que mencionan autores como Barón y Byrne (1998) respecto a que “para hombres y mujeres, la satisfacción está relacionada con el comportamiento que sugiere un amor de compañeros, compartir actividades, intercambiar ideas, reír juntos y trabajar juntos en proyectos” (p. 360).

Bonilla y Mata (1998) por su parte, sostienen que el número creciente de parejas de adultos mayores que se mantienen felices y vitales indica que es posible envejecer con satisfacción y que también es posible enriquecer el desarrollo de la intimidad. Agregan además que estas parejas de adultos mayores dan a su relación un gran significado emocional, por lo que “se vuelve fiel reflejo de la expresión e intimidad que han vivenciado”, y por lo tanto, “los cónyuges mayores necesitan sentirse valorados, apreciados y recibir muestras de ternura y gratitud para mantener su interés sexual, de lo contrario, aparecerá el desencanto que puede llevar a la impotencia, a la frigidez y a la falta de goce sexual” (p. 25, 31). Comfort (1991) defiende que “incluso en el caso de que la relación sexual quede dañada por la enfermedad, otras necesidades sexuales persisten, incluyendo la proximidad, la sensualidad y el ser valorado como hombre o como mujer” (p. 297).

En referencia al espacio y el ambiente que tienen los sujetos para estar con su pareja, puede decirse que los resultados son favorables aunque podrían ser mejores, ya que aunque el 62% dice tener un espacio totalmente adecuado, un 32% asegura que está bien pero podría ser mejor. Es importante considerar estos resultados, porque estudiosos como Massoni (1997)

defienden que un espacio o ambiente privado y sin inhibiciones permitirá a la pareja incrementar el grado de excitación, así como incrementar y fortalecer el contacto físico mutuo.

Por otro lado, en referencia a la relación con parejas ocasionales y parejas estables, fueron notables las diferencias entre hombres y mujeres, ya que casi el 60% del sexo masculino comentó que tuvo 3 o más parejas estables y el 78% comentó que tuvo 3 o más parejas ocasionales. Las mujeres, por el contrario se mostraron mucho más conservadoras, ya que más del 50% de ellas han tenido sólo una pareja estable durante su vida (en la mayoría de los casos es el esposo) y el 75% comentó que nunca tuvo una pareja ocasional.

Estos resultados pueden ser entendibles y hasta esperables al considerar los comentarios de algunos de los participantes respecto a que –de acuerdo al momento histórico en que se desarrollaron- los hombres gozaban de mayor libertad para propiciar y entablar relaciones con el sexo opuesto, y las mujeres por el contrario, tenían la presión y el mandato social de casarse y mantener una única pareja durante toda su vida. Incluso, algunos participantes comentaron que era muy mal visto que una mujer tuviese contacto sexual con más de un hombre, y por lo tanto, debía mantenerse virgen hasta el matrimonio.

Así, es posible reconocer que la cantidad de parejas estables y ocasionales que tienen hombres y mujeres a lo largo de su vida, tiene relación directa con estereotipos y mitos sobre los roles de género. Sólo para sustentar lo mencionado anteriormente, Briceño y Chacón (2001) defienden que uno de los mandatos que hace la sociedad a los hombres es ser mujeriegos, ya que “entre más mujeres tenga o invente que se tienen, más hombre se es, sin importar las emociones y sentimientos que pueden entrar en juego en las relaciones interpersonales”, asumiendo así que debe vivir una sexualidad separada del afecto (p. 18).

Por otro lado, Massoni (1997) continúa defendiendo que los hombres son más proclives a tener relaciones sexuales con compañeras casuales, sustentado en otros estudios que “confirman

la idea de que la mujer es más corporal y reacciona al tacto, la sensualidad y la ternura, mientras que el hombre es más genital y, por lo tanto, reacciona más a la atracción y a lo diverso” (p. 59).

D. Sobre lo contemplado en el objetivo 4

Sustentados en el enfoque de la Terapia Racional Emotivo Conductual, puede considerarse que en general, el sistema de creencias y pensamientos de los sujetos participantes es positivo o adaptativo, ya que la mayoría seleccionó las opciones de respuesta que se contemplan como creencias, pensamientos e ideas racionales respecto a diversos temas tales como los estilos o modalidades de contacto sexual, la calidad de la relación de pareja, el disfrute de la sexualidad y los cambios que experimenta ésta con la edad, entre muchos otros.

Además, la mayoría de los sujetos expresaron tener sentimientos de autoeficacia (evaluación que hace la persona sobre su capacidad o competencia para obtener logros, de acuerdo con Barón y Byrne, 1998) y satisfacción consigo mismos que definitivamente motivan su conducta hacia la realización de diversas actividades altamente productivas y efectivas para lograr una buena calidad de vida (lo que es muy positivo, considerando que existe un vínculo entre las cogniciones, las emociones y las conductas con la calidad de vida del sujeto).

Estas actitudes promueven el cumplimiento de metas y deseos de los sujetos, y les permiten reaccionar positivamente ante las distintas circunstancias que el medio ambiente les impone. En relación a esto, Barón y Byrne (1998) explican que posiblemente la actitud más importante que puede adoptar una persona es la actitud que tiene respecto a sí misma. Por tal razón, Amador et. al (2000) consideran que es necesario promover en el adulto mayor un autoconocimiento que le permita identificar sus fortalezas personales y acrecentar su autoimagen,

de forma que logre el bienestar con objetivos claros por los cuales luchar y con habilidad para enfrentar las dificultades que le acontezcan como si fueran retos y no como amenazas.

No obstante y aunque en un menor grado, también se presentaron casos de sujetos que mostraron sistemas de creencias rígidos y estereotipados respecto a algunas temáticas en particular, tales como la práctica de la masturbación o de la imaginación para obtener placer sexual, la práctica de distintos tipos de relaciones sexuales, el uso de artículos sexuales como vibradores o juguetes, entre muchos otros temas que serán ampliados posteriormente. Otros se mostraron algo retraídos y desconfiados, por lo que podría suponerse que algunas de sus respuestas pudieron estar mediadas por pensamientos irracionales sobre lo que es “socialmente aceptado o esperado” de acuerdo a su edad o a su sexo. Estos pensamientos se consideran irracionales porque no se corresponden con la realidad del sujeto, y porque implican una visión distorsionada de lo que le rodea o le acontece. Esto será desarrollado ampliamente a continuación.

Para dar inicio con el análisis correspondiente al objetivo 4, es importante retomar los resultados encontrados en la pregunta sobre la influencia que tienen los comportamientos o actitudes hacia la sexualidad, en donde el 84% (74% de los hombres y 87% de las mujeres) considera que están influenciados por creencias, pensamientos y percepciones. Esto evidencia que es certero considerar estos tres aspectos para explorar y comprender el patrón de comportamiento sexual de los adultos mayores.

No obstante, respecto a los resultados encontrados en esta pregunta, también es importante hacer notar que el porcentaje de mujeres que seleccionó esta opción fue mucho mayor que el de los hombres, al igual que en las opciones “nuestros comportamientos y actitudes están influenciados por experiencias pasadas” (64% de los hombres y 80% de las mujeres) y “nuestros comportamientos y actitudes están influenciados por lo que la familia dice que está bien o mal” (28% de los hombres y 45% de las mujeres).

Lo anterior nos remite nuevamente a lo que Hyde (1995) llama “diferencias psicológicas de género”, refiriéndose a la influencia que ejerce la sociedad, la cultura, la familia, los amigos y la pareja sobre la forma de pensar, actuar y sentir en hombres y mujeres de formas distintas. Posiblemente, un hombre “crea” que sus conductas o actitudes no están influenciadas por lo que dice la familia o por experiencias pasadas, pero –según Briceño y Chacón (2001)- hasta hace sólo algunos años es que ha sido posible develar importantes mandatos sociales del patriarcado que ha sido impuesto a ambos sexos y que ha imposibilitado que los hombres se percaten de situaciones que los ponen a ellos mismos y a sus parejas en desventajas entre sí. La mujer por su parte, como indica Hyde (1995) viene -desde mucho antes que el hombre- reconociendo y valorando las distintas formas en que se ha visto afectada por su entorno y por las desigualdades de género, por lo que posiblemente para ella sea más factible reconocer que la familia, las creencias y las experiencias pasadas influyen en los comportamientos y las actitudes.

Específicamente sobre las creencias, existen muchas que producen pensamientos extremadamente exigentes tales como “no debo masturbarme” o “no debo usar la imaginación porque no es adecuado” o “tengo que eliminar por completo la masturbación”, las cuales provocan consecuencias emocionales o sentimientos de culpa, autoreproche, o arrepentimiento (cada vez que se lleva a cabo el acto) o sentimientos de frustración, impotencia o ansiedad (en caso de suprimirse a sí mismo el llevar a cabo el acto). Esto ejemplifica lo que Ellis (1999) sostiene respecto a que las personas tienen ideas irracionales y filosofías de la vida que se mantienen dogmáticamente, produciendo perturbaciones emocionales, cognitivas y conductuales a lo largo de su vida.

Por tal razón, al mencionar durante la aplicación del cuestionario temas tales como la masturbación, el uso de juguetes y el uso de la imaginación, entre muchos otros; algunos de los participantes cambiaron su tono de voz o su postura. Pareciera que al solicitarles que se refieran a

estos aspectos, hacen intentos por estructurar sus ideas o pensamientos y clarificarse a sí mismos la información que compartirá al dar su respuesta.

Algunas personas incluso hicieron gestos y comentarios de desaprobación hacia algunas prácticas sexuales tales como el sexo anal o el sexo oral, e incluso comentaron que “a ciertas edades es vulgar hablar de este tipo de prácticas” (pensamiento radical extremo). Otros en cambio –y aunque no se cuenta con un número exacto de cuántos- se mostraron a favor, pero hacían importantes intentos por “justificar” el por qué de comentario o apreciación; en algunos casos buscando que la encuestadora le confirmara que compartía la misma opinión. Al respecto, Villalobos (1990) sostiene que “la sexualidad puede ser obstaculizada por una actitud mental negativa”, razón por la cual “los factores principales que entorpecen la intimidad sexual se encuentran en la mente y no necesariamente tienen su causa en el envejecimiento” (p. 6).

Lo anterior indica que en algunas personas, se mantiene un sistema de creencias que tiene consecuencias contraproducentes y autodestructivas, y que remiten a afirmaciones imperativas y exigentes que la persona se hace a sí misma. De ahí la necesidad de validar y valorar sus pensamientos con respecto a la opinión de la encuestadora, ya que –tal y como explica Ellis- los individuos clasifican, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos, es decir, en función del conjunto de experiencias que provienen de su interacción con el medio. Esto se corresponde con los supuestos de autores como Kinsey (1948) y Karacan (1969) quienes sostienen que los porcentajes de interés sexual y de respuesta sexual humana serían mucho más favorables a no ser por los estereotipos, mitos y prejuicios que existen en la sociedad.

Es posible entonces que un importante número de adultos no hablen abierta y sinceramente sobre su sexualidad, por temor a la desaprobación social o simplemente por considerar algunas prácticas como “malas” o “pecaminosas”. Esto tiene relación con lo que autores como Vidal y Alarcón (1986) y la O.P.S (1992), han mencionado respecto al

envejecimiento “sociogénico” o “de origen exógeno” que impone la sociedad a las personas que envejecen, y que ha generado mayor disconformidad y mayores problemáticas e inconvenientes en la calidad de vida de los adultos mayores y en la vivencia plena de su sexualidad.

Algo que ejemplifica muy claramente lo anterior es que no hay correspondencia entre la práctica que refirieron tener los sujetos respecto a la masturbación y el uso de fantasías sexuales y lo que creen o la forma en como conceptualizan ambos actos. Así, aunque el 84% de los sujetos dijo que no practica la masturbación, el 70% cree que “es un acto bueno o normal porque produce satisfacción y beneficios”. Asimismo, a pesar de que el 62% dijo que no usa las fantasías sexuales o la imaginación para obtener placer sexual, también el 64.5% cree que “es un acto bueno o normal porque produce satisfacción y beneficios”.

Al elegir los sujetos la opción “la masturbación es un acto bueno o normal porque produce satisfacción y beneficios”, podríamos suponer que los sentimientos o emociones derivados de este tipo de pensamiento adaptativo y racional son la satisfacción consigo mismo, bienestar, tranquilidad, e incluso alegría. No obstante –y como se mencionó anteriormente- los sentimientos o consecuencias emocionales derivados del pensamiento irracional radical a partir del cual se considera que “la masturbación es un acto malo o anormal porque conduce a actos inapropiados”, muy posiblemente sean la culpa, el auto reproche, la impotencia y la ansiedad.

No obstante, es cuestionable que si consideran la masturbación y el uso de la imaginación como algo bueno y normal, ¿por qué entonces refieren que no los practican?. Posiblemente se deba a una serie de pensamientos e ideas irracionales que manejan respecto a la práctica de estos actos en edades específicas. Puerto (2000) explica al respecto que “ha crecido el número de personas de la tercera edad que están a favor de que la sociedad reconozca la sexualidad en su edad, pero ellos no se identifican o incluyen”, es decir, ven bien la sexualidad reconocida para los adultos mayores, pero no para ellos mismos, aunque se encuentren en el mismo caso (p. 16).

También en este punto es importante tomar en cuenta el grado de honestidad de los sujetos en el momento de brindar la información, ya que en ocasiones la vergüenza y la desaprobación social limitan el relato o testimonio del sujeto.

Específicamente sobre el sexo femenino, Lerer (1995) dedicó un capítulo exclusivamente a los mitos existentes sobre la masturbación, en donde explica que creencias o suposiciones erróneas tales como que “las mujeres que se masturban son anormales” (pensamiento generalizado) o que “la masturbación deforma los genitales” (pensamiento poco científico); provocan sentimientos de culpa y hostilidad en las mujeres y les impide a vivir y experimentar una sexualidad más abierta y satisfactoria.

Por otro lado y en referencia a lo mencionado anteriormente, también es muy importante tomar en consideración el grado de religiosidad que refirieron tener los sujetos, ya que podría pensarse que la renuencia a hablar abierta y honestamente sobre algunas temáticas específicas y la mantenencia de creencias y pensamientos irracionales, pueden estar fuertemente mediados por las creencias religiosas, especialmente considerando que sólo el 12% -de un total de 141 personas que creen en una religión- refirieron tener un grado de religiosidad entre bajo y muy bajo, y que el 44% de los encuestados está de acuerdo en que “la religión dicta cómo debe vivirse la sexualidad” (pensamiento radical). Al respecto, Comfort (1991) sostiene que los adultos mayores son “religiosos” hasta un punto que los jóvenes no lo son, y afirma que en ellos la religión continúa siendo tan importante en la vejez como lo fue en sus años de juventud.

Además, debe considerarse que estos sujetos se desarrollaron en un momento o período histórico en el cual todavía la religión determinaba y dictaba –de forma rígida y sumamente estricta- las pautas de conducta en función de lo que era considerado bueno o malo, de forma que los métodos de planificación, la práctica de la masturbación, la infidelidad y el placer sexual (sólo por mencionar algunos ejemplos) eran y siguen siendo considerados como prácticas pecaminosas

o perversas. En relación a esto, Massoni (1997) defiende que el conocer más científicamente sobre el sexo y la sexualidad, es lo que posibilitará que el ser humano viva el sexo con naturalidad y no como un pecado, de forma que el control y la manipulación de las instituciones políticas, religiosas y sociales se debilitará poco a poco.

Sin embargo, desde ya podemos decir que el papel preponderante que tuvo la religión en otros momentos históricos ya no es tal, especialmente tomando en cuenta que la misma Iglesia Católica ha sufrido modificaciones y ha gestado nuevas “políticas” sobre algunos temas en referencia a la sexualidad. Por tal razón, es muy probable que los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes de hoy, experimenten una leve influencia de la religión sobre su comportamiento sexual, en comparación con el papel protagónico que tuvo en otras poblaciones que actualmente tienen 60 años o más. De hecho, Lerer (1995) sostiene que las convicciones religiosas se han ido flexibilizando, surgiendo así una corriente de desculpabilización.

