

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Construcción del conocimiento sobre la salud sexual en personas adultas mayores: una aproximación desde los relatos de personas adultas mayores que asisten al PAIPAM

ESTUDIANTE

José David Picado Roblero

REPRESENTANTE DEL DECANATO

M.Sc. Guillermo Acuña González

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

M.Ps. Jessica Mac Donald Quiceno

TUTOR

M.Sc. Mauricio Blanco Molina

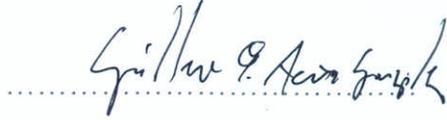
CAMPUS OMAR DENGO,

HEREDIA, COSTA RICA

FEBRERO, 2022

Hoja de aprobación

Miembros del tribunal examinador



M.Sc. Guillermo Acuña González

Representante de la Facultad de Ciencias Sociales



M.Ps. Jessica MacDonald Quiceno

Representante, Escuela de Psicología



M.Sc. Mauricio Blanco
Molina

Tutor



Dra. Mónica Salazar
Villanea

Lectora



Dra. Maribel León
Fernández

Lectora



José David Picado Roblero
Sustentante

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica.

Carta de revisión filológica

San José, 18 de febrero de 2022

Escuela de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad Nacional de Costa Rica

Estimados señores:

Yo, Dahiana Jiménez Picado, cédula de identidad 2 0697 0098, colegiada 94334, hago constar que he revisado el documento “**Construcción del conocimiento sobre la salud sexual en personas adultas mayores: una aproximación desde los relatos de personas adultas mayores que asisten al PAIPAM**” del estudiante José David Picado Roblero, cédula 2 0713 0638, para optar al grado de Licenciatura en Psicología.

Doy fe de que se han observado y aplicado las normativas vigentes sobre la corrección de estilo de los componentes notacionales (ortografía), gramaticales (morfosintaxis), lingüísticos (discurso, léxico y semántica) y conceptuales (cohesión y coherencia).

Sin más particulares,

DAHIANA
PRISCILA JIMENEZ
PICADO (FIRMA)

Firmado digitalmente por
DAHIANA PRISCILA
JIMENEZ PICADO (FIRMA)
Fecha: 2022.02.18 18:35:42
-06'00'

Lic. Dahiana Jiménez Picado
Filóloga y docente
Carné de Colypro n.º 94334
Tel. 8476 2434

Tabla de contenidos

Introducción	5
Capítulo I	6
El problema y su importancia	6
Antecedentes	6
Justificación	12
Problema de investigación	15
Objetivos	17
General	17
Específicos	17
Capítulo II	18
Construcción teórica del objeto de estudio	18
Referente teórico	18
Ecología del desarrollo humano	18
Construcción del conocimiento	21
Psicología social de la salud y salud sexual	23
Referente conceptual	26
Adulterez mayor	26
Envejecimiento	29
Salud sexual	32
Objeto de estudio	32
Capítulo III	34
Marco metodológico	34
Tipo de estudio y metodología	34
Categorías de análisis	35
Criterios de selección y fuentes de información	37
Criterios de inclusión	38
Criterios de exclusión	39
Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	40
Relato de vida	40
Notas de campo	41
Estrategia metodológica y análisis de la información	41
Etapa 1. Recolección de la información	42
Etapa 2. Análisis	43
Etapa 3. Reporte de investigación	45
Capítulo IV	46

Resultados.....	46
Principales vivencias y experiencias determinantes en la construcción del conocimiento en salud sexual.....	46
Infancia y familia (microsistema).....	46
Infancia y sociedad (mesosistema).....	49
Adolescencia y familia (microsistema).....	50
Adolescencia y sociedad (mesosistema).....	51
Adulthood y familia (microsistema).....	56
Adulthood y sociedad (mesosistema).....	59
Adulthood mayor y familia (microsistema).....	63
Adulthood mayor y sociedad (mesosistema).....	65
Impacto del contexto bioecológico (macrosistema) en la construcción del conocimiento en salud sexual.....	66
Contexto bioecológico en la infancia (macrosistema).....	67
Contexto bioecológico en la adolescencia (macrosistema).....	68
Contexto bioecológico en la adulthood (macrosistema).....	72
Adulthood mayor (macrosistema).....	73
Percepción sobre la salud sexual en la persona adulta mayor.....	76
Capítulo V.....	80
Análisis de Resultados.....	80
Análisis de la construcción del conocimiento en salud sexual y la intervención del contexto ecológico en esta.....	80
Infancia.....	80
Adolescencia.....	84
Adulthood.....	89
Adulthood mayor.....	93
Percepción sobre la salud sexual en la persona adulta mayor.....	95
Capítulo VI.....	98
Conclusiones.....	98
Capítulo VII.....	102
Recomendaciones.....	102
Capítulo VIII.....	105
Referencias.....	105
Anexos.....	116
Anexo 1. Guía de relato de vida.....	116
Anexo 2. Consentimiento informado aprobado por CEC-UNA.....	119
Anexo 3. Tabla de codificación.....	122

Introducción

La presente investigación tuvo como propósito analizar el proceso de construcción del conocimiento en salud sexual de personas adultas mayores que asisten al Programa de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) en la Universidad Nacional de Costa Rica. La motivación para esta investigación surgió de la necesidad existente de determinar cómo han construido el conocimiento en salud sexual las personas adultas mayores dentro de la sociedad costarricense a lo largo de las décadas y los cambios sociales. Para ello se tomó una muestra de 5 hombres y 5 mujeres participantes del programa, a quienes se les realizó una entrevista a profundidad con el objetivo de crear un relato de vida sobre este proceso y el impacto que ha tenido en su vida. Los resultados arrojaron que las primeras etapas de vida de las personas participantes estuvieron cargadas de censura y desconocimiento en salud sexual, debido a la religiosidad y el hermetismo propios de la época. Estas características provocaron que se desarrollaran con múltiples vacíos en salud sexual, lo cual trajo consigo fenómenos como el embarazo adolescente, ausencia o empleo escaso de métodos anticonceptivos y un sistema de creencias tanto social como individual donde la culpa y la vergüenza los ha mantenido alejados de una educación afectiva. No obstante, actualmente las personas participantes perciben la salud sexual como un tema vital dentro de un envejecimiento saludable, mientras se aparte de la visión reduccionista de que la sexualidad consiste únicamente en el coito y se aborde desde todo el entramado de caricias, afectividad y compañía en la relación de pareja.

Capítulo I

El problema y su importancia

Antecedentes

La sexualidad en la persona adulta mayor como foco de estudio e investigación ha crecido a lo largo de las últimas décadas. Hoy es posible encontrar variedad de estudios sobre los efectos del envejecimiento en la salud sexual de este grupo etario; sin embargo, aún son pocos los estudios que buscan indagar y determinar cuál es la construcción del conocimiento en salud sexual que presenta la persona adulta mayor. Es mediante la comprensión de esta construcción que es posible determinar el impacto del entorno sociocultural en el individuo, y cómo esta relación ha determinado la percepción que tiene la persona adulta mayor sobre la salud sexual. Es aquí donde la psicología puede ser la herramienta para comprender la realidad de las personas adultas mayores y de dónde provienen sus conocimientos y vivencia de la salud sexual.

En la revisión de antecedentes, la primera línea de investigación consiste en estudios realizados sobre la vivencia de la sexualidad en la persona adulta mayor, explorando las necesidades psicosociales que intervienen en el disfrute de su vida sexual. Alpízar, López y Rodríguez (2017) afirman que las principales carencias para vivenciar una sexualidad satisfactoria en la tercera edad son los conocimientos insuficientes sobre el tema, los cuales pueden ser generados por la presencia de prejuicios sociales sobre la salud sexual de la persona adulta mayor y el concepto social de la sexualidad como equivalente al acto sexual y la genitalidad. Dentro de los factores psicosociales que más influyeron en la sexualidad de

este grupo de edad destacan sentimientos de insatisfacción por la vida y la percepción de opiniones críticas negativas sobre su sexualidad y el hecho de no tener pareja.

Siguiendo esta línea, el estudio realizado por Mroczek y Kurpas (2013) destaca que las necesidades psicosexuales más importantes en esta población incluyen conversación sobre el tema, ternura, cercanía emocional (empatía, comprensión), contactos sexuales y cercanía física. Casi el 71% afirmó que el sexo en las personas mayores era un tabú, el 64% dijo que el sexo era solo para los jóvenes y el 51% pensó que el sexo no era importante en la vida.

Congruente con estas necesidades, pero en el contexto latinoamericano, se encontró la investigación realizada por Cremé, Álvarez, Pérez, Fernández y Riveaux (2017), quienes realizaron un estudio descriptivo con 85 personas adultas mayores que tuvieran una pareja estable. Los resultados arrojaron que las personas de la tercera edad, en su mayoría, concordaban en tener deseo sexual, a pesar de que la frecuencia y tipo de actividad sexual varió mucho entre la edad, sexo y estado conyugal. Otro hallazgo importante de este estudio radica en que la disminución del deseo sexual en las personas adultas mayores no se debe únicamente al envejecimiento, sino que existen factores socioculturales, como los valores, las creencias y los estigmas que intervienen en esta población y en su percepción sobre sí mismos, su género, el estado conyugal y el desconocimiento sobre la salud sexual. Por último, la investigación remarca que los conocimientos en salud sexual de esta población no eran suficientes para poder disfrutar una vida sexual plena, lo cual profundiza en la necesidad de acompañamiento y educación en este sector de la sociedad.

