



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Vivencias Afectivas entorno a la sexualidad en el Adulto Mayor:

**El caso del Centro Diurno Especializado (CDE) del Hogar de Cristo, ubicado en la
comuna de Renca.**

Alumna: Morales Arriagada, María Elena

Profesor Guía: Valenzuela, Sebastián

Tesis para optar al título de Asistente Social

Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social

Santiago, Agosto 2019

«Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.»

Sir Francis Bacon (1561-1626)

INDICE

I INTRODUCCIÓN	5
II ANTECEDENTES	9
I.1. Transición Demográfica.....	9
I.1.1. Transición demográfica en América Latina.....	9
I.1.2. Transición demográfica en Chile	10
I.2. Hitos en Chile y el mundo sobre envejecimiento.....	11
I.3. Sexualidad y Vejez.....	19
1.4. La Sexualidad en los adultos mayores	21
III Planteamiento del problema	29
II.1. Experiencia del Hogar de Cristo con Adultos Mayores	31
IV Aportes y relevancias de la investigación	38
III.1. Relevancia en el ámbito Social	38
III.2. Relevancia en el ámbito disciplinar	41
III.3. Relevancia en el ámbito particular.....	45
V Preguntas de Investigación	49
VI Objetivos	49
V.1. General	49
V.2.Específicos	49
VII MARCO TEÓRICO	50
VII.1. Sexualidad humana en la vejez.....	50
VII.2. Dimensiones que caracterizan a la sexualidad:.....	52
VII.3. Sexualidad y Autoestima en la Tercera Edad	53
VII.4. Actitudes sobre sexualidad en Adultos Mayores	55
VII.5. Comportamiento Sexual en los Adultos Mayores.....	56
VII.6. Factores Sociales y Enfoque de Género	58
VII.7. Afectividad en las Personas Mayores	61
VII.8. La Importancia de saber envejecer; bienestar psicológico en el adulto mayor	67
VII.9. Políticas Públicas y Tercera Edad	71

VIII MARCO METODOLÓGICO	80
VIII.1. Metodología	80
VIII.2. Método.....	82
VIII.3. Tipo de Estudio	83
VIII.4. Carácter del Estudio.....	83
VIII.5. Delimitación del campo de Estudio.....	85
VIII.5.1. Área o sede de estudio.....	85
VIII.5.2. Unidades informantes, criterios de inclusión y exclusión.....	85
VIII.5.3. Características de las Unidades Informantes.	86
VIII.6. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.	87
VIII.6.1. Entrevista Semiestructurada.....	87
VIII.6.2. Notas de Campo.....	89
IX. Plan de Análisis de la Información	90
X. Análisis de los resultados	92
XI. CONCLUSIONES	103
XII. Bibliografías	110
ANEXOS	113

I INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca abordar desde la metodología cualitativa las vivencias afectivas en torno a la sexualidad del adulto mayor, específicamente el caso del Centro Diurno Especializado del Hogar de Cristo ubicado en la comuna de Renca; con el objetivo de comprender las vivencias afectivas, las relaciones interpersonales, los significados y expresión de sentimientos y emociones que se generan entre los adultos mayores en torno a la sexualidad.

Dado el incremento de la población adulta mayor en Chile y en el resto del mundo, emerge el interés por investigar los elementos constituyentes que caracterizan a esta etapa de la vida. Sin embargo, la sexualidad es un tópico poco indagado, dado que socialmente se anula este aspecto, creyéndolo poco relevante e inexistente (Esguerra, 2007) e incluso se cataloga a los/las adultos/as mayores de indiferentes o poco interesados en la temática o con escasa expresión de su sexualidad (Pérez, 2010).

La sexualidad abarca diversos aspectos del ser humano, incluyendo los emocionales, corporales, intelectuales, éticos, psíquicos y sociales que configuran la existencia del individuo (Lugones Quintana y Cruz, 1997). Se considera que la sexualidad se vive de distintas maneras durante las diversas etapas del ciclo vital, sin embargo independiente de la etapa que se esté cursando, el ser humano no deja de ser sexuado, pero si tiene la posibilidad de escoger la manera en que va a vivir la sexualidad (Hernando, 2005). Se calcula que la población mundial de adultos mayores se

multiplicará y la mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo; la pirámide de la población deja de ser cada vez más esa figura geométrica, para convertirse en una pirámide invertida debido al aumento de este grupo poblacional (OMS 2007).

Los factores psicosociales, al igual que los físicos, dependen de cada una de las personas, de su medio, de su cultura y de su familia, siendo factores que condicionan la sexualidad en la vejez. Cada adulto mayor es el resultado de su propia historia de vida; la vejez se prepara a lo largo de toda la vida y es consecuencia de lo vivido; el resultado no depende tanto de la edad, aunque a ella, sin duda, vayan asociados cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes.

Los Factores relacionados con la sexualidad del adulto mayor tienen que ver con que el ser humano es un ser sexuado y la sexualidad no solo posee una connotación física, sino que es una forma de interrelación humana (Souza 2003).

La sexualidad es un aspecto en la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace y muere con la persona e involucra aspectos físicos, emocionales y sociales.

La sexualidad está relacionada con la forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y, como fue mencionado anteriormente, de relación consigo mismo y con los demás; el

desarrollo sexual comienza antes del nacimiento y como tal permanece a lo largo de la vida hasta la vejez (Papaharitoua 2008).

El concepto de sexualidad, por lo general, se confunde con los conceptos de sexo o relaciones sexuales, lo cual limita la vivencia de la sexualidad únicamente en la parte física; pero además del placer, el sexo y las relaciones sexuales, la sexualidad comprende aspectos como el afecto y las relaciones humanas, por lo tanto la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, que está presente en el transcurrir de la vida, hace parte de su bienestar e influye en su calidad de vida.

Las necesidades económicas, de salud, sociales y afectivas se encuentran presentes en el adulto mayor y le afectan. Siendo el afecto expresión de la sexualidad, se evidencia que la falta de éste repercute de manera importante en la calidad de vida del adulto mayor, al igual que aspectos como la situación y las preocupaciones económicas influyen en la sexualidad afectando la actividad y el deseo sexual, en muchas ocasiones definidas sólo desde el aspecto físico y relacionado con la actividad coital; sin embargo, comprenden otras actitudes, conductas y prácticas como la necesidad de interacción, intimidad y afecto.

Un factor social que se hace presente en esta etapa de la vida es la jubilación, pues es un período de reconocimiento a los esfuerzos realizados, de descanso y tranquilidad, de seguridad económica, de liberación de las tensiones del trabajo, de actividades lúdicas y recreativas. Pero la jubilación también conlleva pérdida de ingresos

económicos, disminución de la actividad física, mental y ruptura con la red social como fiestas, salidas y viajes asociados al trabajo y todo ello puede ser interpretado como una muerte social que disminuye el interés por vivir y el propio interés por la sexualidad. La inactividad y el aburrimiento, junto con la sensación de marginación que puede producir la jubilación, son causa de un rápido deterioro físico y psicológico que afecta la sexualidad (Álvarez 2008)). De esta manera, el adulto mayor debe prepararse previamente, para que cuando enfrente esta etapa lo haga de una manera positiva y disfrute de la misma forma como disfrutó otras etapas de su vida.

Las pérdidas anteriormente mencionadas (las figuras de apego y la reducción de la red social), provocan una situación de soledad emocional y social. Por lo tanto, debe ser uno de los objetivos básicos de educación en general y de la educación brindada desde el trabajo social a este grupo poblacional, intentar conservar o crear nuevos vínculos afectivos estables y seguros, conseguir que los adultos mayores se mantengan dentro de un sistema de vida de pareja, de familia, que tengan amistades y se integren en actividades grupales.

II ANTECEDENTES

La población de Adultos Mayores ha experimentado un crecimiento notorio, como respuesta a numerosos factores que se han conjugado para sustentar una mayor esperanza de vida. Naciones Unidas ha considerado, a través de sus distintos Organismos elaborar políticas generales que vayan en beneficio directo de un mejoramiento de las condiciones de vida. Se destacan los Planes y Programas emprendidos a nivel mundial por UNESCO en el área de la Cultura y la Educación; los desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, que ha puesto especial énfasis en la Salud Preventiva, entendiéndose como la acción anticipada para evitar enfermedades específicas en el adulto mayor en beneficio de una mejor Calidad de Vida (CEPAL, 2004).

Enfrentar esta realidad con todas sus proyecciones, representa un desafío que hay que asumir desde las diversas fuentes involucradas. La adopción de los términos de categorización demográfica, Adulto Mayor y Tercera Edad, para definir a este segmento de la población se refiere precisamente, a su capacidad de mantenerse en una actitud de vigencia, en oposición a la antigua denominación Anciano y Vejez cuya connotación se asociaba a incapacidad, invalidez y enfermedad (Barbado et al, 2004).

I.1. Transición Demográfica

I.1.1. Transición demográfica en América Latina

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo y será protagonista del siguiente, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la

región. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y si bien, Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias nos diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso (CELADE, 2000).

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad. En qué magnitud y a qué velocidad cambia la tasa de crecimiento, dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad (CEPAL, 2004).

I.1.2. Transición demográfica en Chile

Los cambios demográficos y epidemiológicos observados entre 1992 y el 2002 en Chile, conocidos por medio del Censo, dan cuenta de una población que envejece y el número de niños menores de cinco años disminuye. Sin embargo, fuentes de información como la CASEN muestran que la tendencia señalada en estos cambios demográficos es diferente de acuerdo al nivel socioeconómico de la población (INE, 2002).

El envejecimiento de la población del país está determinado por dos causas: una biológica y otra demográfica. Una situación de este tipo genera demandas específicas y complejas de servicios, bienes sociales, y de salud. Según el Censo, la población en Chile aumentó en 1,2% mientras que la tasa promedio anual de crecimiento en el continente americano fue de 1,3%. Además, la población mayor de 60 años tiene ahora una importancia relativa más alta que en el año 1992. Ellos representan actualmente el 11,4% de la población total, lo que en valores absolutos significa que hoy viven 400.000 personas mayores de 60 años más que en 1992 (INE, 2002).

I.2. Hitos en Chile y el mundo sobre envejecimiento

En 1982 se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y sus resultados muestran la preocupación de la comunidad internacional acerca del tema. El fruto de las deliberaciones fue vertido en el documento Plan de Viena (el documento se llama “Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento”), que señala las principales recomendaciones emanadas de aquel foro, con el propósito de crear una nueva “arquitectura” para el envejecimiento y llevarla al plano mundial y a las políticas. Sintetizó un marco político y los principios de una política universal para enfrentar los problemas y fenómenos del envejecimiento de la población. (CELADE, 2001)

Esa Asamblea es el primer hito (Antes de la Asamblea Mundial de Envejecimiento, y durante la década de 1970, se registran al menos tres resoluciones de la ONU que sirvieron de marco general a dicho evento), de la comunidad mundial por enfrentar y dar respuesta a un fenómeno demográfico que tiene connotación económica,

política, social y cultural. Esta situación, que para la década de 1980 ya afectaba a muchos países desarrollados, distaba aún de ser aquilatada en su real dimensión en los países en desarrollo. Debe recordarse que durante los años ochenta la región de América Latina y el Caribe enfrentó una crisis económica profunda, lo que sumado a la percepción de que el envejecimiento era una situación aún en ciernes, llevó a que los Estados y las sociedades de la región, en los hechos, ignoraran de manera significativa las recomendaciones del Plan de Viena y se abocaran a enfrentar otros múltiples desafíos. Sin embargo, las características del envejecimiento, en cuanto fenómeno silencioso y subterráneo, lo hacen un largo proceso que afecta a personas, hogares y grupos de población. (CELADE, 2001).

Al iniciarse la década de 1990, la ONU adoptó una “Carta de Principios” que destacó y explicitó los principios de independencia, participación, atención, autorrealización y dignidad como marco de referencia para el pleno desarrollo de las personas adultas mayores; además, otros organismos de la comunidad internacional seguían incorporando el tema como preocupación de sus agendas. (CELADE, 2001).

Desde fines de la década de 1960, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe han experimentado notorios cambios en su dinámica demográfica, con efectos en el crecimiento y la estructura etaria de la población. Una de las transformaciones más profundas es el envejecimiento de la población, que se traduce en el paso paulatino de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas a sociedades envejecidas. La heterogeneidad de la región también tiene una dimensión demográfica, con las

consiguientes diferencias entre países y territorios, así como entre los grupos poblacionales que los conforman. (CEPAL, 2017).

Es así como el aumento de la esperanza de vida ha sido un proceso constante y continuado durante todo el siglo pasado y se extiende hasta el presente. De un promedio aproximado de 59 años entre 1965 y 1970, se pasó a casi 76 años en el presente quinquenio (2015-2020). En promedio, la población ha ganado 17 años de vida en los últimos 55 años, es decir, 1,5 años por quinquenio. Sin embargo, ese promedio regional solo equivale al que tenían los países desarrollados hace 25 años (CEPAL, 2008).

La población de América Latina y el Caribe aumentará en alrededor de 180 millones entre el 2000 y el 2025. Más de un tercio de ese incremento corresponderá a población adulta mayor. A partir de ese momento, los cambios en la estructura de edades estarán dominados por la dinámica de las generaciones de personas mayores, de manera que el envejecimiento y su incidencia sobre las demandas sociales serán los fenómenos demográficos más significativos. (CELADE, 2000).

Otro rasgo importante del aumento de la esperanza de vida es la mayor sobrevivencia de las personas mayores: sistemáticamente, se aprecia un aumento de la esperanza de vida a los 60 años. En la región, a una persona de 60 años le quedan por vivir, en promedio, 22,4 años en el quinquenio 2015-2020. Cabe señalar que existen diferencias según sexo: las mujeres presentan una mayor sobrevivencia y aventajan a los hombres en 3,2 años. Chile, Costa Rica, Cuba y Panamá presentan la mayor

sobrevivencia a los 60 años, con valores que oscilan entre 23 y 26 años. Las personas mayores continuarán ganando años de vida: la esperanza de vida a los 60 años será de 24 años en el período 2030-2035 y entre 2060 y 2065 aumentará a 27 años (ONU, 2015).

Los efectos de la transformación demográfica pueden apreciarse desde dos perspectivas: la de las personas y la de las poblaciones. Si el análisis se centra en las personas, entre los efectos está la mayor sobrevivencia derivada de la reducción de la mortalidad, que implica costos más altos para sostener la salud y el bienestar en una vida más prolongada. Por otra parte, el descenso de la fecundidad puede implicar que las mujeres liberen parte del tiempo que dedicaban a la crianza para dedicarlo a otras actividades, lo que les permitiría tener una mayor participación en la vida económica, aumentando su autonomía y el bienestar en los hogares. Las principales consecuencias para las poblaciones son la reducción del crecimiento poblacional y, quizás la más importante en la actualidad y en la trayectoria a mediano y largo plazo, la transformación de la estructura por edad, que implica el envejecimiento de la población por el paso paulatino de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas a sociedades envejecidas (CEPAL, 2017).

Actualmente los países se encuentran en diferentes etapas del proceso de envejecimiento debido al heterogéneo avance de la transición demográfica en la región. En las últimas décadas, sin embargo, en varios países se ha consolidado este proceso, mientras que en otros recién comienzan a percibirse los primeros signos del envejecimiento demográfico. (CELADE, 2000).

Para 2060, las proyecciones muestran que el envejecimiento estará presente en todos los países de la región. Seguirán algunos rezagos, pero 27 países presentarán una proporción mayor de personas mayores que de niños menores de 15 años. Cuba continuará en la delantera, aunque en Brasil, Chile y Costa Rica le seguirán bastante de cerca. El envejecimiento acelerado de la población pasará a ser la tendencia demográfica más relevante en la región. A partir de ese momento, los cambios en la estructura de edades estarán dominados por la dinámica de las generaciones de personas mayores, de manera que el envejecimiento y su incidencia sobre las demandas sociales serán los fenómenos demográficos más significativos (ONU, 2015).

A medida que van predominando diferentes grupos etarios, se transforma la estructura de las demandas y de los aportes económicos y sociales de la población. Esto obliga a redistribuir los recursos económicos, de manera que se pasa de atender preferentemente las demandas de los niños y jóvenes (educación) a la atención de las personas mayores (salud, cuidados y pensiones). El momento en que los recursos económicos consumidos por las personas mayores exceden los consumidos por los niños y jóvenes marca el inicio de las economías envejecidas. (CELADE, 2000).

Los indicadores demográficos muestran que nuestro país comparte tendencias mundiales. Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional. Hoy existen 2,6 millones de chilenos mayores de 60 años y la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, acompañada por una

disminución de la tasa de natalidad. Esto provocará que los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo, como son las estructuras sociales, económicas y culturales presente profundas transformaciones (CELADE, 2000).

Hace 50 años atrás (1965) la mayoría de las personas morían antes de cumplir los 50 años de edad, pero una mejor nutrición y mejores condiciones de vida en combinación con el avance de las ciencias médicas, han hecho que se prolongue la esperanza de vida en prácticamente todas las regiones del mundo. El grupo de adultos mayores ha dejado de ser una minoría y se ha convertido en población importante para nuestra sociedad. Se calcula que la población mundial de adultos mayores se multiplicará y la mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo; la pirámide de la población deja de ser cada vez más esa figura geométrica, para convertirse en una pirámide invertida debido al aumento de este grupo poblacional (CEPAL 2014).

En Chile los estudios como la encuesta CASEN muestra que se encuentra en un progresivo envejecimiento de su población, es decir las personas mayores de 60 años seguirán aumentando su peso poblacional. El cambio en la expectativa de vida ha generado un aumento de la población de adultos mayores en Chile, lo que ha transformado el perfil epidemiológico y, con ello, la forma de abordaje de este grupo etéreo que hasta ahora ha sido principalmente desde la perspectiva biomédica, biologicista y farmacológica, es decir visualizando el proceso desde lo individual y colocando la mirada en la enfermedad y la dependencia funcional, dejando de lado los aspectos psicosociales y espirituales de las personas que se encuentran viviendo esta

etapa de sus vidas, sin grandes posibilidades de participación en las diversas esferas de la vida social (CASEN 2015).

Chile tiene una amplia trayectoria en relación a los desafíos que plantean el envejecimiento de la población y los derechos de las personas mayores, desde las primeras respuestas de los 90, en la que se adoptan progresivamente las prácticas y recomendaciones internacionales, pasando por el enfoque de integración social en la segunda mitad de la década, hasta llegar, en 2006 a la definición de un enfoque de derechos, en el marco de un sistema de protección social. El compromiso de sentar las bases de dicho sistema, asumido por el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, marca una inflexión paradigmática en la política social desarrollada en el país durante 18 años, específicamente en la forma en que el Estado ha venido abordando los asuntos de la vejez. (SENAMA, 2007).

La institucionalidad permanente y encargada de la coordinación de las políticas públicas hacia las personas mayores se crea a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002, organismo público que tiene como misión fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos, por medio de la coordinación intersectorial, el diseño y la implementación y evaluación de políticas, planes y programas”. La creación de este servicio permite una mayor visibilidad del envejecimiento y la vejez, tanto en el ámbito público como privado, así como la creación de programas específicos dirigidos a este grupo etario.

Chile, dada la preocupación por sus adultos mayores, en el gobierno de Sebastián Piñera, se propuso *una Política Integral de Envejecimiento Positivo*: para el periodo 2012-2025. Esta Política buscó crear mejores condiciones de vida para las personas mayores: que permitiera proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, que disminuyan los avances en los niveles de dependencia, fomenta el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación de las personas mayores, intenta terminar con la exclusión y el maltrato y fomenta la integración social, económica y cultural, desde una perspectiva de sujetos de derechos, para que el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. (SENAMA, 2012).

Se considera que la implementación de esta Política es urgente, porque Chile es un país envejecido, que continuará envejeciendo a un ritmo acelerado. Con 2,6 millones de personas mayores de 60 años y nuevas generaciones que esperan vivir cerca de 80 años, la inacción del Estado no es una alternativa viable. Los riesgos de la inacción incluyen costos económicos prohibitivos e impactos sociales negativos asociados al aumento de la proporción de personas mayores con dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana como caminar o sentarse. También incluyen perpetuar la realidad actual, donde 9 de cada 10 personas no saben ocupar Internet, 8 no tienen educación media completa, 5 declaran dificultades para desplazarse en la ciudad producto de infraestructura inadecuada, 3 reportan alguna forma de maltrato y sólo 3 reportan estar muy felices con su vida en general. Esto no es una experiencia de envejecimiento positivo. (SENAMA, 2012).

El envejecimiento de la población por el aumento de la proporción de adultos/as mayores en la población total ha generado impacto en las políticas públicas, levantando la necesidad de tratar algunos temas asociados a este fenómeno; como son las pensiones, participación social, discriminación, maltrato, realidad laboral, integración etaria, salud, cuidados, entre otros. Así formulada es una política para todo Chile, porque todos estamos envejeciendo y a todos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica, creándose una serie de directrices en múltiples aristas del fenómeno de envejecimiento e implementando un conjunto de acciones y programas dirigidos a los/as adultos mayores. (SENAMA 2012).

Ante este cambio poblacional, la Organización Mundial de la Salud propone como reto del siglo XXI, asegurar una calidad de vida óptima para las personas de edad; como parte importante de esta calidad se encuentra la sexualidad, aspecto inherente al ser humano, presente a lo largo de la vida y de forma paralela a su crecimiento biológico, psicológico y social ligándose a la madurez global del sujeto y actuando como determinante de ella. La conducta sexual es considerada como un indicador de salud e interacción social personal y social, que como fue mencionado y según lo que refiere Souza, (2004), evoluciona con el transcurrir del tiempo y afecta a todas las personas, controlada por factores internos como las hormonas y factores externos que repercuten en ella.

I.3. Sexualidad y Vejez

La sexualidad no sólo deriva de un impulso biológico, sino que posee una serie de significados que la transforman en una dimensión de la conducta y la subjetividad humana influida y sometida a lo largo de toda la vida a la acción de la cultura. Por ende

la sexualidad humana va más allá de la función reproductiva para asumir funciones de carácter relacional, hedonísticas y egointegrativas (Perea y Pizarro 2003).

Las influencias biológicas como la madurez y el envejecimiento y las psicosociales como las etapas definidas socialmente, relaciones interpersonales, etc., son las que confluyen para formar personas que se consideran hombres o mujeres y que actúan en función de ello, desplegando un comportamiento sexual en términos sociales y afectivos. Este proceso de alcanzar la madurez sexual se inicia con la concepción y finaliza con la muerte (Cayo y Flores 2003).

En el transcurso del ciclo vital se forma la identidad sexual y de género del individuo, las actitudes sexuales y la conducta sexual.

De hecho las etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia, adultez y vejez) son construcciones sociales. Como dice López y Olazábal (1998), las etapas del desarrollo son: “conceptos sociales que toman como referencia la edad, haciendo de ella una de los criterios fundamentales de organización de la vida social. La estructura más esencial de la sociedad se reduce a dividir a los individuos en hombres y mujeres, y éstos, en niños, adolescentes, adultos y viejos, es decir, en clases de edad (Perea y Pizarro 2003).

La sexualidad humana, reconocida como un fenómeno multidimensional, se inicia con la vida del individuo, desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia, alcanzando su madurez y trascendencia durante la adultez y en edades avanzadas. Esta sólo desaparece cuando desaparece la vida, es decir, con la muerte y por ende, se constituye en un componente de nuestra personalidad, que forma un todo con nosotros mismos (nos transforma en seres sexuados). Desde los primeros años de vida, nuestra

motivación e impulso sexual es canalizado en direcciones socialmente especificadas, que hacen posible el aprendizaje de una conducta sexual más consciente e intencionada (Cayo y Flores 2003).

La tercera edad es un concepto que nace como una necesidad de marcar una edad cronológica para determinar cuando una persona debe dejar de laborar activamente y comenzar su proceso de jubilación. Implícitamente está asociada a la idea de que a determinada edad comienza en el individuo un proceso de involución, de pérdida de las facultades que posteriormente lo imposibilitaran para ejercer un trabajo productivo en desmedro de quien se beneficia de este trabajo (Cayo y Flores 2003).

1.4. La Sexualidad en los adultos mayores

El notorio incremento de la franja poblacional de personas mayores de 60 años lleva a pensar en todos aquellos aspectos que inciden en la calidad de vida de estos y no solamente sobre las cifras de morbimortalidad (Esguerra 2007).

La sexualidad de las personas mayores, como indicador de calidad de vida, requiere una mayor comprensión sobre todos aquellos factores que la afectan, más allá de los cambios morfofisiológicos (Esguerra 2007).

La historia de la humanidad, en lo que atañe a la sexualidad, ha oscilado por largos períodos entre la restricción y la permisión. Sin embargo, a partir de la década de los años treinta del siglo pasado se aprecia un cambio significativo en el estudio y la divulgación de aspectos relacionados con la sexualidad humana. Freud fue el primero que aportó estudios trascendentales sobre la interpretación de la conducta humana y de cómo ésta es influida por la sexualidad, destacando la presencia de la vivencia sexual desde el nacimiento hasta la muerte, con lo que logró, este médico psiquiatra, atraer la

atención sobre la sexualidad como un elemento fundamental de la existencia humana (Sarmiento 1999).

Un hecho que a través de la historia ha permanecido y que no se puede desconocer es el reconocimiento de que el ser humano es un ser sexuado. Lo somos desde el nacimiento hasta la muerte. Sin embargo, es preciso diferenciar el sexo de la sexualidad: mientras el primero tiene una connotación biológica, el segundo se relaciona con una forma de interrelación del ser humano. El comportamiento sexual humano no es igual en todas las personas ni en todas partes; está moldeado por la cultura y las normas que caracterizan la sociedad y que se han ido transmitiendo de generación en generación. Además, la vida sexual humana está influida ampliamente por el aprendizaje que se brinda en el contexto social y por las experiencias personales (Sarmiento 1999).

Si enfocamos nuestra mirada en la vejez desde un punto de vista social, debemos reconocer que es un fenómeno complejo, "que sólo puede ser entendido como totalidad; no es sólo un hecho biológico, sino más bien un evento cultural y socio ambiental". Las personas de edad, los adultos mayores, comprometen el proceso de desarrollo y son afectadas por él socialmente, así como por los cambios en la estructura familiar, por las costumbres, el medio ambiente, las tradiciones, e igualmente por los procesos de urbanización, industrialización, modernización y por la movilización social, que cada vez es más marcada en nuestro país por las situaciones de descomposición sociofamiliar y de violencia que prevalecen en nuestra sociedad (Sarmiento 1999).