Otro tema que fue particularmente relevante, fue el de la edad en la que generalmente fallece la mayor cantidad de personas, lo que resultó particularmente difícil de responder para la mayor parte de los participantes. Al respecto, Taylor (2004, en asesoría personal) comenta que esto puede deberse a que -de alguna u otra forma- responder esta pregunta acerca a los sujetos a una realidad que algunos prefieren obviar y que refiere a un hecho que para muchos es muy difícil de aceptar: la muerte. Incluso, algunos argumentaron que no conocían datos estadísticos que les permitiera responder adecuadamente, sin embargo, se les hacía hincapié en que lo que se consultaba era lo que cada uno creía y no un dato que pudiera ser científicamente comprobable.

No obstante y a pesar de la ansiedad o el temor que pueda despertar la muerte, fue notable que las respuestas de los sujetos respecto a sentimientos y cambios que surgen como resultado del envejecimiento, son muy positivos y evidencian estructuras de pensamiento adaptativos respecto a este proceso. Por ejemplo, el 89% de las personas se refirieron al sentimiento de “aceptación”

como el principal que “surge” ante los cambios físicos que se producen con el envejecimiento, seguido de los sentimientos de “autoreconocimiento” (44%) y amor (41%). Esto es importante, ya que si la persona tiene una actitud de aceptación ante estos cambios físicos, es más probable que acepte igualmente que se presenten modificaciones en la respuesta sexual de su cuerpo, lo que posibilitará que no abandone la actividad sexual ante determinado deterioro físico, sino que se brinde a sí mismo la posibilidad de indagar sobre medidas a tomar para continuar con su actividad normal.

Asimismo, la mayoría de la muestra –conformada por un 65.8%- cree que ser anciano depende de cómo se siente cada persona. Esto –como se mencionó anteriormente- podría indicar que para estos sujetos “la ancianidad no tiene que ver necesariamente con la edad, sino con la actitud que tenga cada persona ante la vida”, lo que posiblemente les genera sentimientos de tranquilidad, aceptación y armonía consigo mismos en relación con el proceso de envejecimiento. Esta forma de pensar es defendida por autores como Comfort (1991) quien sostiene que al margen de la decadencia física, la ancianidad es una actitud psicológica, de forma que cualquier persona de edad avanzada puede disfrutar de la vida con la misma plenitud que en su juventud o madurez.

Por otro lado, respecto a “lo que debería hacer una persona después de los 60 años”, el 91% seleccionó “buscar lo que le cause felicidad y placer”, el 88% seleccionó “participar en actividades recreativas” y el 87% seleccionó “continuar con su vida normal”. Sobre estos resultados (que pueden considerarse como pensamientos racionales que generan consecuencias emocionales de sosiego, tranquilidad, felicidad y placer), es necesario retomar lo que indica Ellis et. al (2002) respecto a que la palabra “debería”, al igual que “tendría que” o “debo” no siempre representan un imperativo (un dogma que obliga o un mandato) ya que también pueden ser utilizadas en forma de predicciones, consejos o frases condicionadas.

Es importante y necesario mencionar lo anterior, porque luego de descubrir y leer gran cantidad de pensamientos absolutistas y exigentes que acontecen en muchas situaciones, el lector podría creer erróneamente que las palabras “debería”, “tendría” o “debo” tienen siempre una connotación negativa desde el punto de vista de la TREC. Como medida preventiva, es aconsejable simplemente hacer la discriminación cada vez que se usan de si implican un mandato o una orden, o por el contrario implican un consejo o una frase condicional.

Por ejemplo, y continuando con los resultados obtenidos en la pregunta que se mencionó anteriormente, fue notable que más del 60% de los hombres opina que después de los 60 años, se generan cambios por los cuales una persona “debería vivir con otra persona para no estar solo” y “debería dedicar más tiempo a su familia”. Estos pensamientos absolutistas o exigentes pueden generar en muchos hombres emociones destructivas tales como ansiedad, impotencia, inutilidad y frustración, especialmente cuando se ven enfrentados a la realidad de vivir solos, ya sea por el fallecimiento de su pareja o por otras causas como divorcio o separación. Incluso, algunos hombres comentaron que la persona debería vivir con otra porque “un hombre no sabe hacer el oficio de una casa” (pensamiento generalizado), o simplemente porque “un hombre solo no sabe cómo vivir bien” (pensamiento catastrófico). Otros mencionaron que la persona debería dedicar más tiempo a su familia porque “a esta edad, no tiene nada mejor que hacer” (pensamiento muy negativo) o simplemente porque “al pensionarse le sobra el tiempo y uno pasa más con la familia”.

Sin embargo, este tipo de pensamientos también son comprensibles, especialmente considerando que la familia provee un vínculo afectivo muy necesario y gratificante, por lo que cuando no se cuenta con ella, es muy posible que la persona se perciba “desamparada” o como explica Ellis (1975), puede llegar a desarrollar trastornos tales como el auto desprecio y la auto desaprobación.

Por otro lado, otros autores como Hyde (1991) sostienen que “los hispanos tradicionales conceden un valor muy elevado a la lealtad familiar, y al cariño y a unas relaciones de apoyo mutuo, de manera que la familia y la comunidad resultan muy valiosas” (p. 219). No obstante, la autora sostiene que esta importancia que se le da a la familia provoca un estrés especialmente grave a las mujeres hispanas, ya que se espera que sean ellas quienes preserven a la familia y la cultura por medio de su permanencia en el hogar.

También es importante tomar en consideración la influencia que tiene la participación en programas como el que ofrece la Universidad de Costa Rica; en el origen y mantenimiento de pensamientos y creencias racionales que producen bienestar en los sujetos. Por lo tanto, es necesario hacer referencia nuevamente a lo que autores como Barrantes et. al (1998) y Corrales y Wong (2003), sostienen sobre los beneficios que brindan la práctica de actividades recreativas y la permanencia en programas dedicados a la población de adultos mayores. Entre dichos beneficios se recalcan la adaptación a los cambios y las pérdidas sociales en la vejez principalmente ante eventos como la viudez, la jubilación o la separación de los hijos del núcleo familiar; la interacción y creación de vínculos en grupos de pares; la satisfacción de necesidades de afecto, participación e identidad; el alivio ante situaciones de soledad, estrés, depresión y ansiedad que se producen como resultado de los cambios biopsicosociales; así como la realización de diversas actividades orientadas al desarrollo y mantenimiento de destrezas y habilidades manuales, artísticas, recreativas y/o ocupacionales, entre muchos otros.

En referencia a “la edad en la que la mayoría de las personas disfrutan plenamente de su sexualidad”, fue notable que el 51% de los sujetos seleccionó la opción “depende de cómo se siente cada persona” y solamente el 3% seleccionó “entre los 61 y 80 años”. Esto es relevante porque demuestra nuevamente que para estos sujetos lo que importa no es la edad que tienen, sino primordialmente la actitud que tengan ante distintos acontecimientos en su vida.

Lo anterior se confirma además con la pregunta en la cual el 86.5% de los encuestados refirió que “después de los 60 años, una persona debería continuar normalmente con la actividad sexual” (solamente el 10% dijo “disminuirla” y el 2% dijo “eliminarla por completo”). Este tipo de pensamientos generan consecuencias emocionales de amor, satisfacción, tranquilidad y sosiego; y permiten que hombres y mujeres continúen disfrutando y explorando su sexualidad.

En cuanto a las consideraciones sobre el uso del medicamento Viagra, es importante desatacar que la falta de información y el desconocimiento, pueden ser dos de los principales factores que generan creencias irracionales y como consecuencia sentimientos de ansiedad y frustración. Sólo para ejemplificar, el 12% de los encuestados cree que “el Viagra funciona para lograr que la eyaculación no se dé rápida y precipitadamente” y el 8% cree que “el Viagra funciona para lograr liberar la eyaculación”.

Aunque en el siguiente capítulo se brindará información científica sobre este medicamento, aquí es importante aclarar que el Viagra no funciona para evitar problemas de eyaculación precoz o problemas de eyaculación retardada. Siendo así y con el fin de ejemplificar, si un sujeto cree que el medicamento evitará la eyaculación precoz, pero luego de tomarlo continúa sufriendola, entonces podría dar origen a nuevas creencias irracionales, pero ahora no sobre el funcionamiento del medicamento, sino sobre el funcionamiento de sí mismo, con pensamientos tales como “soy yo el que no sirvo” (condenación), “no tengo remedio” (condenación) o “nunca voy a suerar este terrible problema” (pensamiento generalizado y catastrófico). Más adelante, se amplía otros datos sobre el uso de este medicamento.

Finalmente, respecto a los resultados encontrados en el cuadro de 30 ítems, en el cual se expusieron 15 oraciones que hacen referencia al conocimiento de mitos sobre la sexualidad y sobre la tercera edad, puede decirse que los resultados son favorables, ya que más del 70% de los encuestados se encuentra en un nivel medio o alto. Esto indica que un importante número de

adultos mayores (más del 70%) manejan información adecuada en aspectos varios sobre educación sexual y descartan falsas creencias que han afectado negativamente a ambos sexos durante generaciones, tales como “con la edad, la sexualidad se vuelve vergonzosa”, “la persona que no logra despertar el placer de su pareja o no logra obtener un orgasmo es un inútil”, “el hombre no debe manifestar sus sentimientos”, o “es vergonzoso comprar o adquirir algún elemento que tenga que ver con la práctica de relaciones sexuales”. Esta posición definitivamente favorece la equidad de género y posibilita el encuentro de una sexualidad plena y satisfactoria a través de las distintas generaciones.

Pero precisamente considerando las posibles diferencias generacionales, resulta importante valorar los resultados encontrados en la pregunta en la que se consultó lo que es necesario para mejorar la sexualidad en la vejez, donde –casualmente- también el 70% de los encuestados seleccionó la opción “no dejarse influir por los mitos o estereotipos”. En este caso en particular, la prueba de independencia determinó que existe asociación entre la variable y el grupo de edad, por lo que interesaría estudiar en futuras investigaciones el tipo de relación existente entre el mantenimiento o la destrucción de mitos y estereotipos y el grupo de edad de los sujetos.

Por otro lado, en referencia a aquellos mitos en los que entre el 30% y el 60% de los sujetos están de acuerdo con determinadas suposiciones o creencias que son consideradas por diversos autores como erróneas y perjudiciales, es importante valorar que refieren a momentos o circunstancias históricas que marcaron la vida de muchos –tales como la liberación femenina, el poder del patriarcado, así como el poder de la religión sobre la sexualidad- los cuales actualmente ya no tienen una influencia tan fuerte y significativa sobre poblaciones más jóvenes.

Por ejemplo, el que el 55% esté de acuerdo en que “el hombre siempre quiere tener sexo” (pensamiento generalizado), o que el 59% esté de acuerdo en que “la mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre” (pensamiento poco científico), podría

explicarse con argumentos de autores como Briceño y Chacón (2001), quienes sostienen que las sociedades patriarcales han promovido que sea el hombre quien delegue y determine sobre los encuentros sexuales, adoptando la mujer una posición pasiva y sumisa. Por otro lado, también sobre este punto es importante considerar que –según diversos autores como Hyde (1991)- es esperable cierto descenso en el deseo sexual de la mujer por los cambios hormonales que sufre su cuerpo durante el envejecimiento, aunque esto de ninguna forma debe verse como un determinante para la totalidad de las mujeres.

Por otro lado, la falsa creencia de que “una mujer debe mantener relaciones sexuales solamente con un hombre durante toda su vida” (pensamiento extremadamente exigente), la cual estuvo apoyada por el 40% de los encuestados, tiene también relación con la crianza de estos sujetos bajo el patriarcado, por medio del cual –según explica Lerer (1995)- “la castidad prenupcial era cuidada por el padre de la doncella con muchísimo esmero” por lo que las mujeres se mantenían durante toda su vida con una sola pareja sexual representada exclusivamente por el esposo, y agrega “hoy en día, con el conocimiento y el progreso, la pérdida de la virginidad suele ocurrir por amor” (p. 36).

Respecto al mito sobre el que “la menstruación impide hacer el amor” (pensamiento poco científico), el 38% se mostró de acuerdo. No obstante, Lerer (1995) sostiene que esta falsa creencia ha estado asociada a la idea de que la mujer está “enferma” durante los días de la menstruación, por lo que el hombre debe evitar cualquier “contagio” que pueda producirse. La autora aclara que la sensación de suciedad o impureza puede provocar consecuencias emocionales de repugnancia e intimidación, e incluso el tener contacto con la sangre puede ser considerado –por hombres y mujeres- de forma catastrófica como “algo monstruoso”. No obstante, en realidad desde el punto meramente fisiológico, no existe ningún inconveniente o limitación para mantener relaciones sexuales durante dicho período.

Finalmente, es necesario hacer referencia al mito de “las personas que tuvieron una vida sexual activa en su juventud, tienen una vida sexual activa en la actualidad” (pensamiento generalizado) en el que el 56% dijo estar de acuerdo. Al respecto, Villalobos (1990) explica que quien ha tenido experiencias positivas, posiblemente estará dispuesta a continuar viviendo y a satisfacer su vida sexual y afectiva durante la tercera edad, no obstante, hay adultos mayores que mantienen pensamientos estereotipados y exagerados tales como que “luego de determinada edad –y aunque hayan tenido una vida sexual activa en su juventud- no es adecuado continuar con la actividad sexual” (pensamiento muy negativo) por lo que la limitan o la abandonan por completo. Otros en cambio, tienden a generalizar los acontecimientos en la experiencia sexual, y consideran que “si nunca tuvieron una vida sexual satisfactoria en su juventud, mucho menos la tendrán durante la tercera edad” (pensamiento generalizado).

E. Sobre lo contemplado en el objetivo 5

Antes de iniciar con el análisis de los factores físicos y psicológicos que obstaculizan o limitan la sexualidad, es muy importante aclarar y sostener que ambos tipos de factores están íntimamente relacionados entre sí, y por lo tanto, el análisis que se realiza intenta ser lo más integrador posible.

Además, es importante recalcar que se mencionan datos referentes a alimentación, ejercicio físico, sentimientos y emociones ante el envejecimiento, realización de actividades productivas, establecimiento de vínculos y muchos otros, básicamente porque ha sido demostrado en diversos estudios que estos aspectos influyen directamente sobre el comportamiento sexual de los seres humanos. Por ejemplo, autores como Villalobos (1990) y Parreño et. al (1985, según cita Villalobos, 1990) sostienen que “los factores genéticos, la ausencia de actividad física y la dieta

pueden perjudicar la vida sexual”, además la persona mayor “necesita períodos más largos de estimulación, haber tenido una actitud positiva ante el sexo durante etapas anteriores de su vida y mantenerse sin alteraciones emocionales como la depresión, la tristeza, la sensación de inutilidad y otros” (p.9).

Considerando los factores psicológicos que podrían obstaculizar o limitar la sexualidad, puede decirse que se encontraron resultados muy positivos en algunas temáticas específicas tales como autoconcepto, consideraciones sobre la imagen corporal y la apariencia física y autoeficacia. No obstante, también se encontraron resultados que indican que existen pensamientos o ideas irracionales respecto a temáticas específicas tales como las razones o justificaciones por la que no se tiene pareja o actividad sexual.

Respecto a la apariencia física, fue particularmente relevante que ningún hombre dijo tener pensamientos negativos cuando piensa en su cuerpo, mientras que el 3% de las mujeres refirieron que sí los tienen. Por otro lado, mientras que solamente el 2.4% de los hombres dijo que le disgusta lo que ve cuando mira su cuerpo desnudo, el 14% de las mujeres seleccionó esta opción.

Barón y Byrne (1998) explican que las diferencias de género en la autopercepción son muy comunes, y de acuerdo con diversos autores, sostienen que en comparación con los hombres, las mujeres tienden a dar más importancia a su imagen corporal fundamentalmente porque desde la niñez perciben la “carga social” de lo que se espera de ellas. Hyde (1991) sostiene que a menudo “el valor de una mujer en su juventud se juzga por su apariencia, que puede declinar con la edad” (p. 166) y Lerer (1995) explica que la no aceptación de su propio cuerpo por parte de la mujer, influye negativamente incluso en el momento de gozar de relaciones sexuales satisfactorias, ya que la imagen corporal se relaciona estrechamente con la sexualidad.