La investigación de Denardi, Villela y Akiko (2012) evidenció que las principales necesidades de las personas adultas mayores para la vivencia de una salud sexual plena son el acompañamiento y la educación, las cuales desempeñan una función positiva en la mejora de la autoestima para promover la sexualidad y la ruptura de los estereotipos sociales sobre el rol de la mujer en la relación sexual y la presión en cuanto a las expectativas del hombre con la mujer. Los autores concluyen que las estrategias educativas podrían afectar positivamente el deseo y la satisfacción de la vivencia afectiva. Sobre esta carencia de conocimiento, Díaz, Lemus y Álvarez (2015) llevaron a cabo una investigación en la cual más de la mitad de la población afirma que aún mantiene relaciones sexuales y considera que estas deben continuar con la edad; sin embargo, alrededor del 92% mostró la necesidad de recibir más información en relación con la salud sexual y la vivencia de la sexualidad.

Este creciente enfoque investigativo sobre el conocimiento en salud sexual que poseen las personas adultas mayores se ve reforzado por estudios como el de Alam y Fadila (2016), quienes hallaron una correlación entre el desconocimiento sobre la salud sexual y una actitud negativa sobre el tema como respuesta. Esto demostró la necesidad de ahondar en el conocimiento que esta población ha construido y cómo la implementación de estrategias educativas puede mejorar la actitud sobre la sexualidad en la adultez mayor y brindar beneficios psicológicos. El estudio también recalcó que la falta de privacidad, la mala salud, el miedo a la muerte y la falta de deseo sexual son otros factores que afectan la sexualidad de las personas mayores.

Otro estudio que fortalece este creciente enfoque es la investigación realizada por Even-Zohar y Werner (2019) con personas adultas mayores israelitas, la cual reveló que este grupo etario continúa participando en actividades sexuales. Estas actividades aumentan

cuando hay un mayor conocimiento y una actitud más permisiva sobre el tema; sin embargo, la calidad de vida también resulta ser un factor determinante en la frecuencia de los encuentros sexuales en las personas participantes. Además, el estudio encontró una marcada correlación entre el estado de salud, la economía, la educación y los conocimientos, y cómo estos influyen directamente sobre la actividad sexual.

La sociedad desempeña un papel determinante en esta construcción del conocimiento en salud sexual y su impacto en la vida de las personas adultas mayores. Investigaciones como la de Pedrero, Moreno y Moreno (2017) demuestran que, a pesar de la apertura social a la discusión sobre la sexualidad en la persona adulta mayor, aún existen estereotipos sobre el deseo y la vivencia de la salud sexual. Este hallazgo es reforzado por los resultados encontrados por Rico, Obrero, Caravaca y De La Fuente (2020), quienes recopilaron al menos 18 estudios científicos sobre el conocimiento y su papel en la vivencia de la sexualidad, y concluyeron que un conjunto de creencias y atributos asignados socialmente limitan las expresiones conductuales de la sexualidad de las personas adultas mayores. También determinaron que —además de estas influencias sociales— la edad, las enfermedades y los estereotipos juegan un papel determinante en el disfrute de la actividad sexual de forma segura e integral.

Estas limitantes sociales han fomentado la desmotivación en las personas adultas mayores de seguir construyendo su conocimiento en salud sexual y tener una vida sexual plena. Según Molina (2015), las personas adultas mayores actualmente viven las relaciones sexuales como un placer culposo, debido a los prejuicios existentes alrededor de la sexualidad y la tercera edad. Los resultados de su investigación muestran que las personas participantes consideran que socialmente se les considera asexuales, principalmente por sus propias

familias, pero también debido a la falta de información en medios de comunicación sobre la vida sexual en la persona adulta mayor. También concordaron en que la vida sexual es un acto afectivo más allá del acto físico del coito y que es necesario reeducar a la sociedad para visibilizar la salud sexual en la persona adulta mayor.

Otro estudio que refuerza estos postulados es el realizado por Natividad y Linares (2016), quienes afirman que las personas adultas mayores, a pesar de mantener un interés en la salud sexual, son conscientes de sus limitantes para disfrutar su vida sexual; entre ellas las enfermedades o disfunciones en sus órganos sexuales. En este estudio, las mujeres participantes afirmaron que las relaciones sexuales son parte de sus necesidades emocionales, en las que su disfrute sexual está mediado por el amor a su pareja, considerando este un acto de entrega. Por su parte, la preocupación principal de los varones es no poder tener una respuesta sexual satisfactoria, por lo cual expanden la vida sexual a una relación más allá del coito, en la que las caricias íntimas, abrazos, masajes, besos y demás traen disfrute y complacencia a la vida en pareja.

Este disfrute de la salud sexual también está intrínsecamente conectado con factores como la residencia, el estado civil y el grado de autonomía de las personas adultas mayores. Según la investigación de Morell-Mengual, Ceccato, Nebot, Chaves y Gil (2018), las personas adultas mayores que presentan actitudes más liberales hacia la sexualidad y el mayor grado de bienestar psicológico son aquellas que viven fuera de instituciones residenciales como asilos o centros diurnos; también, se demostró que esta actitud positiva ante la vida sexual era más aparente en quienes mantenían una relación sentimental con una pareja estable. El estudio recalca que este sector de población, además de ser muchas veces

excluido de su autonomía, lo cual es determinante en su bienestar psicológico, también se encuentra altamente estigmatizado a causa de mitos y estereotipos falsos.

Por último, estudios como *Let's talk about sex: Older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting* (2015) exponen que la salud sexual continua siendo importante para muchas personas adultas mayores a pesar de la edad; sin embargo, la vergüenza, insatisfacción con tratamientos, actitudes negativas, desinterés por parte de las personas profesionales de la salud, entre otras, son causas que inhiben las discusiones que promueven la salud sexual en la tercera edad. El estudio también concluye que las personas profesionales en salud necesitan adoptar estrategias, además de presentar características y comportamientos que creen ambientes más adecuados para el trabajo de la salud sexual en la persona adulta mayor. Situaciones relacionadas con la sexualidad y la salud sexual deben ser posibles de discutir sin ansiedades ni disconformidades para que las personas adultas mayores reciban un cuidado y tratamiento óptimo.

La investigación *Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals* (2016) expone que las personas profesionales en salud suelen considerar la sexualidad en las personas adultas mayores como fuera de su alcance de práctica, y que además existe un vacío en el conocimiento y la confianza en esta área. En este punto, es posible observar que las necesidades educativas de la persona adulta mayor se deben abordar no solo desde su percepción, sino también desde la formación de las personas profesionales y centros de salud.

Justificación

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) afirma que el segmento poblacional de mayor crecimiento corresponde a las personas adultas mayores. Según proyecciones poblacionales, el tamaño de esta población se triplicará en los próximos 40 años, pasando de 316 000 personas en el 2012 a más de 1 millón en el 2050; sin embargo, el último reporte trimestral del 2020 sobre la condición de la población adulta mayor muestra que en el país actualmente habitan más de 900 000 personas mayores de 60 años. Esta situación se debe a diversas variables como el descenso en las tasas de mortalidad del país, además del aumento en la esperanza de vida del costarricense. Aunado a estos factores, el descenso de la natalidad está produciendo el fenómeno de inversión de la pirámide poblacional. Con este ritmo de envejecimiento poblacional, en 2048 el porcentaje de personas adultas mayores entre los 65 a 79 años será de un 13,7 %, mismo porcentaje que los grupos de 0 a 12 y de 13 a 24 años (INEC, 2018).

A partir de dicha situación de envejecimiento poblacional, se considera que la población adulta mayor debe ser estimada como de atención prioritaria, retomando con mayor fuerza la, Ley No. 7935, publicada en 1999, en la que se propone un enfoque centrado en el reconocimiento de los derechos de las personas adultas mayores, con el propósito de garantizar una vejez de calidad, desde la igualdad de oportunidades, una vida digna, el fomento de su participación activa en la formulación y aplicación de las políticas que les afectan, así como la promoción de su permanencia en el núcleo familiar y comunitario, incentivando la organización y participación en sociedad, y en todos los ámbitos de su vida (Ministerio de Salud, 2014).

La encuesta nacional sobre salud sexual y salud reproductiva, realizada en 2010, indicó que, de todos los grupos etarios cuestionados sobre prácticas sexuales saludables, las personas adultas mayores, en conjunto con las personas adolescentes de 15 a 19 años, reportaron ser los grupos con el mayor grado de desconocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual, tanto sobre sus efectos como también las diferentes vías de transmisión. Por otro lado, de los grupos consultados, el de las personas adultas mayores presentó el menor índice de uso de métodos anticonceptivos y de prevención ante infecciones de transmisión sexual (Ministerio de Salud, 2010). Existe una encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva realizada en 2015, pero lastimosamente el límite de edad de la población consultada era 64 años de edad, lo cual priva a la población adulta mayor de contar con estadísticas recientes y evidencia cómo su salud sexual es invisibilizada por parte de las instituciones estatales relacionadas con la salud. Aunado a este vacío de información actualizada sobre la situación de la persona adulta mayor y su salud sexual, los estudios demográficos nacionales revelan que son el grupo etario con menor escolaridad debido a las dificultades de acceso a la educación durante sus etapas de niñez y adolescencia, lo cual profundiza el riesgo de la población a padecer enfermedades tanto por vejez como por transmisión sexual, debido al desconocimiento existente sobre estos temas.