Los temas del envejecimiento, la vejez y la sexualidad han adquirido mayor relevancia en las últimas décadas, pues se aprecia que antes eran temas tabú, alrededor de los cuales se tejían muchos mitos y creencias y sólo eran tratados someramente en algunos círculos sociales. No obstante, hablar de la sexualidad en la vejez se constituye en algo novedoso, y la gerontología ha desempeñado un papel preponderante al tratar de dar el valor que se merece a la actividad sexual de las personas mayores en cuanto a lo que representa en calidad de vida (Sarmiento 1999).

Para estudiar el envejecimiento y la sexualidad es necesario entenderlos como un conjunto de fenómenos somáticos, psicológicos y culturales relacionados con las diferencias entre generaciones. El concepto de vejez es un concepto cultural que tiene que ver con las formas de parentesco, con la economía, la salud, la capacidad de auto mantenimiento, con determinados modelos de conducta, de religión, de marginación, con la moral, la política y otros ámbitos culturales y sociales (Sarmiento 1999).

En el abordaje de la sexualidad en la tercera edad persisten actitudes retrógradas, que pueden relacionarse con la asociación incorrecta que se ha establecido entre sexualidad y reproducción; de allí que se considere que la actividad sexual sólo es normal durante la edad reproductiva y que, por tanto, en los adultos mayores es una conducta "anormal". Por otra parte, estas actitudes se explican por la existencia del prejuicio relacionado con el deterioro de todas las funciones en la vejez; en especial se aprecia que los jóvenes siguen viendo la actividad sexual como una facultad que se va deteriorando con la edad hasta perder todo interés en las personas mayores de 60 años.

Los jóvenes tienden a asimilar la vejez con el declinamiento de la potencia sexual. Para ellos, esta pérdida de energía sexual va unida a una ausencia de deseo, a una pérdida de interés sexual. De todas maneras, la evocación de las manifestaciones eróticas les inspira casi siempre un sentimiento de reprobación y de desagrado cuando tiene que ver con las personas de edad avanzada (Sarmiento 1999).

Existen conceptos equivocados en que se plantea que la actividad sexual debe desaparecer en la vejez como un apagamiento fisiológico inevitable y, por tanto, desear o hacer en materia sexual en personas mayores no es natural, fisiológico, ni moral, y por lo mismo no es socialmente bien visto. De ahí que esta idea de "muerte sexual" se convierta para muchas personas de ambos sexos en un factor de ansiedad cuando llegan a la edad madura y ven aproximarse esa etapa crítica, lo que provoca el comienzo de trastornos en la función sexual de índole puramente psíquica (Sarmiento 1999).

Son ampliamente reconocidas las manifestaciones que indican el tránsito de la madurez a la vejez y que estas suceden a diferente edad y en distinta forma en cada persona, es decir que "cada cual envejece a su manera", con un patrón específico, diferente a los demás. Mientras el envejecimiento se considera como una evolución o un fenómeno vital común a todas las formas de vida, la vejez responde a una edad determinada caracterizada por una serie de cambios que muchas veces son irreversibles. Todos envejecemos desde que nacemos, y llegamos a viejos con diferentes capacidades, logros y limitaciones.

Muchas personas jóvenes están convencidas –en especial las mujeres– de que más allá de los 40 o 50 años el sexo se acaba, que la actividad sexual no tiene cabida,

bien sea porque simplemente decae con la edad, o porque sería una manifestación ridícula. La sociedad de consumo enseña que el sexo es para los jóvenes y bellos. Tal como se ha expresado, los mitos y tabúes en edades avanzadas en relación con el sexo son muchos. Los chistes sexuales relacionados con el "no poder" por razón de la vejez se escuchan a diario y reafirman estereotipos falsos que se tienen al respecto. Es frecuente encontrar frases de rechazo contra las manifestaciones de cariño de las personas mayores, como por ejemplo: "Hay que comportarse de acuerdo con la edad", "Ustedes ya no están para eso", "Eso es propio de los viejos verdes", etc.

Algunas personas se ven abocadas, por las circunstancias que rodean su vida en esta etapa, a permanecer solas, bien sea por una soltería prolongada, la separación o la viudez, y les es difícil encontrar una pareja o una compañía sexual. Sin embargo, estas personas pueden decidir permanecer sin actividad sexual o recurrir a otras fuentes de placer.

El miedo a la ausencia o a la pérdida de la capacidad de obtener sensaciones sexuales satisfactorias por razón de la vejez debe desecharse. Existen estudios en los que se comprueba que en adultos mayores hay actividad sexual satisfactoria, y en algunos casos se registra un incremento en ella. En este sentido, los estudios de Kinsey y colaboradores (1948) demostraron que la actividad sexual proseguía hasta bien avanzada la madurez, y además encontraron "una estrecha correlación entre los niveles de actividad sexual de una persona en la adultez temprana y su actividad sexual en la vejez", señalando así como la individualidad de cada persona es un factor determinante de la actividad sexual en los últimos años. La vivencia de la sexualidad en la vejez es un reflejo de la formación y de las experiencias recibidas durante toda la vida.

Masters y Johnson 2007 confirmaron lo anterior y además manifestaron que la regularidad de la expresión sexual a lo largo de la edad adulta es un factor determinante en la conservación de un funcionamiento sexual satisfactorio más allá de la juventud y la mediana edad. Las personas que se mantienen activas sexualmente experimentan una menor disminución en su capacidad de actuación sexual que quienes dejan de tener sexo.

Investigaciones realizadas en Cuba sobre la sexualidad de las personas mayores de 60 años muestran que éstas son capaces de mantener su actividad sexual cuando existe una relativa buena salud y persiste el gusto por el sexo. Además reconocieron que existe mayor experiencia sexual, mayor entendimiento en la interacción con la pareja, mayor ternura y sabiduría en la vejez o en los denominados "años dorados". Con los años se agudiza el criterio de la realidad, se toma mayor conciencia de lo que puede y no puede hacerse con el sexo, el erotismo está vigorizado en comparación con el acto sexual propiamente dicho, con una mayor consolidación de la pareja, y al desaparecer las preocupaciones reproductivas, la sexualidad tiene como único fin dar y recibir placer (Cibeles 2004).

Es necesario destacar que en la actividad sexual de la persona mayor influyen muchos factores, como la ausencia de pareja, por soltería, separación o viudez; el deterioro en la relación matrimonial debido a disfunción sexual, falta de interés sexual, rutinización y monotonía en la relación; presencia de innumerables enfermedades físicas o mentales, en especial enfermedades debilitantes o incapacitantes; las condiciones de la vivienda en donde el adulto mayor tiene que compartir la habitación con otros; un cambio en el rol social por la jubilación puede actuar en forma negativa en las relaciones

sexuales cuando no se está preparado para afrontarlo. De acuerdo con lo anterior se puede decir que la valoración de la actividad sexual en el adulto mayor, en ambos sexos, debe hacerse desde un enfoque múltiple, pues más que una alteración intrínseca de la sexualidad, lo que puede existir es una acumulación de factores físicos, psicológicos o sociales que influyen de forma negativa sobre la actividad sexual (Cibeles 2004).

En las encuestas de Butler y Lewis 2000, la mayoría de las personas mayores de 60 años que participaron en sus estudios reconocieron la importancia de la sexualidad y expresaron que su ejercicio sexual era completamente satisfactorio en comparación con la juventud. Y que si bien la frecuencia había disminuido, no así la calidad de los coitos, y que en ocasiones habían encontrado orgasmos más intensos y duraderos que en épocas anteriores.

Recordemos que en las personas mayores se producen ciertos cambios en la fisiología sexual, pero que este aspecto, comparado con dos cambios que ocurren en otros sistemas del organismo, se mantiene mucho mejor. Es así como se aprecia que la capacidad de respuesta sexual se conserva en sus cuatro fases principales: excitación, meseta, orgasmo y evolución.

Por otra parte, hay que tener presente que en las personas mayores la actividad sexual no es entendida necesariamente como genitalidad, sino en un sentido mucho más amplio: se trata del placer del contacto corporal global, la interacción y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. En esta etapa de la vida hay más tiempo para compartir en pareja y la intimidad puede hallar nuevas formas de expresión, es así como las caricias, los piropos, los besos y los abrazos cobran un mayor

significado. Hay más interés por la calidad y la riqueza de la relación que por la cantidad de experiencias sexuales.

La sexualidad geriátrica puede ser definida como una "expresión psicológica de emociones y compromisos, que requiere mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, de amor, de compartir placer con coito o sin él". En este sentido la sexualidad incluye todas las formas de expresión, desde la aproximación, el tacto, la intimidad emocional, la compañía, el diálogo amoroso, la masturbación y no solamente la relación sexual.

III Planteamiento del problema

La ligazón entre sexualidad y vejez no ha sido un área de investigación preferente, ya sea porque no ha habido investigadores interesados en la sexualidad de los adultos mayores o bien porque los adultos mayores se han mostrado reticentes a hablar acerca de la sexualidad. Sin embargo el envejecimiento de la población ha desarrollado un creciente interés en este grupo de edad.

Un factor social que se hace presente en esta etapa de la vida es la jubilación, pues es un período de reconocimiento a los esfuerzos realizados, de descanso y tranquilidad, de seguridad económica, de liberación de las tensiones del trabajo, de actividades lúdicas y recreativas. Pero la jubilación también conlleva pérdida de ingresos económicos, disminución de la actividad física, mental y ruptura con la red social como fiestas, salidas y viajes asociados al trabajo y todo ello puede ser interpretado como una muerte social que disminuye el interés por vivir y el propio interés por la sexualidad. (Mora y Solano, 2000).

Los adultos mayores, como todos los seres humanos, tienen las mismas necesidades afectivas que los niños, adolescentes y jóvenes, pero en la vejez éstas están frecuentemente amenazadas por la pérdida de figuras de apego como la pareja, los parientes, los amigos, por lo general a causa de la muerte, por el rompimiento de redes sociales como consecuencia de la jubilación o la presencia de dificultades físicas ocasionadas por problemas de salud que se convierten en soledad. Se debe tener presente que al igual que el resto de las personas, los adultos mayores tienen problemas

y necesidades insatisfechas que afectan su calidad de vida (Correa, Díaz, Bermedo, 2005).

Por años, los adultos mayores han sido objeto de estigmatizaciones, mitos y creencias, por el simple hecho de pasar por diferentes cambios tanto físicos, psicológicos y sociales; viéndose dicho grupo relegado su presencia en la sociedad como: “cuidador de los nietos”, “jubilado”, “impotente”, “no atractivo”, entre otros apelativos que son resultado del desconocimiento y falta de información, que ha sido parte de nuestra cultura y que no son nada más que creencias injustificadas por tratar de querer ocultar algo que se creía incierto y que ahora es una realidad.

Históricamente, el ejercicio de la sexualidad en los adultos mayores se ha inhibido socialmente, ya que se tiende a limitar a ésta sólo dentro de la esfera coital sin considerar el concepto amplio de la palabra que abarca aspectos más amplios en la vida de las personas. Tampoco existe un programa que recoja las necesidades ligadas a la temática de sexualidad en el grupo de personas mayores (Correa, Díaz, Bermedo, 2005).

Según los autores, Correa, Díaz y Bermedo, (2005), refieren que la tercera edad es una etapa de la vida cargada de cambios, sin embargo, durante este tiempo es cuando comienza el descenso de las funciones fisiológicas producto del envejecimiento celular, el que se expresa en todos los aspectos de la vida: biológico, psicológico y social, refiriéndose este último a la pérdida de personas cercanas (amigos y seres queridos) al círculo del adulto mayor.

Los factores psicosociales, al igual que los físicos, dependen de cada una de las personas, de su medio, de su cultura y de su familia, siendo factores que condicionan la

sexualidad en la vejez. Cada adulto mayor es el resultado de su propia historia de vida; la vejez se prepara a lo largo de toda la vida y es consecuencia de lo vivido; el resultado no depende tanto de la edad, aunque a ella, sin duda, vayan asociados cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes.

Puerto (2000) propone un concepto integral de sexualidad en que considera aspectos sociales, familiares, emocionales y no sólo 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”. Villalobos (1990) por su parte sostiene que la sexualidad “...se entiende en un amplio contexto de relacionarse, de compartir, que indudablemente está condicionado por factores socioculturales, físicos y psicológicos”.

II.1. Experiencia del Hogar de Cristo con Adultos Mayores

Según las autores, Silva, Aranguren C. (2005) refieren en su estudio realizado ese año a los usuarios de programas para adultos mayores del Hogar de Cristo, se estableció que para ellos el bienestar en salud es una aspiración central, pues cualquier cambio negativo en ésta puede derivar en una pérdida de autonomía, limitando sus posibilidades de participar activamente en la sociedad, de realizar actividades básicas de la vida diaria, de superar su situación de pobreza y de mejorar su calidad de vida. En síntesis, las consecuencias del deterioro en el estado de salud pueden convertirse en un obstáculo

para su integración social, por tanto, es una dimensión más que debe ser considerada en los servicios sociales orientados a este grupo.

El hecho de que a través de la acción social del Hogar de Cristo se logre asegurar una respuesta de alto impacto en la calidad de vida de los adultos mayores en situación de exclusión social y pobreza, depende de la capacidad de reacción que la Institución tenga frente a las características y requerimientos de la población. Es así como en los últimos años el Hogar de Cristo ha focalizado su trabajo en la diversificación de la oferta programática y en la inclusión de dimensiones que inciden en las condiciones de vida de los mayores, tales como salud, funcionalidad, apoyo familiar, entre otros. (Hogar de Cristo, 2008).

En relación a los programas de adulto mayor, esta forma de trabajo genera un cambio cuantitativo y cualitativo respecto de la manera de entender a las personas mayores y de cómo trabajar con y para ellos. Implica un salto desde la concepción de pobreza absoluta, centrada en las necesidades básicas y las mediciones monetarias, hacia una aproximación de la pobreza relativa; conceptualizándola como un fenómeno multidimensional, relacionado con el contexto y dinámicas que viven los individuos, entendiendo, a su vez, que sus perspectivas futuras son tan relevantes de trabajar como las situaciones actuales en las que se encuentra la persona. (Hogar de Cristo, 2008).

Este proceso de transformación conceptual y de prácticas al interior de la Institución tiene sus orígenes a principios de la década de los 90; época en que comienza un proceso de búsqueda de marcos conceptuales y estrategias de intervención que se adapten a las distintas necesidades y realidades de los adultos mayores en situación de indigencia; de modo de evitar los problemas de dependencia institucional y

desvinculación familiar y comunitaria que pueden generar los programas de asistencia. (Hogar de Cristo, 2008)

Hasta ese momento la estrategia de trabajo con los adultos mayores en situación de indigencia estaba centrada en la satisfacción de las necesidades básicas. Ello mediante programas institucionalizados a los que ingresaban sin distinción de la situación en la que se encontraban, es decir, “los que se pueden valer por sí mismos, los enfermos, los postrados y aquellos con enfermedades terminales”. Este cambio de mirada propicia innovaciones en los modelos de intervención existentes y así en la primera mitad de los 90 se generan intervenciones que favorecen la mantención de las personas en su entorno social y familiar, evitando institucionalizaciones innecesarias. (Manuscrito Hogar de Cristo, 2007).

Junto con este avance respecto de las intervenciones, la acción social comienza a orientarse a sumar en el proceso de superación de la pobreza a las personas en esta situación, haciéndolas partícipes de su propio cambio y enfatizando la dignificación, la autonomía y el desarrollo. (Baranda, B. 1995).

Desde esta nueva perspectiva, la inclusión de alternativas de atención en el entorno familiar y comunitario de las personas mayores comienza a ser vista como una necesidad apremiante, por cuanto se estima que las institucionalizaciones y los servicios de asistencia, si bien pueden cumplir con el objetivo de superar el estado de pobreza económica y de cuidados básicos, pueden derivar en procesos de desvinculación y dependencia en desmedro de la calidad de vida de sus usuarios, conduciendo finalmente a la reproducción de la pobreza a lo largo de las generaciones. (Manuscrito Hogar de Cristo, 2007).

Dentro de las estrategias de intervención, la búsqueda de la permanencia de las personas en su medio habitual fue la punta de la lanza de un proceso de modificaciones de las técnicas y metodologías de trabajo, utilizadas en la concreción de los objetivos relativos al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios en distintas dimensiones. (Fernández, P. 2008)

Este nuevo contexto institucional dio paso a la creación de programas bajo modalidad ambulatoria que privilegiaban el trabajo en el entorno comunitario y familiar de los usuarios, introduciéndose enfoques como el sistémico y estrategias más idóneas para las necesidades y potencialidades de los adultos mayores, tales como el trabajo con el núcleo familiar y la vinculación con sus redes primarias e institucionales de apoyo. (Fernández, P. 2008)

Entre la variedad de dispositivos que se ejecutaron en esta década se destacan dos tipos de programas: Los Centros Abiertos y la Ayuda Intrafamiliar. Ambos apuntan al apoyo de adultos mayores autovalentes, diferenciándose respecto del lugar en que se lleva a cabo la intervención y del tipo de solución que prestan. Si bien se comienza a diversificar la oferta programática en función de las características de los adultos mayores, aún se priorizan las carencias materiales. Así, los Centros Diurnos son programas creados en conjunto con parroquias, privilegiando el aspecto comunitario, donde los usuarios pasan la mayor parte del día, trabajan, comen y comparten con sus pares de lunes a viernes. Durante el fin de semana estos centros proveían de “un paquete con margarina, un par de huevos, arroz y otros alimentos para que consumieran”. (Van Der Rest, J., s.j., 1995).

La consolidación de los programas de modalidad ambulatoria como parte de la oferta institucional están ligadas a la constante búsqueda por identificar a las poblaciones con mayor desvinculación social y de redes institucionales de apoyo, entendiendo que son ellos “los más pobres entre los pobres” y que es en esos grupos donde hay que desarrollar las intervenciones. En paralelo, se comienza un proceso de revisión de los programas para optimizar su calidad técnica, humana y espiritual. Se considera que para generar la incorporación activa de los usuarios, sin dejar de lado sus intereses, se deben incorporar metodologías que dignifiquen y promuevan el desarrollo de la población atendida. Bajo este contexto, el segmento de adultos mayores atendidos comienza a complejizarse, ya no son solo personas que tienen carencias materiales, están enfermos o postrados. La demanda creciente es de personas en situación de pobreza e indigencia, con deterioro físico y/o psíquico que no cuentan con apoyo familiar apropiado para la satisfacción de sus necesidades básicas. Así, para dar respuesta a esta población se perfeccionan instrumentos diagnósticos y se consolida la incorporación de intervenciones ambulatorias que privilegian la mantención en su medio habitual, al vincularlos con sus redes primarias y secundarias de apoyo para prevenir internaciones innecesarias o, en muchos casos, indeseadas por los propios adultos mayores. La internación en hogares de larga estadía se visualiza como la última alternativa a la que se recurre solo en las situaciones en que los adultos mayores tengan un grave deterioro de salud y no cuenten con los cuidados necesarios para permanecer en su medio y, por supuesto, en el caso que autónomamente decidan ingresar. (Fernández, P. 2008).

Los avances en la reducción de la pobreza material y la persistencia de la indigencia dejan al descubierto una pobreza crítica o “dura” que no puede ser abordada

solo desde la carencia de bienes materiales, por lo que se realizan aquellos enfoques que visualizan el fenómeno de manera multidimensional, donde quienes viven en situación de pobreza tienen capacidades y potencialidades que deben ser desarrolladas, pero que no cuentan con las oportunidades para participar activamente en la sociedad. (Fernández, P. 2008)

Para el período 2006 – 2010, se definió como grupo prioritario de acción institucional a los adultos mayores. Desde esta perspectiva, se consolida la acción y el conocimiento adquirido en los noventa y principios de 2000 sobre los adultos mayores beneficiarios de los programas institucionales, lo cual nos habla de una población que se ha ido complejizando con los años y que presenta no solo carencias materiales sino también desvinculación social y familiar, así como un mayor deterioro físico y cognitivo que lleva consigo problemas de salud, discapacidad y dependencia. (Manuscrito Hogar de Cristo, 2006).

Específicamente para los adultos mayores usuarios la pobreza no solo se refleja en la falta de bienes materiales sino también en aspectos afectivos (sentimientos de soledad, tristeza, desesperanza y vacío), de salud y previsión.

La incorporación de programas ambulatorios que permitan a los usuarios mantenerse en su medio habitual, contrarrestando la dependencia que pueden producir los programas institucionalizados y asistenciales, a lo que se suma el cambio de mirada que pone a las personas como sujeto activo en el proceso de superación de la pobreza, con capacidades y limitaciones que deben ser tomadas en cuenta, manteniendo su dignidad, autonomía y el desarrollo de sus capacidades, fueron las primeras acciones en el proceso de reformulación conceptual de la pobreza, cuyo corolario fue la

incorporación, en 2005, del paradigma de la exclusión social para establecer la población objetivo y generar intervenciones sociales que tendiesen a mejorar las oportunidades de una vida mejor. (Manuscrito, Hogar de Cristo 2005).

IV Aportes y relevancias de la investigación

III.1. Relevancia en el ámbito Social

La pirámide de las edades se encuentra completamente invertida en varios países del mundo (Sainz 2017). Quizá esta sea una de las razones por la cual, desde hace unos años, se van realizando numerosos estudios interdisciplinarios dedicados al envejecimiento. La preocupación por los adultos mayores y su estilo de vida en la sociedad cambiante de nuestros días, es preocupación de instituciones gubernamentales, ONGs, Universidades y de grupos privados de distintas orientaciones. La sociedad en todo este quehacer se a dado cuenta que hay cierto grupo de personas que no puede razonar como ella, sino, que tiene otras motivaciones derivado de sus cambios productos del envejecimiento, esto ha llevado a adoptar políticas más acorde con el adulto mayor. Hay una serie de discusiones de cómo hacer que el adulto mayor se integre a la sociedad con todo su potencial producto de los años vividos y que su inteligencia está activa y puede ayudar a transformar la sociedad que estamos viviendo. Se ha creado una serie de programas que favorecen al adulto mayor, por ejemplo, la creación de clubes de adultos mayores los cuales reciben subvención gubernamental. El aporte de alimentos desde los servicios de salud. A nivel de los barrios se han facilitado lugares, sedes donde se puedan reunir.

El rápido envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe trae consigo múltiples desafíos y exige acciones en la región que garanticen la distribución

justa de los recursos para responder adecuadamente a las necesidades de todos los grupos etarios. Requiere, asimismo, un cambio de actitudes, políticas y prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. En este marco, la inclusión efectiva de las personas de edad tiene relación con la equidad en el acceso a diferentes servicios y beneficios sociales y económicos, así como con la garantía y el ejercicio de sus derechos humanos.

Estos cambios tan vertiginosos de la sociedad han ocasionado que el adulto mayor no esté preparado ni tampoco alcanza a prepararse para aceptar un futuro tan frustrante y tan beligerante.

Los adultos mayores, por varios factores, deciden irse a un hogar para personas mayores, porque, hay más gente de su edad con quienes puede relacionarse. Otras veces prefiere quedarse en su hogar de antaño (solo) recordando cuando sus hijos eran chicos y estaba su pareja, como el tratar de vivir sus últimos años con los recuerdos que le hicieron vivir épocas maravillosas y que según su esquema no volverá a sentir nada parecido, esto lo lleva al abandono una especie de auto exilio produciendo una serie de deterioros al adulto mayor.

Los cambios de los valores en la sociedad han llevado a que la persona sea mirada como un ente productivo, en caso, contrario se debe dejar de lado. Todas estas y cada una de esas consideraciones lleva a que el adulto mayor se le abandone y a la sociedad no le importa.

A veces, puede ocurrir que a la familia si le interese este adulto, pero las características de la sociedad presiona a cada uno de sus miembros por producir o prepararse para la vida laboral y ello le ocupa la mayor parte del tiempo que cuando llegan a la casa lo único que desean es descansar y dejan de lado al adulto mayor.

De lo anterior se puede observar que el adulto mayor puede estar abandonado hasta en su propia casa. Nadie se preocupa de él y si lo hacen es a medias. Esto ocasiona en el adulto mayor sentimientos de estorbo deteriorando su vida afectiva, mental y física.

Es importante resaltar que la cultura y la crianza influyen en la educación sexual impartida y que un número importante de adultos mayores actuales han sido educados para no hablar de sexo, mucho menos para hablar con sus parejas de sus deseos y preferencias sexuales, así como tampoco hablar con sus hijos al respecto. Las pérdidas sufridas por éste (las figuras de apego y la reducción de la red social), provocan una situación de soledad emocional y social. Por lo tanto, debe ser uno de los objetivos básicos de la educación en general y de la educación sexual en particular, intentar conservar o crear nuevos vínculos afectivos estables y seguros, conseguir que los adultos mayores se mantengan dentro de un sistema de vida de pareja, de familia, que tengan amistades y se integren en actividades grupales, para ser visibles en esta sociedad estructurada. Ser parte activa y productiva de la sociedad que le tocó vivir.

III.2. Relevancia en el ámbito disciplinar

Es necesario hoy en día el acercamiento de la disciplina del Trabajo Social al tema del envejecimiento, porque la intervención social con personas mayores ha comenzado a tomar relevancia. Anteriormente este colectivo no se encontraba entre la población objetivo de intervención, dado que la esperanza de vida nunca había sido tan alta como ahora.

Con el aumento de la esperanza de vida y el avance tanto en el ámbito social tanto tecnológico y sanitario han hecho que las personas lleguen alcanzar edades comprendidas entre los 80 y 90 años, surgiendo nuevas necesidades que tiene que ser atendidas y solventadas.

El envejecimiento de la población, por tanto, no se refiere exclusivamente a un proceso biológico determinante de las condiciones de salud de las personas, sino a un proceso social por el que la sociedad se transforma de manera significativa en virtud de su estructura y organización en torno a la edad, como componente diferenciador de los status de las personas (Giró; 2005: 17).

Desde el Trabajo Social se promueve la participación social de la persona mayor, para que en esta etapa de la vida siga manteniendo y estableciendo vínculos sociales, un bienestar personal y psicológico para hacer frente esta etapa. (Ahmed; 2013:10).

El desafío del trabajador social es definir qué teorías o enfoques de trabajo son aconsejables trabajar con la persona mayor, a partir de las características de este grupo etáreo y su contexto social. En este sentido pueden aparecer teorías como: la *teoría de la actividad*, según lo que refiere Giró, 2005:21 "...se basa en la idea de que en la vejez la satisfacción es proporcional al nivel de actividad y sobre todo del nivel de interacción social mantenido. La disminución de la actividad no es una decisión individual sino que una imposición de la sociedad."