Por otro lado, sobre los factores fisiológicos o físicos, los resultados demuestran que el realizar ejercicio físico de forma constante y mantener una buena alimentación promueve una

adecuada salud física y por lo tanto, puede considerarse que influye positivamente en la mantención de actividad sexual y en la prevención de enfermedades debilitantes o incapacitantes. No obstante, los resultados demuestran que también existen problemáticas en la respuesta sexual de algunos de los participantes o de sus parejas que deben ser consideradas y tratadas de forma seria y oportuna.

En referencia al autoconcepto, es notable que más del 70% de los encuestados se consideran felices, sociables, autosuficientes, realizados (porque han logrado cumplir sus metas) e inteligentes. Por el contrario, menos del 14% se consideran poco o nada sociables, dependientes de otros, tristes o deprimidos, inseguros, frustrados o poco inteligentes. Estos resultados demuestran que –en general- el autoconcepto que tienen los encuestados sobre sí mismos es muy bueno y bastante satisfactorio.

Sobre la imagen corporal, el 60% tiene pensamientos positivos cuando piensa en su cuerpo, y solamente el 11% comentó que le disgusta lo que ve cuando mira su cuerpo desnudo. Estos resultados son positivos, especialmente considerando lo que autores como Massoni (1997) mencionan respecto a que la imagen corporal estimula al cerebro a través de una percepción visual y global por lo que despierta respuestas que encienden el deseo sexual. Así, si los sujetos refieren que tienen pensamientos positivos sobre su imagen corporal, muy posiblemente tengan una actitud que les resulte favorable durante los encuentros sexuales.

Por otro lado, en referencia a la apariencia física, el 70% considera que siempre o casi siempre la apariencia física es muy importante en sus relaciones personales, y el 66% hace intentos por mejorar su apariencia física siempre o casi siempre. Además, sólo el 2% se considera menos atractivo en comparación con otras personas de su misma edad.

Precisamente sobre la apariencia física, es provechoso considerar los resultados obtenidos por Amador et. al (2000), quienes sostienen que el adulto mayor es conciente de la necesidad de

realizar diferentes actividades para cuidar la apariencia personal , y así mismo, la atracción física de su pareja. De hecho, lo que estos autores afirman resulta muy válido, especialmente considerando que el 66.5% de los encuestados en esta investigación comentaron que hacen esfuerzos por mejorar su apariencia física siempre o casi siempre.

Por otro lado, los resultados evidencian que existe una gran cantidad de hombres y mujeres que se ven afectados por la impotencia sexual (la principal problemática de los hombres) así como por la falta de lubricación (principal problemática de las mujeres).

Estos resultados se corresponden con los encontrados en estudios realizados por diversos autores, tales como Sviland (1978) quien publica un artículo en un libro de LoPiccolo y LoPiccolo (1978), en el cual sostiene que el hombre adulto mayor ve limitada su sexualidad primordialmente por factores de tipo físico, en tanto que la mujer adulta mayor tiene limitaciones en su sexualidad principalmente por factores culturales.

Respecto a este último punto, es importante considerar que la falta de lubricación en la mayoría de las mujeres no necesariamente tiene relación con problemas o deficiencias físicas – aunque no hay que obviar que con la edad se da un deterioro físico que dificulta la respuesta sexual- sino que pareciera tener más relación con una serie de mitos, estereotipos y falsas creencias sobre la respuesta sexual de la mujer que producen sentimientos de angustia y desesperación, así como con un importante detrimento de períodos de caricias o “preámbulo”.

Estos inconvenientes o factores culturales, afectan el sistema de creencias y valores del sexo femenino respecto a lo que puede o debe esperarse de la respuesta sexual de su cuerpo. Al respecto, resulta interesante que Masters y Johnson (1978) encontraron en un estudio que realizaron con mujeres mayores de 60 años, que en tres de ellas se observó repetidas veces la expansión y lubricación vaginal a pesar del adelgazamiento de las paredes vaginales y el

encogimiento de los labios mayores, y estas mujeres mantenían una actividad sexual regular una o dos veces por semana (Según cita Salvarezza, 1996).

En relación a esto, se ejemplifica que una mujer comentó durante la aplicación del cuestionario que con su ex marido no logró experimentar una sexualidad satisfactoria, ya que generalmente los encuentros sexuales eran súbitos y muy rápidos, por lo que “no le daba tiempo a su propio cuerpo de reaccionar” y por lo tanto no lubricaba. Las relaciones coitales eran incómodas y dolorosas, y finalmente “sólo el hombre disfrutaba”. Refirió sentirse culpable y algo “resentida” consigo misma, ya que durante 30 años mantuvo falsas creencias que crea la cultura, tales como que “sólo era importante que el hombre disfrutara” (pensamientos irracionales de absolutismo) y que “ella era la del problema porque era su cuerpo el que no reaccionaba” (pensamientos irracionales de culpabilidad). Luego de divorciarse y encontrar otra pareja a sus 64 años de vida, se impresionó al notar que con un adecuado preámbulo –consistente en caricias, besos y masajes- los problemas de lubricación disminuyeron significativamente y ahora reconoce lo que es un orgasmo por lo que actualmente su experiencia sexual es muy satisfactoria.

Otra mujer mencionó que ella ha notado una disminución de la lubricación con el paso de los años, y que sin embargo, ha solucionado este inconveniente utilizando lubricantes que adquiere en la farmacia. Sin embargo, aclaró que “no todas las mujeres se sienten bien comprando lubricantes, ya que muchas les da vergüenza y prefieren sufrir cuando tienen relaciones sexuales porque piensan que “si las ven comprando lubricantes es porque son viejas calientes” (etiquetas globales).

En referencia específicamente a la impotencia sexual, Comfort (1991) explica que la capacidad de erección no se pierde durante la vejez”, no obstante “puede resultar disminuida por ansiedad en la actuación, la medicación, el alcohol, la obesidad, la diabetes y la idea de que debe disminuir” con la edad (p. 105). Precisamente sobre las ideas o pensamientos que generan

ansiedad, el autor propone que el sujeto evalúe algo tan sencillo como que si logra y mantiene la erección durante el sueño o al masturbarse, puede asimismo hacerlo durante el acto sexual con su pareja. Posteriormente, el autor explica que la mitad de los hombres que dejan el sexo por creerse “demasiado viejos” no sufren de impotencia, y “muchos de la otra mitad que son impotentes” no tienen ningún problema real a nivel fisiológico.

Por el contrario, si el sujeto no logra la erección en ninguna de las situaciones descritas anteriormente (durante el sueño, la masturbación o el encuentro sexual con su pareja), entonces es recomendable que visite a un especialista y determine cualquier problemática a nivel fisiológico en su cuerpo, la cual puede ser aminorada o eliminada con medicamentos creados específicamente para combatir problemas de disfunción eréctil, tales como el Viagra.

Precisamente, respecto al uso de dicho medicamento, puede suponerse que en algunos casos el no utilizarlo parece estar sostenido en pensamientos irracionales tales como que la persona podría morir o que su salud podría verse afectada. Por ejemplo, uno de los participantes mencionó que “siente miedo de probar el Viagra ya que escuchó que los hombres empiezan a tener enfermedades cardíacas al tomarlo” (pensamiento poco científico). El temor o miedo que le provoca morir o enfermar, lo lleva a desestimar la posibilidad de tener una mejoría en la calidad de su vida sexual. Esto demuestra que es necesario brindar más y mejor información de carácter formal y científico, evitando que se sostengan falsas creencias respecto a los tratamientos existentes contra la impotencia.

Viagra es el nombre comercial que dio la empresa farmacéutica Pfizer al medicamento compuesto por citrato de sildenafil, el cual está indicado para el tratamiento de trastornos de la erección, es decir, para combatir la disfunción eréctil. Entre sus contraindicaciones se encuentra el uso en pacientes con hipersensibilidad a los componentes del medicamento y pacientes que padecen de presión alta (Diccionario de Especialidades Médicas, 1999). El no considerar dichas

contraindicaciones y la siempre riesgosa automedicación son dos de los principales inconvenientes que han provocado problemas cardíacos o problemas en la presión sanguínea, y pueden ser considerados como los dos de los aspectos primordiales que han generado especulaciones y falsas creencias sobre el uso y los efectos de dicho medicamento.

Retomando lo comentado por el participante que dijo tener miedo de usar Viagra porque “ha escuchado” de casos en los que los sujetos empezaron a tener enfermedades cardíacas al tomarlo, es necesario considerar que no existe riesgos de afecciones cardíacas en pacientes sanos. No obstante, en pacientes hipertensos, el uso de Viagra es riesgoso especialmente porque “la excitación sexual produce un aumento de la presión sanguínea y el corazón acelera su ritmo produciendo tensión adicional sobre el sistema cardiovascular”, sin que esto determine que el paciente hipertenso deba suspender su actividad sexual por completo (Villalobos, 1990).

Otro aspecto importante de considerar respecto a las contraindicaciones del Viagra en pacientes hipertensos es que tiene un efecto potencializador en nitratos, los cuales son componentes de medicamentos para combatir la hipertensión (Diccionario de Especialidades Médicas, 1999). Esto significa que el paciente podría sufrir una descomposición por una baja muy significativa en su presión sanguínea.

Por otro lado, respecto al uso del lubricante –el cual podría lograr disminuir o eliminar por completo la principal problemática evidenciada en las mujeres- algunos hombres comentaron que es “decisión” de la mujer usarlo o no y que es ella quien “debe administrarlo”. Este pensamiento podría estar generando que gran cantidad de personas no utilicen algún lubricante por considerar que es un artículo de uso exclusivo de la mujer, y está muy arraigado a la falsa creencia de que es la mujer quien debe proporcionar la lubricación durante la relación sexual coital (no se visualiza como un proceso de pareja).

Este es un perfecto ejemplo de lo mencionado por Pérez y Zapparoli (1994), respecto a la forma en como se crean manifestaciones machistas que influyen en la mentalidad y la conducta social, manteniendo y reforzando mitos en torno a la sexualidad. Para eliminar estas manifestaciones machistas, los hombres pueden acordar con sus parejas el uso del lubricante y no “esperar” a que sea la mujer quien disponga si se usa o no. Al igual que el uso del preservativo, el uso del lubricante debe ser “usado y administrado” tanto por hombres como por mujeres, acordando con la pareja lo que es más beneficioso y gratificante para ambos.

Pero no solamente es necesario considerar la utilización de algún artículo, medicamento o aparato que disminuya o elimine los problemas de impotencia sexual y de falta de lubricación. También es importante recordar, como lo explican autores como Johnson et. al (1982), que la fisiología de la respuesta sexual se ve afectada con la edad por lo que los adultos mayores requieren de períodos más largos y de una estimulación genital más directa que las personas de menos edad, ya que sufren un deterioro en las glándulas sexuales.

Sin embargo, considerar este aspecto está directamente relacionado con lo que cada persona “espera” de sí mismo y de la respuesta sexual de su cuerpo, de forma que si no concibe y mantiene pensamientos positivos respecto a lo que le acontece, posiblemente su problemática no sea solucionada o aminorada nunca.

Por ejemplo, si un hombre considera que la erección debe darse rápidamente y ésta no es la respuesta sexual de su cuerpo, posiblemente las emociones resultantes tengan que ver con ansiedad y frustración, lo que potencialmente se constituirá en una conducta de tipo “asexual”. Por el contrario, si ambos miembros de la pareja consideran que es normal que sus cuerpos requieran de más tiempo para responder adecuadamente, muy posiblemente logren obtener una respuesta positiva y gratificante en sus encuentros sexuales.

Sin embargo, como señalan Masters, Johnson y Kolodny (1978), es necesario valorar la importancia que el temor por el desempeño tiene en la finalización de la actividad sexual del hombre, por lo que muchos de ellos malinterpretan el tener que tomar más tiempo para la estimulación que se produce por el envejecimiento y lo consideran como una señal de impotencia. Así, los autores explican que esto lleva luego a que tenga temor a exponerse a nuevas experiencias frustrantes y se crean diversas racionalizaciones, en las que finalmente el hombre termina por creer que “ya no es apto para mantener ningún tipo de actividad sexual”.

Por tal razón, es importante recordar que el mal funcionamiento sexual requiere –en acuerdo con Masters y Johnson (1970)- de la utilización eficaz de los métodos de enseñanza directa, del entrenamiento y la asignación de actividades o tareas personales, que pueden trabajarse efectivamente por medio de terapia racional emotivo conductual.

Está claro que a través de sistemas de creencias tan rígidos y estereotipados y de una serie de imposiciones que se hacen los sujetos respecto a lo que es esperable o adecuado socialmente, puede mantenerse una misma problemática sexual por años, e incluso durante toda la vida. Por ejemplo, Ellis (1981) sostiene que hay muchas mujeres que permiten ser explotadas sexual y emocionalmente al no compartir ni evidenciar deseos y sentimientos destructivos que surgen como resultado de encuentros sexuales muy insatisfactorios y de una cultura predominantemente machista.

Por otro lado, y a pesar de las problemáticas en la respuesta sexual del cuerpo de los sujetos encuestados, los resultados que se presentan en el apartado sobre los aspectos físicos o fisiológicos y que se retoman en este análisis por razones obvias, son particularmente significativos. Recordemos que solamente 39 personas de la muestra dijeron que requieren de alguna ayuda de otra persona para realizar la mayoría de las actividades y el resto de la muestra

refiere que no necesita ninguna ayuda. Además, el 92.3% de la población refiere que se alimenta bien y el 86.5% comentó que realiza ejercicio físico.

En otro punto, aunque el 64.5% de la muestra dijo padecer alguna enfermedad, es notable que ninguna de las que mencionaron puede ser considerada como extremadamente debilitante o incapacitante. Estos datos son significativos especialmente tomando en consideración la opinión de autores tales como Salvarezza (1996) quien luego de sistematizar una serie de relevantes y concienzudos estudios sobre la sexualidad del adulto mayor, determina que no hay ninguna causa para que un sujeto, en un razonable buen estado de salud general, no pueda continuar experimentando deseos sexuales y ejercitando su función genital hasta estadios de edad muy avanzados. El autor sostiene que la posibilidad de que esto ocurra efectivamente está en relación directa con la actitud que el sujeto haya tenido para con su sexualidad a lo largo de toda su vida, por lo que aquellos que han sabido gozar de ella, convirtiéndola en fuente de placer en el goce compartido y de autoafirmación de su identidad deseante -más allá de los tabúes, prejuicios e imposiciones socioculturales- son los que se mantienen activos durante más tiempo; en cambio los que han actuado con temor, repugnancia o rechazo son los que justifican “la edad” para retirarse de una vida sexualmente activa.

Por lo tanto, es importante considerar que si los sujetos gozan en general de condiciones de salud y alimentación bastante favorables, el que no más del 42% de ellos mantenga relaciones sexuales podría estar relacionado no con problemas o inconvenientes a nivel físico o fisiológico, sino más bien con problemáticas y conflictivas a nivel psicológico o una carencia de espacios que eduquen su afectividad y sexualidad. Por tal razón, autores como Puerto (2000) –por ejemplo- defienden que las falsas creencias y los mitos, “tienen su origen en la falta de un estudio científico de la sexualidad y en la ausencia generalizada de una sana educación e información sexual” y agrega “cuando la falta de educación y las falsas creencias se unen, los efectos perniciosos que se

derivan de ello son graves para jóvenes, pero muy especialmente para las personas longevas” (p. 13).

Recordemos por ejemplo que hubo personas –en el primer contacto telefónico- que decidieron no participar en la investigación alegando que –debido al envejecimiento de su cuerpo- “ya no tienen edad para el sexo”, cuando autores como Masters y Johnson (1966) sostienen que “el rendimiento sexual depende mucho más de la oportunidad de expresión sexual regular y activa y de la salud física y mental que de los desequilibrios hormonales” (Según cita Hyde, 1991, p. 290).