En Costa Rica son escasos los datos sobre el estado de la salud sexual en la persona adulta mayor. El *Análisis de situación de salud en Costa Rica* del Ministerio de Salud (2014), no ofrece datos sobre esto, y más bien excluye al grupo etario mayor de 65 años de gran parte de sus consideraciones. Para hallar documentación al respecto, es necesario recurrir a los *Indicadores de género y salud en Costa Rica* (INEC y Ministerio de Salud, 2012). De acuerdo con este informe, en el 2021 se reportó, en personas mayores de 65 años, 7 mujeres y 17

hombres con VIH; 37 mujeres y 67 hombres con sífilis, y 2 mujeres y 15 hombres con gonorrea. Este es el documento más reciente que compila la situación actual de la salud sexual en la adultez mayor, por lo que se evidencia la escasez de estudios sobre la situación actual en cuanto a las infecciones de transmisión sexual y la persona adulta mayor. Por tanto, se tiene que este desconocimiento desde los servicios de salud estatales favorece negarles el derecho a contar con espacios de educación de la sexualidad, en los que puedan recibir información sobre cómo disfrutar prácticas saludables y seguras.

Al tener en cuenta estos datos recopilados, se puede afirmar que existen evidencias contundentes de que es necesario profundizar en los conocimientos que maneja la persona adulta mayor en salud sexual y cómo estos pueden intervenir en la vivencia de una vida sexual plena. Es responsabilidad de la psicología, como ciencia social y de la salud, indagar el proceso de construcción de este conocimiento a través de los años, para comprender con mayor profundidad cómo el ambiente social, los valores, los estigmas y el entramado sociocultural moldean la vivencia de la salud sexual en la persona adulta mayor y cómo es posible mejorar la calidad de vida de este grupo etario entendiendo el impacto que tiene la salud sexual en ella.

Esta investigación se asocia a la labor del proyecto “Estudio longitudinal de envejecimiento exitoso en personas que asisten a programas educativos universitarios” (LOL, # 0126-15), realizado por la Universidad Nacional, en conjunto con el Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) del Centro de Estudios Generales-UNA. Ambos, proyecto y programa, brindan las condiciones y oportunidades para estudiar los conocimientos de la persona adulta mayor en salud sexual y determinar cómo se ha construido este conocimiento. Por otro lado, la presente propuesta se inserta dentro del

segundo objetivo específico del proyecto LOL: “Identificar percepciones de las personas adultas mayores según cohorte de edad sobre los programas educativos y la influencia en la salud emocional, cognitiva y social”. Así, por estos medios, la investigación podrá identificar cómo ha sido la construcción del conocimiento en salud sexual de la población que asiste a los programas y servirá como base para futuras investigaciones que propongan estrategias de intervención en estos temas, las cuales podrán crear un impacto en las políticas de salud pública y en la salud de las personas adultas mayores.

Problema de investigación

La salud sexual en personas adultas mayores, y principalmente su construcción del conocimiento sobre salud sexual a través de una cultura que ha experimentado cambios considerables en los últimos años, es un tema que ha sido invisibilizado o relegado como secundario desde los servicios de salud estatales. La revisión bibliográfica hace evidente la carencia de investigaciones y datos en el país sobre este aspecto de la vida de la persona adulta mayor en comparación con otros países. A pesar de la apertura social sobre los temas relacionados con la sexualidad, la sociedad costarricense aún mantiene la creencia de que la vivencia de la sexualidad termina al entrar a la adultez mayor (Herrera, 2006) y, por tanto, también se invisibilizan todas las dimensiones psicosociales que conlleva la vivencia de la sexualidad y su construcción de conocimiento a través de los años.

En cuanto a la etapa de la adultez mayor, a nivel social y cultural, se considera que la vivencia de la sexualidad recae en los órganos reproductores (específicamente los externos: pene y vagina); por lo que, si los genitales no "funcionan" o presentan cambios con el pasar de los años, se concluye de forma errada que la persona ya no puede mantener una relación sexual, reduciendo la sexualidad al acto coital y dejando por fuera los pensamientos, caricias,

formas de comunicación, sentimientos y emociones que esta también abarca (Cerquera, Galvis y Cala, 2012).

La sexualidad debe ser estudiada y entendida como un proceso de múltiples factores, en el que la socialización y la cultura circundante definen la construcción del conocimiento sobre este tema, y además permite al individuo dar un significado, valor y juicio sobre la sexualidad (Bronfenbrenner, 1981). Abordar el tema desde esta visión permite la integración y la apertura de nuevos campos de estudio sobre aspectos esenciales en la vida de la persona adulta mayor, como los psicológicos, sociales, culturales, afectivos y éticos, que son el resultado del proceso de socialización con su ambiente y la construcción de la sexualidad.

Ante esto, el problema que se ha planteado para esta investigación consiste en analizar cómo ha sido la construcción de los conocimientos que poseen personas adultas mayores sobre la salud sexual, entendida como toda la información, concepciones y preconcepciones que han construido estas personas a través de los años, y sobre la práctica y vivencia de la sexualidad, entendiendo que estos conocimientos se construyen en mediación con un entorno bioecológico, en el que diferentes sistemas sociales y culturales interactúan y proveen un significado específico a estos conocimientos.

Por lo tanto, la pregunta central de esta investigación es: ¿Cómo ha sido la construcción de los conocimientos sobre salud sexual en personas adultas mayores que asisten al PAIPAM, desde su relato de vida?

Objetivos

General

- Analizar el proceso de construcción del conocimiento sobre la salud sexual a partir del relato de vida de personas adultas mayores que asisten al Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM).

Específicos

- Indagar la construcción de conocimiento en salud sexual desde el relato de vida de las personas participantes.
- Establecer la intervención del contexto bioecológico en la construcción del conocimiento en salud sexual durante las diferentes etapas de la vida de persona adulta mayor.
- Determinar cómo esta construcción del conocimiento impacta actualmente en la percepción sobre la salud sexual en la persona adulta mayor.

Capítulo II

Construcción teórica del objeto de estudio

Referente teórico

Ecología del desarrollo humano

Es bien sabido por la investigación científica que el ser humano es un ser social, influenciado directamente por el entorno. Desde los primeros momentos de vida el individuo inicia un proceso de exploración y adaptación a su ambiente. Para comprender a fondo y de manera integral su complejidad, es necesario estudiar no solo su subjetividad sino también lo que lo rodea.

Bajo estos principios de investigación, Urie Bronfenbrenner (1981) y su teoría de la ecología del desarrollo humano provee un respaldo teórico para comprender la relación intrínseca entre la persona y su ambiente. Según el autor, su teoría implica el estudio científico de la adaptación mutua y progresiva entre un ser humano activo y en crecimiento y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos en los que vive, ya que este proceso se ve afectado por las relaciones entre estos ambientes, y por los contextos más amplios en los que se incrustan las configuraciones (Bronfenbrenner, 1981). A pesar de que las propuestas teóricas que estudian la relación entre el individuo y su entorno no son nuevas en la investigación psicológica, pues desde los primeros postulados de Lewin en 1936 ya se investigaba esta relación, en la teoría de Bronfenbrenner el individuo es visto no solo como un receptor sobre el cual el ambiente impacta, sino como una entidad dinámica y creciente que progresivamente avanza y reestructura el medio en el que reside; esto quiere decir que la interacción entre la persona y el entorno se considera bidireccional y recíproca (Bronfenbrenner, 1981).

Esta interacción entre individuo y ambiente se encuentra en una constante modificación y puede generar cambios que afecten la percepción de la realidad de la persona, así como su relación con sus diferentes grupos y su manera de construir el conocimiento. Estos cambios se denominan “transiciones ecológicas”; algunos ejemplos de estas pueden ser la llegada de un hermano menor, el ingreso al preescolar o la escuela, ser promovido, graduarse, encontrar un trabajo, casarse, tener un hijo, cambiar de trabajo, mudarse y retirarse.

La importancia del desarrollo de las transiciones ecológicas se deriva del hecho de que casi siempre implican un cambio de rol; es decir, un cambio en las expectativas de comportamiento asociado con posiciones particulares en la sociedad. Según Bronfenbrenner (1981), los roles tienen un poder mágico para alterar cómo se trata a una persona, cómo actúa, qué hace y, por lo tanto, incluso lo que piensa y siente. El principio se aplica no solo a la persona en desarrollo sino también a las demás personas en su mundo.

Sin embargo, tal vez lo más innovador de esta teoría es su comprensión del entorno ecológico como una sucesión de estructuras concéntricas, cada una contenida dentro de la siguiente, por lo cual, su análisis no se enfoca solamente en un entorno único e inmediato, sino que se extiende para incorporar las interconexiones entre dichos entornos, así como las influencias externas que emanan del entorno más amplio (Bronfenbrenner, 1981). Esta concepción extendida del ambiente es considerablemente más amplia y diferenciada que la que se encuentra en las teorías del desarrollo humano, lo cual provee una oportunidad de entender a mayor profundidad la construcción del conocimiento del individuo en relación con su ambiente.