Otra teoría interesante, es la que mencionan los autores García y Romero (2013), que son *las teorías de apoyo social* "se centran en la importancia que tiene la disponibilidad de recursos sociales durante la fase de este ciclo vital". Resaltan la importancia que tiene en esta edad el poder mantener una identidad y mantenerse activos e integrados en diversos espacios y grupos, así como señalan las dificultades que representa para los adultos mayores un mundo más tecnológico o industrializado (Ramos y Salinas; 2010:73).

Teorías como el *envejecimiento activo* se basan en el mantenimiento de una vida activa como condición imprescindible para un envejecimiento exitoso. García y Romero (2013:90). Este fenómeno incluye aspectos psicosociales junto a la dimensión fisiológica y cognitiva que ya estaba presente, dando así importancia a las relaciones sociales. Para alcanzar este envejecimiento saludable, se parte del envejecimiento activo (Funes; 2009:170).

Hay una perspectiva postmoderna (Bazo; 2001:22) del envejecimiento que analiza la vejez como una dimensión importante del cambio social es la que representa la *gerontología crítica*. Desde esta perspectiva ya no tiene tanta importancia el status socioeconómico; se hacen más difusos los límites entre juventud, madurez y vejez.

Teorías de los *factores psicosociales* que enfatiza la relevancia en las personas mayores. Existen dos grupos, uno que argumenta el envejecimiento desde la conexión social por la falta de actividad con las teorías de la actividad y la desvinculación y otro grupo que desarrolla las teorías de apoyo social y de envejecimiento activo, ofreciendo una intervención social preventiva por parte del trabajador social.

Los objetivos de una política pública para los adultos mayores deben estar orientados a fortalecer esta población dentro del ámbito familiar y comunitario mediante una planificación de servicios sociales que tenga una visión del ser humano como ser holístico, a integrar a la persona mayor dentro de la sociedad total, evitar el aislamiento, fortalecerlos económicamente con el fin de que vivan de manera independiente, y promover encuentros intergeneracionales que ofrezcan la posibilidad de intercambiar saberes, experiencias y vivencias, a fin que se reconozca y se legitime la posición del adulto mayor a nivel familiar (Manzanares y Rodríguez; 2003:126).

La evolución del Trabajo Social se ha organizado en este ámbito en la planificación, programación e implementación de los servicios como desde la creación de nuevas políticas. Esta ciencia social se basa en permitir a las personas desarrollar

sus capacidades, ayudarlas y acompañarlas a modificar su situación y potenciarlas para que ellas sean capaces de resolver sus problemas. Acción que también se realiza en el envejecimiento (Guerrini; 2010:9).

La relación que mantiene el Trabajador Social con las personas mayores viene determinada por considerar esta disciplina a estos usuarios como un colectivo de personas vulnerables, las cuales deben ser objeto de intervención social basada en la protección (Amhed; 2003;12).

No por el hecho de ser personas mayores y encontrarse en la última etapa de la vida, la atención que deben disponer debe de estar orientada a los cuidados o a la atención meramente asistencial. Las personas mayores al igual que otros sujetos, poseen capacidades y potencialidades, y es por ello por lo que se debe trabajar en el aspecto del envejecimiento activo a través del Trabajo Social.

El Trabajo Social se basa en primer lugar en las personas, pero en sus diferentes dimensiones, por ello el carácter de la intervención varía, pudiendo ser preventivo, asistencial o reparador. En relación con la persona mayor, el Trabajador Social desarrolla acciones que van dirigidas a la inclusión del mayor, hacer partícipe a la familia en este proceso vital, a la asistencia institucional, al desarrollo de otros recursos comunitarios y a complementar requisitos administrativos. (Marcia et al;2013:13).

El Trabajo Social Gerontológico es pues *“la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y efectos de los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos”* (Martín, 2012:13).

Para Piña (2006,19), el Trabajo Social Gerontológico es un campo de acción que apunta a potenciar el capital social individual, familiar, grupal y comunitario de los adultos mayores, mejorando la calidad de su vida social y su desarrollo humano, a través de una intervención basada en enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos.

III.3. Relevancia en el ámbito particular

La propuesta de trabajo con adultos mayores que plantea el Hogar de Cristo para los próximos años tiene como propósito contar con programas homologados y de calidad a nivel nacional para este grupo de la población. Este es el resultado de una búsqueda de casi dos décadas, a partir de la cual se indagaron diversos conceptos e intervenciones innovadoras, procurando encontrar aquellas que fueran más acordes a la realidad de quienes son hoy “los más pobres entre los pobres”. La incorporación de programas ambulatorios que permitan a los usuarios mantenerse en su medio habitual, contrarrestando la dependencia que pueden producir los programas institucionalizados y asistenciales, a lo que se suma el cambio de mirada que pone a las personas como sujeto activo en el proceso de superación de la pobreza, con capacidades y limitaciones

que deben ser tomadas en cuenta, manteniendo su dignidad, autonomía y el desarrollo de sus capacidades, fueron las primeras acciones en el proceso de reformulación conceptual de la pobreza, cuyo corolario fue la incorporación, en 2005, del paradigma de la exclusión social para establecer la población objetivo y generar intervenciones sociales que tendiesen a mejorar las oportunidades de una vida mejor.

Estos avances se visualizan al entender al adulto mayor como un ser complejo, multidimensional, en cuyo bienestar intervienen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su situación de salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad, su historia de vida, entre otros factores. Con este aprendizaje y la experiencia de las últimas dos décadas, la propuesta de trabajo para los próximos años se orienta a tener una oferta programática diversificada y pertinente a los distintos requerimientos y potencialidades de los mayores, dando así un mayor énfasis al nivel de funcionalidad y al apoyo familiar con que cuentan.

La incorporación de acciones para perpetuar la autonomía y atender la dependencia se incluyen bajo la consideración de que esta última limita las posibilidades de integrarse a la sociedad y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. En este sentido, es importante tener claro que la mantención de un buen estado de salud juega un rol fundamental, de modo que el control y tratamiento oportuno de las enfermedades agudas y crónicas puede evitar o retardar el déficit funcional, la discapacidad y, posteriormente, la dependencia. En esta línea, se observa la importancia de tener una mirada socio - sanitaria de intervención con los mayores en situación de exclusión social, entendiendo que dado el ámbito de acción del Hogar de Cristo, aquellas temáticas

referidas a la salud deben ser abordadas en conjunto con los servicios públicos, pues son ellos la entidad capacitada y con la experticia necesaria para dar respuestas de alto impacto en esta área. Si bien la dependencia está siendo abordada incipientemente por el Estado y las organizaciones sociales, aún falta profundizar en la materia. Hay que tomar conciencia de la significación que tiene mantener la autonomía en este período como un pilar fundamental en la calidad de vida de los mayores, consensuar en la clasificación y medición de la funcionalidad y dependencia, avanzar hacia intervenciones sociales multidisciplinarias que permitan abordar el problema desde distintas miradas y de manera más integral. Todo esto implica incrementar la formación de recurso humano en gerontología y geriatría, tanto en instituciones sociales como de salud, además de incorporar intervenciones con las familias de los adultos mayores.

La implementación de una propuesta y, especialmente, la incorporación de estrategias ligadas a la autonomía, dependencia y apoyo familiar, representan un gran desafío para el Hogar de Cristo. Más aún, existe la claridad de que contar con programas eficientes y eficaces en los objetivos que se plantean requiere de un constante monitoreo y evaluación de las prácticas, para así ir mejorando conforme se identifiquen aquellos nudos críticos de las intervenciones. Así también, sabemos que perfeccionar la calidad de vida de las personas mayores en situación de exclusión social es una labor de toda la sociedad, por lo tanto, debemos trabajar en conjunto para alcanzar este fin, compartiendo los aprendizajes y activando los distintos dispositivos estatales y privados, en beneficio de los adultos mayores.

Las relevancias de esta investigación residen en aportar el análisis de los factores sociales que afectan a los adultos mayores- respecto a la sexualidad.

También radica en contribuir a la discusión con referencia al fenómeno, sabiendo además que existen estudios limitados. Así se puede sostener la hipótesis de que las personas adultos mayores, hombres y mujeres, que se encuentran bajo el alero de una institución, tienen una postergación sexual con relación a sus pares que no están bajo esta condición.

En Chile, dentro de los programas y planes para el adulto mayor no se trabaja el tema de la sexualidad, quedando desprovistos de información en este ámbito.

Considerando que todo fenómeno que afecta la vida de las personas en particular es digno de estudio y análisis, para generar herramientas desde la investigación que permita entender y comprender los fenómenos que afectan a nuestra sociedad. Si se logra aportar a fin de avanzar en el ámbito de estudio y pronóstico de esta materia se dará por cumplido los anhelos de esta investigación. No obstante, este se verá en la práctica y el resultado de la investigación.

A propósito de la relevancia teórica la revisión bibliográfica hecha para este estudio, develó la falta de información que existe en nuestro país con respecto al tema de la sexualidad en el adulto mayor. A pesar de que se han hecho estudios éstos apuntan más a la parte de la salud en los adultos mayores y las políticas públicas existentes.

V Preguntas de Investigación

¿Cuáles son las vivencias afectivas en torno a la sexualidad de las personas mayores al interior del programa CDE (Centro Diurno Especializado) del Hogar de Cristo ubicado en la comuna de Renca?

Directrices

¿Qué experiencias logran identificar las personas mayores del CDE, en torno a la sexualidad?

¿Qué vivencias afectivas, en el ámbito de la sexualidad, reconocen las personas mayores al interior del CDE?

VI Objetivos

V.1. General

1. Comprender las vivencias afectivas de las personas mayores de entre los 70 y 85 años de edad, en torno a la sexualidad que se generan al interior del Centro Diurno Especializado del Hogar de Cristo programa ubicado en la comuna de Renca.

V.2. Específicos

1. Conocer las relaciones interpersonales que generan las personas mayores con sus pares, en relación a la significación de la sexualidad.
2. Describir los significados que las personas mayores atribuyen a la sexualidad, desde su propia experiencia.
3. Identificar la forma en que expresan sus sentimientos y emociones las personas de la tercera edad, tomando en cuenta los temores frente al tema de la sexualidad.

VII MARCO TEÓRICO

VII.1. Sexualidad humana en la vejez

Según los autores González y Miyar (2001) definen la sexualidad como un conjunto de condiciones estructurales (anatómicas), fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana. Abarca nuestros sentimientos, nuestra conducta en general y sexual en particular, la manera de expresarnos y relacionarnos con los demás. En definitiva la forma de vivir como hombres y mujeres.

En cambio los autores Zeidenstein y More (1999), definen la Sexualidad como unidad integral: Construcción social que se origina en el propio individuo. Proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia de cada persona está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc.

La gerontología social trata de los fenómenos humanos asociados al hecho de envejecer. Sin embargo, la vejez, resultado del envejecimiento, se contempla como una realidad que afecta sólo a una parte de la población. Los adultos mayores se configuran como una categoría independiente del resto de la sociedad, separados como grupo con características propias; resulta obvio que los adultos mayores compartan características comunes, pero lo curioso es que esta diferenciación supone mayor separación del resto de la sociedad que la experimentada por otros grupos sociales: niños, adultos,

funcionarios, etc. Existen distintos tipos de vejez que sitúan la variedad de sus conceptos (Moragas, 1998).

Vejez cronológica, se basa en las edades de retiro tradicionales y se fundamenta en la vejez histórica real del organismo, medida por el transcurso del tiempo. Se agrupa en años, lustros y décadas, y se considera que todos los sujetos nacidos el mismo año, tienen la misma edad (Moragas, 1998).

La vejez funcional, corresponde a la utilización del término viejo, como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones, concepto totalmente erróneo. La barrera de la funcionalidad de los ancianos, son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que el reflejo de deficiencias reales (Moragas, 1998).

La vejez, como etapa vital es la concepción más equilibrada y moderna y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y subjetivas del propio individuo (Moragas, 1998).

Podemos clasificar como población de tercera edad a todas las personas de 65 años y más y que según la etapa del ciclo vital familiar (Erickson, 2010) correspondería a la familia en las últimas etapas de la vida, donde el proceso emocional de transición corresponde a la aceptación del cambio de roles generacionales y donde los requerimientos para el desarrollo, serían: el mantenimiento del funcionamiento e intereses propios y de la pareja, a pesar del declinar físico, como son la exploración de

los nuevos roles sociales y familiares. Además ganar espacio para la sabiduría y la experiencia de la vejez y por último afrontamiento de la muerte del esposo/a, hijos y otros parientes e incluso para su propia muerte, así como la revisión e integración de la vida (Barbado et al, 2004).

VII.2. Dimensiones que caracterizan a la sexualidad:

La sexualidad es una actividad placentera típica de los seres humanos. El sexo de un individuo es la consecuencia de un hecho biológico y la sexualidad es el desarrollo individual y social de este hecho dentro de las normas y valores sociales. Además de estas funciones es necesario hacer referencia a las cuatro dimensiones que caracterizan a la sexualidad:

1. Dimensión social: se relaciona con los procesos y fenómenos que hacen parte del ser humano como ser social y que contribuyen al aprendizaje social de una determinada forma de vivir la sexualidad. Se incluye en esta dimensión los guiones sexuales, los ritos, los mitos, los imaginarios sociales, las normas, los roles, la educación sexual, los patrones culturales, etc.
2. Dimensión psicológica: se relaciona con los procesos emocionales, motivaciones, de aprendizaje, afectivos, comportamentales, adquisitivos, de personalidad etc., implicados en la estructuración de la vivencia sexual. Los procesos psicológicos están muy relacionados con la diversión socio cultural. Esta implica por una parte

factores emocionales, de aprendizaje, etc. y por otros patrones culturales y sociales como las normas, las expectativas sociales.

3. Dimensión Ético - Axiológica - Legal: forma parte de lo social y cultural, pero por su importancia la destacamos como una dimensión más. Se relaciona con la estructuración de los sistemas y códigos de ética, valores y normas legales que son conformadas socialmente para regular el comportamiento sexual. Tiene un papel importante en la convivencia social, prescribe lo que se debe o no hacer, lo que se considera aceptable o censurable, importante o no y se relaciona con la organización de la legislación alrededor de la sexualidad (comportamiento sexual, pareja, vida familiar, paternidad, maternidad y género).
4. Dimensión biológica: hace referencia a los factores anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y genéticos que subyacen a los diferentes componentes de la sexualidad como lo son la reproductividad, el erotismo, el género y las vinculaciones eroto-afectivas-amorosas.

La integración e interrelación de estas cuatro dimensiones conforman la sexualidad que tiene su formación y expresión en el individuo, la pareja, la familia, la sociedad.

VII.3. Sexualidad y Autoestima en la Tercera Edad

El proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida y por considerarse aquí, una etapa de pérdida del papel reproductivo, de la capacidad laboral, posibilidad de perder la pareja, los hijos, la disminución de la

eficiencia física y de la independencia psicológica, así como también es considerada como una etapa de temor a la soledad, al aislamiento, a la incompreensión, a la discapacidad y a la dependencia, entre otros. Pese a esto aún persisten actitudes retrógradas similares a las de siglos anteriores y que tienden a rechazar, burlarse e incluso a ignorar la existencia de actividad sexual en las personas mayores. Esta actitud parece tener dos explicaciones: Primero: existe una incorrecta asociación entre sexualidad y reproducción, mediante la cual se considera que sólo es normal el sexo durante la edad reproductiva y por tanto los ancianos no tienen por qué practicarlo, y segundo, la existencia del prejuicio, viejo es igual a enfermo (Herrera, 2003).

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno. Por lo tanto no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescindan de él. Así lo veía Maslow (1943) en su famosa pirámide de necesidades, donde describe un proceso que denominó autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando las actitudes hacia sí mismo son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Para la educación y formación de las personas nos interesa formar actitudes, porque así aseguramos una formación integral y no fraccionaria. Por lo mismo éstas se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivos emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en

lo más profundo de la personalidad, lo que garantiza que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida (Ysern, 1999).

Parte de las construcciones sociales suelen considerar que la relación sexual es una actividad propia de las personas jóvenes, de buena salud y con atractivo físico. La idea de que las personas de edad avanzada mantengan relaciones sexuales no está muy aceptada por la sociedad, prefiriendo eludirla, dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo, y por tanto dando lugar a una supuesta “inexistencia”. A pesar de esto, la vejez, conlleva a la necesidad psicológica de una actividad sexual continuada. No hay edad en la que la actividad sexual, los pensamientos sobre el sexo o el deseo, finalicen (Masters y Johnson, 1982) citado por (Trudel et al, 2000).

VII.4. Actitudes sobre sexualidad en Adultos Mayores

La satisfacción sexual constituye un predictor importante de bienestar en las personas, sin embargo las personas mayores dejan de tener relaciones sexuales debido a los prejuicios otorgados por la sociedad y que son mantenidos por ellos. Existe una notable y fuerte contradicción social frente al tema de las actitudes sobre sexualidad en el/la adulto/a mayor, ya que si bien las actitudes son favorables en este tema, no son acompañadas por las conductas para con ellos. Sin embargo, pueden llevar una vida sexual saludable y satisfactoria. La literatura informa que los adultos mayores pueden tener interés por el sexo y vibrar durante el acto sexual siendo físicamente capaces de mantenerse sexualmente activos (Willertl y Semans, 2001).

Estudios realizados en países occidentales han demostrado que el ejercicio activo de la sexualidad en la vejez responde principalmente, a la necesidad afectiva que se mantienen en los seres humanos hasta el final de la vida (Murillo y Rapso, 2005).

El análisis de los prejuicios sobre el proceso de envejecimiento, la sexualidad y la vejez el estudio de actitudes es importante en tanto que captura la expresiones colectivas, su manifestación en la esfera personal y la significación de los individuos (García-Alandete y Pérez- Delgado, 2005). Además se reconoce que las actitudes positiva hacia el envejecimiento puede ser un predictor para la buena o mala salud y el bienestar de las personas (Nezt, Zach, Dennerstein y Guthrie, 2005).

Las actitudes tienen un alcance colectivo, evalúan tanto sujetos como objetos, construcciones sociales, prejuicios y estereotipos sobre los diferentes grupos poblacionales guían las conductas colectivas e individuales (Morales, 1999).

La mayoría de los estudios sobre actitudes hacia la vejez, han encontrado que los propios adultos mayores se perciben a sí mismos en forma negativa y apenas en los últimos años es que ha existido una orientación a indagar sobre las cosas relacionadas con la salud más que con las pérdidas (Nezt, Zach, Dennerstein y Guthrie, 2005). Sin embargo permanece un vacío de información con lo relacionado con la sexualidad.

VII.5. Comportamiento Sexual en los Adultos Mayores

Está demostrado que el sexo y la sexualidad juegan un papel importante en el envejecimiento saludable y pleno; sin embargo, las personas adultas mayores tienen una

conducta sexual heterogénea en relación a sus apetitos y a sus intereses (Herrera, 2000).

El proceso de envejecimiento juega un papel muy importante. Los cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales en los órganos sexuales de los adultos mayores no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que exige una adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento, evitándose así frustraciones y situaciones de ansiedad ante las relaciones sexuales, que podrían llevar al cese innecesario de la actividad sexual (Herrera, 2003).

En cuanto a la permanencia de las conductas sexuales durante la adultez mayor estas se ven directamente relacionadas con la frecuencia, tipo y calidad de conductas ejecutadas en otras etapas del desarrollo, por lo tanto si el desempeño sexual fue escaso y con desinterés es probable que en la actual etapa no se experimente deseo por ejecutar estas conductas. La importancia de esto recae en que cuando los adultos y adultas mayores abandonan su sexualidad esto influye negativamente en su desempeño físico, laboral y social (Pérez, 2008)

En general, existe una falta de conocimiento acerca de los cambios fisiológicos normativos y no normativos que experimentan las personas adultas mayores, abundando creencias y conceptos errados, lo cual incluye a profesionales de la salud que tienen relación directa con pacientes geriátricos. Esto se refleja que en las fichas clínicas no se indagan aspectos de la sexualidad en esta etapa, ya que se da por sentado que las personas adultas mayores no mantienen vida sexual. También está el caso de ciertos profesionales que no preguntan sobre la temática por desconocer el cómo abordarla y

se sienten inseguros creyendo que no serán capaces de responder correctamente las preguntas que les puedan realizar (Herrera, 2003).

VII.6. Factores Sociales y Enfoque de Género

Las personas que mantienen una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja mantendrán relaciones sexuales satisfactorias. La sociedad en general, piensa que las adultas mayores pierden más pronto su atractivo sexual, posiblemente por perder más precozmente su capacidad reproductiva en comparación con el hombre (Herrera, 2003).

Las expectativas de lo que significa ser hombre o mujer, que forman parte de la sociabilización de la mayoría de los niños, dejan a muchos adultos mayores mal preparados para disfrutar su sexualidad o proteger su salud. El género tiene una influencia tan poderosa sobre el comportamiento sexual que algunos expertos creen que poner en tela de juicio los puntos de vista tradicionales de la masculinidad y feminidad es esencial para promover la salud sexual (Henry, 2002).

Muchas sociedades enseñan a las jovencitas a ser «buenas» esposas y las sociabilizan para que sean sumisas con los hombres. Las familias, los maestros y los compañeros refuerzan la suposición de que las niñas son inferiores a los niños, hasta tal punto que muchas jóvenes y posteriores ancianas creen que su situación de desigualdad está justificada (Henry, 2002). Los hombres se benefician de su situación privilegiada en la mayoría de las sociedades, pero los papeles de género tradicionales que desempeñan también tienen su precio. Las investigaciones han demostrado que la sociabilización de

los muchachos para que repriman las emociones, recurran a la violencia para solucionar conflictos y sean independientes a una edad temprana tiene efectos perjudiciales a lo largo de la vida (Henry, 2002).

En un mundo donde se privilegia la juventud y la productividad para las mujeres no es difícil que exista miedo a “llegar a ser viejas”, ya que poco a poco se les considera inútiles o “ya no útiles” y es el climaterio quien anticipa este sentimiento de vejez que en el hombre se lleva a cabo hasta dos décadas más tarde (Herrera, 2003).

Uno de los hechos más relevantes ha sido comprobar que uno de los mitos que más fuertemente existe para la sociedad, para los adultos mayores y en especial para la mujer adulta mayor ya es prácticamente inexistente: la salida de los hijos del hogar afecta de forma positiva la vida en pareja y la vida sexual, dado que pueden contar con un mayor espacio físico, lo cual les ha permitido una sexualidad más libre, no siendo necesario esperar el momento adecuado para tener relaciones sexuales y disfrutar de la mutua compañía, se cambia el mito del “síndrome del nido vacío” por el de “misión cumplida” (Herrera, 2003).

Otro mito que se está derribando en nuestro medio, es que la mujer mayor no requiere del sexo, que es innecesario en sus vidas y que es “anormal” a sus años, se observa una paulatina disminución del prejuicio “el sexo en el adulto mayor”. Las mujeres no perciben el sexo como algo malo e incorporan el acto sexual como parte de sus vidas. Pero surge una contradicción, ya que por otra parte a las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sean sus parejas quienes las busquen y quienes inicien la actividad sexual. Esto se debe en gran medida a la socialización recibida por esta generación, lo que conduce en algunos casos a una

disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer. Para las mujeres adultas mayores el mantener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional, ya que el sentirse deseadas sexualmente pasa por seguir sintiéndose bellas (Herrera, 2003).

Acceso a una pareja

Paradójicamente, la formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal recibida por la sociedad, en términos tan despectivos como “el viejo verde” o “la viuda alegre” todos estos mitos y prejuicios castigan a los adultos mayores privándoles su derecho a mantener una vida sexual satisfactoria y debido a la mayor longevidad de esta población, es cada vez más probable que los/las ancianos/as se casen con parejas incapaces sexualmente, principalmente en ancianas que se casan con ancianos de mayor edad, las cuales se transforman en esposas cuidadoras. Sin embargo en el anciano no sucede de igual modo donde se observa con gran frecuencia el casamiento con mujeres mucho más jóvenes (Herrera, 2003).

La misma autora señala que la situación de viudez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Además de la diferencia demográfica que juega contra las mujeres (1varón por cada 6/7 mujeres) tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios en mujeres viudas, lo cual limita aún más la actividad sexual de éstas. Se comprobó que el 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de sus esposos.

Dificultad para acceder a la intimidad

Es frecuente que el adulto mayor tenga que abandonar su domicilio habitual, por algún tipo de discapacidad importante, acudiendo a vivir con familiares directos o en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre se pierde la privacidad e intimidad de la pareja, lo cual muchas veces puede causar conflictos con los familiares o cuidadores por no entender las expresiones sexuales de los adultos mayores, adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia estos mismos. La situación se agrava cuando se separa a la pareja, con la intención de repartir la carga de cuidado entre los integrantes de la familia, sin pensar siquiera que existe una necesidad de manifestación sexual. Los familiares imponen normas de conducta que consideran apropiadas sin plantearse que en esas nuevas condiciones los adultos mayores necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones (Herrera, 2003).

VII.7. Afectividad en las Personas Mayores

La afectividad es un elemento constitutivo de la experiencia humana a la que se atribuyen variados significados y características. A lo largo de la historia han aparecido un sinnúmero de teorías explicativas acerca de la afectividad y sus componentes, inclusive reduciendo la afectividad sólo a la expresión de emociones o contrastándola con el funcionamiento racional (Álvarez, 2002).

La afectividad puede definirse como la cualidad sensitiva de la experiencia, remitiéndose a la relación sensorial que el sujeto tiene con él mismo, es decir, como una experiencia personal de la relación con las cosas (Surralés, 2009). Esta experiencia y la

huella de ésta permanecerá estable en función de lo intensa y duradera que sea a lo largo de la vida de los sujetos (Álvarez, 2002)

Otros autores la definen como la actividad de la energía psíquica que vivencia el yo, que posee la fuerza para impulsar y regular la actividad mental y que interactúa con otras áreas de la vivencia (Surralés, 2009)

La afectividad es una dimensión del vivenciar de los seres vivos que requiere que la persona como ser viviente sea protagonista de lo que acontece y no simplemente un observador, un oyente o estudioso de las situaciones. La afectividad presenta un contenido, una configuración y un dinamismo propio para quien la vivencia, por lo que el estudio de esta permite alcanzar una mayor comprensión de la vida de la persona (Quiroga, 2001)

La afectividad ha sido considerada tanto una actividad propia de la vida social como un fenómeno específico de los organismos vivos. La afectividad humana y los instintos animales tendrían un origen biológico similar en lo instintivo, pero la afectividad humana se distingue por ser un instinto asumido a través del lenguaje y mediado por aspectos vinculados al intelecto y la cultura, por lo tanto, es posible de diferenciarse en cada sociedad (Surralés, 2009).