Sin embargo, por otra parte también es necesario tomar en consideración que de un total de 100 personas que refirieron tener alguna enfermedad, el 42% mencionó la hipertensión, la cual es precisamente una de las principales enfermedades que provocan inconvenientes en la respuesta sexual humana, especialmente por los efectos secundarios que producen los medicamentos para combatirla. Autores como Villalobos (1990) sostienen que “los antihistamínicos, los antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresores, drogas cardíacas y algunos diuréticos,..., provocan impotencia y disfunción sexual” (p. 12). Por otro lado, es importante recordar que en todos los casos de sujetos hipertensos el uso del medicamento Viagra está contraindicado.

Además, del total de 100 personas que mencionaron tener alguna enfermedad, el 10% padece diabetes, la cual es también una de las causas de la disfunción eréctil debido a que acarrea grandes daños a todo el sistema de vasos sanguíneos (Gómez y colaboradores, 1983).

Por otro lado, respecto a las distintas razones que dieron los sujetos sobre el por qué no tienen pareja y/o actividad sexual, es conveniente hacer una diferenciación entre las razones que podrían ser consideradas como racionales y las que son totalmente irracionales.

En referencia específicamente a las razones por las que no tienen pareja, pueden considerarse las siguientes como racionales: es viudo (a), prefiere estar solo, no le interesa o no quiere y no ha encontrado una nueva pareja. Lamentablemente no fue posible extender un poco

más las razones de tipo “no quiere o no le interesa” o “prefiere estar solo”, porque obviamente el querer o preferir son sentimientos que tienen relación directa con pensamientos que pueden ser racionales o irracionales. Sin embargo, los sujetos no se extendieron más en la información que proporcionaron.

Específicamente sobre el estado de viudez, es necesario considerar que “diferentes estudios identifican consistentemente la pérdida de un ser amado como el evento más doloroso, que produce mayor tensión, y por ser un estresor tan fuerte, aumenta el riesgo de enfermedad física y mental” (Villalobos, 1998, p. 35).

En el caso de las mujeres y considerando que el 32% de las que participaron en la presente investigación son viudas, Villalobos (1998) considera que “la muerte de un esposo es también la de un compañero, amigo, amante, proveedor, protector, ..., por lo que su partida puede significar la terminación de todo un estilo de vida” (p. 37). Comfort (1991) opina además que la vejez y la sociedad imponen cargas a la mujer, ya que mientras que los hombres de cualquier edad pueden iniciar una nueva relación de pareja, las mujeres adultas mayores están sometidas a un “boicot sexual”, obviándose así que la necesidad y la capacidad sexuales son para toda la vida.

Por otro lado, hubo dos personas que mencionaron que la razón por la que no tienen pareja es porque “no tienen una edad adecuada” y una persona mencionó que es “por miedo o temor” (posiblemente por experiencias pasadas que no fueron gratificantes). Estas razones obstaculizan el formalizar una nueva relación de pareja, y pueden ser tratadas para que el sujeto logre reconocer sentimientos y emociones destructivos que surgen como resultado de pensamientos irracionales.

Considerar que no se tiene una edad adecuada o apropiada, es la misma razón por la que otro grupo de sujetos dijo no tener actividad sexual. Otras razones que se mencionaron fueron: porque se tiene una enfermedad debilitante o una incapacidad física, no quiere tener contacto

sexual con nadie y no tiene una buena relación de pareja. Una mujer mencionó que no tiene actividad sexual por la impotencia sexual de su pareja.

Considerando todo lo descrito anteriormente, es importante aclarar que prácticamente todas las problemáticas tanto de hombres como de mujeres que limitan u obstaculizan su experiencia sexual satisfactoria, pueden encontrar solución a través de distintos métodos, unos más sencillos que otros, pero que pueden resultar igual de beneficiosos. Las soluciones van desde algo tan sencillo como comprar un lubricante en la farmacia, hasta asistir a un centro de ayuda terapéutica donde pueda recibir información y tratamientos adecuados para cada problemática. Sin embargo, antes de dar cualquier paso, debe primero existir una reestructuración de pensamientos e ideas irracionales, y de sistemas de creencias culturales que se heredan de generación en generación y pueden llegar a causar un serio deterioro físico y emocional.

Existen muchas problemáticas o inconvenientes que pueden encontrar solución en la reestructuración de pensamientos irracionales que no se corresponden con una realidad mucho más gratificante y satisfactoria que podría vivir cada uno de estos sujetos. Incluso, para quien mencionó la enfermedad debilitante o incapacidad física, podrían existir alternativas para continuar con la actividad sexual sin que necesariamente deba concebirse el que el encuentro sexual esté determinado por si se da o no la relación sexual genital o sexo coital.

CAPÍTULO VII

Conclusiones y recomendaciones

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones, las cuales están sustentadas primordialmente en los fundamentos de la Terapia Racional Emotivo Conductual con los que se realizó la interpretación de los resultados.

A. Conclusiones

1. La población encuestada tiene características muy particulares en cuanto a las actividades que realizan, el nivel de educación, así como en relación a sus intereses y necesidades. En definitiva, es una población que no puede ni debe ser comparada con la población general de adultos mayores costarricenses, ya que muchos de éstos permanecen aislados en sus hogares, no cuentan con los mismos niveles educativos ni con el grado de información que tienen los adultos encuestados, no realizan actividades deportivas o recreativas con la misma regularidad que lo hace la población encuestada, y posiblemente no tienen la disposición que tienen muchas personas que asisten al Programa para el Adulto Mayor, quienes consideran “normal” tener contacto con estudiantes y participar en investigaciones que se realizan en la universidad.
2. Definitivamente, la participación de adultos mayores en los distintos cursos que ofrece el Programa para el Adulto Mayor resulta ser sumamente positiva, ya que les provee de un espacio y una razón (ya sea la recreación o el estudio) para mantener un contacto activo y permanente con grupos de pares, además de proporcionar las herramientas y los espacios para

mantenerse intelectual y cognitivamente activos. Se considera muy significativo e importante el que existan programas como éste que brindan a los adultos mayores la posibilidad de participar activamente y desarrollarse no solamente en el plano social sino también en el intelectual, lo que obviamente favorece la calidad de vida de estas personas.

3. El que participaran más mujeres que hombres en la investigación tiene tres justificaciones básicas: primeramente, es importante tomar en consideración que –de acuerdo con la información proporcionada por el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor- durante el año 2004 el 84% de quienes conformaron el programa fueron mujeres, en comparación con apenas 16% de hombres. En segundo lugar, se debe tomar en cuenta lo que diversos estudios sostienen y han demostrado respecto a un proceso de socialización que ha promovido el que las mujeres sean menos propensas a quedarse aisladas socialmente al relacionarse más con la familia y los amigos en la vejez. Y finalmente, se debe considerar además que diversos estudios estadísticos y censos de población han demostrado -no sólo en nuestro país sino a nivel mundial- que la población de adultos mayores la forman sobre todo mujeres, ya que su esperanza de vida es mayor que la de los hombres y al enviudar, la familia y los amigos propician y apoyan su participación en diversas actividades recreativas y sociales.
4. En su mayoría, la muestra encuestada está constituida por hombres y mujeres que se consideran felices, sociables, autosuficientes y que se sienten bien consigo mismos. Además, se mantienen bastante activos; ya que la mayoría estudia, se recrea y realiza ejercicio físico en forma constante; lo que les permite mantener contacto con otras personas de su misma edad. Esto les genera una importante estabilidad emocional y mucha gratificación social.

5. La mayoría de estas personas realiza actividades que son de su agrado y que les proporciona satisfacción, lo que posibilita la concepción y el mantenimiento de pensamientos, conductas y emociones positivas. Además, en general los sujetos presentan un adecuado sentido de autoeficacia, mantienen adecuadas relaciones sociales y vínculos afectivos, y realizan actividades productivas que les genera un adecuado funcionamiento cognitivo y emocional. Además, favorablemente ninguno de los participantes padece algún tipo de enfermedad psicológica diagnosticada.

6. Los resultados sobre el nivel educativo evidencian que la población encuestada cuenta con un nivel de educación alto, ya que sólo el 28% tiene un grado académico por debajo de secundaria completa. Por tal razón, es importante considerar que debido a este nivel educativo, es posible que los sujetos encuestados tengan un mayor y mejor grado de información sobre sexualidad y han contado con más oportunidades para informarse de forma real, formal y científica, en comparación con muchos adultos mayores que no cuentan con un nivel educativo alto.

7. El 90% de los adultos mayores considera que contar con el apoyo de su familia es importante o muy importante. Igualmente, aunque en menor grado comparado con el dato anterior, contar con el apoyo de los amigos es muy importante o importante para el 76% de los encuestados. Esto demuestra que la familia y los amigos constituyen dos grupos o redes de apoyo significativos para los adultos mayores, por lo que es necesario potencializar y propiciar estas relaciones.

8. En referencia a la religión que profesan y el grado de religiosidad que refieren tener, podría considerarse que la renuencia de los sujetos a hablar abierta y honestamente sobre algunas temáticas específicas y el mantenimiento de creencias y pensamientos irracionales, pueden estar fuertemente mediados por las creencias religiosas y pensamientos condenatorios, ya que los sujetos encuestados se desarrollaron en un período histórico en el cual la religión tenía un papel preponderante en la sociedad, enjuiciando y reprimiendo ciertas prácticas o comportamientos sexuales. Es importante tomar este argumento en consideración, en especial porque 129 personas (91% de la muestra) refirieron creer en una religión específica, de las cuales, el 91% cree en la religión católica.

9. Específicamente, en referencia a la práctica de ejercicio físico, puede concluirse que los sujetos se mantienen bastante activos, ya que 134 personas (el 86.5% de la muestra) realiza ejercicio, y el 40% de ellas lo realiza todos los días. Esta actividad física demuestra que estas personas no solamente están interesadas en su salud mental y emocional, sino que también están interesadas en su salud física y muy posiblemente en la prevención de enfermedades debilitantes o incapacitantes.

10. Respecto al trabajo y al goce de pensión, solamente 27 personas (17% de la muestra) trabajan, y el 44% de ellos refiere que la principal razón por la que lo hace es porque se ve obligado o debe hacerlo. Por otro lado, 112 personas refirieron estar pensionadas. En este punto es importante concluir que aunque el trabajo contribuye a que las personas se sientan útiles y productivas, este grupo de adultos mayores parece sentirse igualmente útiles y productivos en otro tipo de actividades como las que ofrece el Programa Integral para el Adulto Mayor. Lo

que sí parece importante es el contar con un ingreso económico de forma autónoma, para así “no depender de otros”, como mencionaron algunos participantes.

11. Mantener una buena higiene y apariencia física, realizar ejercicio físico continuamente, promover actividades en pro de la salud mental, mantener una alimentación nutritiva y balanceada y contar con un espacio adecuado para vivir; son condiciones básicas que previenen la aparición de enfermedades o dolencias, y por lo tanto, incrementan el bienestar y una buena calidad de vida. Al gozar de buena salud física y mental, cada adulto mayor tendrá mayores oportunidades para continuar normalmente con la actividad sexual y afrontar de forma asertiva cualquier inconveniente o dificultad que pueda surgir. Por tal razón, se concluye que el estilo de vida que adopte el adulto mayor, definirá en gran parte el que goce de buena salud física y mental.

12. En general, la actividad sexual que practican estas personas refiere más a contactos físicos como caricias, besos, y contactos gestuales tales como miradas de afecto y gestos de ternura. Del total de sujetos participantes, sólo el 55% tiene pareja y solamente el 40% mantiene relaciones sexuales coitales. Sin embargo, estas personas refieren sentirse satisfechos con la forma en como han vivido su sexualidad y con la relación de pareja que mantienen. No obstante, esto evidencia que aunque el medio ambiente de los sujetos evaluados presenta una serie de estímulos culturales, sociales, emocionales y físicos que favorecen significativamente los resultados encontrados y fomentan que estas personas mantengan una actitud positiva ante distintos acontecimientos de su vida, está claro que es necesario trabajar más sobre investigaciones y estudios que posibiliten mejoras en la actividad sexual de los adultos mayores.

13. Los adultos mayores requieren de más apoyo para realizar modificaciones que invaliden poco a poco el envejecimiento “sociogénico” y así su patrón de comportamiento sexual esté conformado por más y mejores experiencias sexuales. Por tal razón, y considerando que el envejecimiento sociogénico se mantiene y se consolida por medio de sistemas de creencias que provocan pensamientos e ideas irracionales sobre la realidad de cada sujeto, se concluye como imperantemente necesario estudiar las cogniciones que afectan las emociones y las conductas sobre la sexualidad.

14. Una buena comunicación entre ambos miembros de la pareja es básica para conocer y entender lo que acontece en la relación, y asegura la comprensión y el entendimiento mutuo, especialmente cuando se presentan cambios o modificaciones en la respuesta sexual del cuerpo de cualquiera de los miembros o ambos. Aunque no se tiene un dato exacto, muchos de quienes aseguraron que han vivido satisfactoriamente su sexualidad comentaron que mantienen una comunicación muy abierta y sincera con su pareja, de forma que reconocen y entienden con mucha claridad las necesidades, los gustos y los intereses tanto de su pareja como de sí mismos. Por otra parte, también es importante recordar que el 87% de los encuestados considera que una de las principales causas por las que se da la infidelidad es porque “hay mala comunicación en la pareja”.

15. La apariencia y la atracción física parecen ser dos elementos fundamentales en la escogencia y mantención de una pareja, por lo que es muy importante que los adultos mayores –y en general todas las poblaciones sin distinción de edad- tomen en consideración aspectos tales como el cuidado bucal, el baño diario, el arreglo del cabello, la limpieza y el tipo de la ropa, el cuidado y la higiene de las uñas y la piel, la dieta y alimentación balanceada y nutritiva, entre

muchos otros. En definitiva, la apariencia y el estado físico tienen efectos negativos o positivos en el tipo de actividades que realicen los sujetos, en su autoimagen y autoconcepto y en la forma en como cada uno conciba cada nueva etapa del ciclo vital, por lo que es sumamente importante tomarlos en consideración.

16. Fue posible reconocer criterios específicos a partir de los cuales podrán surgir nuevos estudios y reformulaciones en los programas de atención de la sexualidad del adulto mayor. Sin embargo, lo primordial de esta tarea es comprender que cualquier esfuerzo por brindar ayuda y orientación a la población debe estar totalmente focalizado en la realidad de los datos que los mismos participantes proporcionan sobre sí mismos y su sexualidad.
17. Aunque no fue posible realizar pruebas para valorar diferencias significativas entre los sexos o entre grupos de edades, debido al tipo de selección que se hizo de la muestra; sí fue posible valorar una serie de asociaciones entre variables que podrían generar datos muy detallados e importantes si se consideran en futuras investigaciones sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres en diferentes grupos de edad.
18. Es definitivo que el estudio de la sexualidad humana debe abarcar los campos de la socialización, la cultura, la psicología y la constitución fisiológica de los sujetos en estudio, ya que cualquier de éstos pueden afectar positiva o negativamente el comportamiento sexual del adulto mayor, así como la actitud y la disposición ante variadas circunstancias de su vida. Esto permitirá obtener una visión y comprensión más integrada y comprometida con la realidad.

19. Es necesario considerar el tratamiento racional emotivo y conductual de las dificultades sexuales -y en general de todo los aspectos referentes a la sexualidad-, ya que este método utiliza un enfoque amplio y mutuamente interconectado que posibilita que cada sujeto pueda encontrar de forma certera y segura el apoyo y la mejora significativa en su patrón de comportamiento sexual; buscando y logrando así destruir mitos, estereotipos y dogmas autodestructivos, que imposibilitan una actitud abierta y llena de experiencias. Si se quiere generar un cambio realmente significativo en el patrón de comportamiento sexual, es necesario considerar que cada reacción cognitiva, conductual y emocional de un sujeto en particular, están fuertemente arraigadas a su historia personal y cultural, a sus recuerdos y a las experiencias pasadas. Por lo tanto, no se trata solamente de hablar acerca de las formas en cómo puede mejorarse la sexualidad, o los tipos de contacto sexual que existen o cualquier otro tema en particular.
20. Muchas personas –y esto no solamente aplica para el caso de los adultos mayores- nunca se han preguntado a sí mismos qué tipo de pensamientos tienen con respecto a su pareja, qué tipo de pensamientos tienen sobre su propio cuerpo, o por ejemplo qué tipo de ideas les surgen cuando están haciendo el amor, y muchas otras preguntas que poco a poco revelarán el origen de muchas problemáticas que se reproducen durante años. El que cada persona reflexione y debata sobre sus sistemas de creencias, posibilitará y potenciará una mayor asertividad sexual. Sin embargo, esto no implica que sean únicamente los adultos mayores quienes deban realizar cambios para lograr que su sexualidad sea gratificante y placentera, sino que implica una verdadera transformación social que acabe con falsas ideas y creencias respecto a cuál debe ser el comportamiento sexual de las personas después de los 60 años, y de la población en general.