Los diferentes entornos que propone Bronfenbrenner son:

- **Microsistema:** Es el nivel más cercano a la persona, e incluye los comportamientos y roles (rol de género y dentro de la familia: madre y relaciones características de los contextos cotidianos como el hogar, el trabajo, sus amigos). Las actividades, roles y relaciones interpersonales constituyen los elementos, o componentes básicos, del microsistema. En este ambiente la experiencia o vivencia es un término crítico en la definición, pues indica que las características científicamente relevantes de cualquier entorno incluyen no solo sus propiedades objetivas sino también la forma en que las personas perciben estas propiedades en ese entorno (Bronfenbrenner, 1981).
- **Mesosistema:** Comprende las interrelaciones entre dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (como, en la niñez, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de vecinos; en la adultez, entre la familia, el trabajo y las actividades sociales). Un mesosistema es, por lo tanto, un sistema de microsistemas. Se forma o se extiende cada vez que la persona en desarrollo se muda a un nuevo entorno.
- **Exosistema:** Se refiere a uno o más entornos que no involucran a la persona en desarrollo como un participante activo, pero en los cuales ocurren eventos que afectan o se ven afectados por lo que sucede en el entorno que contiene a la persona en desarrollo. Los ejemplos de un exosistema en el caso de un niño pequeño pueden incluir el lugar de trabajo de los padres, una clase escolar a la que asiste un hermano mayor, la red de amigos de los padres, las actividades de la junta escolar local, etc.
- **Macrosistema:** Se refiere a las consistencias en la forma y el contenido de los sistemas de orden inferior (micro-, meso- y exo-) que existen, o podrían existir, a nivel de la

subcultura o la cultura en su conjunto, junto con cualquier sistema de creencias o ideología subyacentes a tales consistencias. Por ejemplo, las relaciones entre el hogar y la escuela son bastante diferentes en Francia que en Costa Rica. Pero también hay patrones consistentes de diferenciación dentro de cada una de estas sociedades. En ambos mundos, los hogares, las guarderías, los vecindarios, los entornos de trabajo y las relaciones entre ellos no son los mismos para las familias acomodadas que para los pobres. Tales contrastes intrasociales también representan fenómenos de macrosistemas. Los planos del sistema difieren para diversos grupos socioeconómicos, étnicos, religiosos y otros grupos subculturales, lo que refleja sistemas de creencias y estilos de vida contrastantes, que a su vez ayudan a perpetuar los entornos ecológicos específicos de cada grupo (Bronfenbrenner, 1981).

Los entornos de Bronfenbrenner se seleccionan en esta investigación para utilizarlos como lente teórico, puesto que es una concepción del entorno que se extiende más allá del comportamiento de las personas para abarcar sistemas funcionales tanto dentro como entre entornos, sistemas que también pueden modificarse y expandirse, permite profundizar en la construcción del conocimiento de las personas participantes de manera que se pueda comprenderse a mayor cabalidad los obstáculos y oportunidades ambientales, así como el potencial de los seres humanos para responder constructivamente a un entorno ecológico en constante cambio.

Construcción del conocimiento

Existen diversas teorías sobre cómo el ser humano llegar a conocer determinado fenómeno; sin embargo, esta investigación entiende el conocimiento como un proceso que se construye. El individuo, en contacto con su contexto, parte de una idea inicial sobre un

respectivo tema y a este le va agregando información, actitud, valor y respuesta emocional, entre otras variantes. Según Vygotski (1978), el ser humano es un ser histórico-cultural, moldeado por la cultura que él mismo crea, y es en esta interacción con su cultura que añade valoración e identificación con los diversos fenómenos o temas alrededor (Lucci, 2006). Vygotski propuso, además, que el individuo interactúa con su entorno utilizando dos factores: el primero es la herramienta, que consiste en el instrumento mediante el cual se comunica con su entorno (por ejemplo, el lenguaje); el segundo, es el signo, entendido como un instrumento para mediar en el comportamiento, las creencias y las percepciones del otro. Básicamente, el signo es la carga simbólica que se le tiene a un determinado fenómeno, y está determinado por la cultura y la historia donde se desarrolla, de manera que media entre el individuo y su percepción del entorno (Vygotski, 1978). En los últimos 20 años, la sociedad costarricense ha experimentado una mayor apertura en el tema de la sexualidad, en contraste con la censura que existía en la sociedad de los años cuarenta o cincuenta, cuando el tema aún se consideraba un tabú y abundaba el desconocimiento sobre la salud sexual. Por lo tanto, la construcción del conocimiento en torno a la salud sexual de una persona adulta mayor será muy diferente a la construcción de una persona joven nacida en los últimos 30 años, debido a que el contexto de su desarrollo ha cambiado considerablemente.

Otro de los principales postulados de Vygotski (1978) fue el proceso de internalización, entendido como la transformación de un proceso interpersonal en un proceso intrapersonal, como resultado de una prolongada serie de sucesos evolutivos. Según el autor, en el desarrollo cultural del ser humano, toda función aparece dos veces: primero, a nivel social, y más tarde, a nivel individual; primero entre personas (interpsicológica), y después, en el interior del propio niño (intrapsicológica), y está cargada de signos y significados

culturales que se vuelven parte de la propia percepción de realidad del individuo. Para Vygotski, el ser humano está determinado por las interacciones sociales con otras personas por medio del lenguaje, mediante el cual el individuo es determinado y es determinante de los otros individuos. Por medio de esta interacción, el individuo da una valoración y una significación a cada fenómeno y crea su propio criterio al respecto, por lo cual nuevamente se puede ejemplificar que crear un criterio sobre la salud sexual en los años cuarenta variaría considerablemente a crear un criterio sobre la salud sexual hoy en día. En esta investigación se investigará este proceso de construcción y cómo la persona adulta mayor se ha adaptado a la apertura social en el tema de la salud sexual.

Otro punto dentro de las llamadas funciones psicológicas superiores que desempeña un papel esencial para comprender cómo se construyen los conocimientos en salud sexual es el aprendizaje, el cual se desarrolla en un determinado grupo cultural, a partir de las interacciones entre sus miembros. Por lo tanto, las interacciones simbólicas de los miembros, así la apertura social para proveer o evitar información sobre un tema en específico, incide directamente en la manera en que el individuo construye su conocimiento (Lucci, 2006).

Psicología social de la salud y salud sexual

La psicología de la salud es uno de los enfoques de investigación más antiguos de la psicología. La búsqueda del bienestar psico-cognitivo fue el combustible para el nacimiento de esta rama que desde siglos anteriores ha investigado la relación entre los procesos psicológicos y la salud integral de las personas. Según Morrison y Bennett (2008), la psicología de salud busca describir, explicar, predecir y, cuando sea posible, intervenir para controlar o modificar la conducta social y la conducta saludable. Desde esta teoría se tienen en cuenta factores biológicos, sociales y psicológicos implicados en la etiología, prevención

o tratamiento de la enfermedad, así como en la promoción y el mantenimiento de la salud. Por tanto, el principal objetivo de la psicología de salud es la comprensión de los factores biopsicosociales que intervienen en la promoción y el mantenimiento de la salud; la mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la política sanitaria; la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y las causas de las enfermedades (Matarazzo, 1982).

El avance en esta rama de la psicología ha dado paso al entendimiento de que la persona es un ser social y que su salud integral no puede estudiarse únicamente desde una visión subjetiva, sino colectiva, lo que ha dado a luz a la psicología social de la salud. La psicología social de la salud profundiza en diferentes variables como el impacto del ambiente, la cultura y la socialización sobre la salud de los individuos, además de la influencia y el apoyo social, ya sea directo o indirecto, de las personas alrededor (Seoane y Garzón, 2010). Es posible afirmar, entonces, que la psicología social de la salud estudia el impacto del entorno ecológico, social y cultural sobre la salud y el bienestar fisiológico y cognitivo de las personas; en este caso específico, sobre la población adulta mayor.

Para comprender de manera integral la relación entre los conocimientos en salud sexual que poseen las personas adultas mayores y el impacto que tienen estos en la vivencia de su sexualidad y su salud sexual, es necesario abarcar la salud como un fenómeno social donde entran en juego no solo las características individuales, sino también las externas, como la cultura, los valores y los círculos familiares y sociales, además del papel de los servicios médicos y el rol gubernamental en la salud pública. Debido a sus características, la psicología social de la salud ofrece un lente óptimo para abordar la salud sexual en la persona adulta mayor ya que brinda un planteamiento que profundiza en los fenómenos internos y externos que forman parte de la salud sexual. Según la revisión bibliográfica realizada, el

abordaje de la sexualidad en las personas adultas mayores presenta una generalizada resistencia social a conocer del tema, tanto en sus aspectos psicológicos y fisiológicos como sociales, pero sí es más fuerte la represión individual y sociocultural en cuanto a la población adulta mayor (Salvarezza, 2002). Actualmente, las personas adultas mayores son marginadas en el aspecto no solo económico, sino también, y principalmente, en el aspecto social y sexual. Se habla poco de la sexualidad de las personas adultas mayores y la sociedad muestra absoluta incompreensión ante las manifestaciones afectivas y sexuales de las personas longevas (Puerto, 2000).

Según Puerto (2000), la adultez mayor es una crisis, y como crisis puede traer transformaciones o catástrofes. El envejecimiento varía la sexualidad, pero no la elimina. Además, según Mira (1961), como la sexualidad se inscribe en la vida, y no viceversa, es necesario cuidar de la salud mental de las personas adultas mayores, si se busca que vivan una vida sexual plena.