Debido al origen instintivo de la afectividad humana la satisfacción o insatisfacción de las necesidades y de los impulsos vitales generaría estados afectivos placenteros o displacenteros que podrían variar en sus formas e intensidades a lo largo de la vida (Surralés, 2009).

Cabe destacar que cuando se estudia la afectividad del adulto mayor suele hacerse referencia a aspectos familiares y relacionales con las otras generaciones dejando de lado las emociones y sentimientos relativos a la sexualidad de estos. Pero la afectividad cumple un papel fundamental en la sexualidad durante la adultez mayor, ya que en esta etapa existe la posibilidad de profundizar los vínculos afectivos, perfeccionar la relación y la comunicación dentro de esta, que lleva a mejorar la calidad de la relación en vez de quedar fijada en la frecuencia de conductas sexuales. (Herrera, 2003).

Para efectos de esta investigación la afectividad será sistematizada a través de los estados de ánimo, las emociones y los sentimientos que se vivencian en la sexualidad de los/las adultos/as mayores.

Estados de Ánimo

Los estados de ánimo son la forma más duradera de afectividad, están directamente relacionados con el temperamento del sujeto y se caracterizan por su baja intensidad, por ser difusos, resistentes y por durar un periodo bastante prolongado de tiempo, con escaso contenido consciente (Paez y Carbonero, 1993).

Al igual que las emociones los estados de ánimo informan acerca del estado del organismo y su ambiente permitiendo orientar correctamente las conductas, pero al ser tan difusa la causa de estos se pueden provocar dificultades y errores para identificar su origen (Páez y Carbonero, 1993).

Los estados de ánimo provienen de una conciencia mental más profunda y más difícil de acceder que aquel nivel de conciencia en que se hayan las emociones, es por eso que una emoción que se repite constantemente en un individuo termina

transformándose en un patrón frecuente de la experiencia consciente (Cassasus, 2007). También los estados de ánimo pueden tener su origen en una emoción, al desaparecer el estímulo o el objeto al que se dirigía la emoción, quedando una sensación difusa e inespecífica lo que dificulta el manejo adecuado del estado de ánimo y disminuye la capacidad adaptativa de las emociones derivadas de estos (Gallardo, 2006)

Los estados de ánimo tienen la capacidad de teñir la realidad y la forma de procesar la información que se recibe del exterior, de esa manera un estado de ánimo predominante en un determinado periodo de la vida del sujeto definirá el rango posibles acciones o conductas a ejercer coherentes con dicho estado de ánimo (Cassasus, 2007)

Según Thayer (1999) los estados de ánimo estarían dispuestos en polaridades positivas y negativas que se correlacionan con niveles de activación biológica, existiendo un nivel de energía compuesto por sensaciones que van desde la energía, el vigor y la vitalidad hasta la fatiga y el cansancio. Por otra parte, el nivel de tensión estaría compuesto por sensaciones de ansiedad, temor y en el otro extremo estaría la calma y la quietud, este nivel de activación biológica está vinculado con estímulos aversivos que son todos aquellos estímulos percibidos como posibles amenazas para la supervivencia (Gallardo, 2006).

Emociones

Por otro lado y en vinculación con lo anterior, las emociones pueden ser denominadas como movimientos afectivos complejos que son consecuencia inmediata de los estímulos percibidos que pueden provenir del exterior o del mundo interno del sujeto, son momentáneas, fugaces e intensas, emergen de forma súbita y brusca. Debido

al componente neurológico es posible expresarlas rápidamente a través del lenguaje o de la conducta motora (Álvarez, 2002; Capponi, 1987).

Según Eckman en cuanto a las clasificaciones generales que se han efectuado respecto del mundo emocional, existiría un grupo de emociones primarias presentes en todas las personas y culturas, ya que poseen la característica de estar biológicamente determinadas, unidas al instinto de fuga o agresión con una forma de expresión facial única, que es común a todos los seres humanos. Las principales emociones descritas son rabia, miedo, tristeza, ira, asco, sorpresa y alegría. Estas emociones son compartidas con otras especies del mundo animal (en Álvarez, 2002; Taberero y Politis, 2011).

Por su parte, las emociones secundarias tienen la característica de ser muy variadas y son la mezcla de emociones primarias y la cognición, que se deben al desarrollo de cada individuo y su respuesta es distinta en cada persona. Dentro de estas se podrían clasificar orgullo, celos, envidia, vergüenza, resentimiento y desprecio (Álvarez, 2002; Taberero y Politis, 2011).

Las personas adultas mayores experimentarían un mayor control emocional y una mejor capacidad para manejar las emociones y sentimientos positivos que en etapas anteriores del desarrollo. De este modo son capaces de emplear estrategias de regulación emocional de tipo preventivo, lo que implica la elección consciente de las situaciones a las que se expondrán. Hacen uso de estrategias emocionales de tipo paliativas que consisten en suprimir las emociones o la respuesta emocional. También las personas adultas mayores serían menos capaces de percibir emociones negativas en ellos y en quienes les rodean, posiblemente porque existe una mayor presión social

que invita a una inhibición emocional en las personas adultas mayores, esto podría ir acompañado de características generacionales como son una menor educación con respecto a las emociones (Márquez - González; Fernández de Trocóniz, Montorio y Losada, 2008).

Sentimientos

Los sentimientos son el fenómeno afectivo con mayor predominio en la actividad humana, se caracterizan por ser más estables que las emociones, no necesitan de un estímulo externo, el componente autónomo es mínimo, poseen poca manifestación corporal y serían un punto intermedio entre las emociones y los estados de ánimo. Son una forma de cognición de los procesos emocionales, lo que hace posible su conocimiento y conciencia de sus variantes. Además, son posibles de sostener cognitivamente a diferencia de los estados de ánimo y de las emociones (Vargas, Ibáñez y Hernández, 2012).

De acuerdo a Herrera (2003) los adultos mayores están expuestos socialmente a estereotipos que los ven como asexuados e infantilizados, esto puede conducir a una vivencia de la sexualidad en la que estén presentes sentimientos contradictorios y complejos de asumir. Incluso, algunas patologías que provocan cambios en la respuesta sexual pueden llevar a experimentar sentimientos de incompetencia.

Para las personas adultas mayores que presentan una vivencia de sexualidad saludable, sería fundamental la expresión de sentimientos y emociones hacia la pareja, como manera de demostrar amor, confianza y entrega en la relación. Aunque estas características por ahora tienen mayor frecuencia en las adultas mayores, la expresión

de afectos dentro de la relación enriquece la vida sexual en general de hombres y mujeres en cualquier etapa de la vida. (Herrera, 2003)

La etapa de la adultez mayor, a diferencia de las anteriores, se caracteriza por la tendencia al bienestar emocional, debido a que ya no tienen la presión de compatibilizar tantos roles sociales e interpersonales. Aún así en esta etapa experimentan un mayor grado de insatisfacción con respecto a la vida en comparación a otras etapas del desarrollo, lo que puede deberse a las condiciones de vida, los problemas de salud y a un mayor deseo de haber hecho cosas de otra manera a lo largo de su vida debido a la mayor acumulación de experiencia en comparación con personas más jóvenes (Márquez - González; Fernández de Trocóniz, Montorio y Losada, 2008).

VII.8. La Importancia de saber envejecer; bienestar psicológico en el adulto mayor

La Neuropsicóloga Dechent, C. (2012) refiere que las nuevas condiciones de vida generadas por la vejez suponen más de un problema para algunos adultos mayores. La cultura en Chile, lejos de valorar esta nueva etapa, genera barreras que impiden vivirla con inteligencia emocional y armonía.

Las arrugas surcan la piel, nuestro cuerpo cambia su contextura y el cabello se vuelve cano, como si inaugurase la última fase de la vida. Los cambios impulsados por la vejez trascienden la estética e implican aspectos emocionales y psicológicos que muchas veces pasan desapercibidos. Muchas personas mayores desarrollan cuadros depresivos, cuadros ansiosos, estrés y somatizaciones. La enfermedad más común de

este tipo es la depresión, con una prevalencia del 11,2%, según la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Minsal en 2009 y 2010.

El principal rasgo depresivo de los adultos mayores es la apatía, es decir, el desgano que los lleva a abandonar actividades, a dejar de salir o de compartir con los demás, anteponiendo cualquier excusa para evitar estas situaciones.

Cuando una persona mayor muestra una preocupación excesiva por todo, es decir, está hiperalerta y cualquier cosa lo asusta o estresa, podemos estar ante el caso de un cuadro ansioso, mientras que la somatización se refiere a variadas e inespecíficas dolencias que experimenta un individuo, ya sean mareos o dolores de espalda, cuello y de estómago, por nombrar algunos. El origen de estos malestares no es físico, sino psicológico. Según Dechent, C. *"Si nosotros no le damos cabida a nuestras penas o frustraciones, el cuerpo lo expresa en forma de dolor físico"*, quien afirma que detrás de estas manifestaciones, muchas veces se encuentra la depresión.

El impacto que tienen estos trastornos psicológicos sobre la salud es enorme, ya que son agravantes de enfermedades físicas (hipertensión, diabetes, entre otros) y fomentan la aparición de trastornos cognitivos (pérdida de memoria, dificultades del lenguaje, problema atencional). En algunos casos, el adulto mayor se auto abandona de tal manera que se niega a realizar tareas tan básicas como bañarse, comer o limpiar su hogar, debido a la desmotivación que lo embarga. En definitiva, los problemas físicos empeoran y el afectado descuida su vida general, lo que sin duda, sólo acarrea consecuencias negativas.

Difícil de aceptar

La transformación de la apariencia que conlleva el paso de los años cuesta ser aceptada en nuestra sociedad, donde se rinde culto a la juventud. También cambiamos a nivel cognitivo, como sucede con la denominada "memoria de trabajo". La psicóloga la describe "*como la memoria RAM del computador, que es la que nos permite hacer cosas simultáneamente, ya sea más de dos o tres acciones a la vez.*" Esta capacidad disminuye al pasar los años, volviendo a la gente más lenta. No disminuye la memoria ni la facultad de razonar, simplemente, no podemos hacer tantas tareas al mismo tiempo, lo que estresa a aquellos que siempre fueron activos. En vez de frustrarse, la psicóloga recomienda "*hacer menos cosas y tomar conciencia de que eso es normal*".

Quienes lo pasarán mal son las personas que se resisten al progreso natural de su vida, tanto por motivos físicos como sociales. La aparición de enfermedades o los accidentes (como caídas que terminan en fracturas) afectan la moral de la tercera edad, pues es indudable que merman su calidad de vida. La jubilación, la muerte del cónyuge y de otros seres queridos o inclusive un cambio de casa puede afectarlos significativamente porque significa amputarlos del espacio atiborrado de su historia, sentimientos e identidad. La dificultad de adaptarse provoca en muchos casos problemas de memoria, trastornos cognitivos y cambios conductuales. *El flagelo de la cultura antivejez* en Chile, la idea de convertirse en una persona mayor no genera entusiasmo. Por el contrario, posee una connotación negativa que sólo se explica con la cultura que desconoce y rechaza una etapa vital tan normal como sus antecesoras.

Si la celeridad y el ritmo vertiginoso de la sociedad actual son estresantes para los más jóvenes, la peor parte se la llevan las personas mayores. La ciudad es un ejemplo de lo poco amable que es el entorno: estaciones de metro con escaleras

interminables y sin ascensores, semáforos que cambian con rapidez, calles anchas y difíciles de cruzar, etc.

Los prejuicios de la sociedad hacia la vejez crean una especie de cerco, como si se tratasen de "otros" cuya realidad es incompatible con la nuestra, pese a que tendremos el mismo destino. La profesional del Servicio de Geriátrica comenta con asombro cómo algunos de sus pacientes no se asumen siempre como personas mayores.

El evidente problema cultural motivó incluso la creación de la Geriagogía, especialidad que enseña a la gente a envejecer y a no morir en el intento. "*Nunca se nos prepara a ser viejos*", señala Dechent, quien asegura que debemos prepararnos psicológicamente y pensar cómo viviremos esta fase.

La mejor forma de disfrutar los años

Cuerpo y sociabilidad: comer bien, hacer ejercicio físico, no fumar, evitar el consumo excesivo de alcohol, y tener una vida social activa son las bases para una salud integral. Independiente si la persona es sociable o solitaria, la presencia de un solo amigo basta para tener relaciones sociales enriquecedoras que influyen poderosamente a nivel físico y psicológico. "*Si te toca la mala pata de enfermarte, debes hacerte cargo de los factores de riesgo y cuidarte. Si te estás quedando solo, genera nuevos lazos, preocúpate de tomar un curso, muévete. Tomar la iniciativa es súper importante*", señala categórica la neuropsicóloga.

Apoyo e ingenio familiar: el primer requisito para que una familia sea efectivamente un pilar de apoyo, es que respete la forma de ser de sus adultos mayores. Si quiere obligar a su mamá a que se integre a un curso de yoga aunque ella insista en que le parece aburrido, va por mal camino. "*Muchas veces asumimos como familia lo que deben hacer y es súper importante respetar lo que ellos quieren y buscar en ellos mismos los intereses*", declara la profesional, quien hace un llamado a respetar su voluntad siempre y cuando no transgreda su salud (por ejemplo, si se niega a comer). Otro punto importante es integrarlos como siempre se ha hecho, ya sea en reuniones familiares, conversaciones o al entorno, respetando su ritmo. Si un adulto se cambia de casa y lleva a su madre consigo, lo ideal es que la ayude a ambientarse a la nueva ciudad o barrio y hacer de este cambio una experiencia agradable.

Generaciones unidas: potenciar relaciones intergeneracionales, es decir, entre individuos de diferentes edades, es sumamente beneficioso para todos los involucrados. Es bueno incentivar a los nietos a compartir con frecuencia con sus abuelos. Incluso, en algunos países se efectúan jornadas donde personas mayores van a leer cuentos a niños de jardines infantiles, para generar este intercambio y fomentar, paralelamente, hábitos de lectura.

VII.9. Políticas Públicas y Tercera Edad

En todo proceso de formación de políticas públicas, se logran distinguir ciertos aspectos comunes, sin embargo, estos pueden modificarse dependiendo de las variables político, culturales, sociales de una nación. En este sentido, la etapa inicial

siempre la constituye la formulación de la política pública. En el caso de los adultos mayores (Adultos Mayores) este proceso lo podemos sintetizar de la siguiente manera:

En el año 1995 con la presidencia de Eduardo Frei Ruiz Tagle se crea la comisión Nacional para el Adulto Mayor la cual cumplía la función de asesorar al presidente en la formulación de próximas políticas a aplicar en esta temática. La comisión estaba integrada por una cantidad de 38 personas de ámbitos públicos y privados de la sociedad y era presidida por la Sra. Marta Larraechea de Frei. Esta comisión da origen al Comité Nacional para el Adulto Mayor quien finalmente coordino y articulo la actual política nacional en esta materia. (Quienes Somos: Servicio Nacional del Adulto Mayor).

A su vez se constituyeron tres comisiones, a raíz del rol jugado por el Presidente Ricardo Lagos en el año 1999, las de Hacienda, Familia, Gobierno, Descentralización y Regionalización. En este mismo año, pero ahora como Senador don Eduardo Frei Ruiz Tagle, se dirigió ante la Cámara de Diputados exponiendo el proyecto que daría inicio al Servicio Nacional del Adulto Mayor y de forma paralela el Fondo Nacional del Adulto Mayor. A grandes rasgos la primera comisión en actuar fue la de Familia, quien elaboró un artículo que contenía fundamentalmente los objetivos principales que se perseguirían, informes financieros del tema a nivel nacional, y análisis comparativos con otros países. Posteriormente procedió a actuar la comisión de Hacienda, poniendo énfasis en los presupuestos, patrimonio, disposiciones legales y en los comités regionales. Finalmente actúa la comisión de Gobierno, Descentralización y Regionalización quienes tenían que identificar fundamentalmente los objetivos principales que tendría el nuevo servicio del Estado (Quienes Somos: Servicio Nacional

del Adulto Mayor). El informe fue promulgado el 16 de Diciembre de 1999 y fue publicado en el Diario oficial el 26 del respectivo mes y año.

En el año 2003 se crea SENAMA, con la finalidad de poder otorgarle beneficios que fueran en apoyo del grupo de la tercera edad, que continuaba con un crecimiento poblacional a niveles muy elevados y en su gran mayoría se encontraba en situación de vulnerabilidad constante. Ciertamente los tomadores de decisión contaban con muy poca información, siendo una de las fuentes principales el CENSO realizado el año anterior, el cual terminó por reflejar la creciente población adulta mayor que existe en el país y su aumento progresivo.

El diseño de esta política pública, no surgió porque la sociedad haya demandado tal iniciativa, la sociedad civil o el denominado tercer sector, no poseía la organización suficiente, para poder demandar las transformaciones radicales que Diagnóstico de la Implementación de Políticas Públicas para la Tercera Edad en Chile María Díaz Barría – Roberto Mora Manríquez 9 eran necesarias, ni tampoco participó del mismo proceso en las comisiones que se conformaron para tal efecto. Por lo cual todo el crédito de la formación del servicio ha de recaer, en la clase política que decidió afrontarlo desde aproximadamente una década atrás.

Lo anteriormente descrito podríamos encasillarlo en lo que él denomina programa de actuación político-administrativa (PPA) que define y le entrega un grado de legitimidad primaria de la política pública y el acuerdo (de actuación) políticoadministrativo (APA) que se relaciona con un aspecto más práctico, de la toma

de decisiones fundamentalmente (Subirats). En la etapa de formulación o programación se entenderán como un complemento o interacción entre ambas etapas.

La implementación constituye un espacio temporal fundamental en la consecución de los objetivos que nos planteamos desde un comienzo, si pudiéramos definirlo de forma sencilla, diríamos que es la etapa en la cual se logran las transformación de lo planteado en nuestros programas a objetos concretos y reales, tangibles para la población. Subirats lo define “tras la fase de programación, tienden a la realización concreta de los objetivos de una política pública”.

Desde el año 2003 se implementó el SENAMA a lo largo de todo Chile, teniendo como lógica de acción lo formulado en el proceso previo por todos los comités y comisiones que se constituyeron para tal efecto, en palabras concretas el servicio se define de funcionamiento descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, y su principal tarea es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país.

Dentro de la implementación es fundamental analizar el impacto real que ha tenido el trabajo que desarrolla SENAMA en estos pocos años de vida. En la actualidad el servicio funciona con una lógica centralista, esto debido a la poca relevancia que adquieren las coordinaciones regionales en el actuar diario del servicio, en este sentido la toma de decisiones está casi completamente centralizada en la dirección central. Dentro del plan de trabajo que posee el servicio, es importante mencionar que al planteamiento inicial se le han ido incorporando temáticas atinentes a las realidades actuales que está viviendo la población, es por lo mismo que de los primeros planes del

año 2003 con que partió este servicio se le han incorporado una sumatoria de otras políticas y alianzas estratégicas, para cubrir áreas que no se lograban combatir o cubrir con anterioridad, a raíz de esta situación es que en la actualidad el servicio cuenta con siete programas, dentro de los que contemplamos, aquellos que partieron de la mano con el servicio como el Fondo Nacional del Adulto Mayor, y que se han ido modificando o actualizando para mejorar los resultados de los objetivos que se habían planificado desde un comienzo, y otros que han surgido como el Programa Vínculos, en el año 2006, que nació para solucionar las temáticas de pobreza y soledad que afectaban a las población de tercera edad. En resumidas cuentas, el tema de la implementación de políticas públicas en materias del envejecimiento poblacional y de la tercera edad, se han ido constituyendo en forma paralela con la implementación del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Finalmente en la fase de la evaluación que deben poseer todas las políticas públicas, existen situaciones muy dispares, en este sentido hay programas que no cuentan con una evaluación desde que comenzó su ejecución, otros programas cuentan con muy buena acogida y su evaluación es bastante positiva. Es importante mencionar que la evaluación es de carácter constate, mes a mes a través de informes programáticos, cuadro de mando integral, resultado por impacto, etc. De la misma forma el servicio está en un constante proceso por la mejora de su calidad, al igual que introduciendo nuevos instrumentos para mejorar su gestión tanto territorial como funcional. Del mismo modo se ha empezado a trabajar de la mano con las organizaciones de adultos mayores a lo largo del país, las cuales tienen un carácter más consultivo, pero que entregan una retroalimentación desde su perspectiva como

adultos mayores, necesaria que debe tener cualquier servicio o programa para que realicen una gestión eficiente. A su vez existen instancias de evaluación y coordinación de nudos críticos y potencialidades a nivel nacional como regional, en las cuales participan, distintas autoridades de gobierno y en algunos casos organizaciones de carácter privado que juegan un rol preponderante en materia de seguridad social. De esta forma el Servicio Nacional del Adulto Mayor, posee una red amplia de evaluación de su funcionamiento, sin embargo, es insuficiente al momento de analizar el impacto de los objetivos que están teniendo las políticas públicas en ejecución.

A partir de la creación del SENAMA se han establecido otras instancias institucionales. La más importante es, sin duda, el Comité de Ministros del Adulto Mayor, instaurado en enero de 2004. El instructivo presidencial que le dio origen establece que este comité tiene como función definir las líneas de acción común para el desempeño de los distintos ministerios y servicios públicos en materia de personas mayores, perfeccionando las medidas y realizando evaluaciones, proponiendo presupuestos integrados, así como iniciativas legales y reglamentarias destinadas al mejoramiento de la situación de las personas de edad avanzada. En el plano programático, existe una política que define las acciones del Estado en este tema sobre la base de tres líneas fundamentales de trabajo: i) el respeto y el desarrollo de los derechos; ii) la red de protección social, y iii) la inclusión social. Asimismo, el Plan Nacional Conjunto para el Adulto Mayor constituye un mecanismo de coordinación y de cooperación intersectorial dirigido a asegurar una gestión ordenada del sector público en esta materia.

El país cuenta con programas de diversa índole que tienen como población objetivo a las personas mayores. En seguridad social, el Estado se ha concentrado en implementar programas dirigidos a disminuir los niveles de pobreza en la población adulta mayor o bien a compensar a aquellas personas mayores que no lograron reunir los requisitos para acceder a una jubilación. Entre éstos se encuentran:

- **Pensión Asistencial de Vejez:** pensión mensual que se otorga a las personas mayores de 65 años que carecen de recursos económicos y que no han podido acceder a una pensión por un régimen previsional. El beneficiario recibe asistencia médica gratuita en los consultorios y en los hospitales públicos. En el año 2006 el valor promedio de la pensión fue de 88,6 dólares aproximadamente.

- **Pensión Mínima:** pensión mensual permanente y vitalicia que se aplica cuando, calculada una pensión de acuerdo al régimen previsional que corresponda, el monto de ésta resulta inferior a otro que se considera mínimo, debiendo elevarse hasta alcanzar a este último. Las pensiones mínimas son financiadas con fondos fiscales. El monto de esta pensión es un poco más del doble de la pensión asistencial.

- **Bono de Invierno:** subsidio equivalente a 61 dólares aproximadamente, que se entrega a beneficiarios de la pensión mínima y asistencial una vez al año.

En salud se destacan tres iniciativas: el Programa de Alimentación Complementaria y el Programa Salud del Adulto Mayor, del Ministerio de Salud (MINSAL), y el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE).

- El Programa de Alimentación Complementaria entrega dos productos alimenticios (crema años dorados y bebida láctea) en forma gratuita a las personas

mayores en condiciones de alto riesgo (pobreza o aislamiento) afiliadas a Fondo Nacional de Salud (FONASA, seguro público de salud).

- El Programa de Salud del Adulto Mayor trabaja a través de los consultorios de atención primaria en los que se ejecuta el Plan de Control de Salud, e incluye un programa cardiovascular, un programa respiratorio y uno de vacuna antiinfluenza.

- El Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) es un recurso establecido por ley tanto para los beneficiarios de FONASA como de las ISAPRES (seguro privado de salud). Su objetivo es facilitar el acceso a la atención oportuna y a la protección financiera para 40 enfermedades —16 de las cuales tienen una alta incidencia en la población adulta mayor—. Este sistema no fue diseñado como un paquete de prestaciones mínimas en salud para las personas mayores, pero permite que éstas reciban atención en los centros de salud pública y en los privados asociados a FONASA para el tratamiento de enfermedades incluidas en el programa.

En el ámbito de los entornos propicios y favorables se han desarrollado programas de recreación y de uso del tiempo libre —entre los que se destaca “Vacaciones para la Tercera Edad”, del Servicio Nacional de Turismo—, de capacitación de dirigentes y de fomento de la organización (por ejemplo, a través del Fondo Nacional del Adulto Mayor, que financia proyectos ideados y ejecutados por las organizaciones de personas mayores). Otro ámbito de acción lo constituyen las ayudas técnicas para las instituciones de larga estadía sin fines de lucro, que entrega el SENAMA a partir de 2003.

Existen otras iniciativas dirigidas a las personas mayores en las áreas de información y de orientación judicial, capacitación de cuidadores y de personal paramédico, entre otras, así como actividades recreativas, de acceso a bienes culturales y de beneficios de descuentos y de fortalecimiento de organizaciones sociales, implementadas por el Instituto de Normalización Previsional (INP). Estas últimas benefician solamente al sector de pensionados y jubilados.

Exceptuando algunos programas nacionales de larga data en el país, en los demás no se cuenta con información sobre su cobertura y/o su efecto sobre las condiciones de la vida de la población adulta mayor.

VIII MARCO METODOLÓGICO

VIII.1. Metodología

La investigación llevada a cabo será de carácter **cualitativo**, descrito como un procedimiento metodológico que busca comprender la realidad social de manera holística a través de los significados (Mejías, 2009) y como un grupo de prácticas interpretativas y materiales que permiten hacer el mundo social visible (Moral, 2006).

El análisis de datos cualitativos, básicamente, se caracteriza por realizar su análisis de tal manera que no se pierda la expresión textual de los datos, vale decir, su forma verbal escrita. Este método es distinto al habituado en el análisis de los datos cuantitativos, ya que no utiliza formalidades estadísticas. A su vez, a este tipo de análisis se le denomina procedimiento interpretativo y, al igual que todo método cualitativo, parte del supuesto de que “la realidad social es subjetiva, múltiple, cambiante, resultado de una construcción de los sujetos participantes mediante la interacción con otros miembros de la sociedad y se interesan, en general, por comprender e interpretar la realidad tal y como es” (Gil Flores, 1994) vista y entendida desde los ojos de los propios participantes.

Este tipo de investigación se caracteriza por estudiar significados intersubjetivos situados y contruidos, y por estudiar la vida social en su propio contexto, sin deformarla ni hacer controles experimentales (Ruiz, 1996).