21. Debe imponerse un cambio de mentalidad, que podría llevarnos a vivir la sexualidad de una forma más condescendiente y acorde con lo que realmente cada hombre y mujer desea y necesita. Es enseñar y descubrir un proceso de auto elección en el que cada quien aprehende realmente lo que es satisfactorio y beneficioso para sí mismo. Sin embargo, este cambio de mentalidad implica una reestructuración paulatina de lo que a través de generaciones se ha considerado como aceptable o inaceptable respecto a la sexualidad en determinados grupos de edad, e incluye una cuota de entrega real y sincera a un nuevo conocimiento del ser y el placer.

22. Finalmente, se concluye que el proceso de transición demográfica que estamos viviendo actualmente, nos obliga a realizar importantes modificaciones en todos los aspectos que puedan considerarse, y la sexualidad definitivamente es uno de ellos, especialmente por las implicaciones que tiene sobre la salud física y mental de hombres y mujeres por igual, sin importar grupos de edad.

23. Todo lo que desde la psicología y desde otras disciplinas, podamos hacer para mejorar la calidad de vida y la sexualidad de los adultos mayores, tendrá consecuencias positivas no solamente en esta población, sino también en todas las generaciones venideras. En este punto en particular, la psicología y demás ciencias sociales y de la salud, tienen el encargo de fomentar y potencializar los cambios requeridos, a través de estudios e investigaciones cada vez más minuciosos y comprometidos con la población de adultos mayores.

B. Recomendaciones

1. Aunque la prueba de independencia se invalidó en la mayoría de las tablas debido a que presentan más del 20% de las celdas que las conforman con menos de 5 casos, se recomienda tomar en consideración todas aquellas variables en las que se determinó que existe asociación, ya que al profundizar estas temáticas en otros estudios y por medio de otras pruebas estadísticas, podría determinarse si existen diferencias significativas entre los sexos o entre grupos de edad; lo que a representaría un aporte muy valioso a considerar en tratamientos, clases, charlas o conferencias que se brinden en pro de mejoras en el patrón de comportamiento sexual de hombres y mujeres de distintos grupos de edad.
2. Recomendaciones específicas para la realización de futuras investigaciones sobre sexualidad en la población de adultos mayores:
 - Informar de antemano a los sujetos sobre la diversidad de temas que serán abordados en la investigación, ya que –como se comprobó en este estudio- aclarar esto desde el primer contacto es la clave para que muchas personas tomen la decisión de participar y brinden así la información que sea requerida.
 - Realizar entrevistas a profundidad sobre temas específicos en los que se considera que es necesario propiciar mayor apertura y lograr así un mayor grado de confianza del participante para que comparta la información solicitada de la forma más sincera y honesta posible. Esto se recomienda en temas tales como el significado de la palabra sexo y de la palabra sexualidad, los tipos de relaciones sexuales, el uso de medicamentos como el Viagra, el uso de juguetes o artículos sexuales, el uso del lubricante, el uso de la imaginación para obtener placer sexual,

homosexualismo y la práctica de la masturbación. Esta recomendación surge porque a pesar de que estos temas fueron tratados en el presente estudio, se considera que con un cuestionario estructurado, los sujetos pueden mostrar cierto grado importante de renuencia a hablar al respecto.

- Investigar y evaluar el tipo y la calidad de la información que han recibido los sujetos de distintas fuentes tales como los medios de comunicación, el centro de trabajo, el centro de estudio, reuniones de amistades o familiares, la Iglesia y hasta de su pareja.
- Investigar y evaluar la influencia del grado de religiosidad de los adultos mayores en su comportamiento sexual y en el tipo de información que comparten al respecto. Incluso, sería importante realizar un estudio comparativo sobre los pensamientos y creencias religiosos sobre el comportamiento sexual de adultos jóvenes en comparación con los pensamientos y creencias de los adultos mayores. Este tipo de estudio nos permitiría determinar y confirmar la existencia de diferencias significativas en la influencia de la religión a través del tiempo.
- Abordar a profundidad el tema de la cantidad de parejas ocasionales y parejas estables de los sujetos, ya que resulta interesante poder conocer diferencias entre hombres y mujeres, así como los momentos específicos en los que tuvieron contacto con dichas parejas. Esto irremediablemente, lleva a recomendar el tratamiento también a profundidad del tema de la infidelidad y promiscuidad en parejas de adultos mayores, ya que aunque en la presente investigación se consultaron “las causas por las que se da la infidelidad” no fue posible consultar más detalladamente al respecto.
- Se recomienda realizar estudios semejantes con poblaciones de adultos con edades entre los 50 y 60 años, ya que algunas personas con estas edades solicitaron se les permitiera participar en la investigación, lo que no fue posible ya que se respetaron estrictamente los criterios de selección sobre la edad de los participantes. No obstante, estas personas dejaron en evidencia

que además de disposición, tienen una gran necesidad por brindar y compartir información respecto a su sexualidad.

- Asimismo, se recomienda realizar estudios comparativos con poblaciones de adultos mayores que permanecen en sus hogares y que no participan en actividades como las que ofrece el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor y con poblaciones de adultos mayores internos en centros o instituciones especializados. Esto se recomienda especialmente porque – como se ha mencionado- la participación en actividades variadas que ofrece el programa de la UCR influye favorablemente en los resultados encontrados a nivel general.
 - Considerando que más de la mitad de las mujeres del estudio refirieron que su primera relación sexual fue poco o muy insatisfactoria, es importante investigar e identificar las diferencias significativas entre hombres y mujeres en referencia al grado de satisfacción y en referencia a la experiencia durante la primera relación sexual. Profundizar sobre este tema y contar con información más precisa de poblaciones de adultos mayores, permitiría conocer específicamente determinados factores o aspectos que influyen negativamente en el nivel de satisfacción del sexo femenino, y por lo tanto, posibilitaría brindar información más certera y fomentar mejores experiencias en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes antes de que inicien la práctica de relaciones sexuales coitales.
3. Recomendaciones específicas para la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) y para todos los programas de atención del adulto mayor o involucrados con esta población:
- Establecer nuevas guías para futuras acciones de tratamiento y educación sexual del adulto mayor, que incite hacia la reformulación de formas de pensamiento más sanas. Se requiere generar medios y centros de apoyo donde la población pueda exponer y debatir sus

pensamientos, ideas y creencias en torno a lo que es la sexualidad, la forma en cómo puede vivirse más satisfactoriamente y todos los factores involucrados que podrían generar efectos negativos o positivos en cada encuentro sexual, y que por lo tanto son importantes de tomar en consideración.

- Brindar información a través de los medios de comunicación, con el fin de motivar a los adultos mayores a participar en actividades que sean de su agrado.
- Proporcionar más y mejores espacios a especialistas en gerontología y a psicólogos para la atención del adulto mayor en nuestro país, ya que es necesario contar con profesionales realmente interesados, comprometidos y capacitados para trabajar con la población de adultos mayores.
- Considerando que no solamente el tema de la sexualidad sino muchos otros involucran el estado físico, psicológico y hasta social del adulto mayor, se recomienda el establecimiento de programas de atención integral, en los que médicos, psicólogos, gerontólogos y trabajadores sociales se unan en pro de mejoras en la calidad de vida de estas personas.
- Se recomienda fomentar la participación de adultos mayores en distintas actividades que se ofrecen hoy en día en pro de la salud física y mental en programas como el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la UCR. Es necesario gestar y propiciar estas actividades y la participación de los adultos mayores en ellas porque además de que les provee de espacios para compartir, aprender y mantenerse activos, fomentan que poco a poco la población costarricense en general se sensibilice hacia los adultos mayores, comparta más con ellos, conozca y entienda más certeramente el proceso de envejecimiento y les ofrezca así mayores y mejores oportunidades para una mejor calidad de vida.

4. Recomendaciones específicas para los psicólogos y psicólogas que brindan atención en temáticas sobre sexualidad y a poblaciones de adultos mayores:
 - Se recomienda la utilización y el aprovechamiento de la Terapia Racional Emotivo Conductual para el tratamiento de las disfunciones sexuales y de cualquier problemática o inconveniente que obstaculiza o limita la sexualidad.
 - Se recomienda la planificación y elaboración de capacitaciones, charlas, conferencias y talleres sobre sexualidad bajo el enfoque de la TREC, especialmente considerando que es una necesidad imperante el que se hable de sexualidad con un enfoque práctico que valora la especificidad de cada sujeto.
 - Se recomienda crear espacios en los que cada persona tenga la posibilidad de reconocer, comprender y evaluar los procesos cognitivos que acontecen en su vida, determinando su sexualidad y la forma en cómo la vive. Solamente así, cada hombre y mujer podrán realizar las modificaciones que sean necesarias para su propio bienestar.
 - Se recomienda brindar clases, talleres, charlas o grupos de apoyo, donde cada sujeto inicie un proceso de debate sobre ideas y pensamientos que han determinado positiva o negativamente su vida sexual. De esta forma, será realmente posible generar cambios masivos en la población, a partir del reconocimiento de cada sujeto respecto a serios problemas emocionales y exigencias que han mantenido sobre sí mismos y sobre sus parejas. Es una propuesta por medio de la cual se intenta que cada persona avance paulatinamente en el reconocimiento y la modificación de patrones de conducta y de pensamientos autodestructivos.

5. Recomendaciones específicas para la población de adultos mayores:

- Mantenerse activos en actividades como las que ofrece el Programa Integral para la Persona Adulta Mayor.
- Participar en investigaciones como la realizada, ya que solamente de esta forma será posible clarificar cada vez más y mejor las necesidades de la población a la que pertenecen.
- Brindarse a sí mismos la posibilidad de generar cambios en pro de la salud física y mental, a través de distintos y variados talleres, charlas o consultas que se ofrecen a nivel nacional. Asimismo, se recomienda explorar nuevas prácticas sexuales, procurando así no caer en la monotonía, la desesperanza y/o el aburrimiento sexual. Buscar ayuda profesional e informarse sobre los beneficios que brinda la Terapia Racional Emotivo Conductual, la cual puede llevarlos a realizar cambios filosóficos profundos, superando poco a poco problemas personales existentes y cualquier otro que pueda surgir en el futuro. Cuidar su salud y evitar factores de riesgo que pueden afectar significativamente la respuesta sexual tales como el abuso del tabaco y el alcohol, el abuso de alimentos saturados de grasas, el abuso de alimentos sobrecargados de azúcar o sal, la obesidad, entre otros. Debe realizarse además ejercicio físico de forma continua, y velar por que su medio ambiente sea lo más sano y placentero posible, de acuerdo a las posibilidades y circunstancias de cada sujeto.

6. Se recomienda a todos en general (C.C.S.S., psicólogos, médicos, enfermeros, adultos mayores, cuidadores y familiares) promover la educación en temas referentes a:
 - Los roles sexuales, estereotipos, mitos y prejuicios existentes en las sociedades, por los cuales se generan discriminaciones de género que afectan tanto a hombres como mujeres en la continuidad y mantenimiento de falsas creencias sobre sí mismos y el sexo opuesto.
 - El significado de los términos sexo y sexualidad, lo que posibilitará realizar la diferenciación adecuada, y eliminará creencias erróneas respecto a la participación en investigaciones o actividades que tienen que ver con la sexualidad en toda la amplitud de la palabra y no exclusivamente con el contacto sexual genital.
 - El uso y aplicación de tratamientos, medicamentos y artículos que procuran mejoras en la calidad y la cantidad de los encuentros sexuales. Por ejemplo, es importante y necesario que se oriente y se informe más a la población sobre los beneficios que pueden obtener al utilizar un medicamento como el Viagra (y sus genéricos o medicamentos alternativos), especialmente considerando que las únicas 9 personas que lo han usado consideran que la experiencia ha sido satisfactoria o muy satisfactoria; de la misma forma que pueden obtener beneficios al utilizar artículos como el lubricante. No obstante, para lograrlo es necesario trabajar con las tres dimensiones de lo cognitivo, lo conductual y lo emocional; implicando así que cada sujeto comprenda que la utilización de un medicamento o artículo específico puede no solamente ser una necesidad sino un derecho a que puede acceder sin cuestionamientos de ningún tipo. Asimismo, es importante y necesario que la población en general conozca los efectos secundarios de medicamentos que combaten enfermedades como la hipertensión, la diabetes y estados depresivos, ya que pueden afectar significativamente la respuesta sexual humana; así

como es indispensable que se conozcan las contraindicaciones de medicamentos como el Viagra con el fin de prevenir inconvenientes o daños en la salud de los usuarios.

- Las distintas problemáticas sexuales que dificultan o limitan la sexualidad tanto en hombres como en mujeres, especialmente la impotencia sexual y la falta de lubricación, así como todos los factores físicos y psicológicos que fueron ampliamente tratados en esta investigación.
- La necesidad de re-educar la sexualidad privilegiando lo afectivo y emocional antes que lo genital y lo meramente físico.

BIBLIOGRAFÍA

- Amador, F., Herrera, J., Jiménez, E., Jiménez, M. y Vieto, K (2000). Factores de interacción de la vida en pareja como apoyo en la etapa de la vejez. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con Énfasis en Orientación. Escuela de Orientación y Educación Especial. Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica.
- Amén, R (2002). Comparta y disfrute la jubilación. Informe de sistematización sometido a la consideración del Programa de Gerontología para optar por el grado de Maestría en Gerontología. Sistema de Estudios de Postgrado, Universidad de Costa Rica.
- American Psychiatric Press, Inc (2001). Guía Clínica para la Evaluación Psiquiátrica del Adulto. Barcelona: Psiquiatría Editores, S. L.
- Álvarez, J (1986). Sexoterapia Integral. México: Editorial El Manual Moderno S. A.
- Asociación Gerontológica Costarricense, AGECO (1992). Algunos consejos prácticos en la tercera edad. Tercera edición. Costa Rica: AGECO.
- Ávalos, A (2003). País es indiferente al envejecimiento. En Periódico La Nación, Sección El País. Domingo 24 de agosto del 2003, Costa Rica.
- Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, R (1998). Metodología de la investigación. 1º edición. México: McGraw Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.
- Barón, R. y Byrne, D (1998). Psicología Social. 8ª edición. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Barquero, J (1996). La población de 60 años y más en Costa Rica: Dinámica demográfica y situación actual. En Revista Contribuciones. No 27. Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Barrantes A., Marín M. y Murillo, F (1998). Factores protectores con relación a la calidad de vida de las adultas mayores del Grupo Acción. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Beck, A., Emery, G., Rush, A. y Shaw, B (1983). Terapia cognitiva de la depresión. 11ª edición. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.
- Belsky, J (2001). Psicología del Envejecimiento. Madrid, España: Editorial Thomson Editores Spain Paraninfo S.A.
- Bodán V., Nassar H., Quirós M., Ramírez W., Rodríguez H., Rojas A (1981). Exploración de los intereses y necesidades del anciano costarricense en aspectos vitales como: trabajo, salud,

- recreación y vida sexual. Seminario de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Bonilla, F. y Mata, A (1998). Plenitud después de los 60: proyecto de toda una vida. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Briceño, G. y Chacón, E (2001). El género también es asunto de hombres. Reflexiones sobre la masculinidad patriarcal y la construcción de una masculinidad con equidad de género. 1º edición. Serie Cuadernos de Trabajo hacia la Equidad. San José, Costa Rica: UICN.
- Caballo V., Ellis A., y Lega L (2002). Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Carraso, I (1993). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En: Cruzado, J., Labrador F., y Muñoz, M (Comp.) (1993). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cartín, F (1994). Población de ancianos en Costa Rica: Según los censos nacionales de 1927-1950-1963-1984 y cálculo de la población a enero de 1994. San José, Costa Rica.
- Comfort, A (1991). La edad dorada. Guía para entender y disfrutar la vejez. Barcelona: Ediciones Grijalbo S. A.
- Corrales, L (2000). Aspectos neuropsicológicos en el adulto mayor: evaluación y tratamiento. En Temas prácticos en geriatría y gerontología. Tomo I. Costa Rica: EUNED.
- Corrales, I. y Wong L (2003). El Programa de Clubes AGECO: por la calidad de vida de las personas adultas mayores. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Cruzado, J., Labrador, F., y Muñoz, M (Comp.) (1993). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Panamericana de Libros de Medicina (1999). Diccionario de Especialidades Médicas. México: Ediciones PLM S.A.
- Echeverry, L (1990). La sexualidad nunca termina: Proceso de envejecimiento normal y patológico y sexualidad en la vejez. En Revista de la Facultad de Trabajo Social U.P.B. V.7, No. 7. Medellín, Colombia.
- Ellis, A. y Grieger, R (1981). Manual de terapia racional emotiva. 3º edición. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Ellis, A (1999). Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la Terapia Racional Emotivo Conductual. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ellis, A., Caballo, V. y Lega, L (2002). Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual. 2da edición. España: Siglo XXI de España Editores, S. A.