Existen factores psicológicos y culturales que inciden negativamente sobre la sexualidad en la tercera edad, tales como la desinformación y la creencia de que la práctica de la sexualidad es exclusiva de la población joven y que desaparece en la adultez mayor (Álvarez, Rodríguez y Salomón, 2008). La psicología social de la salud debe ser la herramienta mediante la cual se creen espacios de información y consulta, y se promueva la formulación de políticas en salud que atiendan las necesidades de la persona adulta mayor y su sexualidad de manera integral. Esto de la mano con acercamientos interdisciplinarios con otras ciencias sociales.

Referente conceptual

Adulthood

En Costa Rica, se considera adulta mayor a toda persona mayor de 65 años; no obstante, socialmente es posible identificar que la definición de la adultez mayor se ha basado comúnmente desde un punto de vista de envejecimiento biológico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015Acumu), el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la muerte. Sin embargo, toda esta serie de cambios fisiológicos varían según las diferentes características de cada individuo. Esto quiere decir que dos personas de 75 años pueden poseer estados de salud completamente distintos; es aquí donde entran en juego variables relacionadas con la genética y la calidad de vida que al final son determinantes a la hora de afrontar las consecuencias del envejecimiento. Hábitos alimentarios, actividad física, prácticas saludables, entre otras, desde edades tempranas, influyen directamente en las características fisiológicas de la adultez mayor y su envejecimiento. Bajo esta propuesta, González y Ham-Chande (2009) explican los niveles de riesgo en los que se pueden encontrar las personas según sus hábitos.

- **Riesgo bajo:** Personas que realizan actividad física constantes y no tienen conductas de factores de riesgo como obesidad, hipertensión, fumado, entre otros.
- **Riesgo alto:** Si no realiza actividad física y presenta factores de riesgo como obesidad, hipertensión, fumado, entre otros.
- **Riesgo medio:** Todas las combinaciones que se excluyen en las otras dos categorías.

La presencia inexorable de la enfermedad es un mito arraigado en torno a los adultos mayores. Existe la creencia de que, con la edad, las personas verán afectada considerablemente su cotidianeidad y quedarán limitadas en su forma de vida y autonomía como consecuencia del deterioro cognitivo, intelectual y físico debido a las enfermedades. Lo anterior muestra la edad adulta mayor como una etapa decadente. Sin embargo, las personas mayores contribuyen al desarrollo de muchas maneras, por ejemplo, en la producción de alimentos y la crianza de las generaciones futuras. Incluir las personas mayores en los procesos de desarrollo, no solo ayuda a fomentar una sociedad más equitativa, sino que probablemente refuerce el desarrollo al apoyar sus aportes. Por el contrario, excluir a las personas mayores de estos procesos, además de socavar su bienestar y sus contribuciones, puede repercutir gravemente en el bienestar y la productividad de otras generaciones (Ministerio de Salud, 2018).

La calidad de vida en la persona adulta mayor radica en su capacidad de adaptación a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes, los factores psico-sociales que lo acosan e incluye todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida (Villafuerte, Alonso, Alonso, Alcaide, Betancourt, Arteaga 2017).

Esto significa que una adultez mayor plena no sólo tiene que ver con el proceso salud-enfermedad en sí mismo, sino que las capacidades de socialización también son vitales para mantener al sujeto en una relación activa con su entorno. Es vital crear una cultura para el envejecimiento (gerocultura) propiciadora de mecanismos reflexivos, que permita una dinámica favorable en los planos estatal, comunitario y familiar, hasta llegar al individuo, no solo sobre el envejecimiento en sí, sino desde el envejecimiento. La participación individual, familiar y comunitaria en el cambio de óptica y actitud que se impone, precisa un

reconocimiento de las potencialidades del adulto mayor; el reforzamiento de su imagen de memoria viva, de transmisor del patrimonio cultural, así como de su inserción y participación social en este proceso de transmisión, constituye la base de la gerocultura. Este proceso no puede ser impuesto desde fuera y debe contar con la voluntad y motivaciones de los adultos mayores, quienes de por sí juegan un papel protagónico (Villafuerte et al. 2017).

Otro aspecto necesario de abordar entorno a la vivencia de la adultez mayor en la sociedad costarricense actual reside en el impacto de las tecnologías de información durante la etapa de la adultez mayor. Si bien este grupo etario ha sido normalmente etiquetado como el que menos contacto a tenido con estas, las tecnologías de información de salud tienen un gran potencial para el empoderamiento de las personas mayores a la hora de tomar un rol proactivo en su salud (Padial et al., 2018). La oportunidad de acceder con facilidad a información mediante internet y demás redes ha abierto la posibilidad de que la persona adulta mayor pueda tener un mayor control y entendimiento de su propia salud, sin embargo, aún es necesario un acompañamiento y formación para que estos y estas puedan tener una mayor capacidad de acceso.

Las TI dirigidas hacia las personas mayores deben tener en cuenta las características de esta población; además de la facilidad de uso, la educación y el entrenamiento en su utilización. Con una correcta adaptación a las capacidades de las personas adultas mayores, las TI contribuyen al empoderamiento de las personas para el autocuidado; mejoran su autoeficacia, promueven su autonomía en la toma de decisiones; favorecen su participación efectiva en los sistemas sanitarios y de cuidados; y contribuyen a democratizar la salud (Padial et al., 2018).

Envejecimiento

Ante estas clasificaciones se debe recalcar que el envejecimiento también juega un papel importante a nivel social, y conlleva situaciones como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (OMS, 2015b). En esta investigación se entiende el envejecimiento como un ciclo vital, desde los postulados de Erikson (1902-1994), quien concebía este fenómeno como una serie de eventos determinantes en los que el individuo se ve comprometido a desarrollar nuevas competencias mediante la interacción con su medio para afrontar de manera satisfactoria estas encrucijadas (Erikson, 1985). Esta teoría nace de la necesidad de comprender el envejecimiento no solo como un fenómeno negativo y degenerativo, sino también como etapa de crecimiento y ganancia. Si bien es cierto existen maneras de envejecer ciertamente muy negativas, dominadas por el aislamiento, con sentimientos de culpa, de depresión y con temor a la muerte, también hay muchas otras altamente positivas, como cuando el individuo es capaz de expandir su capacidad creativa, de comprometerse con su entorno y de asumir los errores y éxitos que ha cometido, conservando un sentimiento de satisfacción en relación con su propio devenir evolutivo (Pinazo y Sánchez, 2005).

Para Erikson, cada una de las etapas de vida conllevan una crisis donde sucede un proceso de cambio en las estructuras operacionales de la persona. En el caso de la adultez mayor, la crisis que el individuo atraviesa consiste en desarrollo de integridad, entendiendo esta como la aceptación del sujeto sobre sí mismo, la aceptación de los proceso psicosexuales y

psicosociales, como también, la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo (Bordignon 2005). Esto quiere decir, que la persona adulta mayor se enfrenta a la aceptación de su propia historia, de sus aprendizajes y experiencias, y el resultado que estas han tenido a lo largo de su vida. Bordignon señala que la palabra clave para expresar esta integración es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida. Si esta crisis no es abordada de manera satisfactoria la persona adulta mayor puede traer consigo el temor a la muerte, desesperanza y desdén (Bordignon 2005).

Giró (2004) explica que, según la teoría de la actividad, para lograr una calidad de vida satisfactoria en el envejecimiento es necesario tomar en cuenta el nivel de actividad física y principalmente social que se mantiene al llegar a esta edad; a mayor nivel de estas actividades mayores probabilidades de una mejor calidad de vida. Estos factores dependen además de las posibilidades socioeconómicas de cada individuo.

Por tanto, al reflexionar sobre estos factores se puede establecer que la disminución de la participación de la persona adulta mayor en las dinámicas sociales no es un asunto únicamente de aspectos fisiológicos, sino que existen variables sociales externas que también juegan un papel esencial al entender el envejecimiento de la persona adulta mayor. Al ser apartado de sus actividades cotidianas anteriores, la persona adulta mayor debe buscar establecer nuevas actividades y roles que le permitan mantener un nivel de actividad psicosocial que le asegure una mejor calidad de vida (Giró, 2004).

Al poner la mira en la transformación de la demografía en todo el mundo durante las últimas décadas, el envejecimiento de la población es uno de los principales retos a los que se

enfrentarán las sociedades en las próximas décadas, ya que este, conlleva cambios en los servicios de salud, la economía y hasta las leyes y políticas de una nación. Debido a esto es necesario que nuestra sociedad se enfoque en desarrollar y apoyar una “cultura” de envejecimiento activo y saludable que permita que los mayores sufran menos por discapacidades crónicas, tengan una atención sanitaria y social mejor y más eficaz y se reduzcan las situaciones de soledad, manteniendo la independencia y la calidad de vida (Comino y Sánchez (2018)

Además, una de las ideas principales de las teorías del envejecimiento es que envejecer de forma saludable no solo depende de los factores biológicos, sino también de factores externos sociales, psicológicos o emocionales que intervienen en el proceso. Por ese motivo, resulta fundamental estimular y proporcionar una vida saludable y activa en todas las dimensiones, no únicamente durante las edades más avanzadas (Comino y Sánchez (2018).

Según Comino y Sánchez (2018) actualmente se reconocen 3 tipos de envejecimiento

- Usual, normal o primario, cuando se desarrolla sin enfermedades asociadas.
- Patológico o secundario, si se dan cambios que no forman parte del envejecimiento natural, sino que son consecuencia de enfermedades.
- Óptimo, cuando se dan las mejores condiciones posibles tanto físicas como psicológicas o sociales, reduciendo la presencia de enfermedades.