La metodología cualitativa parte de la base de que el mundo social está constituido por significados y símbolos, por lo que es fundamental ir en su búsqueda y

conocerlos. Para lograr esto se hacen necesarias interpretaciones personales para así comprender una realidad (Ruiz, 2003) y revalorizar el mundo social en el que están insertas las personas (Mejías, 2009). Por lo anterior y frente a la necesidad de visibilizar la vivencia de la sexualidad en personas adultas mayores, esta metodología se considera pertinente, ya que este estudio se centra en la comprensión de la vivencia de la sexualidad de adultos y adultas mayores en la realidad social en que están inmersos, para así captar los fenómenos que se pretenden estudiar, adaptando las interpretaciones a la realidad social en la que interactúan los adultos mayores, en vez de buscar estandarizar resultados.

Por otra parte Lecompte (1995) define la investigación cualitativa como “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevista, narraciones, notas de campos, grabaciones, transcripciones de audio y video, cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos” (Balcázar, 2005, p.24).

Esta investigación cualitativa se centra en los distintos contextos donde se registran los acontecimientos tales y como ellos se presentan.

Según Denzin y Lincoln (1994, p.32) la investigación cualitativa estudia la realidad donde ésta se presenta buscando obtener el sentido e interpretar lo fenómenos de acuerdo con los significados que atribuyen las personas implicadas en el estudio. Es así que la elección de una metodología cualitativa pretende rescatar significados, vivencias y sentimientos desde los propios adultos mayores.

De acuerdo con lo anterior, la elección de esta metodología tiene como objetivo el poder conocer la sexualidad de los adultos mayores a partir de sus propios relatos y experiencia y no a partir de los prejuicios y predisposiciones. Es así que este tipo de metodología permite explorar los sentimientos, vivencias, emociones y conductas de los adultos mayores desde su propia realidad.

VIII.2. Método

Para esta investigación el método a utilizar será el **Estudio de Caso**, porque permitirá estudiar la particularidad del Centro de Día, en circunstancias concretas. Específicamente el estudio de caso, es una estrategia de diseño de la investigación cualitativa especialmente útil como método de investigación y como maniobra didáctica, al basarse en la descripción y análisis de una situación social determinada y además, al comprender e interpretar hechos y situaciones sociales, que nos sirven para avanzar en nuestra propia tarea profesional (Pérez 2000, p.221).

Con la aplicación del método de Estudio de Caso, se desea obtener una visión y un acercamiento a la realidad en la que se desenvuelven los usuarios en el Centro de Día; se desea penetrar en el sistema intrapersonal, interpersonal y social del individuo. Esto a la vez, permitiría realizar un análisis profundo de la situación por la que atraviesa una persona adulta mayor en su contexto.

Según Ying (1984, p.90), el estudio de caso es un método de investigación centrado en el estudio holístico de un fenómeno contemporáneo, es decir, contextualizado, orientado al caso, resistente al reduccionismo y al elementalismo, que

lo que pretende, es la comprensión más que las diferencias con otros y que se utiliza, cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claros. Por otro lado, Stake (1998, p.84), lo definió como el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

VIII.3. Tipo de Estudio

Con respecto al tipo de diseño se utilizará el **diseño No Experimental**, pues éste se lleva a cabo sin la exigencia de manipular intencionadamente las variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es “observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo”. (Hernández, 1991). En los estudios no experimentales, no se construyen acontecimientos, debido a que se observan situaciones ya existentes, que no han sido provocadas premeditadamente por el investigador. Asimismo, las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas “el investigador, no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos”.

VIII.4. Carácter del Estudio

El diseño de la investigación elegida es de tipo mixto **Descriptivo** y **Exploratorio**. Según Hernández, Fernández y Bapstista (2003, p.115). “Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes”. Por otra parte, el objetivo principal de la investigación exploratoria es captar una

perspectiva general del problema. Este tipo de estudios ayuda a dividir un problema muy grande y llegar a los subproblemas, más precisos hasta en la forma de expresar las hipótesis. Así mismo, los estudios exploratorios también son útiles para incrementar el grado de conocimiento del investigador respecto al problema, especialmente para un investigador que es nuevo en el campo del mismo (Naghi, 2005). Es así que el interés del presente estudio se centra en la exploración de las vivencias afectivas en torno a la sexualidad de los adultos mayores de un Centro de Día, dado que este es un tema relativamente desconocido y posibilitará generar mayor conocimiento sobre los significados, emociones y sentimientos, ritos, mitos y elementos biográficos asociados a la sexualidad en la adultez mayor desde la propia experiencia de sus protagonistas.

Por otra parte, el estudio es de tipo descriptivo dado que se explorarán las narraciones, tal cual las presenten los adultos mayores, lo que favorece lo enriquecedor de los relatos subjetivos. Según Taylor y Bogdan (1987, p.103) “Todos los estudios cualitativos contienen descriptivos ricos: las propias palabras pronunciadas o escritas de la gente y las actividades observables”.

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández y Bapstista, 2003, p.117). Por tanto se recolecta información sobre distintas variables o componentes del fenómeno a estudiar.

Ahora bien, el objetivo de los estudios descriptivos no es indicar cómo se interrelacionan las variables estudiadas, más bien buscar especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Por lo anterior, la utilización de un estudio descriptivo es importante para el objeto de esta investigación, dado que se definirán diferentes dimensiones respecto a las vivencias afectivas en torno a la sexualidad en los adultos mayores, para mostrar con precisión el fenómeno de estudio.

VIII.5.Delimitación del campo de Estudio

VIII.5.1.Área o sede de estudio

Para la realización de este estudio se pensó en un Centro ambulatorio de Atención del Adulto Mayor perteneciente a la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, ubicado en la comuna de Renca.

Este Centro de Día atiende a 28 adultos mayores por día; cuenta con un grupo de profesionales para la atención de un adulto mayor como los son: Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Técnicos Social y Asistente Adulto mayor. La infraestructura está conformada por una sala de terapia Ocupacional en donde los adultos mayores realizan sus talleres; oficinas de atención social y salud; comedor para la alimentación, patio para el esparcimiento, baños con duchas con agua caliente.

VIII.5.2.Unidades informantes, criterios de inclusión y exclusión.

La población a estudiar está conformada por adultos mayores que asisten a los diferentes talleres que brinda el Centro de Atención del Adulto Mayor, atención integral y

asimismo proporciona espacios de recreación y sociabilización en donde los adultos mayores pasan la mayor parte del día y realizan diversas actividades de su interés.

La muestra será conformada por 6 adultos mayores, la que se estableció en base al nivel de saturación y tomando en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que llevan más de 1 año en el Centro de Día.
- Adultos mayores que tienen una asistencia regular al Centro de Día.
- Adultos mayores entre 70 y 85 años
- Adultos mayores que aceptan participar del estudio

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que ingresaron al CDE hace menos de un año
- Adultos mayores con asistencia irregular al Centro de día.
- Adultos mayores con deterioro cognitivo

VIII.5.3. Características de las Unidades Informantes.

Para este estudio se considerará fundamental hacer una breve descripción de los adultos mayores que participaran en esta investigación, ya que dentro del trabajo era necesario que se dieran a conocer sus testimonios, resultando pertinente revelar las principales características de cada uno de ellos, permitiendo un mejor entendimiento del

porqué de sus respuestas y de cómo se han ido construyendo aquellos conceptos referentes a la sexualidad.

VIII.6. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

VIII.6.1. Entrevista Semiestructurada

Las entrevistas semiestructuradas presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

Se considera que las entrevistas semiestructuradas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que "...se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista de manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario".

La propuesta de Miguel Martínez para llevar a cabo entrevistas semiestructuradas, para el acercamiento con los adultos mayores del Centro de Día, son recomendaciones acertadas para este estudio, por ejemplo:

- Contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
- Elegir un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
- Explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla o video-grabarla.
- Tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.
- La actitud general del entrevistador debe ser receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios.
- Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modifica el orden y contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista.
- No interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y dar libertad de tratar otros temas que el entrevistador perciba relacionados con las preguntas.
- Con prudencia y sin presión invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio.

En la entrevista semiestructurada, durante la propia situación de entrevista el entrevistador requiere tomar decisiones que implican alto grado de sensibilidad hacia el

curso de la entrevista y al entrevistado, con una buena visión de lo que se ha dicho. Por ejemplo, ante una pregunta que ya se haya respondido, tal vez de paso, se tendrá que decidir si se realiza de nuevo para obtener mayor profundidad o dejarla fuera. Otro reto es el manejo de un tiempo limitado y el interés por hacer todas las preguntas de la guía. Asimismo, el entrevistador debe estar alerta de su comportamiento no verbal y sus reacciones ante las respuestas, para no intimidar o propiciar restricciones en los testimonios del entrevistado.

Se puede definir como una "conversación amistosa" entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone ni interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan. Su propósito es realizar un trabajo de campo para comprender la vida social y cultural de diversos grupos, a través de interpretaciones subjetivas para explicar la conducta del grupo.

VIII.6.2. Notas de Campo

Registro que se llevó a cabo en una libreta en donde se apuntó todo lo referente a las experiencias con el grupo de adultos mayores del centro de Atención del Adulto Mayor, para así usarlo como ayuda y recordatorio de temas importantes, preguntas, etc., lo cual fue registrado gracias a las observaciones y entrevistas hechas en el área de investigación.

IX. Plan de Análisis de la Información

Para realizar el análisis de los datos se realizará un ***análisis de contenido***, el cual puede definirse como la clasificación de las diferentes partes de un escrito, en este caso la transcripción textual de las entrevistas, conforme a categorías, las cuales permitirán extraer la información predominante o las tendencias manifestadas en ellos (Pardinas, F., 1972).

La utilidad e importancia del análisis de contenido se basa en la acertada formulación de las categorías extraídas de la información recolectada, siendo el objetivo de la investigación quien orienta la elección de las categorías a describir.

Para la extracción de las categorías se utilizará el método propuesto por Taylor y Bogdan (1992), el cual implica tres etapas diferenciadas: la primera es una fase de descubrimiento, la segunda una fase de codificación y por último una fase de relativización de los datos:

En la etapa de descubrimiento, el investigador deberá examinar los datos de todas las maneras posibles, con el fin de identificar temas y desarrollar conceptos. Para este fin el investigador debe conocer sus datos con detalle, para posteriormente identificar toda idea o tema de importancia. Una vez realizado este paso se deben elaborar categorías que agrupen los temas antes resaltados

En la etapa de codificación reunir y codificar todos los datos que se refieran a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones extraídas de la etapa anterior.

Finalmente, se intentará interpretar los datos en el contexto en que fueron recogidos, con el fin de elaborar conceptos y teorías que den cuenta del fenómeno social observado.

Dado que es un estudio de caso las entrevistas se llevaran a cabo en el mes de Octubre, en el Centro de día para Adultos Mayores, con el fin de conocer la dinámica existente en el universo escogido para la investigación y también se realizaran entrevistas en profundidad en cada uno de sus domicilios.

Las etapas de recolección y análisis de datos se realizarán de manera simultánea, logrando así una comparación continua, generándose conceptos y categorías conceptuales que guiarán la recolección de datos y la posterior saturación teórica de éstos.

X. Análisis de los resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación titulada “Vivencias afectivas en torno a *la sexualidad en el Adulto Mayor: El caso del Centro Diurno Especializado (CDE) del Hogar de Cristo, ubicado en la comuna de Renca*”, que tiene por objetivo general Comprender las vivencias afectivas de los adultos mayores de entre los 70 y 85 años, en torno a la sexualidad que se generan al interior del Centro Diurno Especializado del Hogar de Cristo programa ubicado en la comuna de Renca.

Se presentarán los resultados de la investigación que corresponden a los objetivos de ésta, a su vez de estos objetivos derivan las categorías a priori presentes en el marco teórico. Los pasos para llegar a los resultados de esta investigación fueron presentados en el apartado de metodología de la investigación. La información se recolectó por medio de entrevistas grabadas en profundidad a 6 adultos mayores del CDE de Renca.

Para la implementación propiamente tal de la investigación, se contactó con el Centro de Día para Adultos Mayores en Renca, luego de la presentación formal, se procedió a informar sobre los objetivos de la investigación y la necesidad de contar con el apoyo de los integrantes del Centro para el trabajo.

Antes de comenzar la entrevista, se procedió a informar a los adultos mayores sobre los objetivos de la investigación en términos generales, después de lo cual los entrevistados dieron su consentimiento, en cuanto al uso de la información recogida, como al uso de medios técnicos, grabadora de sonido, para lograr la fidelidad de la información. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora.

Para el análisis e interpretación de los datos de la información brindada, primero se procedió a la grabación de las entrevistas, revisando los testimonios obtenidos (discurso) retirando toda aquella información no relacionada con el objeto de estudio para llegar así a la esencia del fenómeno a estudiar, prosiguiendo con la reducción de información para así después realizar la codificación de éste y finalmente poder comparar cada una de ellas con el fin de poder obtener similitudes y formar las categorías.

Las entrevistas fueron posteriormente transcritas textualmente y analizadas siguiendo los pasos de descubrimiento, codificación y relativización de los datos. El análisis de datos se llevó a cabo revisando cada una de las entrevistas a con el fin de que los datos guiaran la entrevista siguiente, se llevaron a cabo notas de campo respecto a la actitud de los entrevistados, con el fin de contrastar la información posteriormente.

X.1. Categorías de análisis extraídas de entrevistas en profundidad

X.1.1 Demostraciones de Afecto

La sexualidad está estrechamente vinculada a la afectividad, en donde es fundamental la atracción y los afectos son importantes para los encuentros sexuales, aunque la sexualidad y el afecto son consideradas como dos cosas diferentes, están interrelacionadas y pueden referirse a una misma persona, inclusive que los afectos son una condición para el ejercicio sexual.

Es trascendental la expresión de afecto, entendiéndose ésta como demostraciones de cariño y preocupación por el otro, como entregar un consejo y también demostraciones materiales como entrega de regalos, visitar a las personas que más aprecian, es evaluado como algo positivo.

Estas demostraciones de afectividad son enmarcadas en una pareja, la familia, pares y vecinos.

E1 *“Cuando alguien que yo quiero, principalmente mi familia más cercanas están en problemas económicos o emocionales y yo los apoyo, por ejemplo, para la pascua les paso dinero a mis hijos” (P2:L013/L015)*

“...es la preocupación constante por los seres queridos, yo soy así” (P2:L020/L020)

“La cercanía con mis hijos, la preocupación hacia ellos eso es una forma de sentir afecto” (P1:L011/L012)

“Cariño, amor por las personas, amistad” (P1:L122/L122)

E6 *“Le hago regalos sin ningún interés. Le tengo respeto a mis compañeros porque “Cuando me dio la trombosis me acerqué mucho a él, a Dios, y eso es afecto, algo del alma” (P1:L103/L104)*

“Yo lo entiendo tenerle cariño a la gente que comparte con uno especialmente a la gente más pobre que ha pasado por lo mismo que he pasado yo desde que nací” (P1:L181/L183).

X.1.2 Recepción de los Afectos

Los afectos recibidos como algo sincero, son un sentimiento de agrado y bienestar, que los vincula emocionalmente entre sí, sintiéndose en confianza con otros, alejado de toda dificultad. La cercanía física es vista como algo positivo y existiendo el deseo de responder a esa cercanía del otro, inicialmente incluso es visto como un insulto, principalmente por la falta de costumbre de recibir afectos de otros, pero finalmente es sentido como agradable, en donde se pueden proyectar las relaciones, ya sea con familiares, amigos o una pareja.

Existe un halo de bienestar y estabilidad emocional, donde afloran capacidades para resolver ciertos aspectos de la vida, que en algún momento eran difíciles de resolver. Se tiene una mente más abierta, hay satisfacciones a nivel personal, lo que entrega otra visión de la vida, una visión más positiva.

E2 *“El afecto, es que a uno le tengan buena, no tener ningún problema” (P1:L057/L057)*

E3 *“Algo muy positivo, yo expongo mis sentimientos” (P1:L095/L095)*

E3 *“Yo siento un cariño grande. Con sentirme familiar, algo familiar, cercano. Me pongo contento con la persona, una forma de gratitud, hay cercanía y confianza. Para mi es agradable.” (P2:L105/L107)*

X.1.3 Relaciones sociales con sus pares

La categoría es definida como el tipo de relación que tienen los adultos mayores con miembros de su mismo grupo etéreo, en torno a la sexualidad.

Tener relaciones de compañerismo es fundamental, afloran acciones solidarias, de ayuda mutua, donde el compartir me vincula a otro. Al existir un reconocimiento en que las relaciones son distintas entre una y otra persona, pueden generar relaciones cercanas las que pueden ser positivas y también relaciones de conflicto. Todo esto dependiendo de cómo se han afrontado las diferentes experiencias a lo largo de la vida, me permiten profundizar o mantener una superficialidad en las relaciones.

E1 *“Y mis otras compañeras las que son más enfermas yo las comprendo porque son personas que no entienden bien, de hecho siento que soy muy solidaria con ellos, si alguien necesita ayuda yo soy la primera que me paro en el comedor para ayudar. Me considero una buena compañera, tengo harta gente que me quiere”. (P3:L023/L026)*

E2 *“Yo me meto poco con ellos, no profundizo, pero a pesar de esta distancia igual tengo amigos, se acercan a conversar conmigo, tengo buenas*

relaciones. Me invitan a sus casas el fin de semana algunos, pero a mí no me gusta ir para no molestar, y después se acercan y me preguntan porque no fui, eso para mí es una preocupación y yo los tengo en estima. (P3:L070/L074)

E3 *“Comparto con mis compañeros, pero no con todos, por ejemplo, hay un compañero que todas las veces me molesta, pero yo no lo trato, no le respondo, me alejo de esa persona. Me encanta conversar con los compañeros con los que me llevo bien, tenemos afinidad. Cuando alguien se acerca a conversar yo comparto con esa persona. (P3:L108/L112)*

E4 *“Yo me llevo bien, nos entendemos, no discuto”. (P3:L126/L126)*

E5 *“Si, yo trato de llevarme bien de preocuparme como están, por qué no vinieron al CDE, siempre he tenido esa preocupación. Converso de todo un poco, tratamos de contar historias de aquellos de aquellos tiempos, mis relaciones son cercanas. A veces uno se equivoca, pero me doy cuenta y pido disculpas” (P3:L161/L164)*

E6 *“No tengo problemas con mis compañeros, la persona que necesita algo o ayuda yo le presto dinero. Las relación mía con ellos no es mala, pero me limito a mirar observar, si puedo tender la mano a alguien lo hago...” (P3:L195/L197)*

X.1.3 Resolución de conflictos con sus pares

Esta categoría se define como la percepción que tienen los adultos mayores sobre los conflictos en general y la estrategia adoptada para solucionarlos, poniendo énfasis en el grupo al cual piden ayuda para solucionarlos.

Ante los conflictos o dificultades que se presentan en la vida diaria, ya sea domésticos o de relación, los adultos mayores asumen una posición reflexiva, durante la cual evalúan el problema, sopesando las diferentes alternativas de solución: desde no contestar, quedarse callado, esperar otra instancia para resolver un conflicto, esperar que el otro tome la iniciativa para hablar o arreglar una diferencia, o dejar pasar varios días para retomar y resolver el conflicto o dejar que este desaparezca solo. También como otra alternativa es conversar en el momento para resolver las malas relaciones. La contención emocional y buscar una tercera persona que sirva de mediador, es una habilidad considerada válida para la resolución de los conflictos. Pero en general, existe una valoración de la amistad y el mantener buenas relaciones con otros.

E1 *“...No le contesto me quedo callada. Hay una persona en el CDE que me molesta, pero yo nunca le contesto, porque yo evito para no reaccionar mal.*
(P4:L028/030)

“...cuando la cosa se calma yo me acerco a conversar, porque lo primero es mantener las buenas relaciones la amistad eso me interesa. Yo la sigo saludando. (P4:L031/L033)

E2 *“Yo me enojo, por lo general me corro, porque hay una cosa que parece que es un problema es que soy muy orgulloso. Si alguien me hace un mal yo no me acercó más esa persona y si esa persona me hace algo yo no le hablo nunca más. Ahora si esa persona se acerca a conversar para arreglar el problema yo lo recibo, yo no tengo iniciativa para arreglar los problemas. Lo claro es que yo no me voy acercar, a pedir disculpas y nada más, si se me acercan ningún problema”.*
(P4:L075/L081)

E3 *“Si me ataca un compañero o me molesta, no lo trato. Le discuto cuando me siento atacado, pero no me gusta rebajarme”.* (P4:L113/L114)

E4 *“A veces las converso con ellos y si sigue la cosa lo hablo con la jefa del Centro para que se pueda arreglar”.* (P4:L127/L128)

E5 *“Me acerco a la persona y pido disculpas “me disculpai para que no pase más esto”. A veces nos hacemos pequeños regalos entre compañeras, uno lo abraza...”* (P4:L165/L167)

E6 *“Conversando, pero dejo pasar varios días cuando estoy más tranquilo...”* (P4:L200/L200)

“...Pero trato también de no discutir, a veces me contengo, pero es difícil. Si se acercan y me piden disculpas las acepto” (P4:L202/L203)

X.1.4 Significado de Sexualidad

Existe una falta de conocimiento y/o información sobre sexualidad en la tercera edad llevándolos a la incomprensión y evasión del tema y por otro lado hace que los y las adultos /as mayores al no tener claridad en el concepto de sexualidad, desconozcan parte fundamental de su vida; aspectos que tiene que ver con la unión de dos personas que tienen sexo o hacen “El Amor” e involucran sentimientos como el afecto, respeto mutuo y cariño, son atribuibles al significado de sexualidad, a partir de una relación formal como es el de pareja, dejando fuera las relaciones vinculares con otros actores, como

los amigos, familiares y relaciones sociales que se han ido construyendo a lo largo de la vida.

Se Vincula el significado de sexualidad al matrimonio, o a una unión formal o al ejercicio sexual en la juventud y que no sería posible en una edad avanzada. Aspectos que son alejados al verdadero significado de sexualidad, ya que la construcción de esta significación es a partir de las experiencias vividas y aprendidas.

E1 *“A ese punto quería llegar yo, yo no entiendo la sexualidad, es cuando la mujer y hombre hace el amor de forma voluntaria, no obligatoriamente como la tuve toda mi vida con mi marido. Yo eso lo llamo como sexualidad, si un hombre quiere a una mujer que sea mutuamente hacer el amor, se tienen que querer, respetarse hacerse cariño. Tienen que estar las dos cosas unidad el afecto y el acto sexual, eso es lo que entiendo yo por sexualidad. (P5:L036/L041)*

E2 *“Sería cuando uno entra en edad de pololeo, viene el casamiento, eso ya es otra cosa. Yo creo que si uno se mete con una mujer uno tiene que tratarla bien tener carácter, lo primero que tiene que haber es respeto o cariño, sino la cosa no camina” (P5:L082/L085).*

E3 *“Algo muy necesario... se siente tan solo un deseo y también sentir cariño por otra persona” (P5:L115/L118)*

E4 *“Es una relación con una pareja, uno puede mostrar la sexualidad de diferentes formas, ser atractivos frente a la persona que le gusta, coquetearle, ver qué cosas le gustan a la persona, puede ser una amistad superior a otras. Uno*

le demuestre la sexualidad a otra persona, ser atento, a veces hay temas que uno no conversa, pero si me llevo bien sí". (P5:L129/L133)

E5 *"Lo entiendo por ejemplo, como una persona que vive en pareja, donde hay un respeto mutuo, puede ser más afectivo". (P5:L170/L171)*

E6 *"Es un beso un abrazo de cariño un apretón de manos. Pero la sexualidad yo creo que tiene que ver con el sexo, y en ese sentido cuando joven fui muy activo, pero con mi pareja actual nos llevamos bien en ese sentido, eso para mí es sexualidad..." (P5:L204/L207)*

X.1.5 Hablar de Sexualidad

Esta categoría se refiere el hablar libremente del tema de la sexualidad con el resto de sus pares u otros significativos sociales. En este sentido predomina el no hablar libremente del tema, por distintos motivos, porque existe vergüenza al ser un tema delicado, difícil de abordar; porque corresponde al plano de la intimidad o privacidad, y por creencias de antaño en donde los padres no hacían partícipe de este tipo de conversaciones. Al ser visto como un tema delicado, las limitaciones con respecto al hablar del tema de la sexualidad, genera distancia al respecto y el evitar conversarlo o abordarlo.

Hay reconocimiento de apertura de hablar del tema, si hubiera conocimiento o entendimiento y por lo tanto, surgiría una confianza de conversar con otros libremente, pero en un ámbito formal y dirigido por profesionales, como por ejemplo, en un taller de sexualidad.

E1 *“No, porque me da vergüenza, siempre me ha dado vergüenza tocar el tema, como a mí me violaron tantas veces mi marido, yo sentía, para mí que eso era un pecado”.* (P6:L049/L051)

E2 *“No es un tema que converse con ellos, porque cada uno en su onda, es algo difícil”.* (P6:L089/L090)

“Creo que ese tema es más íntimo, lo hablaría con mi polola y nadie más...”
(P6:L091/L092)

E3 *“Yo no tengo problema en hablar del tema de la sexualidad, pero mis compañeros lo tomarían como maldad, no tengo vergüenza, pero lo haría con cuidado, porque todos no piensan igual. Por lo que no hablo de este tema”.*
(P6:L119/L121)

E4 *“Si, teniendo conocimiento, y confianza con la persona o si hay un grupo no tengo problema de hablar sobre el tema. Yo creo que me resulta fácil por mis vivencias que he pasado”.* (P6:L134/L136)

E5 *“...Era muy privado. Y ahora que estoy acá con mis compañeros me cuesta conversarlo, me da vergüenza. Pero si lo hablan ustedes los profesionales como que me da más confianza, pero con otras personas no”.* (P6:L177/L180)

E6 *“Si ellos me consultan respecto al tema les doy mi opinión no me da vergüenza, se las contesto cuando tiene dudas, sea hombre o mujer”.*
(P6:L209/L210).

XI. CONCLUSIONES

Objetivo I: *Conocer las vivencias afectivas entorno a la sexualidad de las personas adultas mayores del Centro Diurno Especializado de Renca.*

Los planteamientos de Herrera (2003) acerca de la afectividad en la sexualidad de las personas adultas mayores indican que los lazos de afecto y la expresión de estos a través de gestos cotidianos son de gran importancia y repercuten en la manera como se relacionan sexualmente. Esto coincide con lo planteado por las personas entrevistadas, quienes consideran que la sexualidad está estrechamente vinculada a la afectividad, refiriendo que es fundamental la atracción y los afectos para los encuentros sexuales, que la sexualidad y el afecto son dos cosas diferentes pero que están interrelacionadas y pueden referirse a una misma persona.