- Felicglá, J (1992). Envejecer: una antropología de la ancianidad. Barcelona: Editorial Antropos.
- González, S (1996). Un estudio transgeneracional y transcultural de los pensamientos irracionales propuestos por la Terapia Racional Emotivo Conductual. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Gómez, L (1983). Adaptación al cambio permanente. Gerocultura. Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO). San José, Costa Rica.
- Gómez, M (1998). Elementos de estadística descriptiva. 3ª edición. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia EUNED.
- Gómez, V (1991). Encuesta nacional de salud reproductiva de adultos jóvenes. Programa Salud Reproductiva, Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, San José, Costa Rica.
- Gómez, V., Morris, L. y Whittle, L (1992). Comportamiento sexual de los costarricenses menores de 25 años. Programa Salud Reproductiva, Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, San José, Costa Rica.
- Hidalgo, J (2001). El envejecimiento. Aspectos sociales. 1era edición. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Hyde, J (1991). Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana. Madrid: Ediciones Morata S. L.
- Johnson, V., Kolodny, R., Masters, W (1982). Manual de sexualidad humana. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Katchadourian, H. y Lunde, D (1981). Las bases de la sexualidad humana. México: Compañía Editorial Continental, SA.
- Kaplan, H (1983). Manual ilustrado de terapia sexual. México: Editorial Grijalbo S. A.
- Kinsey, A., Pomeroy W. y Martin, C (1948). Sexual behavior in the human male. Philadelphia.
- Kinsey, A (1953). Sexual behavior in the human female. Philadelphia.
- Madrigal, J. y Gómez, M (1988). SIDA: Cocimiento, actitud y cambio de hábitos sexuales en la población estudiantil de la Universidad de Costa Rica. I jornada de análisis estadístico de datos. Laboratorio de Investigación y Consultoría Estadística. Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica.
- Madrigal, J (1998). En las trincheras de la confianza. Una encuesta sobre el condón en las trabajadoras comerciales del sexo en América Central. Costa Rica: Editorial Ilpes.

- Madrigal, J (1999). Caminar entre tinieblas: una encuesta sobre el condón en hombres que tienen sexo con hombres en América Central. Costa Rica: Editorial Ilpes.
- Massoni, R (1997). El sexo: La energía fundamental de la vida. México: Editorial Santillana.
- Mejías, L (1993). Los derechos humanos de los ancianos y el Trabajo Social. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Mora, A. y Solano, I (2000). Propuesta de un manual de autoayuda conductual, cognitivo y emocional para la transición entre la vida laboral y la jubilación. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Morales, F (2000). Temas prácticos en geriatría y gerontología. Costa Rica: Editorial EUNED.
- Morales, L. y Bolívar, E (1980). Análisis de algunos aspectos físicos, psicológicos y sociales en el proceso de envejecimiento. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Lerer, M. L (1995). Sexualidad femenina. Mitos y realidades. Argentina: Editorial Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud (1992). La salud de los ancianos: una preocupación de todos. En Revista Comunicación para la Salud No. 3. Washington, E.U.A.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1990). Estudio de la Tercera Edad en Coronado. En Monografías de la O.P.S./O.M.S. con Representación en Costa Rica. Serie Salud del Adulto. Monografía 90-0121.
- Palacios, M (2001). Envejecimiento exitoso en adultos mayores de 70 años del Centro Diurno de Cartago. Tesis sometida a la consideración del Programa de Estudios de Postgrado en Gerontología para optar al grado de Maestría en Gerontología. Sistema de Estudios de Postgrado, Universidad de Costa Rica.
- Pérez, E. Y Zapparoli, M (1994). La pareja y la sexualidad en Costa Rica. En Acta Académica. Marzo 1994, número 14. Universidad Autónoma de Centro América: UACA.
- Picado, L (1997). Factores biosicosociales asociados con el abuso al anciano dentro de la familia. Tesis sometida a la consideración del Programa de Estudios de Postgrado en Gerontología para optar por el grado de Maestría en Gerontología. Sistema de Estudios de Postgrado, Universidad de Costa Rica.
- Piedra, L. y Montero, D (2003). Representaciones de la sexualidad en adultos varones mayores. Una aproximación desde la Hermenéutica Profunda. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.

- Poling, A., Schlinger, H., Starin, S., y Blakely, E (1990). Psychology: A behavioral overview. New York: Plenum Press.
- Puerto, C (2000). La sexualidad del anciano vista con ojos nuevos. Madrid: San Pablo.
- Rojas, Z (1975). El examen psiquiátrico del paciente. Cátedra de Psiquiatría, Hospital Nacional Psiquiátrico y Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, Costa Rica.
- Stocker, W (1977). Psicología del erotismo. Buenos Aires: Editorial Central.
- Vidal, G. y Alarcón, R (1986). Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez y Olazábal (1998). Sexualidad en la vejez. Madrid: Editorial Pirámide.
- Salvarezza, L (1996). Psicogeriatría: Teoría y Clínica. 3era edición. Argentina: Editorial Paidós.
- Vanegas, J (2000). Estrategias metodológicas para talleres de sexualidad. 2da edición. Colombia: Editorial El Manual Moderno.
- Villalobos, D (1990). La salud en la vejez. En Cuadernos de Gerontología. Costa Rica: EDNASS.
- Wessler, R. Y Wessler, R (1988). The principles and practice of rational emotive therapy. Estados Unidos: Jossey -Bass Inc. Publishers y Jossey - Bass Limited.

ANEXOS

VOLANTE INFORMATIVO

¡Hola!

Si usted asiste al Programa para el Adulto Mayor de la UCR, es costarricense, tiene 60 años o más, y desea participar en la investigación sobre “La sexualidad en el adulto mayor”, por favor comuníquese cuanto antes con nosotros.

Solamente debe responder un cuestionario. La información que usted proporcione será tratada de forma totalmente confidencial, y no es necesario que dé su nombre completo.

Comuníquese a los teléfonos:

***** con Helga Quirós, coordinadora

***** con Marisol Jara

***** con Carol Navarro

Esta investigación cuenta con la debida autorización del Programa Integral para la Persona Adulta Mayor, de la UCR.

Su participación es muy valiosa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Doy mi consentimiento para participar en el estudio que trata sobre “La sexualidad en el adulto mayor costarricense”, realizado por la bachiller Helga Quirós Salazar, estudiante de la Universidad de Costa Rica, quien opta por el grado de Licenciada en Psicología.

Conozco que esta investigación se está realizando con personas que asisten al Programa para el Adulto Mayor (de la UCR), y tiene como objetivo central conocer el comportamiento sexual de los adultos mayores, por lo que este consentimiento implica mi autorización y participación para responder a un cuestionario, donde se abordan temas referentes a mi sexualidad.

Este cuestionario tiene una duración aproximada de una hora, y las personas que están autorizadas para aplicarlo son:

- Helga Quirós Salazar, Bachiller en Psicología (Sustentante).
- Andrea Cuenca Botey, Licenciada en Psicología.
- Brilet Calderón Galbán, Bachiller en Psicología.
- Carol Navarro Salazar, Bachiller en Psicología.
- Marina Rivera Vargas, Licenciada en Psicología.
- Marisol Jara Madrigal, Licenciada en Psicología.

De acuerdo con lo anterior, acepto participar bajo las siguientes condiciones:

1. La información brindada será manejada de manera confidencial. Mi nombre no aparecerá en ningún documento y si en algún momento es necesario citar algo concerniente a mi persona será con un seudónimo, y podrá ser divulgado sólo en estas condiciones.
2. Mi participación en este estudio no implica ningún riesgo para mi salud.
3. Si en algún momento tengo alguna duda con respecto al estudio, podré hacer todas las preguntas necesarias. Además, de ser necesario, contaré con la posibilidad de recibir apoyo psicológico profesional durante la aplicación del cuestionario.
4. La investigadora no revelará a ningún familiar o amigo la información que obtenga.
5. La investigadora no deberá retribuirme económicamente a cambio de mi participación en la investigación, ni brindarme una devolución individual de los resultados.
6. Mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria y podré retirarme si así lo decidiera necesario, sin ningún prejuicio para mí.
7. Cuando firme este consentimiento se me entregará una copia del mismo. En caso de tener algún impedimento para firmar, puedo marcar con una equis y la investigadora anotará mi nombre al lado.
8. Para cualquier información puedo llamar al teléfono 236-7442 ó 842-0163, con Helga Quirós.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la encuestadora: _____

Firma: _____

Tesis "La sexualidad en el adulto mayor costarricense"

Hoja de control de encuestas

(#) Nombre completo:			
Femenino o masculino:		Teléfono o celular:	
¿Está en el programa UCR?		¿Cuántos años tiene?	
¿Es costarricense?		¿Enfermedad? ¿Cuál?	
Día de encuentro:		Hora de encuentro:	
Lugar de encuentro:			
Anotaciones o comentarios:			

(#) Nombre completo:			
Femenino o masculino:		Teléfono o celular:	
¿Está en el programa UCR?		¿Cuántos años tiene?	
¿Es costarricense?		¿Enfermedad? ¿Cuál?	
Día de encuentro:		Hora de encuentro:	
Lugar de encuentro:			
Anotaciones o comentarios:			

(#) Nombre completo:			
Femenino o masculino:		Teléfono o celular:	
¿Está en el programa UCR?		¿Cuántos años tiene?	
¿Es costarricense?		¿Enfermedad? ¿Cuál?	
Día de encuentro:		Hora de encuentro:	
Lugar de encuentro:			
Anotaciones o comentarios:			

(#) Nombre completo:			
Femenino o masculino:		Teléfono o celular:	
¿Está en el programa UCR?		¿Cuántos años tiene?	
¿Es costarricense?		¿Enfermedad? ¿Cuál?	
Día de encuentro:		Hora de encuentro:	
Lugar de encuentro:			
Anotaciones o comentarios:			

(#) Nombre completo:			
Femenino o masculino:		Teléfono o celular:	
¿Está en el programa UCR?		¿Cuántos años tiene?	
¿Es costarricense?		¿Enfermedad? ¿Cuál?	
Día de encuentro:		Hora de encuentro:	
Lugar de encuentro:			
Anotaciones o comentarios:			

(#) Nombre completo:			
Femenino o masculino:		Teléfono o celular:	
¿Está en el programa UCR?		¿Cuántos años tiene?	
¿Es costarricense?		¿Enfermedad? ¿Cuál?	
Día de encuentro:		Hora de encuentro:	
Lugar de encuentro:			
Anotaciones o comentarios:			

1

Este cuestionario es sobre el tema de la
"La sexualidad en el adulto mayor costarricense"
Su participación es muy valiosa e importante.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

1. ¿Cuál es su edad?
Tiene _____ años.
2. Sexo:
 - (1) Masculino
 - (2) Femenino
3. Nacionalidad:
 - (1) Costarricense
 - (2) Nacionalizado, país de origen _____
4. Lugar de residencia:
 - (1) Provincia _____
 - (2) Cantón _____
5. Estado civil:
 - (1) Unión libre
 - (2) Casado
 - (3) Divorciado
 - (4) Separado
 - (5) Viudo
 - (6) Soltero
6. Número de hijos:
 - (1) No tengo hijos
 - (2) De 1 a 3 hijos
 - (3) De 4 a 6 hijos
 - (4) De 7 a 9 hijos
 - (5) 10 o más
7. ¿Con quién convive?
 - (1) Con nadie, vive solo (a)
 - (2) Con su pareja
 - (3) Con la familia de un hijo (a)
 - (4) En un hogar para adultos mayores
 - (5) Otro ¿quién? _____
8. Nivel de educación:
 - (1) Ninguna (es analfabeta)
 - (2) Primaria incompleta
 - (3) Primaria completa
 - (4) Secundaria incompleta
 - (5) Secundaria completa
 - (6) Técnica vocacional o parauniversitaria
 - (7) Universitaria incompleta
 - (8) Universitaria completa
 - (9) Autodidacta

ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES

9. ¿Desde hace cuánto tiempo asiste al Programa para el Adulto Mayor?
 - (1) Menos de 1 año
 - (2) De 1 a 3 años
 - (3) De 3 a 6 años
 - (4) De 6 a 9 años
 - (5) 10 o más años
10. ¿Está pensionado?
 - (1) Sí. ¿De qué institución u organismo recibe pensión? _____
 - (2) No
11. ¿Cree en una religión específica?
 - (1) Sí, ¿en cuál? _____
 - (2) No (pase a la pregunta # 13)
12. El grado de religiosidad que usted tiene es:
 - (1) Entre muy alto o alto
 - (2) Medio
 - (3) Entre bajo o muy bajo
13. ¿Trabaja actualmente?
 - (1) Sí, trabaja _____ horas por semana
 - (2) No (pase a la pregunta #16)
14. El tipo de trabajo que usted realiza pertenece al área o la carrera de: _____
15. La principal razón por la que trabaja actualmente es:
 - (1) Le gusta hacerlo
 - (2) Se ve obligado o debe hacerlo
 - (3) Tiene la posibilidad de hacerlo
 - (4) Le permite relacionarse con otras personas
 - (5) Otra razón _____
16. ¿Estudia actualmente?
 - (1) Sí, estudia _____ horas por semana
 - (2) No (pase a la pregunta #19)
17. Lo que estudia actualmente pertenece al área o la carrera de: _____
18. La principal razón por la que estudia actualmente es:
 - (1) Le gusta hacerlo
 - (2) Se ve obligado o debe hacerlo
 - (3) Tiene la posibilidad de hacerlo
 - (4) Le permite relacionarse con otras personas
 - (5) Otra razón _____
19. ¿Realiza actividades recreativas actualmente?
 - (1) Sí, dedico _____ horas por semana
 - (2) No (pase a la pregunta #22)

20. Las actividades recreativas que realiza son:

(puede marcar varias opciones)

- (1) Salir a pasear o a comer
- (2) Visitar amigos o familiares
- (3) Asistir a cursos o talleres
- (4) Leer
- (5) Ir a misa o rezar
- (6) Ver televisión
- (7) Escuchar música
- (8) Otra actividad _____

21. La principal razón por la que realiza actividades recreativas es:

- (1) Le gusta hacerlo
- (2) Se ve obligado o debe hacerlo
- (3) Tiene la posibilidad de hacerlo
- (4) Le permite relacionarse con otras personas
- (5) Otra razón _____

22. Usted cree que un anciano es una persona que tiene una edad:

- (1) Entre los 0 y 20 años
- (2) Entre los 21 y 40 años
- (3) Entre los 41 y 60 años
- (4) Entre los 61 y 80 años
- (5) Más de 80 años
- (6) Depende de cómo se siente cada persona

23. Después de los 60 años, se generan cambios por los cuales una persona debería:

(puede marcar varias opciones)

- (1) Vivir con otra persona para no estar solo
- (2) Dejar de trabajar
- (3) Dejar de estudiar
- (4) Dejar de lado la vida sexual activa
- (5) Dedicar más tiempo a su familia (hijos, nietos)
- (6) Dejar que otros decidan por él o ella
- (7) Continuar con su vida normal
- (8) Participar en actividades recreativas
- (9) Buscar lo que le cause felicidad y placer

24. ¿La apariencia física es muy importante en sus relaciones personales?