La OMS (2015a) propone que uno de los principales retos a nivel mundial en el área de la salud es promover un envejecimiento saludable. En este informe se define el

envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. En este proceso de envejecimiento las características de salud, genéticas y personales determinan en gran manera cuáles serán las capacidades funcionales de la persona adulta mayor con el pasar de los años. Debido a esto, la OMS recalca la importancia de mantener estilos de vida saludable (alimentación, ejercicio, etc.), pues son vitales para un envejecimiento saludable.

Salud sexual

En esta investigación se considerará la salud sexual como el proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la salud sexual (OMS, 2015b); no se debe confundir este término con sexualidad pues esta se encuentra inmersa en toda la vida del individuo y conlleva su percepción de género y preferencia sexuales, mientras que la salud sexual no solo conlleva la ausencia de disfunción o enfermedad, sino que abarca las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social (Zapata y Gutiérrez 2016). Por tanto, para entender la salud sexual es necesario distanciarse de viejas percepciones únicamente fisiológicas y comprender que este fenómeno aborda el ámbito cognitivo, afectivo y conductual de la persona adulta mayor.

Objeto de estudio

El objeto de estudio de esta investigación se basa en el análisis de la construcción de conocimientos que han tenido durante sus vidas personas adultas mayores participantes del estudio sobre el tema de la salud sexual. Se entiende por conocimiento a toda la información que la persona va añadiendo a su vida mediante el contacto con su medio, dicho contacto, afecta la vivencia y percepción de un fenómeno, en este caso, la salud sexual.

La población con la que se trabajó estuvo conformada por personas adultas mayores que asisten al Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) de la Universidad Nacional. Se seleccionó a este grupo en específico debido a ser una población que ha sido informada y sensibilizada sobre una nueva cultura del envejecimiento y la vejez, que tiene por objetivo eliminar los mitos y estereotipos que inciden de manera negativa en las relaciones intergeneracionales y en la consecución del desarrollo integral y el bienestar de las personas adultas mayores. Además, la población cuenta con otras características particulares encontradas, tales como una alta participación en actividades sociales, un círculo de pares estable y una mayor apertura a tratar temas que pueden ser sensibles.

Capítulo III

Marco metodológico

Tipo de estudio y metodología

La metodología utilizada en esta investigación se basó en el paradigma cualitativo, pues se parte desde un enfoque inductivo y explicativo que permite estudiar fenómenos de la vida diaria desde la subjetividad y generalizarlos en conocimientos particulares. La investigación cualitativa busca comprender, a la mayor profundidad posible, las diferentes categorías de un fenómeno y las cualidades de este como parte de un todo (Ugalde y Balbastre, 2013). Para los fines de esta investigación se indagó sobre la construcción de conocimientos en la salud sexual de personas adultas mayores desde su realidad, por lo que la interacción entre investigador y participantes fue vital para el enriquecimiento de la comprensión del fenómeno.

El diseño de investigación que se utilizó fue el narrativo, o biográfico, el cual incluye cuatro elementos: un narrador que cuenta sus experiencias de vida; un investigador que colabora y “lee” estos relatos para elaborar un informe; los textos que recogen tanto lo que se ha narrado en el campo como el informe elaborado posteriormente, y, por último, los lectores de las versiones publicadas de la investigación narrativa (Torres, 2012).

La investigación narrativa se centra en el trabajo con los relatos de las personas como base de análisis. El relato, como lenguaje cotidiano de las experiencias diarias, es una puerta de entrada a través de la cual una persona se introduce al mundo, y por medio de la cual su experiencia del mundo es interpretada y se transforma en personalmente significativa (Blanco, 2011). La investigación narrativa entiende que las personas dan forma a sus vidas

cotidianas por medio de relatos sobre sí mismos y las demás personas, conforme interpretan su pasado en función de esas historias. Desde este método es posible historiar las vidas de las personas y ver cómo a lo largo de sus vidas han construido significados sobre las experiencias del diario vivir. Mediante la investigación narrativa se puede conocer cuál ha sido el proceso de construcción del conocimiento en salud sexual a través del tiempo. Esto permitió identificar cómo este proceso de construcción ha establecido, con el pasar del tiempo, conocimientos que poseen actualmente sobre la salud sexual y cómo el significado de salud sexual desde su vivencia se ha ido transformando en las diferentes etapas de su vida. Además, permitió indagar sobre los actores que han sido determinantes en el proceso de construcción.

Categorías de análisis

Con el fin de abarcar los objetivos de la investigación se propuso analizar la información recolectada mediante cuatro categorías, a partir de las cuales se pretendió comprender, desde la teoría revisada y la opinión de expertos, la información que manejan las personas adultas mayores sobre salud sexual y cómo el contexto bioecológico a lo largo de su relato de vida ha influido en la construcción del conocimiento. Estas categorías se construyeron a posteriori, partiendo de los hallazgos encontrados, de los objetivos planteados en la investigación y de las ideas que expresaron con mayor frecuencia las personas participantes.

- **Construcción del conocimiento:** Esta categoría permitió explorar desde el relato de las personas participantes cómo se ha construido su conocimiento en salud sexual a lo largo de su vida. En la construcción del conocimiento es necesario tomar en cuenta el papel de experiencias, vivencias y relatos de cada participante, y cómo intervienen a la hora de construir el conocimiento de un tema delicado como la salud sexual. Esta

construcción del conocimiento permitió identificar, al menos básicamente, cómo ha sido el proceso de construcción de conocimiento de la salud sexual a través de cada una de las etapas de su vida (niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor), las cuales también son subcategorías de estudio debido a los eventos ocurridos en cada una de estas y su impacto en la construcción del conocimiento.

- **Contexto bioecológico:** Esta categoría identificó el papel que tiene el entorno sociocultural en la construcción del conocimiento. Para comprender a profundo este proceso, es necesario investigar de qué manera factores como los valores sociales, la moral y la censura pueden mediar en la carga simbólica que posee una persona adulta mayor sobre un tema, en este caso, la salud sexual. Además, esta categoría permite identificar los cambios sociales a través de los años en el tema de la salud sexual. Dentro de esta categoría se desarrollaron subcategorías como juicios sociales, censura, cambio social y desconocimiento.
- **Fuentes de información:** En este apartado se identificaron todos los recursos o medios que utilizan las personas adultas mayores para conocer sobre salud sexual y cuáles son los más determinantes. A la hora de construir el conocimiento en salud sexual, son muchos los entes que forman parte del proceso. Los servicios de salud gubernamentales, los padres, los pares, los procesos educativos, son solo algunas de las fuentes de información que podrían intervenir en la construcción del conocimiento. Esta categoría busca indagar sobre las principales fuentes de información que se podrían utilizar para realizar futuros abordajes.
- **Percepción de la salud sexual:** La construcción del conocimiento está intrínsecamente relacionada con valores morales, históricos y socioculturales. El proceso de esta construcción produce actitudes y opiniones en el individuo sobre determinado tema,

posiciones favorables o desfavorables ante diversos fenómenos, por lo cual esta categoría pretende indagar la percepción que maneja la persona adulta mayor ante el tema de la salud sexual, lo que permitiría conocer el producto de la construcción del conocimiento en cada individuo.

Criterios de selección y fuentes de información

En esta investigación se trabajó con las personas adultas mayores que asisten al Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) de la Universidad Nacional. Como se explicó con anterioridad, este grupo fue seleccionado específicamente debido a ser una población que ha sido informada y sensibilizada sobre una nueva cultura del envejecimiento y la vejez, que tiene por objetivo eliminar los mitos y estereotipos que inciden de manera negativa en las relaciones intergeneracionales y en la consecución del desarrollo integral y el bienestar de las personas adultas mayores. Además, la población cuenta con otras características particulares, tales como una alta participación en actividades sociales, un círculo de pares estable y una mayor apertura a tratar temas que pueden ser sensibles, debido a la alta concientización y la atención integral que han recibido durante su participación en el programa.

En este programa se propician espacios de disfrute del tiempo libre, además de actividades ambientales y ecológicas, corporales, lúdicas, deportivas, intelectuales, recreativas, sociales y de terapia ocupacional que buscan mejorar la calidad de vida en el envejecimiento. La participación de personas que asisten al PAIPAM en la investigación fue viable debido al nexo que existe con el proyecto LOL y la posibilidad de que este estudio aumente sus alcances.