Otra de las conclusiones de la investigación hace referencia que la vivencia de las emociones y sentimientos en la sexualidad del adulto mayor se caracteriza por el predominio de emociones como la alegría y los sentimientos en este aspecto son del tipo agradable como satisfacción, confort, cariño y amor, estas se presentan cuando el contexto es favorable (mutuo acuerdo, salud física, buen vínculo afectivo) esto podría coincidir con los planteamientos acerca de los afectos en la adultez mayor hechos por Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio y Losada (2008) quienes mencionan que los adultos mayores son menos propensos a percibir emociones negativas tanto en ellos como en quienes los rodean principalmente por deseabilidad social, ya que culturalmente se espera que tengan un mayor grado de madurez emocional debido a su experiencia.

Se concluye también que durante la adultez mayor también es posible vivenciar emociones y sentimientos de valor ajeno negativos referidos a la sexualidad como un tema privado y que provoca pudor, pero para sobrellevarlas se recurre a evadir cualquier temática o situación asociada a la sexualidad, evitando conectarse con ese sentir. Esto coincide con lo planteado por Márquez-González et. al (2008) quien menciona que los adultos mayores controlan más sus emociones en comparación a etapas anteriores del ciclo vital y que son capaces de utilizar estrategias de regulación emocional de tipo preventivo para no exponerse a situaciones conflictivas y paliativas para suprimir experimentar emociones y respuestas emocionales no deseadas.

Además otro hallazgo fue que en la adultez mayor los adultos mayores prefieren relacionarse de manera fraterna, incondicional y afectiva y que el aspecto sexual sería una más de las características de la relación de pareja no primando por sobre las demás.

Objetivo II: *Observar las relaciones interpersonales que generan los adultos mayores con sus pares, en relación a la significación de la sexualidad*

La experiencia subjetiva de la vida sexual es un producto de los significados y símbolos intersubjetivos, asociados con la sexualidad en diferentes situaciones sociales y culturales. Por tanto, tiene sentido poner atención preferentemente a la naturaleza intersubjetiva de los significados sexuales, sus cualidades colectivas y compartidas, no como propiedad de los individuos aislados, sino como sujetos integrados dentro del contexto de distintas y diversas culturas sexuales. Metodológicamente, resulta menos importante atender a los comportamientos individuales que comprender el contexto de

las interacciones sexuales, las cuales son necesariamente sociales. La sexualidad está regulada socialmente. Todas las sociedades y culturas asignan actividades específicas al hombre y a la mujer, pero las diferencias entre algunas sociedades y otras son tan claras que resulta imposible hablar de un código universal de valores morales y sexuales.

Es por eso en el caso de esta investigación los adultos mayores entrevistados desconocen el significado de la sexualidad y factores familiares y de la época en que vivieron no favorecieron a que hoy en día puedan entender la sexualidad como un factor positivo en sus vidas, que se puede hablar abiertamente, y que pueda generar en ellos un sensación de bienestar.

La función comunicativa afectiva habla de que somos seres sexuados y la sexualidad está presente a lo largo de nuestras vidas. Esto nos permite vincularnos y establecer contactos con otras personas, sentirnos atraídos y sentir gozo y alegría al compartir con el otro. Las relaciones amorosas juegan un papel destacado en la vida de las personas.

La sexualidad es una actividad placentera típica de los seres humanos, es el desarrollo individual y social de este hecho dentro de las normas y valores sociales.

Objetivo III: *Descubrir los significados que los adultos mayores atribuyen a la sexualidad, desde su propia experiencia.*

El significado que cada persona entrevistada tiene de la sexualidad dependerá del entorno sociocultural en el cual se ha desenvuelto desde su nacimiento; esa diferencia entre los sexos, el ser hombre o mujer también se condiciona por el lugar de origen, la

cultura y los valores en los que cada uno vivió en su infancia y parte de su juventud. A partir de las características físicas y biológicas observadas cuando se nace, cada sociedad elabora lo que entiende por ser hombre o mujer, otorgándose una valoración y un significado distinto a esas diferencias de sexos.

La sexualidad se construye a medida que el hombre se desarrolla, cambia y se inmiscuye en lo que hace; no sólo es el espejo de nuestras conductas y prácticas sino que es la representación corporal de ello frente a los demás, frente a la sociedad.

Es así que para los adultos mayores de este estudio, el concepto de sexualidad se basaba principalmente en la calidad de la relación integrando componentes tales como personalidad, intimidad, género, pensamientos, sentimientos, intereses y valores.

En el campo del Trabajo Social el propósito básico de la intervención profesional es mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el individuo y su ambiente, es decir, el funcionamiento físico y social más visible y los sentimientos o estados afectivos. Por lo tanto, el trabajador social no pretende controlar al individuo sino entenderlo en toda su complejidad según interactúa con su ambiente.

El principio óptimo que debe dirigir la práctica gerontológica es la idea de que cada individuo debe tener la oportunidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida potencialmente satisfactoria y socialmente deseable. La relación entre la persona y el profesional se desarrolla en el proceso de dirigir y completar una tarea. La relación progresa mediante una comunicación efectiva entre la persona y el profesional. Una relación profesional debe contribuir a mejorar el funcionamiento del individuo.

Alternativamente, ha surgido en las ciencias sociales en el último tiempo una perspectiva que pone un fuerte énfasis en lo que se ha denominado la construcción social de la sexualidad. Sostiene que la sexualidad y la actividad sexual son constituidas o construidas socialmente, siendo un producto altamente específico de nuestras relaciones sociales, mucho más que una consecuencia universal de nuestra biología común.

Dentro de las proyecciones de la investigación están el poder planificar futuras intervenciones de tipo comunitario en la misma población de estudio o en una similar, para tratar la temática de sexualidad, dado que en el estudio se identificó una escasa educación sexual en este grupo etario, lo cual se refleja en la persistencia de algunos mitos y temores con respecto a la sexualidad, dificultades para sociabilizar el tema con otras personas y desconocimiento de los cambios normativos que se presentan en la etapa.

Se entiende que la sexualidad forma parte de la existencia de los individuos a través de todas las edades, pues repunta uno de los aspectos de la convivencia y es una de las manifestaciones más ricas y vitales de la relación humana. Por eso, la vivencia y el ejercicio de la sexualidad es en muchos aspectos, una expresión biológica y afectiva innegable del ser humano y como tal, parte integrante de su calidad de vida.

Si hubiera más programas concernientes a este tema tan importante para los adultos mayores se podría contribuir a una mejora en su calidad de vida, ya que pasan por diferentes cambios propios de su edad, que no significan incapacidad ni mucho menos deterioro o nulidad de toda expresión afectiva propias de la sexualidad.

Es necesaria una educación sexual por parte de la población en general, lo cual redundará en beneficio de las personas de la tercera edad al desmitificar los prejuicios y las actitudes injustas, creando una conciencia de apoyo, solidaridad y aceptación del anciano, que le permita su integración social evitando la patente discriminación de que es objeto y mejorando con ello su calidad de vida. Disponer de más información no va a ser suficiente. Es preciso un trabajo concreto en la modificación de actitudes sexuales con un enfoque positivo ante la sexualidad, de ahí la conveniencia de trabajar en grupos, planificando y diseñando los objetivos en las intervenciones psicoeducativas. Se debe tratar en lo posible, sino que desaparezca, si al menos disminuir el sentimiento de culpa asociado a las prácticas sexuales, por parte de los adultos mayores.

Ahora bien, estamos hablando de un grupo de adultos mayores nacidos en las dos o tres primeras décadas, por lo tanto se comprenderá que una actitud ante la sexualidad aprendida en un contexto cultural de prohibición, que por otra parte choca radicalmente con los valores propuestos en la sociedad consumista actual, va a ir generando ideas negativas hacia las prácticas sexuales que se den con una perspectiva de comunicación-diversión. Probablemente este factor sea uno de los que más contribuya a mantener una situación de negación de las necesidades afectivo-sexuales. Probablemente la comunicación sensual, la ternura y el afecto, las caricias y los juegos sin prisa, presiones o agobios, sean la clave en la que se articule una nueva manera de acercarse a la sexualidad en la vejez.

Entonces surgen preguntas como:

- ¿Los adultos mayores que se encuentran bajo el alero de una institución, pueden lograr desarrollar mayores habilidades sociales entorno a la sexualidad, que los

que no están en esta condición, ya que existen profesionales que los pueden apoyar?

- ¿Los Adultos mayores que se encuentran bajo el alero de una institución, no tienen habilidades sociales para manejar su sexualidad, porque son personas con altos niveles de vulnerabilidad, con historias de vida traumáticas, y por esta razón fueron adheridos a un programa de apoyo, como lo es el Centro de Día del Hogar de Cristo?
- ¿Los adultos mayores que se encuentran participando en un programa de Día, no tienen mayor interés en descubrir temas relacionados con su sexualidad, y es por ese motivo que desconocen su significado y lo favorable que les puede significar para mejorar su calidad de vida?

De esta investigación pueden surgir la apertura a variadas preguntas, pero lo cierto es que en la actualidad es necesario abordar el tema de la sexualidad en la vejez, como un factor de bienestar y satisfacción para los adultos mayores, y que la última etapa de sus vidas sea placentera y principalmente se sientan conectados con las exigencias de la sociedad actual.

XII. Bibliografías

1. Bermedo, S., Correa B. y Díaz S., (2005). Proyecto de Investigación Social: Sexualidad de los Adultos Mayores. Osorno, Chile.
2. Bruna, M., Reinoso, Z., San Martín, R. (2013) “El Abandono Una Problemática en el Adulto Mayor” – Madrid, España.
3. Cayo, G., Flores, E., Perea, X. (2003) “La Sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo”. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso internacional de Americanistas. Santiago de Chile.
4. Cedeño, T., Cortés, P., Vergara, A. (2006) “Sexualidad y Afectividad en el Adulto Mayor”. Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. La Serena, Chile.
5. CEPAL, (2017): Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derecho de las Personas Mayores en América Latina y El Caribe: Retos para la Interdependencia y Autonomía. Asunción, Junio 2017.
6. CEPAL (2014): Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas.
7. Dechent, C. (2012) “La importancia de saber envejecer: Bienestar psicológico en el adulto mayor”. Servicio de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Santiago.
8. DHyver C, Gutiérrez, L. Geriatria: Manual Moderno 2º edición pág 87-95
9. Díaz L, Martínez M, Torruco U, Varela M. (2013) “La entrevista, recurso flexible y dinámico”. Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México.

10. Echeñique V., Laura (2006) – Tesis “Estudio de la Sexualidad en la Tercera Edad”
Escuela de Obstetricia y Puericultura. Valdivia, Chile.
11. Esguerra I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. Facultad de enfermería
Universidad Nacional de Colombia.
12. Fernández, P. (2008) Experiencia del Hogar de Cristo con adultos mayores:
Avances y desafíos. www.expansiva.cl. Santiago, Chile.
13. Garrido, M., Garrido, F. (2013) “Vivencias de la sexualidad en personas adultas
mayores”. Chillán, Chile.
14. Huenchuan, S., González, D. (2007) “Protección y participación en la vejez:
escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile”
CEPAL/CELADE.
15. Jugel, C. (2010): Tesis “Estudio sobre la sexualidad en los adultos mayores”.
Escuela de Psicología / Universidad Academia Humanismo Cristiano. Santiago de
Chile.
16. Mateo, A. (2016). Trabajo Fin de Grado “Envejecimiento social y trabajo activo: una
aproximación del Trabajo Social con las personas Mayores”. Universidad de la Rioja,
Logroño, España.
17. Mora, E. (2006) “El Método de Estudio de Caso y su Aplicación en la Experiencia de
Enfermería con la adultez Mayor. Costa Rica.
18. Mullo, M. (2015). Tesis “Significado de la Sexualidad en los Adultos Mayores de un
Centro de Atención del Adulto Mayor”. Perú.

19. Organización mundial de la salud. El abrazo mundial. 2001. [Internet] [consultado 27 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/alc-el-manual.pdf>
20. Orozco, M y Rodríguez, D. (2006) "Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez". México.
21. Sandoval, C. (2002) "Investigación Cualitativa" Bogotá, Colombia.
22. Schettini P, Cortazzo, I. (2015) "Análisis de datos cualitativos en la investigación social". La Plata Argentina.
23. SENAMA (2012), Política Integral de envejecimiento positivo para Chile, 2012-2025. Santiago de Chile.
24. SENAMA (2007), Aplicación en Chile de la Estrategia regional de Implementación para América Latina y El Caribe del plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento. Documento resumen.
25. Souza M. Desarrollo psicosexual y educación sexual. Ginecología y Obstetricia de México. 2004; 72 (9): 476.
26. Viveros, A. (2001) Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad.

ANEXOS



Consentimiento informado

Este documento tiene por finalidad informarle acerca de los objetivos, alcances y actividades que se realizarán en la investigación **“La sexualidad en el Adulto Mayor: El caso del Centro Diurno Especializado (CDE) del Hogar de Cristo, ubicado en la comuna de Renca”**.

La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria, pudiendo decidir libremente si desea o no participar en calidad de informante, por lo cual requerimos de su consentimiento.

Toda la información recopilada en esta investigación, será confidencial y anónima, para lo que se utilizarán seudónimos. La información sólo se empleará para efectos de la presente investigación. En caso de requerir otro uso será previamente consultado con usted.

Al ser la participación en esta investigación absolutamente voluntaria, usted podrá hacer abandono de la investigación cuando lo crea conveniente, y si lo desea, solicitar datos que haya aportado para que sean borrados.

Se espera que los informantes aporten con:

- Entrevistas en profundidad, registradas con una grabadora de audio y apuntes escritos.

- Honestidad en el relato de cada entrevista, dando a conocer con la mayor profundidad posible sus vivencias en torno al tema planteado.

Declaro que he leído el consentimiento descrito anteriormente. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas, por lo tanto Yo _____ voluntariamente doy mi consentimiento para participar del estudio antes mencionado.

Firma

Fecha,

FORMATO DE LIBRETA DE CAMPO

Instrumento: formato de libreta de campo

Objetivo: registrar las actividades diarias que se vivió en el Centro de Atención del Adulto Mayor de forma descriptiva e interpretativa.

Seudónimo del Adulto Mayor:

Fecha:

Hora:

Lugar:

Descripción de la secuencia de acontecimientos:

PAUTA DE LA ENTREVISTA

Datos de Identificación

Nombre :

Edad :

Estado Civil :

Número de Hijos :

Con quien Vive :

Tiempo de participación en el CDE :

1. ¿Qué es lo afectivo para usted?
2. ¿Cómo considera usted una relación afectiva?
3. ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?
4. ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?
5. ¿Qué entiende usted por sexualidad?
6. ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA N°1

Datos de Identificación

Apodo	: ROSi
Edad	: 71 años
Estado Civil	: Viuda
Número de Hijos	: 7
Con quien Vive	: Con mi pareja hace poco
Tiempo de participación en el CDE	: 4 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 21/09/2017

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Santiago, mis padres se llamaban Saúl Avila y Carmela Pérez.

Somos 5 hermanos, mi padre Saúl era vendedor de verduras. Mi madre dueña de casa quien presentaba un alto consumo de alcohol.

A los 10 años fui internada para que no me juntará con Mario (pololo que tenía en ese tiempo). En el internado aprendí a leer y a escribir. De ese lugar me arranque en varias ocasiones.

A los 13 años contraje matrimonio con Mario, de esta unión nacieron 12 hijos. 7 de ellos se encuentran con vida, 5 están fallecidos de los cuales 3 murieron antes de completar mis embarazos.

Durante mi matrimonio fue víctima de violencia física y verbal por parte de mi marido. Viví mucho tiempo en la calle, no trabajábamos y por eso no podíamos arrendar y no teníamos qué comer y cómo mantener a nuestros hijos. Cuando logramos

establecernos con vivienda las agresiones aumentaron e intenté en varias ocasiones quitarme la vida me auto infringía cortes en todo el cuerpo (brazos abdomen y piernas) los que aún son visibles. Tuve un matrimonio muy sufrido, pero ahora que soy viuda me siento sola de igual forma.

Actualmente vivo con i hijo Bernardo, nuera y nieta con quien tengo roces por temas de convivencia.

Relaciones de afectividad

1. ¿Qué es lo afectivo para usted?

Para ser franca, la palabra no la sé pronunciar, no sé bien que significa, pero se lo voy a explicar con un ejemplo, cuando conocí a mi marido a la edad de 13 años lo quise mucho, porque yo creo que gracias a él me pude alejar de la calle, porque yo prácticamente vivía en la calle en malas condiciones y él fue como una salvación para mí. Cuando eramos jóvenes, yo no podía estar sin él, y creo que le tenía mucho afecto. Mi mamá me internó para que yo no estuviera con él, porque parece que mi madre adivinaba que ese hombre no era para mí, cuando salí del internado, yo quise volver con él, pero lo enviaron a hacer el servicio militar. Y yo lo fui a buscar al servicio militar, y nos juntamos y nos arrancamos.

Con las otras que sentía mucho afecto he querido a una sola persona que fue a mi marido, pero cuando comenzó a violarme lo empecé a odiar.

La cercanía con mis hijos, la preocupación hacia ellos eso es una forma de sentir afecto.

2. ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

Cuando alguien que yo quiero, principalmente mi familia más cercanas están en problemas económicos o emocionales y yo los apoyo, por ejemplo, para la pascua les paso dinero a mis hijos. Pero a mí me gusta que ellos me digan mamita te quiero mucho, pero solamente a veces me lo dicen, pero yo siempre se los manifiesto. Me acuerdo que

la calle fue mi escuela, mi papá y mi mamá tomaban eran muy agresivos. Yo pienso que el deseo de ser querida, es por ese motivo

También es la preocupación constante por los seres queridos, yo soy así.

Relaciones sociales con los pares

3. ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

Con algunos bien, y otros me caen bien, las que me caen bien son xx, la xx, xx, y la xx y las demás me caen todas mal. Y mis otras compañeras las que son más enfermas yo las comprendo porque son personas que no entienden bien, de hecho siento que soy muy solidaria con ellos, si alguien necesita ayuda yo soy la primera que me paro en el comedor para ayudar. Me considero una buena compañera, tengo harta gente que me quiere.

4. ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

No le contesto, me quedo callada yo como sufro de esquizofrenia a mí me da una cuestión que soy capaz de matar a una persona. No le contesto me quedo callada. Hay una persona en el CDE que me molesta, pero yo nunca le contesto, porque yo evito para no reaccionar mal.

Pero no soy orgullosa, cuando la cosa se calma yo me acerco a conversar, porque lo primero es mantener las buenas relaciones la amistad eso me interesa. Yo la sigo saludando.

Yo soy así por todo lo que sufrí, yo no le doy a nadie la niñez que tuve, a mí la calle me enseñó mucho.

Relación de la sexualidad

5. ¿Qué entiende usted por sexualidad?

A ese punto quería llegar yo, yo no entiendo la sexualidad, es cuando la mujer y hombre hace el amor de forma voluntaria, no obligatoriamente como la tuve toda mi vida con mi marido. Yo eso lo llamo como sexualidad, si un hombre quiera a una mujer que sea mutuamente hacer el amor, se tienen que querer, respetarse hacerse cariño. Tienen

que estar las dos cosas unidas el afecto y el acto sexual, eso es lo que entiendo yo por sexualidad. Yo nunca lo tuve el tiempo que estuve casada, mi marido nunca me dijo vieja te quiero, me gusta cómo eres, limpia, el nunca me dio una palabra de aliento.

Pero una sola vez en mi vida se sentí que mi sexualidad era total, fue el 14 de febrero el día de los enamorados cuando me fui a un motel con mi actual pareja, porque mi marido se murió hace años. Ahí sentí tener una relación normal de cariño y deseo sexual y voluntaria, y me sentía la mujer más feliz del mundo.

6. ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

No, porque me da vergüenza, siempre me ha dado vergüenza tocar el tema, como a mí me violaron tantas veces mi marido, yo sentía, para mí que eso era un pecado. Pero cuando conocí a mi actual pareja, empecé a ver el tema de forma distinta, es como que una luz me iluminó y comencé a pensar que el sexo es bueno, por el lado normal. Yo no puedo ver un hombre borracho, mi marido era bueno para tomar. Con mis amigas no conversó de este tema. El otro día una compañera se acercó a conversar algo del tema, y me dio mucha confianza.

ENTREVISTA N°2

Datos de Identificación

Apodo	: Pepe
Edad	: 70 años
Estado Civil	: Casado y separado de hecho
Número de Hijos	: 3
Con quien Vive	: solo
Tiempo de participación en el CDE	: 12 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 21/09/2017

HISTORIAS DE VIDA:

Nací en Santiago, comuna de Maipú, mis padres José Arancibia Pavez y su madre Corina Ramírez, del matrimonio nacieron 2 hijos José y Luis. Mi Madre falleció cuando yo tenía 2 años aproximadamente. Quedé al cuidado de mis abuelos maternos. Comencé a trabajar en una pescadería. A los 22 años me casé con María Fritz con quien tuve 3 hijos: José Antonio, Jessica Corina y Carlos Mauricio; Estuve 10 años casados y nos separamos por problemas de convivencia. Tomaba mucho vino no me podía controlar, mi hermano también tomaba mucho y lo atropellaron en la vía pública. Me fuí al sur (Parral) a trabajar de operador de radio, 4 años estuve allí y regresé a Maipú. Luego trabajé como carnicero muchos años en las cámaras de frío, hija de mi jefe quien era su amiga, se preocupó de mí cuando enfermé por mis piernas. Me llevó al Hogar de Cristo para que se preocuparan por mí. Luego de que me ayudaron desde la central me enviaron a puente Alto, donde no me gustó y finalmente llegué a Renca al CDE. Aquí conocí a Victoria Valenzuela con quien comencé una relación amorosa y vivimos juntos cuatro años, hasta que ella me abandona y se va a vivir a Fundación Las Rosas. No quiero profundizar en este quiebre amoroso de hecho no quiero hablar de eso.

Hoy en día continúo arrendando pieza cerca del programa aproximadamente 4 años. Me gusta venir al CDE, porque si no me aburriría en la pieza. Los fines de semana me alimento con la comida que llevo del CDE, ya que no quiero volver a mi picada para no volver a beber por un tiempo. A veces me tomo una caja de vino al día.

Estoy pololeando con Erika, conversamos harto y nos entendemos, pero no vivimos juntos.

Relaciones de afectividad

1.- ¿Qué es lo afectivo para usted?

El afecto, es que a uno le tengan buena, no tener ningún problema. Caminar bien por la vida, hay que tener afecto, sino las cosas no caminan. Tratar de portarse bien, no hacer problemas y no hacerle daño a nadie, eso digo yo. Ahí uno pasa una vida tranquilo y duerme tranquilo.

Si yo soy respetuoso con las personas ya sea niño, mujer o hombre es una forma de respetarlos, y eso.

2.- ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

Yo con los amigos que tengo en el CDE, converso muy poco con ellos, pero converso más con la persona que me gusta que es la xxx, con los otros amigos converso de forma sana sin groserías, sin gritar, porque a mí lo que menos me gusta es andar gritando, yo converso cualquier tema me gusta, pero siempre y cuando que no sea de política porque no me gusta para nada. Hablo de futbol o de cualquier otro tema. Yo creo escuchar a mis compañeros es una forma de demostrar afecto.

Relaciones sociales con los pares

3.- ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

Yo me meto poco con ellos, no profundizo, pero a pesar de esta distancia igual tengo amigos, se acercan a conversar conmigo, tengo buenas relaciones. Me invitan a sus casas el fin de semana algunos, pero a mí no me gusta ir para no molestar, y después

se acercan y me preguntan porque no fui, eso para mí es una preocupación y yo los tengo en estima.

4.- ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

Yo me enojo, por lo general me corro, porque hay una cosa que parece que es un problema es que soy muy orgulloso. Si alguien me hace un mal yo no me acercó más esa persona y si esa persona me hace algo yo no le hablo nunca más. Ahora si esa persona se acerca a conversar para arreglar el problema yo lo recibo, yo no tengo iniciativa para arreglar los problemas. Lo claro es que yo no me voy acercar, a pedir disculpas y nada más, si se me acercan ningún problema.

Relación de la sexualidad

5.- ¿Qué entiende usted por sexualidad?

Sería cuando uno entra en edad de pololeo, viene el casamiento, eso ya es otra cosa. Yo creo que si uno se mete con una mujer uno tiene que tratarla bien tener carácter, lo primero que tiene que haber es respeto o cariño, sino la cosa no camina. Yo con mi polola conversamos y nos llevamos bien, me gusta su personalidad no le sonrío a otros hombres es fácil de tratar.

Nos vemos sólo en la semana, la hermana de ella me invitó a la casa, pero no fui.

6.- ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

No es un tema que converse con ellos, porque cada uno en su onda, es algo difícil. No me daría vergüenza hablarlo, lo que pasa que mis compañeros les gusta hablar de otras cosas. Creo que ese tema es más íntimo, lo hablaría con mi polola y nadie más. Ahora si en el CDE hay un taller al respecto opinaría sin problema y participaría, ahí no me generaría incomodidad. Ahora a mí no me gusta conversar mucho, soy más callado.

ENTREVISTA N°3

Datos de Identificación

Apodo	: SER
Edad	: 70 años
Estado Civil	: Soltero
Número de Hijos	: 0
Con quien Vive	: Solo
Tiempo de participación en el CDE	: 21 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/2017

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Santiago el año 1947, en la comuna de Quinta Normal. Mis padres don Sergio Romero Pastur y Rosa Delia Fuentes Pérez. Ambos se casan muy jóvenes. Fuimos 6 hermanos: Sergio, Jaime, Pablo, Alejandro, Eugenia y Ximena. Ambos padres trabajaban, mi padre Sergio trabajaba en Correos y telégrafos de Chile y además en una radio como barítono. Mi mamá Rosa trabajó en un laboratorio como obrera. Por lo que el cuidado de nosotros lo tuvo mi abuela materna, que tenía una crianza estricta y unas primas de mi mamá que también colaboraban en los cuidados de nosotros, veíamos poco a nuestros padres, me recuerdo que mi mamá era muy cariñosa.

La situación familiar económica era regular, de mucho esfuerzo. Yo aprendí a leer a los 6 años en mi casa, recuerdo que tenía buenas relaciones con mis hermanos. En el año 1957 sufrí caída de un árbol al estar jugando, lo que me provocó la pérdida de masa encefálica, estuve 4 meses hospitalizado en el Roberto del Río en Santiago. Posterior a este suceso mi vida cambió, notaba que reaccionaba muy lento en mis movimientos y en pensar. Pero igual salí adelante, mi familia siempre me apoyó.