- (1) Siempre o casi siempre
- (2) A veces
- (3) Casi nunca o nunca
- (4) Depende de la pareja con quien esté

25. En comparación con otras personas de su misma edad, usted se considera a sí mismo:

- (1) Más atractivo (a) físicamente
- (2) Menos atractivo (a) físicamente
- (3) Le es indiferente

26. Cuando usted piensa en su cuerpo, tiene pensamientos

- (1) Positivos
- (2) Negativos
- (3) Ambos (positivos y negativos)
- (4) No piensa en su cuerpo

27. Cuando mira su cuerpo desnudo, usted:

- (1) Le gusta lo que ve
- (2) Le disgusta lo que ve
- (3) No mira su cuerpo desnudo
- (4) Le es indiferente

28. Hace intentos por mejorar su apariencia:

- (1) Siempre o casi siempre
- (2) A veces
- (3) Casi nunca o nunca
- (4) Depende de la pareja con quien esté

29. ¿Le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo?

- (1) Sí, ¿cuál parte? _____
- (2) No (pase a la pregunta #31)

30. La principal razón por la cual le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo es:

- (1) No se ve igual que cuando era más joven
- (2) No funciona igual que cuando era más joven
- (3) Nunca le ha gustado

31. Contar con el apoyo de su familia para usted es:

- (1) Muy importante
- (2) Importante
- (3) Poco importante
- (4) Le es indiferente

32. Contar con el apoyo de amigos para usted es:

- (1) Muy importante
- (2) Importante
- (3) Poco importante
- (4) Le es indiferente

33. Contar con un espacio propio y privado es:

- (1) Muy importante
- (2) Importante
- (3) Poco importante
- (4) Le es indiferente

34. El ambiente en el que usted se desenvuelve es:

- (1) Bueno, le hace sentir bien y le agrada
- (2) Malo, le deprime o le desagrada
- (3) Le es indiferente

35. ¿Qué sentimientos despiertan los cambios físicos que se producen con el envejecimiento?
(puede marcar varias opciones)
- (1) Renovación
 - (2) Impotencia
 - (3) Aceptación
 - (4) Tristeza
 - (5) Vergüenza
 - (6) Incertidumbre
 - (7) Felicidad
 - (8) Ansiedad
 - (9) Inseguridad
 - (10) Auto reconocimiento
 - (11) Amor

36. Usted se considera una persona:
(puede marcar varias opciones)
- (1) Feliz o alegre
 - (2) Realizada (ha logrado cumplir sus metas)
 - (3) Triste o deprimida
 - (4) Frustrada (no ha logrado cumplir sus metas)
 - (5) Inteligente
 - (6) Segura de sí misma
 - (7) Autosuficiente
 - (8) Dependiente de otros
 - (9) Insegura de sí misma
 - (10) Poco inteligente
 - (11) Sociable o muy sociable
 - (12) Poco sociable o nada sociable

ASPECTOS DE SALUD, CUIDADOS BÁSICOS Y ESTADO FÍSICO

37. Para la mayoría de las actividades diarias, usted requiere:
- (1) Alguna ayuda de otra persona
 - (2) Ninguna ayuda
 - (3) Generalmente, NO puede hacer solo la mayoría de las actividades

38. ¿Padece alguna enfermedad?
- (1) Sí, ¿cuál? _____
 - (2) No padece ninguna enfermedad

39. ¿Padece o padeció alguna enfermedad de transmisión sexual?
- (1) Sí, ¿cuál? _____
 - (2) No

40. ¿Considera usted que se alimenta bien?
- (1) Sí, porque _____
 - (2) No, porque _____

41. ¿Actualmente realiza ejercicio físico?
- (1) Sí, ¿cada cuánto? _____
 - (2) No (pase a la pregunta #45)

42. ¿Dónde realiza ejercicio físico?
(puede marcar varias opciones)
- (1) En la casa
 - (2) En un gimnasio
 - (3) En un parque
 - (4) En la universidad
 - (5) En la vía pública o la calle
 - (6) Otro lugar _____

43. El ejercicio físico que realiza es:
(puede marcar varias opciones)
- (1) Correr
 - (2) Nadar
 - (3) Bailar
 - (4) Caminar
 - (5) Hacer aeróbicos
 - (6) Andar en bicicleta
 - (7) Otro (especifique) _____

44. La principal razón por la que realiza ejercicio físico es:
- (1) Le gusta hacerlo
 - (2) Se ve obligado o debè hacerlo
 - (3) Tiene la posibilidad de hacerlo
 - (4) Le permite relacionarse con otras personas
 - (5) Otra razón _____

45. ¿Toma algún medicamento?
- (1) Sí, ¿cuál? _____
 - (2) No

46. ¿Cada cuánto se baña?
- (1) Todos los días
 - (2) Cada 2 o 3 días
 - (3) Cada 4 días o más
 - (4) Cada semana
 - (5) Cada 15 días o más

47. ¿Generalmente con quién duerme usted?
- (1) Duerme solo
 - (2) Duerme con su pareja, en el mismo cuarto pero en camas separadas
 - (3) Duerme con su pareja, en la misma cama
 - (4) Duerme con otras personas en el mismo cuarto

48. Usted cree que generalmente, la mayor cantidad de las personas fallece:
- (1) Entre los 0 y 20 años
 - (2) Entre los 21 y 40 años
 - (3) Entre los 41 y 60 años
 - (4) Entre los 61 y 80 años
 - (5) Después de los 80 años

64. ¿Usted usa o ha usado su imaginación o fantasías sexuales para obtener placer sexual?

- (1) Sí
- (2) No

65. Usted cree que usar la imaginación para obtener placer sexual es un acto:

- (1) Bueno o normal, porque produce satisfacción y beneficios.
- (2) Malo o anormal, porque conduce a actos inapropiados.

66. Las causas principales por las que se da la infidelidad en una pareja son:

(puede marcar varias opciones)

- (1) Porque hay mala comunicación en la pareja
- (2) Porque las relaciones sexuales son deficientes o no se dan
- (3) Por la necesidad de sentirse amados y deseados por otra persona
- (4) Porque surgen deseos de libertad
- (5) Porque surge la oportunidad
- (6) Por simple curiosidad o deseo
- (7) Porque mi pareja también lo ha hecho
- (8) Por maltrato de la pareja
- (9) Por la influencia de familiares y amigos
- (10) Otra causa _____

67. Según su opinión, cuando una persona NO logra mantener relaciones sexuales placenteras debería:

(puede marcar varias opciones)

- (1) Consultar a un médico o especialista
- (2) Tomar algún medicamento o utilizar algún aparato que le proporcione ayuda
- (3) Hablar con su pareja y buscar una solución
- (4) Eliminar por completo toda actividad y encuentro sexual
- (5) Practicar otro tipo de acercamiento sexual
- (6) Otra opción _____

68. Usted cree que una persona homosexual o "gay" debe ser considerado como:

- (1) Una persona normal y moralmente aceptable
- (2) Una persona anormal y moralmente inaceptable

69. ¿Cuáles son los aspectos principales para que en una pareja los encuentros sexuales sean gratificantes y placenteros? (puede marcar varias opciones)

- (1) La higiene personal
- (2) La apariencia personal
- (3) La atracción física
- (4) El amor o el cariño mutuo
- (5) El compromiso mutuo
- (6) La salud física o el estado físico
- (7) El tiempo que tienen de conocerse
- (8) La forma de pensar, actuar y sentir de ambos
- (9) La experiencia sexual de ambos
- (10) La exploración del cuerpo propio y el de la pareja
- (11) La posibilidad de contar con un espacio privado e íntimo
- (12) Otro aspecto _____

70. Los principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de LOS HOMBRES son: (puede marcar varias opciones)

- (1) La erección requiere de más tiempo/esfuerzo
- (2) Una vez alcanzada la erección, hay más probabilidades de que se pierda
- (3) Hay incapacidad para tener una erección
- (4) Después de una erección, no logra conseguirse otra fácilmente
- (5) La eyaculación se da de forma rápida y precipitada
- (6) Los orgasmos son menos intensos
- (7) Hay una disminución del placer
- (8) Disminuye el deseo sexual
- (9) No se produce ningún cambio
- (10) Se produce otro cambio _____

71. Los principales cambios físicos que se producen con la edad en la actividad sexual de LAS MUJERES son: (puede marcar varias opciones)

- (1) Las contracciones orgásmicas disminuyen
- (2) Los orgasmos son menos prolongados
- (3) Hay una disminución de la lubricación
- (4) Las relaciones sexuales se vuelven incómodas o dolorosas
- (5) Los orgasmos son menos intensos
- (6) Hay una disminución del placer
- (7) Disminuye el deseo sexual
- (8) No se produce ningún cambio
- (9) Se produce otro cambio _____

72. Para mejorar la sexualidad en la vejez es necesario: (puede marcar varias opciones)

- (1) Explorar el cuerpo propio y el de la pareja
- (2) Comprender que es normal que se produzca cierta disminución fisiológica
- (3) Que las relaciones se den más despacio
- (4) Que ambos miembros de la pareja conozcan sus gustos y preferencias
- (5) Que exista amor y cariño de por medio
- (6) Contar con un espacio privado e íntimo
- (7) Cuidar la salud mental y la salud física
- (8) No dejarse influir por los mitos o estereotipos
- (9) Utilizar artículos que faciliten los encuentros sexuales (como lubricantes, Viagra, etc.)
- (10) Practicar contactos físicos como caricias, besos, masajes, etc.
- (11) Mantenerse físicamente atractivo (a)
- (12) Aceptarse a sí mismo y a su pareja como son
- (13) Otro _____

73. ¿Qué puede ocasionar la agresión física o emocional? (puede marcar varias opciones)

- (1) Que la sexualidad se distorsione
- (2) Que la sexualidad se niegue
- (3) Que se tenga una actitud defensiva contra los deseos y los sentimientos sexuales
- (4) No ocasionan nada con respecto a la sexualidad
- (5) Otro _____

74. Nuestros comportamientos y actitudes hacia la sexualidad están influenciados por:

(puede marcar varias opciones)

- (1) Creencias, pensamientos y percepciones
- (2) Experiencias pasadas
- (3) El lugar o país donde se vive
- (4) La clase social a la que se pertenezca
- (5) Lo que la sociedad dice que está bien o mal
- (6) Lo que la familia dice que está bien o mal
- (7) Otra _____

75. SOLO PARA MUJERES: Las problemáticas que ha experimentado en la respuesta sexual de su cuerpo son: (puede marcar varias opciones)

- (1) No tiene sensaciones placenteras durante el acto sexual
- (2) Tiene dificultad para alcanzar el orgasmo
- (3) Siente un fuerte dolor que impide la penetración
- (4) No tiene deseo o apetito sexual
- (5) No tiene lubricación
- (6) No ha experimentado ninguna problemática
- (7) Otra _____

76. SOLO PARA HOMBRES: Las problemáticas que ha experimentado en la respuesta sexual de su cuerpo son: (puede marcar varias opciones)

- (1) Se le hace imposible o difícil mantener la erección
- (2) Le es difícil liberar la eyaculación
- (3) La eyaculación se da de forma rápida y precipitada
- (4) No tiene deseo o apetito sexual
- (5) No tiene lubricación
- (6) No ha experimentado ninguna problemática
- (7) Otra _____

77. Su orientación sexual es:

- (1) Heterosexual (le atraen personas del sexo opuesto)
- (2) Homosexual (le atraen personas del mismo sexo)
- (3) Bisexual (le atraen personas de ambos sexos)
- (4) No practica ni le interesa ningún tipo de actividad sexual

78. ¿A qué edad tuvo la primera relación sexual?

- (1) No ha tenido relaciones sexuales nunca (pase a la pregunta #83)
- (2) Entre los 0 y 20 años
- (3) Entre los 21 y 40 años
- (4) Entre los 41 y 60 años
- (5) Entre los 61 y 80 años
- (6) Después de los 80 años

79. ¿Con quién tuvo la primera relación sexual?

- (1) Con un enamorado (a) o novio (a)
- (2) Con el esposo (a)
- (3) Con un (a) amigo (a)
- (4) Con una prostituta o gigoló
- (5) Con un familiar cercano
- (6) Con un desconocido
- (7) Otro (especifique) _____

80. Respecto a la edad, la persona con quien tuvo la primera relación sexual era:

- (1) Mayor que usted, por _____ años
- (2) Menor que usted, por _____ años
- (3) De la misma edad

81. ¿Dónde tuvo la primera relación sexual coital-genital?

- (1) En su casa
- (2) En la casa de su pareja
- (3) En un prostíbulo
- (4) En un hotel / motel
- (5) En un automóvil
- (6) Al aire libre
- (7) Otro lugar _____

82. ¿Cómo fue su primera relación sexual?

- (1) Muy satisfactoria
- (2) Satisfactoria
- (3) Poco satisfactoria
- (4) No fue satisfactoria

83. ¿Cuántas parejas estables ha tenido durante su vida? (Pareja estable: una relación con una duración mínima de 6 meses).

- (1) Ninguna
- (2) Una
- (3) Dos
- (4) Tres ó más

84. ¿Cuántas parejas ocasionales ha tenido durante su vida? (Pareja ocasional: una relación con una duración menor a 6 meses).

- (1) Ninguna
- (2) Una
- (3) Dos
- (4) Tres ó más

85. ¿Tiene pareja actualmente?

- (1) Sí (continúe con la pregunta #86)
- (2) No, ¿por qué? _____

Si respondió NO, ha finalizado el cuestionario para usted. Muchas gracias.

86. En referencia a la edad, su pareja actual es:

- (1) Mayor que usted, por _____ años
- (2) Menor que usted, por _____ años
- (3) De la misma edad

87. El tiempo que tiene de estar con su pareja es de:

- (1) Menos de 1 año
- (2) Tiene _____ años de estar con su pareja

88. La orientación sexual de su pareja es:

- (1) Heterosexual
- (2) Homosexual
- (3) Bisexual

89. En comparación con otras personas de la misma edad, usted considera a su pareja:

- (1) Más atractivo (a) físicamente
- (2) Menos atractivo (a) físicamente
- (3) Le es indiferente

90. En comparación con otras personas de su misma edad, su pareja considera que usted es:

- (1) Más atractivo (a) físicamente
- (2) Menos atractivo (a) físicamente
- (3) Le es indiferente

91. Lo que más disfruta hacer con su pareja es:

- (1) No disfruto hacer nada con mi pareja
- (2) Comer juntos
- (3) Dormir juntos
- (4) Recrearnos juntos
- (5) Bañarnos juntos
- (6) Pasar tiempo a solas
- (7) Darnos muestras de amor y/o cariño
- (8) Hablar o dialogar
- (9) Mantener contacto sexual
- (10) Otro (especifique) _____

92. Entre usted y su pareja, generalmente se dan

	Sí	No
1. Miradas de afecto		
2. Gestos de ternura		
3. Sensualidad		
4. Masajes		
5. Besos		
6. Caricias		
7. Erotismo		
8. Otro (especifique)		

93. ¿Cada cuánto se dan los acercamientos mencionados anteriormente?

Se dan _____

94. La relación con su pareja se mantiene debido a que existe entre ustedes:

	Sí	No
1. Necesidad de compañía		
2. Gratificación sexual		
3. Estabilidad emocional		
4. Un compromiso de matrimonio		
5. Un compromiso económico		
6. Amor		
7. Hijos		
8. Otra razón (especifique)		

95. Según su opinión, el espacio de intimidad que tiene para estar con su pareja es:

- (1) Totalmente adecuado
- (2) Está bien, pero podría ser mejor
- (3) Totalmente inadecuado
- (4) No cuenta con un espacio para ustedes

96. Durante el tiempo que ha estado con su pareja, usted ha sido:

- (1) Muy feliz
- (2) Feliz
- (3) Poco feliz
- (4) Muy infeliz

97. En general, la relación con su pareja en todos los ámbitos podría considerarse como:

- (1) Muy satisfactoria
- (2) Satisfactoria
- (3) Poco satisfactoria
- (4) Muy insatisfactoria

98. ¿Actualmente mantiene actividad sexual?