En la investigación se trabajó con una muestra de 10 personas adultas mayores, 5 hombres y 5 mujeres, todas con edades entre los 65 y 75 años, que asisten regularmente al PAIPAM, donde realizan diferentes actividades y cursan diversos talleres que les permiten continuar desarrollando habilidades tanto físicas, motoras, como también de tipo cognitivo y social. Estas personas participantes se mantienen socialmente activas en gran parte debido a estos esfuerzos realizados por el PAIPAM, por lo cual, se observó facilidad para desenvolverse durante la investigación. La selección se realizó a modo de conveniencia, lo que significa que se tomaron en cuenta los criterios de inclusión e interés de las personas adultas mayores (ver fórmula de consentimiento informado, anexo 2) dentro de los criterios para participar en la investigación. Entendiendo que en Costa Rica se le considera adulta mayor a cualquier persona mayor de 65 años, se estableció este rango de edad, considerando que cada persona adulta mayor construye su conocimiento social y cultural en contacto con su ambiente bioecológico en un tiempo determinado; por tanto, existen diferencias generacionales que pueden ser determinantes para este estudio, por lo cual, delimitar estas edades permitió un mejor control y contextualización de la información brindada por la población en función de una misma cohorte generacional. Además, permitió establecer las características sociales y culturales de esta población dentro de un momento específico en la historia. Esta elección supone una generación de información que permita lograr los objetivos investigativos.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que debieron cumplir las personas participantes del estudio son:

- Capacidad cognitiva mantenida: Se aceptaron participantes que no tuvieron ningún tipo de deterioro cognitivo severo o enfermedades degenerativas de las funciones cognitivas, esto con el fin de que el discurso brindado sea lo más veraz posible. Para determinar este punto se realizó una entrevista inicial de presentación con la potencial persona participante y con la coordinación del programa, en la que se indagó sobre el contexto y la salud general de la persona adulta mayor.
- Asistir regularmente al programa: Por el tipo de población por estudiar, no se seleccionaron en el estudio personas que no estuvieran activas en los programas universitarios; esto debido a que las sesiones de entrevista y demás se realizarían frecuentemente, lo que requiere un compromiso temporal por parte de las personas participantes para lograr una recolección eficiente de la información.
- Por último, se buscaron participantes que tuvieron o tienen relaciones de pareja estables, para enriquecer el tema sobre la vida sexual desde la propia vivencia, por lo cual se estableció que las personas participantes debieron haber tenido una relación de pareja en cualquier momento de su vida, sea matrimonio, unión libre o noviazgo de al menos 5 años.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las personas participantes que no estaban dentro del rango de edad establecido; las personas que tuvieran menos de seis meses como integrantes del programa, debido a que se requerían participantes que asistieran regularmente y se encontraran familiarizados con el contexto del programa; personas con deterioro cognitivo moderado y severo, y personas con incapacidad para expresarse oralmente.

Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Con el fin de recolectar información específica sobre el conocimiento en salud sexual, además de identificar las principales fuentes de información que intervienen en el grado de estos conocimientos, se propusieron los siguientes instrumentos de recolección de la información.

Relato de vida

Las fuentes de recolección de información predilectas para la investigación narrativa son la entrevista, las cartas, autobiografías y relatos orales; es por esto por lo que esta investigación aborda su objeto de estudio desde el relato de vida. Según Cornejo, Mendoza y Rojas (2008), los seres humanos crean diariamente relatos, ya sea sobre otros o sobre sí mismos. Estos relatos cotidianos sobre cómo se sienten, cómo se definen o cuál es su posición frente a determinada temática son una interpretación personal de sus experiencias. Es por esto por lo que el relato de vida permite explorar hechos biográficos del individuo que tienen significancia con el tema de la salud sexual y que están relacionados con el proceso social de la sexualidad en la persona adulta mayor. Esta exploración se realiza desde dos niveles de interpretación, pues el investigador está interpretando la interpretación de un narrador sobre la propia construcción de su vida. Se pudo constatar en los antecedentes que, al tratar un tema como la salud sexual, las personas participantes pueden tender a cohibirse y no expresar sus opiniones más sinceras sobre el tema, esto puede deberse a la falta de privacidad que pueden percibir. El uso del relato de vida como instrumento da una posición de protagonista a la persona participante donde puede elegir la manera en la que construye su narración en función de la situación (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008), de manera que agrega una seguridad y mayor confianza en las personas participantes, los cuales, mediante el uso del

anonimato, y el consentimiento informado pueden tener una mayor apertura y alcance durante el proceso de recolección de la información y de esta forma profundizar en los significados que estos relatos tienen para su vida, lo cual permite analizar los hechos más determinantes en la construcción del conocimiento en salud sexual. Además, con el fin de conocer cómo ha sido la construcción del conocimiento en salud sexual, el relato de vida permite recopilar hechos biográficos que contengan significados que enriquezcan la investigación. Los temas por tratar en el relato de vida están basados en determinar los temas que maneja la persona adulta mayor en torno a la salud sexual, cuáles son sus actitudes ante el tema y cuáles han sido las principales fuentes de información a través de su vida para la construcción de estos conocimientos.

Notas de campo

Este instrumento de interanálisis tiene como función principal acompañar el proceso de recolección de los relatos, así como de los análisis que se van realizando en esta etapa (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008). Las notas de campo permitirán recopilar reflexiones del investigador durante la construcción del relato de vida y proveer de información que pueda ser de utilidad para enriquecer la recolección de la información y su posterior análisis. En la relación investigador-narrador existen diversas situaciones que no son posibles de abordar únicamente con las grabaciones de audio de los encuentros. La nota de campo es un auxiliar para identificar comportamientos, gestos y demás situaciones que conciernen a la investigación.

Estrategia metodológica y análisis de la información

La estrategia metodológica para esta investigación fue fundamentada desde la narrativa y sus aplicaciones a la investigación. La investigación narrativa se basa en la

experiencia de cada individuo y cómo esta experiencia puede historiarse por medio del relato. Según esta metodología, las personas moldean sus vivencias, pasadas y presentes, por medio de relatos que permiten entender cómo la persona interpreta y se relaciona con su entorno y cuál es el significado y simbolismo que la persona le da a cada vivencia. Mediante al relato, se puede comprender cómo la persona reacciona ante diversos temas, cuál es significado que tiene un tema específico en su vida y cómo ha interactuado con él a través del tiempo. La investigación narrativa estudia la experiencia de cada sujeto como un relato cargado de significado e interpretación. A partir de esta estrategia, la investigación se dividió en 3 etapas; a saber:

Etapa 1. Recolección de la información

A partir de los instrumentos señalados anteriormente, el trabajo de campo inició con la presentación inicial con las personas participantes donde verbalmente se acordó su participación en la investigación. En la siguiente reunión se realizó la entrevista inicial sobre su salud, además de la firma del consentimiento para formar parte de la investigación. Posteriormente, inició la recolección de la información sobre la construcción de conocimientos desde la propia experiencia de las personas adultas mayores mediante los relatos de vida; esta información se recolectó por medio de diversas sesiones con cada participante durante los meses de marzo a octubre de 2020, en las instalaciones del Centro de Estudios Generales de la Universidad Nacional, instalaciones que también son utilizadas por el PAIPAM. En la construcción de los relatos de vida dirigidos a este tema se realizó un diálogo entre el investigador y la persona donde se indagó cómo ha sido la construcción del conocimiento en salud sexual a través de su vida. Esta construcción permitió conocer cuáles han sido las principales fuentes de información en este proceso, cuáles son los conocimientos

actuales en esta etapa y cuál es significado que tienen estos conocimientos para las personas participantes. Durante este proceso los diálogos fueron grabados en notas de audio y se realizaron las notas de campo que complementaron la recolección. Se indagó a profundidad cuáles fueron los principales factores que intervinieron en el conocimiento que poseen las personas adultas mayores sobre salud sexual, cuáles son las características de este conocimiento y de dónde se obtuvo. Finalizadas las entrevistas se procedió a transcribir todas las conversaciones en su totalidad para tener una base textual de toda la información.

Etapa 2. Análisis

Una vez finalizada la transcripción de la información mediante la construcción de los relatos se procedió a realizar un análisis de contenido de la información recopilada. De acuerdo con Marradi, Archenti y Piovani (2007) esta técnica de interpretación se basa en procedimiento y clasificación de textos, los cuales en este caso son entrevistas a profundidad. El análisis de contenido cualitativo interpreta el contenido apoyándose de categorías analíticas para describir sus particularidades, para esto, Arbeláez y Onrubia (2014) fundamentan que es necesario que se sigan 3 pasos:

1. Fase teórica: Preanálisis. En el cual se organiza la información a través de una revisión superficial de los documentos, lo que permite la emergencia de las primeras aproximaciones hipotéticas del trabajo.
2. Fase Descriptiva – analítica. Donde se describen y analizan las entrevistas.
3. Fase interpretativa. Paso en el que se interpreta el análisis de contenido según las categorías emergentes y la teoría revisada.

Las transcripciones narrativas se estructuraron en categorías de análisis que surgieron de la identificación de patrones y temas en los relatos de las personas entrevistadas, además de la opinión experta. En consecuencia, se buscó profundizar en la comprensión de la construcción del conocimiento de la salud sexual en las personas adultas mayores participantes, mediante el análisis de las diferentes categorías que conforman este objeto de estudio. A partir de experiencias de las personas participantes y su construcción del conocimiento en salud sexual, se realizó una codificación mediante el programa Atlas TI, con base en categorías de análisis como la infancia, adolescencia, adultez y adultez mayor, las cuales se dividieron en subcategorías en torno al entorno familiar (microsistema), entorno circundante (mesosistemas) y el entorno sociocultural costarricense (macrosistema). Estas categorías fueron formuladas a partir de los hallazgos, el marco teórico propuesto y la opinión de expertos. Al establecerlas, fue posible manejar la información de manera más concisa y se propició que su interpretación y procesamiento se efectuaran de manera precisa. Finalmente, la saturación de las categorías se dio cuando ya no se encontraron nuevos elementos o datos que fueran enriquecedores para los objetivos de la investigación.