Terminé la preparatoria en la escuela Elvira Hurtado de Matte y continúe hasta el tercero humanidades.

Hasta los 27 años, no pudo entablar relaciones amorosas, porque era muy tímido con las mujeres; tenía muchos amigos “intelectuales” que me enseñaron muchas cosas.

A los 28 años conocí a una mujer, pero me costó mantener la relación por mucho tiempo, no tenía las habilidades.

A los 21 años me inicié laboralmente en algunos oficios, como empaquetador, bodeguero en la JUNAEB y finalmente como actividad laboral importante trabajé como funcionario recepcionista en el Ministerio de Educación. Mantenía el contacto con mis padres y hermanos, pero después de mi emancipación me distancié de mi familia, estaba preocupado de trabajar.

En el año 1970 obtuve mi actual departamento, a través del SERVIU que beneficiaba a funcionarios del sector público.

En el año 1990 más o menos conocí a la señora Norma una señora bastante mayor que yo e inicié una relación amorosa, vivíamos en mí departamento, la relación con esta señora fue tormentosa, debido a infidelidades constantes de ella, me sentí abusado por esta persona. Tuve un hijo con ella: Sergio Romero Cortés, con quien no tengo contacto, tampoco ayudé en la crianza.

En el año 1995 ingresé al Hospital Felix Bulnes servicio psiquiatría y Asistente Social me derivó a un programa ambulatorio del Hogar de Cristo, para rehabilitación social; en ese entonces yo tenía 49 años, me evaluaron y me incorporan en el año 1996, con las siguientes prestaciones: alimentación, participación en actividades y apoyo también en salud, también sufría de Neurosis. Me calificaban como una persona de buen trato y educado, estaba a cargo de la biblioteca y diario mural. Tuve varias inasistencias por crisis epilépticas.

En el año 2000 conocí en el centro de día a mi pareja Alicia Céspedes con quien viví durante 17 años, hasta que falleció, la relación con ella era difícil, discutíamos por

problemas domésticos. Actualmente mi madre que aún está viva me llama por teléfono y un hermano me visita, porque estoy solo y enfermo.

Relaciones de afectividad

1.- ¿Qué es lo afectivo para usted?

Algo muy positivo, yo expongo mis sentimientos, por ejemplo pensar en las cosas positivas que tenemos cada uno pero diferentes porque todos no pensamos de la misma manera, ah, esa es mi respuesta, que todos no pensamos iguales, porque no somos, cada uno tenemos diferentes sentimientos.

Siento un cariño algo que siento, por ejemplo, de la manera que es muy llamativo como el cariño. Yo no quiero decir la palabra que todos decimos Amor, por ejemplo yo estoy solo, pero quien me acompaña, me acompaña Dios porque a él me dirige. Cuando me dio la trombosis me acerqué mucho a él, a Dios, y eso es afecto, algo del alma.

2.- ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

Yo siento un cariño grande. Con sentirme familiar, algo familiar, cercano. Me pongo contento con la persona, una forma de gratitud, hay cercanía y confianza. Para mi es agradable.

Relaciones sociales con los pares

3.- ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

Comparto con mis compañeros, pero no con todos, por ejemplo, hay un compañero que todas las veces me molesta, pero yo no lo trato, no le respondo, me alejo de esa persona. Me encanta conversar con los compañeros con los que me llevo bien, tenemos afinidad. Cuando alguien se acerca a conversar yo comparto con esa persona.

4.- ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

Si me ataca un compañero o me molesta, no la trato. Le discuto cuando me siento atacado, pero no me gusta rebajarme;

Relación de la sexualidad

5.- ¿Qué entiende usted por sexualidad?

Algo muy necesario, porque uno no es porque seamos humanos, el organismo que somos nosotros se necesita; se siente tan solo un deseo y también sentir cariños por otra persona. Por ejemplo, me siento solo porque necesito a alguien.

6.- ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

Yo no tengo problema en hablar del tema de la sexualidad, pero mis compañeros lo tomarían como maldad, no tengo vergüenza, pero lo haría con cuidado, porque todos no piensan igual. Por lo que no hablo de este tema.

ENTREVISTA N°4

Datos de Identificación

Apodo	: Luchín
Edad	: 73 años
Estado Civil	: soltero
Número de Hijos	: 0
Con quien Vive	: Solo
Tiempo de participación en el CDE	: 4 años
Alfabetización	: No sabe leer ni escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/201

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Valparaíso. Mis padres se llamaban Roberto Andrade y Amalia Miranda, a los cuales no conocí. Tengo recuerdos de mi vida en Santiago, en donde vivía con una señora que reconocía como mi abuelita, viví con ella hasta los 6 años hasta que falleció. Después me siguió criando una familia de mi abuela fallecida, quienes me golpeaban y me dejaban de casa en casa, hasta que decidí escaparme y en la calle carabineros me recoge y me lleva a un hogar de menores, lugar que estuve hasta que cumplí los 12 años, recuerdo que me escaba para jugar y le ayudaba a una señora a vender.

A los 10 años conocí a Ismael un niño con quien compartía y lo cuidaba. Se querían mucho los dos.

Tenía 12 años cuando me escapé definitivamente del hogar de menores, comencé a vagar por las calles hasta que llegué a un prostíbulo donde me gustaba bailar. En ese lugar comencé a trabajar bailando y me vestía de mujer.

De los 16 hasta los 30 años ejercí el comercio sexual, me inicio en el consumo de alcohol, me robaban el dinero, trabajé en este lugar hasta que se cerró el local.

Al cumplir los 50 años conocí a la señora Graciela quien era vecina donde se encontraban los prostíbulos y nos hicimos muy buenos amigos, esta señora me tomó cariño y me alojó en su casa, me apoyó mucho. Viví con ella hasta que ésta falleció, porque su marido me expulsa del domicilio, porque la gente los vinculaba sentimentalmente. La señora Graciela tenía tres hijos, que me querían mucho.

Me fui a vivir y a trabajar a Concepción, en ese período sufrí un accidente cerebro vascular y los hijos de Graciela me trajeron devuelta a Santiago y me hospitalizaron en la Posta Central y al alta en Clínica Lo Aromos. Desde este lugar me egresaron y llegué por primera vez a hospedería del Hogar de Cristo, en este lugar alojaba y participaba en talleres, hasta que tuviera un lugar definitivo. En el año 2013 me trasladaron a un programa ambulatorio en Renca para personas mayores para participar durante el día, me ayudaron a conseguir una pieza para arrendar, lugar donde permanecí hasta el día de hoy.

Actualmente mantengo el vínculo con los hijos de mi amiga Graciela, nos visitamos todos los fines de semana y me llaman por teléfono, hay una preocupación afectiva y material. Incluso me ofrecieron llevarme nuevamente a vivir con ellos, pero yo no quiero molestar, además aún siento que puedo vivir solo.

Relaciones de afectividad

1.- ¿Qué es lo afectivo para usted?

Cariño, amor por las personas, amistad. Eso.

2.- ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

Mi modo de ser es ayudar a la persona, conversar con la persona, trato de ayudarla, y a veces explicar un poco, pero conversando se entiende. Los visito a las personas que tengo afecto, nos reimos.

Relaciones sociales con los pares

3.- ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

Yo me llevo bien, nos entendemos, no discuto.

4.- ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

A veces las converso con ellos y si sigue la cosa lo hablo con la jefa del hogar para que se pueda arreglar.

Relación de la sexualidad

5.- ¿Qué entiende usted por sexualidad?

Es una relación con una pareja, uno puede mostrar la sexualidad de diferentes formas, ser atractivos frente a la persona que le gusta, coquetearle, ver que cosas que gustan a la persona, puede ser una amistad superior a otras. Uno le demuestre la sexualidad a otra persona, ser atento, a veces hay temas que uno no conversa, pero si me llevo bien.

6.- ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

Si, teniendo conocimiento, y confianza con la persona o si hay un grupo no tengo problema de hablar sobre el tema. Yo creo que me resulta fácil por mis vivencias que he pasado, por ejemplo, cuando joven trabaje en varias partes y me bestia de mujer, trabaje en varios prostíbulos vestido de mujer, comencé a los 16 años hasta los 30 años. Tenía un grupo de amigos en la calle, nunca conocí a mi familia, estuve siempre en internados y me arrancaba con otros compañeros, nunca supe de mis padres. No tengo recuerdos familiares, tengo malos recuerdos de personas con las que viví me trataban mal, porque no sabía hacer bien las cosas.

Tuve dos parejas amorosas en mi vida, las que se terminaron porque tenían otros intereses. Aprendí a tratar a la gente, aprendí de la vida. Nunca aprendí a robar. Estuve detenido por ofensa a la moral.

ENTREVISTA N°5

Datos de Identificación

Apodo	: Gertru
Edad	: 82 años
Estado Civil	: Viuda
Número de Hijos	: 1 adoptivo
Con quien Vive	: Con pareja
Tiempo de participación en el CDE	: 23 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/2017

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Santiago comuna de Independencia. Mis padres eran casados legalmente: don Anselmo Gálvez quien trabajaba de panificador, fallece a los 42 años producto de un accidente vascular encefálico, consumía alcohol. Mi mamá la señora Audomira Valenzuela, dueña de casa y realizaba lavados para generar ingresos. De esta unión nacen 5 hijos: Alejandro, Gertrudis, Gladys, y dos mellizos que fallecieron a los dos meses de nacido. Mi familia era muy pobre, arrendábamos en condición de hacinamiento un cité en la comuna de Independencia.

A los años de enviudar mi madre entabla una nueva relación amorosa con el señor José Adriazola, donde nacen 4 hijos: José, René, Elizabeth y Anselmo éste último falleció. No tengo buenos recuerdos de mi padrastro, nos pegaba mucho.

Yo me recuerdo que era muy delicada de salud, perdí un riñón a la edad de 16 años, mamá me quería y me protegía mucho. Cursé sólo hasta el primero de preparatoria, sólo aprendí a leer y a escribir apenas.

Comencé a trabajar desde muy pequeña, ayudaba a mi madre a vender flores y tarros para las sepulturas. A los 15 años trabajé de ayudante en un taller de modas. Con la familia íbamos a la vega y recogíamos las frutas y verduras. Posteriormente como actividad laboral importante trabajé toda el resto de mi vida como empleada doméstica, no recuerdo haber tenido imposiciones.

A los 24 años me casé con Mario Carvajal, ese mismo año junto a mi esposo postulamos a vivienda en la comuna de Renca. No tuvimos hijos, porque yo no podía tener. Adoptamos el hijo de una amiga que nos lo entregó. Enviudé en el año 1990, mi marido fallece de un cáncer al colon.

En el año 1993 por muchos problemas económicos ingreso con mi hijo a los programas del Hogar de Cristo en la comuna de Renca, ayudaba en el aseo y recibía alimentación y protección para mi hijo. Mantuve siempre el contacto con mí familia.

En este lugar conocí a mi segunda pareja con quien nunca me casé, y le cedí mi casa a mi hijo para que él viviera con su familia. Con mi pareja arrendamos en diferentes lugares hasta el día de hoy. Mi hijo nunca lo aceptó, porque consumía alcohol y ejercía violencia física conmigo.

Relaciones de afectividad

1.- ¿Qué es lo afectivo para usted?

Como la entiendo yo es ser atenta por ejemplo, ser más afectiva, porque se trata L2 de la sexualidad verdad. Afecto hacia la persona más respeto más cariño, porque antes no existía esas cosas, no se demostraba, porque cuando eramos niños vivíamos en una pieza estábamos todos juntos así es que parece que era todo era más recatado, aunque estábamos juntos en una sola pieza. Porque después cuando uno se casa, antes de casarse tiene que estar enamorada pienso yo para casarse así como se crió uno, eso entiendo yo.

2.- ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

Antes no había tanta demostración como lo que existe ahora. No solo con la pareja sino que con los familiares y amigos. A veces con un cariño, a veces me da pena de no estar más cerca de ellos, porque los quiero mucho. Conversándoles, haciéndoles cariño, en cosas materiales se les hace regalos, sus regalitos sus atenciones. Aconsejar a las chicocas que una nieta tiene 13 años, a los más chiquititos también tienen que cuidarse mucho porque cómo está la vida ahora. Tratar de estudiar, porque lo único que tiene que hacer es sacar un título esos consejos.

Relaciones sociales con los pares

3.- ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

Si, yo trato de llevarme bien de preocuparme como están porqué no vinieron al CDE, siempre he tenido esa preocupación. Converso de todo un poco, tratamos de contar historias de aquellos de aquellos tiempos, mis relaciones son cercanas. A veces uno se equivoca, pero me doy cuenta y pido disculpas

4.- ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

Me acerco a la persona y pido disculpas “me disculpai para que no pase más esto”. A veces nos hacemos pequeños regalos entre compañeras, uno lo abraza. Pero los problemas que tengo son muy a lo lejos, casi nunca, ya que me llevo bien con mis compañeros, porque a mí me gusta resolverlo al tiro, sin esperar.

Relación de la sexualidad

5.- ¿Qué entiende usted por sexualidad?

Lo entiendo por ejemplo, como una persona que vive en pareja, donde hay un respeto mutuo, puede ser más afectivo.

6.- ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

No, porque no sé uno lleva desde la parte antigua como uno se crió, venían visitas a la casa y nos echaban para afuera porque conversaban entre ellos. Entonces uno se crió así, yo tenía 14 años y no me podía relacionar con una visita o alguien, pero no me dejaban. Mi mamá fue una buena madre estricta, no nos daba confianza, ni menos cuando cumplí 18 años, supe por una profesora sobre la sexualidad. Era muy privado. Y ahora que estoy aca con mis compañeros me cuesta conversarlo, me da vergüenza. Pero si lo hablan ustedes los profesionales como que me da más confianza, pero con otras personas no.

ENTREVISTA N°6

Datos de Identificación

Apodo	: Vicen
Edad	: 77 años
Estado Civil	: Soltero
Número de Hijos	: 7
Con quien Vive	: con pareja
Tiempo de participación en el CDE	: 14 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/2017

HISTORIA DE VIDA

Nací en Santiago y fui criado en Chillán, producto de una relación amorosa pasajera entre mis padres Vicente Ibarra y María Jara Sepúlveda; mi madre me deja viviendo con mis abuelos maternos en Chillán, mi madre nunca me quiso, no me visitaba. Ésta vivía en Santiago y trabajaba en una fábrica de cartón. Cuando cumplí los 12 años, decidí vivir con ella, pero no fuí bien recibido por su pareja, quien me maltrataba mucho. Mí mamá tuvo varias parejas y muchos hijos. Yo seguía manteniendo el contacto con mis abuelos.

En el campo estudié hasta el segundo preparatoria y al llegar a Santiago estudié hasta el sexto preparatoria. Me acuerdo que fui muy maltratado por parte de mi madre; pero tenía buenas relaciones con un tío don Domingo Sáez Sáez quien me alojaba en su casa.

Empecé a trabajar de muy pequeño vendiendo dulces, realicé el servicio militar en la ciudad de Iquique, en este lugar me enseñaron el oficio de encuadernador. Trabajé en diversos oficios: mueblería, mozo, asensorista.

A los 20 años contraí matrimonio con la señora Guillermina Palabecino, de esta relación nace sólo un hijo, en ese tiempo trabajé de comerciante viajero al sur de Chile. Esta relación me duró muy poco tiempo, por infidelidades de mi esposa, que mantuvo una relación amorosa con mi mejor amigo, por este motivo comencé a tomar mucho alcohol por bastante tiempo.

Posteriormente inicia distintas relaciones amorosas donde tuvo muchos hijos algunos reconoció y otros no.

Fuí dirigente poblacional en diversas tomas en el Montijo, Sanjón de la Aguada, Batuco, me interesaba conseguir terreno para los vecinos y para él.

Viví en la comuna de Cerro Navia de allegado con una pareja, arrendábamos. Para la dictadura estuve detenido durante dos años, perdiendo todo contacto con mi pareja, no lo visitaban. Me habían baleado porque portaba un carnet del partido comunista, estuve muy enfermo.

En el año 1999 al viajar a Santiago para comprar mercadería para vender me atropellan, y me fracturé el hueso de la pelvis, la cabeza, estuve hospitalizado en la Posta 3 y a mi alta no tenía un lugar donde vivir y para mi recuperación me trasladaron a una sala de enfermos del Hogar de Cristo, luego a hospedería y un centro de integración para personas mayores. En este lugar estuve a cargo de la biblioteca y de la radio, este lugar era provisorio hasta que me ofrecieron trasladarme a un Centro de Día en Renca, en esta comuna vivía mi mamá, así es que acepté irme inmediatamente. Mi madre fallece en el año 2005.

En el Centro de día conocí a mi actual pareja xxx, con quien inicié una relación de amistad y posteriormente una relación amorosa de pareja. Nunca fui aceptado por el hijo de ella.

En la actualidad continúo ejerciendo el comercio ambulante, estoy realizando todas las gestiones necesarias para postular al Serviu.

Relaciones de afectividad

1.- ¿Qué es lo afectivo para usted?

Yo lo entiendo tenerle cariño a la gente que comparte con uno especialmente a la gente más pobre que ha pasado por lo mismo que he pasado yo desde que nací. Entonces en general no tengo amigos ni tampoco no tengo enemigos, sino que yo miro observo y tener confianza a las personas siempre me he tirado por la gente más pobre y más débil.

Yo me crié sin padre ni madre, mi madre cuando me parió de inmediato me tiró a un baño antiguo para liquidarme y una señora la pilló me sacó me cuidó y no la dejó que hiciera eso. Yo esto lo supe cuando era un niño. Me crie en ambientes crueles, no tuve experiencias afectivas. De niño comencé a trabajar como de vendedor para cooperar con mi madre.

2.- ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

Soy sensible con las personas que lo han pasado más mal que yo. Tengo demostraciones, lo que hago yo. Le hago regalos sin ningún interés. Le tengo respeto a mis compañeros porque muchos vivieron lo mismo que viví mucho tiempo yo.

Relaciones sociales con los pares

3.- ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

No tengo problemas con mis compañeros, la persona que necesita algo o ayuda yo le presto dinero. Las relación mía con ellos no es mala, pero me limito a mirar observar, si puedo tender la mano a alguien lo hago. No tengo amigos, porque tuve una experiencia cuando joven a quien lo ayude mucho y mi mejor amigo se llevó a mi mujer y a mi hijo.

4.- ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

Conversando, pero deajo pasar varios días cuando estoy más tranquilo. Si lo enfrento en el momento me pongo agresivo, respondo con garabatos, sea mujer o hombre. Pero trato también de no discutir, a veces me contengo, pero es difícil. Si se acercan y me piden disculpas las acepto.

Relación de la sexualidad

5.- ¿Qué entiende usted por sexualidad?

Sufrió tanto, pero fui apreciado y el destino me dio cualidades. Es un beso un abrazo de cariño un apretón de manos. Pero la sexualidad yo creo que tiene que ver con el sexo, y en ese sentido cuando joven fui muy activo, pero con mi pareja actual nos llevamos bien en ese sentido, eso para mí es sexualidad, y me gustaría aprender más sobre esa palabra.

6.- ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

Si ellos me consultan respecto al tema les doy mi opinión no me da vergüenza, se las contesto cuando tiene dudas, sea hombre o mujer.

CODIFICACIONES DE LAS ENTREVISTAS:

E1 **Número de la Entrevista**

P1 **Número de la pregunta**

L001 **Número de línea de cada respuesta a las preguntas**

E1 ENTREVISTA N°1

Datos de Identificación

Apodo	: ROSi
Edad	: 71 años
Estado Civil	: Viuda
Número de Hijos	: 7
Con quien Vive	: Con mi pareja hace poco
Tiempo de participación en el CDE	: 4 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 21/09/2017

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Santiago, mis padres se llamaban Saúl Avila y Carmela Pérez.

Somos 5 hermanos, mi padre Saúl era vendedor de verduras. Mi madre dueña de casa quien presentaba un alto consumo de alcohol.

A los 10 años fui internada para que no me juntará con Mario (pololo que tenía en ese tiempo). En el internado aprendí a leer y a escribir. De ese lugar me arranque en varias ocasiones.

A los 13 años contraí matrimonio con Mario, de esta unión nacieron 12 hijos. 7 de ellos se encuentran con vida, 5 están fallecidos de los cuales 3 murieron antes de completar mis embarazos.

Durante mi matrimonio fue víctima de violencia física y verbal por parte de mi marido. Viví mucho tiempo en la calle, no trabajábamos y por eso no podíamos arrendar y no teníamos qué comer y cómo mantener a nuestros hijos. Cuando logramos establecernos con vivienda las agresiones aumentaron e intenté en varias ocasiones

quitarme la vida me auto infringía cortes en todo el cuerpo (brazos abdomen y piernas) los que aún son visibles. Tuve un matrimonio muy sufrido, pero ahora que soy viuda me siento sola de igual forma.

Actualmente vivo con mi hijo Bernardo, nuera y nieta con quien tengo roces por temas de convivencia.

Relaciones de afectividad

1. P1 ¿Qué es lo afectivo para usted?

L001 Para ser franca, la palabra no la sé pronunciar, no sé bien que significa, **L002** pero se lo voy a explicar con un ejemplo, cuando conocí a mi marido a la edad **L003** de 13 años lo quise mucho, porque yo creo que gracias a él me pude alejar de **L004** la calle, porque yo prácticamente vivía en la calle en malas condiciones y él **L005** fue como una salvación para mí. Cuando eramos jóvenes, yo no podía estar **L006** sin él, y creo que le tenía mucho afecto. Mi mamá me internó para que yo no **L007** estuviera con él, porque parece que mi madre adivinaba que ese hombre no **L008** era para mí, cuando salí del internado, yo quise volver con él, pero lo enviaron **L009** a hacer el servicio militar. Y yo lo fui a buscar al servicio militar, y nos juntamos. **L010** Con las otras que sentía mucho afecto he querido a una sola persona que fue **L011** a mi marido, pero cuando comenzó a violarme lo empecé a odiar. La cercanía **L012** con mis hijos, la preocupación hacia ellos eso es una forma de sentir afecto.

2. P2 ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

L013 Cuando alguien que yo quiero, principalmente mi familia más cercanas **L014** están en problemas económicos o emocionales y yo los apoyo, por ejemplo, **L015** para la pascua les paso dinero a mis hijos. Pero a mí me gusta que ellos me **L016** digan mamita te quiero mucho, pero solamente a veces me lo dicen, pero yo **L017** siempre se los manifiesto. Me acuerdo que la calle fue mi escuela, mi papá y **L018** mi mamá tomaban eran muy agresivos. Yo pienso que el deseo de ser **L019** querida, es por ese motivo.

L020 También es la preocupación constante por los seres queridos, yo soy así.

Relaciones sociales con los pares

3. **P3** ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

L021 Con algunos bien, y otros me caen bien, las que me caen bien son xx, la **L022** xx, xx, y la xx y las demás me caen todas mal. Y mis otras compañeras las **L023** que son más enfermas yo las comprendo porque son personas que no **L024** entienden bien, de hecho siento que soy muy solidaria con ellos, si alguien **L025** necesita ayuda yo soy la primera que me paro en el comedor para ayudar. Me **L026** considero una buena compañera, tengo harta gente que me quiere.

4. **P4** ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

L027 No le contesto, me quedo callada yo como sufro de esquizofrenia a mí me **L028** da una cuestión que soy capaz de matar a una persona. No le contesto me **L029** quedo callada. Hay una persona en el CDE que me molesta, pero yo nunca le **L030** contesto, porque yo evito para no reaccionar mal.

L031 Pero no soy orgullosa, cuando la cosa se calma yo me acerco a conversar, **L032** porque lo primero es mantener las buenas relaciones la amistad eso me **L033** interesa. Yo la sigo saludando.

L034 Yo soy así por todo lo que sufrí, yo no le doy a nadie la niñez que tuve, a mí la **L035** calle me enseñó mucho.

Relación de la sexualidad

5. **P5** ¿Qué entiende usted por sexualidad?

L036 A ese punto quería llegar yo, yo no entiendo la sexualidad, es cuando la **L037** mujer y hombre hace el amor de forma voluntaria, no obligatoriamente como **L038** la tuve toda mi vida con mi marido. Yo eso lo llamo como sexualidad, si un **L039** hombre quiera a una mujer que sea mutuamente hacer el amor, se tienen que **L040** querer, respetarse hacerse cariño. Tienen que estar las dos cosas unidad el **L041** afecto y el acto sexual, eso es lo que entiendo yo por sexualidad. Yo nunca lo **L042** tuve el tiempo

que estuve casada, mi marido nunca me dijo vieja te quiero, me **L043** gusta cómo eres, limpia, él nunca me dio una palabra de aliento.

L044 Pero una sola vez en mi vida se sentí que mi sexualidad era total, fue el 14 **L045** de febrero el día de los enamorados cuando me fui a un motel con mi actual **L046** pareja, porque mi marido se murió hace años. Ahí sentí tener una relación **L047** normal de cariño y deseo sexual y voluntaria, y me sentía la mujer más feliz **L048** del mundo.

6. **P6** ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

L049 No, porque me da vergüenza, siempre me ha dado vergüenza tocar el **L050** tema, como a mí me violaron tantas veces mi marido, yo sentía, para mí que **L051** eso era un pecado. Pero cuando conocí a mi actual pareja, empecé a ver el **L052** tema de forma distinta, es como que una luz me iluminó y comencé a pensar **L053** que el sexo es bueno, por el lado normal. Yo no puedo ver un hombre **L054** borracho, mi marido era bueno para tomar. Con mis amigas no conversó de **L055** este tema. El otro día una compañera se acercó a conversar algo del tema, y **L056** me dio mucha confianza.

E 2 ENTREVISTA N°2

Datos de Identificación

Apodo	: Pepe
Edad	: 70 años
Estado Civil	: Casado y separado de hecho
Número de Hijos	: 3
Con quien Vive	: solo
Tiempo de participación en el CDE	: 12 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 21/09/2017

HISTORIAS DE VIDA:

Nací en Santiago, comuna de Maipú, mis padres José Arancibia Pavez y su madre Corina Ramírez, del matrimonio nacieron 2 hijos José y Luis. Mi Madre falleció cuando yo tenía 2 años aproximadamente. Quedé al cuidado de mis abuelos maternos. Comencé a trabajar en una pescadería. A los 22 años me casé con María Fritz con quien tuve 3 hijos: José Antonio, Jessica Corina y Carlos Mauricio; Estuve 10 años casados y nos separamos por problemas de convivencia. Tomaba mucho vino no me podía controlar, mi hermano también tomaba mucho y lo atropellaron en la vía pública. Me fuí al sur (Parral) a trabajar de operador de radio, 4 años estuve allí y regresé a Maipú. Luego trabajé como carnicero muchos años en las cámaras de frío, hija de mi jefe quien era su amiga, se preocupó de mí cuando enfermé por mis piernas. Me llevó al Hogar de Cristo para que se preocuparan por mí. Luego de que me ayudaron desde la central me enviaron a puente Alto, donde no me gustó y finalmente llegué a Renca al CDE. Aquí conocí a Victoria Valenzuela con quien comencé una relación amorosa y vivimos juntos cuatro años, hasta que ella me abandona y se va a vivir a Fundación Las Rosas. No quiero profundizar en este quiebre amoroso de hecho no quiero hablar de eso.