- (1) Sí (pase a la pregunta #100)
- (2) No (pase a la siguiente pregunta)

99. ¿Cuáles son las razones por las que actualmente NO tiene actividad sexual?

- (1) Considera que no tiene una edad apropiada
- (2) No tiene un espacio apropiado para estar con su pareja
- (3) Siente miedo o vergüenza hacia su pareja
- (4) Siente miedo o vergüenza por "el qué dirán"
- (5) El sexo ya no es gratificante para usted
- (6) Tiene una enfermedad debilitante o una incapacidad física
- (7) No quiere tener contacto sexual con nadie
- (8) Otra razón _____

Después de responder esta pregunta, finaliza el cuestionario para usted. Gracias.

100. ¿Con quién tiene actividad sexual?
- (1) Sólo con mujeres
 - (2) Sólo con hombres
 - (3) Con hombres y mujeres
101. ¿Cómo experimenta placer sexual con su pareja?
- (1) Por medio de las sensaciones físicas
 - (2) Por medio de las sensaciones afectivas
 - (3) Por ambos (sensaciones físicas y afectivas)
 - (4) No experimenta placer sexual
102. Su pareja responde placenteramente a los acercamientos sexuales que usted le da:
- (1) Siempre o casi siempre
 - (2) A veces
 - (3) Casi nunca o nunca
 - (4) Depende de la pareja con quien esté
103. Usted responde placenteramente a los acercamientos sexuales de su pareja:
- (1) Siempre o casi siempre
 - (2) A veces
 - (3) Casi nunca o nunca
 - (4) Depende de la pareja con quien esté
104. ¿Qué tipo de relaciones sexuales practica actualmente? (puede marcar varias opciones)
- (1) Sexo coital
 - (2) Sexo anal
 - (3) Sexo oral
 - (4) Frotis (Rozamiento cuerpo con cuerpo)
 - (5) Caricias corporales
 - (6) Ninguno
105. En promedio, ¿cuántas veces tiene relaciones sexuales coitales-genitales?
Tiene relaciones _____
106. ¿Actualmente usa un método de protección?
- (1) Sí, ¿cuál? _____
 - (2) No (pase a la pregunta #109)
107. ¿Para qué usa este método de protección?
(puede marcar varias opciones)
- (1) Para prevenir un embarazo
 - (2) Para prevenir enfermedades venéreas
 - (3) Por higiene
 - (4) Otra razón _____
108. ¿Con qué frecuencia usa este método?
- (1) Siempre o casi siempre
 - (2) A veces
 - (3) Casi nunca o nunca
 - (4) Depende de la pareja con quien esté

109. Respecto al medicamento Viagra, usted o su pareja:

	Sí	No
1. <u>¿Lo utilizan actualmente?</u>		
2. <u>¿Lo han usado alguna vez?</u>		

Si respondió **SÍ** en al menos una pregunta, pase a la pregunta #110. Si ambas respuestas fueron **NO**, pase a la pregunta #111.

110. La experiencia al usar Viagra fue o ha sido:
- (1) Muy satisfactoria
 - (2) Satisfactoria
 - (3) Poco satisfactoria
 - (4) Muy insatisfactoria
111. ¿Usa algún tipo de lubricante?
- (1) Sí
 - (2) No (pase a la pregunta #114)
112. ¿Qué usa para lubricar?
- (1) Agua
 - (2) Aceite
 - (3) Crema
 - (4) Un lubricante de farmacia
 - (5) Saliva
 - (6) Otro (especifique) _____
113. ¿Con que frecuencia usa el lubricante?
- (1) Siempre o casi siempre
 - (2) A veces
 - (3) Casi nunca o nunca
 - (4) Depende de la pareja con quien esté
114. En general, usted considera que la forma en como ha vivido su sexualidad ha sido:
- (1) Muy satisfactoria
 - (2) Satisfactoria
 - (3) Poco satisfactoria
 - (4) Muy insatisfactoria

**FIN DEL CUESTIONARIO.
MUCHAS GRACIAS.**

	Por favor, marque con una X si lo que se le consulta es cierto, falso o no sabe	CIERTO	FALSO	NO SÉ
1	A cualquier edad del individuo, hay que asumir como normal cualquier manifestación de la sexualidad			
2	Con la edad, la sexualidad se vuelve vergonzosa			
3	Conocer el cuerpo del hombre y la mujer y su funcionamiento es necesario para vivir una buena sexualidad			
4	Toda persona tiene derecho a vivir su sexualidad de acuerdo a sus intereses y deseos			
5	Cuando la vagina está seca, la lubricación artificial hace el coito más fácil e incluso puede hacerlo más placentero			
6	La persona que no logra despertar el placer de su pareja o no logra obtener un orgasmo es un inútil			
7	Durante una relación sexual, se producen cuatro fases que son: excitación o deseo, meseta, orgasmo y resolución			
8	Durante la fase de excitación o deseo, en la mujer se produce una hinchazón en sus órganos genitales y generalmente una lubricación; mientras que en el hombre se produce la erección del pene			
9	Durante la fase de meseta aumenta la tensión muscular, los gestos, los latidos cardíacos, la presión arterial y la respiración			
10	Durante la fase de orgasmo, se producen una serie de contracciones involuntarias de la musculatura genital			
11	Durante la fase de resolución la tensión muscular, los gestos, los latidos cardíacos, la presión arterial y la respiración regresan a la normalidad			
12	El hombre no debe manifestar sus sentimientos			
13	El hombre siempre quiere tener sexo			
14	Los términos sexo y sexualidad tienen diferentes significados			
15	La liberación femenina conduce a la promiscuidad			
16	La mayoría de las personas mayores de 60 años son enfermos o discapacitados			
17	La menstruación impide hacer el amor			
18	La mujer necesita más tiempo que el hombre para alcanzar el orgasmo			
19	La mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre			
20	La mujer que no logra experimentar orgasmos debe resignarse			
21	La mujer tiene que esperar que el hombre "la busque". Ella no debe iniciar los acercamientos sexuales			
22	La religión dicta cómo debe vivirse la sexualidad			
23	Las relaciones sexuales prematrimoniales son aceptables			
24	Las disfunciones sexuales son alteraciones de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias			
25	Las personas que tuvieron una vida sexual activa en su juventud, tienen una vida sexual activa en la actualidad			
26	Los adultos mayores de 60 años representan una carga porque requieren de atención y cuidados constantes			
27	Los problemas de índole sexual se crean a través de ideas y pensamientos erróneos sobre la sexualidad			
28	Una mujer debe mantener relaciones sexuales solamente con un hombre, durante toda su vida			
29	Para que una relación de pareja tenga éxito, ambos miembros deben lograr que el otro se sienta amado y apreciado			
30	Es vergonzoso comprar o adquirir algún elemento que tenga que ver con la práctica de relaciones sexuales (como condones, lubricantes, Viagra, entre otros)			

Cuadro #1
Distribución de frecuencias de los sujetos según "nivel de conocimiento de mitos y estereotipos y temáticas de educación sexual"

		RC	CIERTO	%	FALSO	%	NO SÉ	%	p
1	A cualquier edad del individuo, hay que asumir como normal cualquier manifestación de la sexualidad	C	103	66,5	44	28,4	8	5,2	0,192 *
2	Con la edad, la sexualidad se vuelve vergonzosa	F	28	18,1	126	81,3	1	0,6	0,090
3	Conocer el cuerpo del hombre y la mujer y su funcionamiento es necesario para vivir una buena sexualidad	C	133	85,8	22	14,2	0	0,0	0,669 *
4	Toda persona tiene derecho a vivir su sexualidad de acuerdo a sus intereses y deseos	C	137	88,4	17	11,0	1	0,6	0,161
5	Cuando la vagina está seca, la lubricación artificial hace el coito más fácil e incluso puede hacerlo más placentero	C	115	74,2	10	6,5	30	19,4	0,168 *
6	La persona que no logra despertar el placer de su pareja o no logra obtener un orgasmo es un inútil	F	28	18,1	120	77,4	7	4,5	0,736 *
7	Durante una relación sexual, se producen cuatro fases que son: excitación o deseo, meseta, orgasmo y resolución	C	107	69,0	4	2,6	44	28,4	0,132
8	Durante la fase de excitación o deseo, en la mujer se produce una hinchazón en sus órganos genitales y generalmente una lubricación; mientras que en el hombre se produce la erección del pene	C	132	85,2	4	2,6	19	12,3	0,232
9	Durante la fase de meseta aumenta la tensión muscular, los gestos, los latidos cardíacos, la presión arterial y la respiración	C	127	81,9	1	0,6	27	17,4	0,219
10	Durante la fase de orgasmo, se producen una serie de contracciones involuntarias de la musculatura genital	C	130	83,9	6	3,9	19	12,3	0,235
11	Durante la fase de resolución la tensión muscular, los gestos, los latidos cardíacos, la presión arterial y la respiración regresan a la normalidad	C	132	85,2	4	2,6	19	12,3	0,052
12	El hombre no debe manifestar sus sentimientos	F	10	6,5	144	92,9	1	0,6	0,809
13	El hombre siempre quiere tener sexo	F	85	54,8	69	44,5	1	0,6	0,098
14	Los términos sexo y sexualidad tienen diferentes significados	C	108	69,7	39	25,2	8	5,2	0,283 *
15	La liberación femenina conduce a la promiscuidad	F	63	40,6	83	53,5	9	5,8	0,389 *
16	La mayoría de las personas mayores de 60 años son enfermos o discapacitados	F	14	9,0	140	90,3	1	0,6	0,602

Continúa atrás →

Cuadro #1
Distribución de frecuencias de los sujetos según "nivel de conocimiento de mitos y estereotipos y temáticas de educación sexual"

		RC	CIERTO	%	FALSO	%	NO SÉ	%	p
17	La menstruación impide hacer el amor	F	59	38,1	86	55,5	10	6,5	0,304 *
18	La mujer necesita más tiempo que el hombre para alcanzar el orgasmo	C	120	77,4	29	18,7	6	3,9	0,702
19	La mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre	F	91	58,7	58	37,4	6	3,9	0,195
20	La mujer que no logra experimentar orgasmos debe resignarse	F	22	14,2	128	82,6	5	3,2	0,730
21	La mujer tiene que esperar que el hombre "la busque". Ella no debe iniciar los acercamientos sexuales	F	38	24,5	115	74,2	2	1,3	0,186
22	La religión dicta cómo debe vivirse la sexualidad	F	68	43,9	81	52,3	6	3,9	0,281
23	La sexualidad fuera del matrimonio es aceptable	C	59	38,1	92	59,4	4	2,6	0,154
24	Las disfunciones sexuales son alteraciones de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias	C	115	74,2	10	6,5	30	19,4	0,562 *
25	Las personas que tuvieron una vida sexual activa en su juventud, tienen una vida sexual activa en la actualidad	F	87	56,1	55	35,5	13	8,4	0,234 *
26	Los adultos mayores de 60 años representan una carga porque requieren de atención y cuidados constantes	F	18	11,6	136	87,7	1	0,6	0,379
27	Los problemas de índole sexual se crean a través de ideas y pensamientos erróneos sobre la sexualidad	C	113	72,9	24	15,5	18	11,6	0,424
28	Una mujer debe mantener relaciones sexuales solamente con un hombre, durante toda su vida	F	62	40,0	92	59,4	1	0,6	0,820 *
29	Para que una relación de pareja tenga éxito, ambos miembros deben lograr que el otro se sienta amado y apreciado	C	152	98,1	3	1,9	0	0,0	0,785
30	Es vergonzoso comprar o adquirir algún elemento que tenga que ver con la práctica de relaciones sexuales (como condones, lubricantes, Viagra, entre otros)	F	33	21,3	120	77,4	2	1,3	0,203

RC=indica si la respuesta correcta es cierto (C) o falsa (F), para fines de esta investigación. Los porcentajes se calculan considerando el total de 155 sujetos que participaron en la investigación. La prueba de independencia se valida solamente en los casos marcados con (*). En todos los casos, ambas variables son independientes.

Cuadro #2

Distribución de frecuencias de los sujetos por "sexo" según "nivel de conocimiento de mitos y estereotipos y temáticas de educación sexual"

	RC	CIERTO				FALSO				NO SÉ				p
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	C	30	73,2	73	64,0	11	26,8	33	28,9	0	0,0	8	7,0	0,192 *
2	F	3	7,3	25	21,9	38	92,7	88	77,2	0	0,0	1	0,9	0,090
3	C	36	87,8	97	85,1	5	12,2	17	14,9	0	0,0	0	0,0	0,669 *
4	C	34	82,9	103	90,4	6	14,6	11	9,6	1	2,4	0	0,0	0,161
5	C	27	65,9	88	77,2	2	4,9	8	7,0	12	29,3	18	15,8	0,168 *
6	F	9	22,0	19	16,7	30	73,2	90	78,9	2	4,9	5	4,4	0,736 *
7	C	33	80,5	74	64,9	0	0,0	4	3,5	8	19,5	36	31,6	0,132
8	C	38	92,7	94	82,5	0	0,0	4	3,5	3	7,3	16	14,0	0,232
9	C	34	82,9	93	81,6	1	2,4	0	0,0	6	14,6	21	18,4	0,219
10	C	37	90,2	93	81,6	2	4,9	4	3,5	2	4,9	17	14,9	0,235
11	C	38	92,7	94	82,5	2	4,9	2	1,8	1	2,4	18	15,8	0,052
12	F	3	7,3	7	6,1	38	92,7	106	93,0	0	0,0	1	0,9	0,809
13	F	17	41,5	68	59,6	24	58,5	45	39,5	0	0,0	1	0,9	0,098
14	C	28	68,3	80	70,2	9	22,0	30	26,3	4	9,8	4	3,5	0,283 *
15	F	13	31,7	50	43,9	25	61,0	58	50,9	3	7,3	6	5,3	0,389 *
16	F	5	12,2	9	7,9	36	87,8	104	91,2	0	0,0	1	0,9	0,602
17	F	12	29,3	47	41,2	25	61,0	61	53,5	4	9,8	6	5,3	0,304 *
18	C	33	80,5	87	76,3	6	14,6	23	20,2	2	4,9	4	3,5	0,702
19	F	20	48,8	71	62,3	18	43,9	40	35,1	3	7,3	3	2,6	0,195
20	F	5	12,2	17	14,9	34	82,9	94	82,5	2	4,9	3	2,6	0,730
21	F	6	14,6	32	28,1	34	82,9	81	71,1	1	2,4	1	0,9	0,186
22	F	15	36,6	53	46,5	23	56,1	58	50,9	3	7,3	3	2,6	0,281
23	C	20	48,8	39	34,2	21	51,2	71	62,3	0	0,0	4	3,5	0,154
24	C	33	80,5	82	71,9	2	4,9	8	7,0	6	14,6	24	21,1	0,562 *
25	F	26	63,4	61	53,5	14	34,1	41	36,0	1	2,4	12	10,5	0,234 *
26	F	7	17,1	11	9,6	34	82,9	102	89,5	0	0,0	1	0,9	0,379
27	C	33	80,5	80	70,2	5	12,2	19	16,7	3	7,3	15	13,2	0,424
28	F	16	39,0	46	40,4	25	61,0	67	58,8	0	0,0	1	0,9	0,820 *
29	C	40	97,6	112	98,2	1	2,4	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0,785
30	F	5	12,2	28	24,6	35	85,4	85	74,6	1	2,4	1	0,9	0,203

RC=indica si la respuesta correcta es cierto (C) o falsa (F), para fines de esta investigación. Los porcentajes para cada sexo se calculan considerando el total de hombres y mujeres respectivamente que participaron en la investigación (41 hombres y 114 mujeres). La prueba de independencia se valida solamente en los casos marcados con (*). En todos los casos, ambas variables son independientes.