Hoy en día continúo arrendando pieza cerca del programa aproximadamente 4 años. Me gusta venir al CDE, porque si no me aburriría en la pieza. Los fines de semana me alimento con la comida que llevo del CDE, ya que no quiero volver a mi picada para no volver a beber por un tiempo. A veces me tomo una caja de vino al día.

Estoy pololeando con Erika, conversamos harto y nos entendemos, pero no vivimos juntos.

Relaciones de afectividad

1. P1 ¿Qué es lo afectivo para usted?

L057 El afecto, es que a uno le tengan buena, no tener ningún problema. Caminar **L058** bien por la vida, hay que tener afecto, sino las cosas no caminan. Tratar de **L059** portarse bien, no hacer problemas y no hacerle daño a nadie, eso digo yo. Ahí **L060** uno pasa una vida tranquilo y duerme tranquilo.

L061 Si yo soy respetuoso con las personas ya sea niño, mujer o hombre es una **L062** forma de respetarlos, y eso.

2. P2 ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

L063 Yo con los amigos que tengo en el CDE, converso muy poco con ellos, pero **L064** converso más con la persona que me gusta que es la xxx, con los otros amigos **L065** converso de forma sana sin groserías, sin gritar, porque a mí lo que menos **L066** me gusta es andar gritando, yo converso cualquier tema me gusta, pero **L067** siempre y cuando que no sea de política porque no me gusta para nada. Hablo **L068** de futbol o de cualquier otro tema. Yo creo escuchar a mis compañeros es **L069** una forma de demostrar afecto.

Relaciones sociales con los pares

3. P3 ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

L070 Yo me meto poco con ellos, no profundizo, pero a pesar de esta distancia igual **L071** tengo amigos, se acercan a conversar conmigo, tengo buenas relaciones. Me **L072** invitan a sus casas el fin de semana algunos, pero a mí no me gusta ir para **L073** no

molestar, y después se acercan y me preguntan porque no fui, eso para mí **L074** es una preocupación y yo los tengo en estima.

4. **P4** ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

L075 Yo me enojo, por lo general me corro, porque hay una cosa que parece que **L076** es un problema es que soy muy orgulloso. Si alguien me hace un mal yo no **L077** me acercó más esa persona y si esa persona me hace algo yo no le hablo **L078** nunca más. Ahora si esa persona se acerca a conversar para arreglar el **L079** problema yo lo recibo, yo no tengo iniciativa para arreglar los problemas. Lo **L080** claro es que yo no me voy acercar, a pedir disculpas y nada más, si se me **L081** acercan ningún problema.

Relación de la sexualidad

5. **P5** ¿Qué entiende usted por sexualidad?

L082 Sería cuando uno entra en edad de pololeo, viene el casamiento, eso ya es **L083** otra cosa. Yo creo que si uno se mete con una mujer uno tiene que tratarla **L084** bien tener carácter, lo primero que tiene que haber es respeto o cariño, sino **L085** la cosa no camina. Yo con mi polola conversamos y nos llevamos bien, me **L086** gusta su personalidad no le sonrío a otros hombres es fácil de tratar.

L087 Nos vemos sólo en la semana, la hermana de ella me invitó a la casa, pero no **L088** fui.

6. **P6** ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

L089 No es un tema que converse con ellos, porque cada uno en su onda, es algo **L090** difícil. No me daría vergüenza hablarlo, lo que pasa que mis compañeros les **L091** gusta hablar de otras cosas. Creo que ese tema es más íntimo, lo hablaría **L092** con mi polola y nadie más. Ahora si en el CDE hay un taller al respecto opinaría **L093** sin problema y participaría, ahí no me generaría incomodidad. Ahora a mí no **L094** me gusta conversar mucho, soy más callado.

E3 ENTREVISTA N°3

Datos de Identificación

Apodo	: SER
Edad	: 70 años
Estado Civil	: Soltero
Número de Hijos	: 0
Con quien Vive	: Solo
Tiempo de participación en el CDE	: 21 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/2017

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Santiago el año 1947, en la comuna de Quinta Normal. Mis padres don Sergio Romero Pastur y Rosa Delia Fuentes Pérez. Ambos se casan muy jóvenes. Fuimos 6 hermanos: Sergio, Jaime, Pablo, Alejandro, Eugenia y Ximena. Ambos padres trabajaban, mi padre Sergio trabajaba en Correos y telégrafos de Chile y además en una radio como barítono. Mi mamá Rosa trabajó en un laboratorio como obrera. Por lo que el cuidado de nosotros lo tuvo mi abuela materna, que tenía una crianza estricta y unas primas de mi mamá que también colaboraban en los cuidados de nosotros, veíamos poco a nuestros padres, me recuerdo que mi mamá era muy cariñosa.

La situación familiar económica era regular, de mucho esfuerzo. Yo aprendí a leer a los 6 años en mi casa, recuerdo que tenía buenas relaciones con mis hermanos. En el año 1957 sufrí caída de un árbol al estar jugando, lo que me provocó la pérdida de masa encefálica, estuve 4 meses hospitalizado en el Roberto del Río en Santiago. Posterior a este suceso mi vida cambió, notaba que reaccionaba muy lento en mis movimientos y en pensar. Pero igual salí adelante, mi familia siempre me apoyó.

Terminé la preparatoria en la escuela Elvira Hurtado de Matte y continúe hasta el tercero humanidades.

Hasta los 27 años, no pudo entablar relaciones amorosas, porque era muy tímido con las mujeres; tenía muchos amigos “intelectuales” que me enseñaron muchas cosas.

A los 28 años conocí a una mujer, pero me costó mantener la relación por mucho tiempo, no tenía las habilidades.

A los 21 años me inicié laboralmente en algunos oficios, como empaquetador, bodeguero en la JUNAEB y finalmente como actividad laboral importante trabajé como funcionario recepcionista en el Ministerio de Educación. Mantenía el contacto con mis padres y hermanos, pero después de mi emancipación me distancié de mi familia, estaba preocupado de trabajar.

En el año 1970 obtuve mi actual departamento, a través del SERVIU que beneficiaba a funcionarios del sector público.

En el año 1990 más o menos conocí a la señora Norma una señora bastante mayor que yo inicié una relación amorosa, vivíamos en mi departamento, la relación con esta señora fue tormentosa, debido a infidelidades constantes de ella, me sentí abusado por esta persona. Tuve un hijo con ella: Sergio Romero Cortés, con quien no tengo contacto, tampoco ayudé en la crianza.

En el año 1995 ingresé al Hospital Felix Bulnes servicio psiquiatría y Asistente Social me derivó a un programa ambulatorio del Hogar de Cristo, para rehabilitación social; en ese entonces yo tenía 49 años, me evaluaron y me incorporan en el año 1996, con las siguientes prestaciones: alimentación, participación en actividades y apoyo también en salud, también sufría de Neurosis. Me calificaban como una persona de buen trato y educado, estaba a cargo de la biblioteca y diario mural. Tuve varias inasistencias por crisis epilépticas.

En el año 2000 conocí en el centro de día a mi pareja Alicia Céspedes con quien viví durante 17 años, hasta que falleció, la relación con ella era difícil, discutíamos por

problemas domésticos. Actualmente mí madre que aún está viva me llama por teléfono y un hermano me visita, porque estoy solo y enfermo.

Relaciones de afectividad

1. **P1** ¿Qué es lo afectivo para usted?

L095 Algo muy positivo, yo expongo mis sentimientos, por ejemplo pensar en las **L096** cosas positivas que tenemos cada uno pero diferentes porque todos no **L097** pensamos de la misma manera, ah, esa es mi respuesta, que todos no **L098** pensamos iguales, porque no somos, cada uno tenemos diferentes **L099** sentimientos.

L100 Siento un cariño algo que siento, por ejemplo, de la manera que es muy **L101** llamativo como el cariño. Yo no quiero decir la palabra que todos decimos **L102** Amor, por ejemplo yo estoy solo, pero quien me acompaña, me acompaña **L103** Dios porque a él me dirijo. Cuando me dio la trombosis me acerqué mucho a **L104** él, a Dios, y eso es afecto, algo del alma.

2. **P2** ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

L105 Yo siento un cariño grande. Con sentirme familiar, algo familiar, cercano. Me **L106** pongo contento con la persona, una forma de gratitud, hay cercanía y **L107** confianza. Para mi es agradable.

Relaciones sociales con los pares

3. **P3** ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

L108 Comparto con mis compañeros, pero no con todos, por ejemplo, hay un **L109** compañero que todas las veces me molesta, pero yo no lo trato, no le **L110** respondo, me alejo de esa persona. Me encanta conversar con los **L111** compañeros con los que me llevo bien, tenemos afinidad. Cuando alguien se **L112** acerca a conversar yo comparto con esa persona.

4. **P4** ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

L113 Si me ataca un compañero o me molesta, no lo trato. Le discuto cuando me **L114** siento atacado, pero no me gusta rebajarme;

Relación de la sexualidad

5. **P5** ¿Qué entiende usted por sexualidad?

L115 Algo muy necesario, porque uno no es porque seamos humanos, el organismo **L116** que somos nosotros se necesita; se siente tan solo un deseo y también sentir **L117** cariños por otra persona. Por ejemplo, me siento solo porque necesito a **L118** alguien.

6. **P6** ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

L119 Yo no tengo problema en hablar del tema de la sexualidad, pero mis **L120** compañeros lo tomarían como maldad, no tengo vergüenza, pero lo haría con **L121** cuidado, porque todos no piensan igual. Por lo que no hablo de este tema.

E4 ENTREVISTA N°4

Datos de Identificación

Apodo	: Luchín
Edad	: 73 años
Estado Civil	: soltero
Número de Hijos	: 0
Con quien Vive	: Solo
Tiempo de participación en el CDE	: 4 años
Alfabetización	: No sabe leer ni escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/201

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Valparaíso. Mis padres se llamaban Roberto Andrade y Amalia Miranda, a los cuales no conocí. Tengo recuerdos de mi vida en Santiago, en donde vivía con una señora que reconocía como mi abuelita, viví con ella hasta los 6 años hasta que falleció. Después me siguió criando una familia de mi abuela fallecida, quienes me golpeaban y me dejaban de casa en casa, hasta que decidí escaparme y en la calle carabineros me recoge y me lleva a un hogar de menores, lugar que estuve hasta que cumplí los 12 años, recuerdo que me escaba para jugar y le ayudaba a una señora a vender.

A los 10 años conocí a Ismael un niño con quien compartía y lo cuidaba. Se querían mucho los dos.

Tenía 12 años cuando me escapé definitivamente del hogar de menores, comencé a vagar por las calles hasta que llegué a un prostíbulo donde me gustaba bailar. En ese lugar comencé a trabajar bailando y me vestía de mujer.

De los 16 hasta los 30 años ejercí el comercio sexual, me inicio en el consumo de alcohol, me robaban el dinero, trabajé en este lugar hasta que se cerró el local.

Al cumplir los 50 años conocí a la señora Graciela quien era vecina donde se encontraban los prostíbulos y nos hicimos muy buenos amigos, esta señora me tomó cariño y me alojó en su casa, me apoyó mucho. Viví con ella hasta que ésta falleció, porque su marido me expulsa del domicilio, porque la gente los vinculaba sentimentalmente. La señora Graciela tenía tres hijos, que me querían mucho.

Me fui a vivir y a trabajar a Concepción, en ese período sufrí un accidente cerebro vascular y los hijos de Graciela me trajeron devuelta a Santiago y me hospitalizaron en la Posta Central y al alta en Clínica Lo Aromos. Desde este lugar me egresaron y llegué por primera vez a hospedería del Hogar de Cristo, en este lugar alojaba y participaba en talleres, hasta que tuviera un lugar definitivo. En el año 2013 me trasladaron a un programa ambulatorio en Renca para personas mayores para participar durante el día, me ayudaron a conseguir una pieza para arrendar, lugar donde permanecí hasta el día de hoy.

Actualmente mantengo el vínculo con los hijos de mi amiga Graciela, nos visitamos todos los fines de semana y me llaman por teléfono, hay una preocupación afectiva y material. Incluso me ofrecieron llevarme nuevamente a vivir con ellos, pero yo no quiero molestar, además aún siento que puedo vivir solo.

Relaciones de afectividad

1. **P1** ¿Qué es lo afectivo para usted?

L122 Cariño, amor por las personas, amistad. Eso.

2. **P2** ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

L123 Mi modo de ser es ayudar a la persona, conversar con la persona, trato de **L124** ayudarla, y a veces explicar un poco, pero conversando se entiende. Los visito **L125** a las personas que tengo afecto, nos reimos.

Relaciones sociales con los pares

3. **P3** ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

L126 Yo me llevo bien, nos entendemos, no discuto.

4. **P4** ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

L127 A veces las converso con ellos y si sigue la cosa lo hablo con la jefa del hogar **L128** para que se pueda arreglar.

Relación de la sexualidad

5. **P5** ¿Qué entiende usted por sexualidad?

L129 Es una relación con una pareja, uno puede mostrar la sexualidad de diferentes **L130** formas, ser atractivos frente a la persona que le gusta, coquetearle, ver que **L131** cosas que gustan a la persona, puede ser una amistad superior a otras. Uno **L132** le demuestre la sexualidad a otra persona, ser atento, a veces hay temas que **L133** uno no conversa, pero si me llevo bien.

6. **P6** ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

L134 Si, teniendo conocimiento, y confianza con la persona o si hay un grupo no **L135** tengo problema de hablar sobre el tema. Yo creo que me resulta fácil por mis **L136** vivencias que he pasado, por ejemplo, cuando joven trabaje en varias partes **L137** y me bestia de mujer, trabaje en varios prostíbulos vestido de mujer, comencé **L138** a los 16 años hasta los 30 años. Tenía un grupo de amigos en la calle, nunca **L139** conocí a mi familia, estuve siempre en internados y me arrancaba con otros **L140** compañeros, nunca supe de mis padres. No tengo recuerdos familiares, tengo **L141** malos recuerdos de personas con las que viví me trataban mal, porque no **L142** sabía hacer bien las cosas.

L143 Tuve dos parejas amorosas en mi vida, las que se terminaron porque tenían **L144** otros intereses. Aprendí a tratar a la gente, aprendí de la vida. Nunca aprendí **L145** a robar. Estuve detenido por ofensa a la moral.

E5 ENTREVISTA N°5

Datos de Identificación

Apodo	: Gertru
Edad	: 82 años
Estado Civil	: Viuda
Número de Hijos	: 1 adoptivo
Con quien Vive	: Con pareja
Tiempo de participación en el CDE	: 23 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/2017

HISTORIA DE VIDA:

Nací en Santiago comuna de Independencia. Mis padres eran casados legalmente: don Anselmo Gálvez quien trabajaba de panificador, fallece a los 42 años producto de un accidente vascular encefálico, consumía alcohol. Mi mamá la señora Audomira Valenzuela, dueña de casa y realizaba lavados para generar ingresos. De esta unión nacen 5 hijos: Alejandro, Gertrudis, Gladys, y dos mellizos que fallecieron a los dos meses de nacido. Mi familia era muy pobre, arrendábamos en condición de hacinamiento un cité en la comuna de Independencia.

A los años de enviudar mi madre entabla una nueva relación amorosa con el señor José Adriazola, donde nacen 4 hijos: José, René, Elizabeth y Anselmo éste último falleció. No tengo buenos recuerdos de mi padrastro, nos pegaba mucho.

Yo me recuerdo que era muy delicada de salud, perdí un riñón a la edad de 16 años, mamá me quería y me protegía mucho. Cursé sólo hasta el primero de preparatoria, sólo aprendí a leer y a escribir apenas.

Comencé a trabajar desde muy pequeña, ayudaba a mi madre a vender flores y tarros para las sepulturas. A los 15 años trabajé de ayudante en un taller de modas. Con la familia íbamos a la vega y recogíamos las frutas y verduras. Posteriormente como actividad laboral importante trabajé toda el resto de mi vida como empleada doméstica, no recuerdo haber tenido imposiciones.

A los 24 años me casé con Mario Carvajal, ese mismo año junto a mi esposo postulamos a vivienda en la comuna de Renca. No tuvimos hijos, porque yo no podía tener. Adoptamos el hijo de una amiga que nos lo entregó. Enviudé en el año 1990, mi marido fallece de un cáncer al colon.

En el año 1993 por muchos problemas económicos ingreso con mi hijo a los programas del Hogar de Cristo en la comuna de Renca, ayudaba en el aseo y recibía alimentación y protección para mi hijo. Mantuve siempre el contacto con mí familia.

En este lugar conocí a mi segunda pareja con quien nunca me casé, y le cedí mi casa a mi hijo para que él viviera con su familia. Con mi pareja arrendamos en diferentes lugares hasta el día de hoy. Mi hijo nunca lo aceptó, porque consumía alcohol y ejercía violencia física conmigo.

Relaciones de afectividad

1. P1 ¿Qué es lo afectivo para usted?

L146 Como la entiendo yo es ser atenta por ejemplo, ser más afectiva, porque se **L147** trata de la sexualidad verdad. Afecto hacia la persona más respeto más **L148** cariño, porque antes no existía esas cosas, no se demostraba, porque cuando **L149** eramos niños vivíamos en una pieza estábamos todos juntos así es que **L150** parece que era todo era más recatado, aunque estábamos juntos en una sola **L151** pieza. Porque después cuando uno se casa, antes de casarse tiene que estar **L152** enamorada pienso yo para casarse así como se crió uno, eso entiendo yo.

2. P2 ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

L153 Antes no había tanta demostración como lo que existe ahora. No solo con la **L154** pareja sino que con los familiares y amigos. A veces con un cariño, a veces **L155** me da pena de no estar más cerca de ellos, porque los quiero mucho. **L156** Conversándoles, haciéndoles cariño, en cosas materiales se les hace regalos, **L157** sus regalitos sus atenciones. Aconsejar a las chicocas que una nieta tiene 13 **L158** años, a los más chiquititos también tienen que cuidarse mucho porque cómo **L159** está la vida ahora. Tratar de estudiar, porque lo único que tiene que hacer es **L160** sacar un título esos consejos.

Relaciones sociales con los pares

3. **P3** ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

L161 Si, yo trato de llevarme bien de preocuparme como están porqué no vinieron **L162** al CDE, siempre he tenido esa preocupación. Converso de todo un poco, **L163** tratamos de contar historias de aquellos de aquellos tiempos, mis relaciones **L164** son cercanas. A veces uno se equivoca, pero me doy cuenta y pido disculpas

4. **P4** ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

L165 Me acerco a la persona y pido disculpas “me disculpai para que no pase más **L166** esto”. A veces nos hacemos pequeños regalos entre compañeras, uno lo **L167** abraza. Pero los problemas que tengo son muy a lo lejos, casi nunca, ya que **L168** me llevo bien con mis compañeros, porque a mí me gusta resolverlo al tiro, sin **L169** esperar.

Relación de la sexualidad

5. **P5** ¿Qué entiende usted por sexualidad?

L170 Lo entiendo por ejemplo, como una persona que vive en pareja, donde hay un **L171** respeto mutuo, puede ser más afectivo.

6. **P6** ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

L172 No, porque no sé uno lleva desde la parte antigua como uno se crió, venían **L173** visitas a la casa y nos echaban para afuera porque conversaban entre ellos. **L174**

Entonces uno se crió así, yo tenía 14 años y no me podía relacionar con una **L175** visita o alguien, pero no me dejaban. Mi mamá fue una buena madre estricta, **L176** no nos daba confianza, ni menos cuando cumplí 18 años, supe por una **L177** profesora sobre la sexualidad. Era muy privado. Y ahora que estoy acá con **L178** mis compañeros me cuesta conversarlo, me da vergüenza. Pero si lo hablan **L179** ustedes los profesionales como que me da más confianza, pero con otras **L180** personas no.

E6 ENTREVISTA N°6

Datos de Identificación

Apodo	: Vicen
Edad	: 77 años
Estado Civil	: Soltero
Número de Hijos	: 7
Con quien Vive	: con pareja
Tiempo de participación en el CDE	: 14 años
Alfabetización	: Sabe leer y escribir
Fecha de la entrevista	: 22/09/2017

HISTORIA DE VIDA

Nací en Santiago y fui criado en Chillán, producto de una relación amorosa pasajera entre mis padres Vicente Ibarra y María Jara Sepúlveda; mi madre me deja viviendo con mis abuelos maternos en Chillán, mi madre nunca me quiso, no me visitaba. Ésta vivía en Santiago y trabajaba en una fábrica de cartón. Cuando cumplí los 12 años, decidí vivir con ella, pero no fuí bien recibido por su pareja, quien me maltrataba mucho. Mí mamá tuvo varias parejas y muchos hijos. Yo seguía manteniendo el contacto con mis abuelos.

En el campo estudié hasta el segundo preparatoria y al llegar a Santiago estudié hasta el sexto preparatoria. Me acuerdo que fui muy maltratado por parte de mi madre; pero tenía buenas relaciones con un tío don Domingo Sáez Sáez quien me alojaba en su casa.

Empecé a trabajar de muy pequeño vendiendo dulces, realicé el servicio militar en la ciudad de Iquique, en este lugar me enseñaron el oficio de encuadernador. Trabajé en diversos oficios: mueblería, mozo, asensorista.

A los 20 años contraí matrimonio con la señora Guillermina Palabecino, de esta relación nace sólo un hijo, en ese tiempo trabajé de comerciante viajero al sur de Chile. Esta relación me duró muy poco tiempo, por infidelidades de mi esposa, que mantuvo una relación amorosa con mi mejor amigo, por este motivo comencé a tomar mucho alcohol por bastante tiempo.

Posteriormente inicia distintas relaciones amorosas donde tuvo muchos hijos algunos reconoció y otros no.

Fuí dirigente poblacional en diversas tomas en el Montijo, Sanjón de la Aguada, Batuco, me interesaba conseguir terreno para los vecinos y para él.

Viví en la comuna de Cerro Navia de allegado con una pareja, arrendábamos. Para la dictadura estuve detenido durante dos años, perdiendo todo contacto con mi pareja, no lo visitaban. Me habían baleado porque portaba un carnet del partido comunista, estuve muy enfermo.

En el año 1999 al viajar a Santiago para comprar mercadería para vender me atropellaron, y me fracturé el hueso de la pelvis, la cabeza, estuve hospitalizado en la Posta 3 y a mi alta no tenía un lugar donde vivir y para mi recuperación me trasladaron a una sala de enfermos del Hogar de Cristo, luego a hospedería y un centro de integración para personas mayores. En este lugar estuve a cargo de la biblioteca y de la radio, este lugar era provisorio hasta que me ofrecieron trasladarme a un Centro de Día en Renca, en esta comuna vivía mi mamá, así es que acepté irme inmediatamente. Mi madre fallece en el año 2005.

En el Centro de día conocí a mi actual pareja xxx, con quien inicié una relación de amistad y posteriormente una relación amorosa de pareja. Nunca fui aceptado por el hijo de ella.

En la actualidad continúo ejerciendo el comercio ambulante, estoy realizando todas las gestiones necesarias para postular al Serviu.

Relaciones de afectividad

1. P1 ¿Qué es lo afectivo para usted?

L181 Yo lo entiendo tenerle cariño a la gente que comparte con uno especialmente **L182** a la gente más pobre que ha pasado por lo mismo que he pasado yo desde **L183** que nací. Entonces en general no tengo amigos ni tampoco no tengo **L184**enemigos, sino que yo miro observo y tener confianza a las personas siempre **L185** me he tirado por la gente más pobre y más débil.

L186 Yo me crié sin padre ni madre, mi madre cuando me parió de inmediato me **L187** tiró a un baño antiguo para liquidarme y una señora la pilló me sacó me cuidó **L188** y no la dejó que hiciera eso. Yo esto lo supe cuando era un niño. Me crie en **L189** ambientes crueles, no tuve experiencias afectivas. De niño comencé a trabajar **L190** como de vendedor para cooperar con mi madre.

2. P2 ¿Cómo considera usted una relación afectiva?

L191 Soy sensible con las personas que lo han pasado más mal que yo. Tengo **L192** demostraciones, lo que hago yo. Le hago regalos sin ningún interés. Le tengo **L193** respeto a mis compañeros porque muchos vivieron lo mismo que viví mucho **L194** tiempo yo.

Relaciones sociales con los pares

3. P3 ¿Cómo son sus relaciones con los compañeros del CDE Renca?

L195 No tengo problemas con mis compañeros, la persona que necesita algo o **L196**ayuda yo le presto dinero. Las relación mía con ellos no es mala, pero me limito **L197** a mirar observar, si puedo tender la mano a alguien lo hago. No tengo amigos, **L198** porque tuve una experiencia cuando joven a quien lo ayude mucho y mi mejor **L199** amigo se llevó a mi mujer y a mi hijo.

4. P4 ¿Cómo resuelve los conflictos o diferencias con sus compañeros?

L200 Conversando, pero deajo pasar varios días cuando estoy más tranquilo. Si lo **L201** enfrento en el momento me pongo agresivo, respondo con garabatos, sea **L202** mujer o hombre. Pero trato también de no discutir, a veces me contengo, pero **L203** es difícil. Si se acercan y me piden disculpas las acepto.

Relación de la sexualidad

5. **P5** ¿Qué entiende usted por sexualidad?

L204 Sufrí tanto, pero fui apreciado y el destino me dio cualidades. Es un beso un **L205** abrazo de cariño un apretón de manos. Pero la sexualidad yo creo que tiene **L206** que ver con el sexo, y en ese sentido cuando joven fui muy activo, pero con **L207** mi pareja actual nos llevamos bien en ese sentido, eso para mi es sexualidad, **L208** y me gustaría aprender más sobre esa palabra.

6. **P6** ¿Habla libremente sobre el tema con sus compañeros del CDE?

L209 Si ellos me consultan respecto al tema les doy mi opinión no me da vergüenza, **L210** se las contesto cuando tiene dudas, sea hombre o mujer.