Para esta etapa de la investigación se utilizó la herramienta ATLAS Ti, con el fin de procesar las unidades de análisis mediante códigos que fueron divididos en categorías y subcategorías, según su importancia en los objetivos de la investigación, permitiendo una vasta organización de las entrevistas y notas de campo para su posterior análisis. Una vez organizada toda la información, se procedió a realizar una triangulación entre los resultados obtenidos, la posición del investigador y los referentes teóricos y conceptuales previamente discutidos y la opinión de expertos

Triangulación

Una vez organizada toda la información en los diferentes códigos propuestos por el investigador, de la mano de la opinión experta, se procedió a realizar una triangulación entre las categorías de análisis propuestas para abarcar los objetivos investigativos, los referentes teóricos y conceptuales previamente discutidos, y la opinión de expertos. Esto con el fin de que el análisis de la investigación proveyera información fidedigna y validada científicamente. Entre las personas expertas consultadas en la etapa de análisis destacan el tutor y las lectoras de la investigación, quienes son doctor y doctoras en gerontología con muchos años de experiencia en la investigación de la población adulta mayor.

Etapa 3. Reporte de investigación

En esta etapa se elabora el informe final del estudio a partir de las ideas expuestas durante el análisis, se ofrecen recomendaciones sobre cómo se puede realizar un mejor abordaje de la salud sexual en la persona adulta mayor y cuáles son los principales temas que necesitan especial atención.

Capítulo IV

Resultados

Luego de recopilar la información basada en los relatos de vida de las 10 personas participantes, se procede a presentar los resultados encontrados de acuerdo con las etapas de vida de las personas participantes.

Principales vivencias y experiencias determinantes en la construcción del conocimiento en salud sexual

En este apartado se abordan las principales vivencias que las personas participantes recuerdan y que han sido determinantes en su construcción del conocimiento en salud sexual. Estas vivencias se categorizan según las etapas del desarrollo de las personas participantes y su relación con su entorno bioecológico, donde sobresale su relación con el microsistema y mesosistema (Bronfenbrenner, 1981).

Infancia y familia (microsistema)

En este apartado se recopilan las primeras experiencias y vivencias de las personas entrevistadas. Es posible determinar las principales características del funcionamiento familiar, sus relaciones con su núcleo y su rol dentro de su familia. Esta etapa inicia con el relato de Fanny a continuación.

... Soy la menor de siete hermanos, una mamá muy exigente, pero santa, buena, nos enseñó a respetar y estudiar, un ángel en esta vida. Fuimos muy pobres, vivíamos en una casita del INVU, donde seis dormían en un cuarto. Todos estudiamos, fue una infancia muy bonita, jugábamos jackses, mecate, cromos, fui a la escuela Cleto

González Viquez. Papá se fue cuando yo tenía cinco años, pero mamá nos enseñó todo y nos sacó adelante...

Una de las características más constantes en todas las personas participantes durante su infancia fue la condición de escasos recursos y baja escolaridad de sus progenitores. A continuación, parte del relato de José Luis.

... Fue una situación bastante difícil porque papá no estudió, mamá, mi abuelo la sacó de la escuela y terminó siendo ama de casa, y diay fue muy duro porque éramos diez hijos y era muy fregado, teníamos que alquilar una casilla ahí la más barata que hubiera, porque éramos güilas y todavía no podíamos trabajar. Y desgraciadamente a mis once años se murió mi tata, y diay quedamos huérfanos y quedó la cosa peor, yo quería ser bachiller y estudiar y todo, pero todo se vino abajo porque era una situación muy dura entonces todos nos pusimos a trabajar.

También se pudo constatar desde el relato de Margarita que las familias se caracterizaban por ser de muchos miembros, lo cual dificultaba aún más el aspecto económico.

... Fuimos de mucha familia, once hermanos, muy pobres con piso de tierra, yo soy la mayor, mi papá nos llevaba a todos a coger café. Cuando salí de la escuela, mi papá no quiso que fuera estudiar, sino que como era la mayor, me ponían a hacer oficio en la casa y cuando salí de sexto me dio un machete y me dijo: “Usted va a ir a trabajar a los cafetales”, haciendo rueda a las matas de café, para que no le dieran a la mata, entonces limpiábamos alrededor y ellos iban en el centro...

Dentro de los hallazgos más recurrentes durante la infancia y que concierne directamente en esta investigación era la censura existente dentro del microsistema familiar sobre los temas relacionados con la salud sexual, la cual fue una constante en las experiencias de las personas participantes, como en el caso de José Luis.

... Nosotros vivíamos en una casilla por el estadio que tenía un buen patio, y nos decían: “Váyanse para el patio porque viene una señora a vernos”, y ya cuando entrábamos estaba el bebé llorando, donde había nacido, todos nacimos en la casa con partera...

En el caso de Fanny:

... Mamá, si llegaba una visita, nos hacía con los ojos así, y entendía usted: “Salga que vamos a hablar nosotros”, nunca oyó usted una conversación de la mamá con una vecina o una tía, no se permitía.

Por su parte Juan recordaba lo siguiente:

Mis papás tenían su vida íntima normal digamos, pero no con la apertura que hay ahora, que los padres hablan con sus hijos, verdad. Entonces había cosas que uno ni se enteraba. Yo me acuerdo de ver a mamá así como gordita y luego decirnos que viene la cigüeña y nos dejaban con una vecina y luego llegaba mi mamá con mi hermanillo ahí en brazos. Yo creía en la cigüeña como en el niño, verdad.

Por su parte Sigifredo recuerda cómo desde pequeño existían en su casa fuertes castigos físicos:

El asunto es que ellos no tenían compasión por uno, como hoy en día que no se puede pegar o así, mi mamá nos pegaba con una vergatoro, nos quitaba la ropa y nos hincaba en maíz y luego nos daba, verdad, ya luego llegaba mi papá al rescate, y cuando llegaba nos soltábamos en llanto, porque estábamos pequeñitos, teníamos como diez, ocho años. Pero ahora pasa que uno viejo, uno ya no actúa así, tiene que modernizarse y actualizarse a las cosas.

Infancia y sociedad (mesosistema)

Este apartado señala las principales relaciones fuera del sistema familiar, como la relación con los pares y el contexto académico, así como su impacto en la construcción del conocimiento.

Durante la infancia fueron escasos los hallazgos dentro del contexto académico, lo que muestra los vacíos en la educación sexual de la época que tendrían un impacto en el desarrollo de las personas participantes. El entrevistado Morado recuerda lo siguiente:

... Estaba como en cuarto grado de la escuela, y había un adolescente que nos habló de eso [sexo], de hecho, viéndolo ahora con la terminología de ahora se podría decir que él abusó de nosotros...

Por su parte, Esperanza también recordaba la escasa educación sexual de la época en contraposición con la actualidad:

En la escuela fue muy poco, como por encimita, más que todo los órganos reproductores y para qué servían, pero nada de sexo como ahora que está tan abierto.

Adolescencia y familia (microsistema)

Durante la adolescencia aún es posible observar cómo la censura social sobre la sexualidad era experimentada en el entorno familiar; sin embargo, también se pudo constatar cómo se empezaron a dar las primeras conversaciones acerca de la salud sexual y se empiezan a sentar las primeras bases de conocimiento sobre este tema. Iniciando, tenemos parte del relato de Esperanza:

Hay una revista, que no sé si todavía sale, se llama Sexología, una revista pequeñita que vendían en los supermercados y mamá la compraba y la leía y una vez yo la estaba leyendo, ya grande y ella me la quitó y me dijo no era una revista para que yo la leyera, porque yo la iba interpretar mal, que era ella la que tenía que leerla y si yo quería saber algo, yo le preguntaba y ella me explicaba, o sea, no había ese atrevimiento de que uno se ponía a ver pornografía o cosas así porque para ellos todo eso era malo.

Juan recalca la función que tuvieron sus hermanos y padre en esta etapa:

Conforme uno iba creciendo iba aprendiendo y los hermanos mayores eran los que más cumplían esa función, y uno acudía al hermano mayor cuando iba viendo los cambios, sobre todo en la adolescencia, yo le preguntaba a mi hermano y él me decía tranquilo. Ya luego un día mi papá me llamó, ya mayor, cuando tenía noviecillas, para decirme que tuviera cuidado. Que la cosa es así y así...

Los cambios fisiológicos durante la adolescencia tanto en hombres como mujeres son un punto crucial en la apertura hacia el conocimiento sexual, debido a ellos es posible observar el gran desconocimiento sobre el tema, pero también la función de la familia como

microsistema para acompañar a las personas participantes durante estos cambios. Inicia el relato de Ginette:

La menstruación me vino y nadie me dijo que tenía que venirme, sino que yo me golpeé porque andaba en una bicicleta, me golpeé y sangré y yo no le dije nada a mi mamá ni me abuelita porque me iban a regañar, 17 años tenía yo cuando me vino la menstruación.

Por su parte, Esperanza recuerda el acompañamiento de su madre en su primer periodo, y cómo participo en el parto de una de sus hermanas:

En la menstruación yo no me asustó, porque ella me preparó, me contó que a ella le vino a los doce años a mí a los doce años, me dijo no se asuste, me compró faja elástica que uno usaba en ese tiempo, y en ese tiempo no había esas toallas desechables de ahora, entonces me compró una docena de toallitas que se lavaban.

Yo participé con mi abuelita en el parto de una de mis hermanas, entonces yo casi que vi donde nació mi hermanita, no me asustaba, porque ya mi mamá me había explicado poco a poco.

Adolescencia y sociedad (mesosistema)

Este apartado recoge las experiencias de las personas participantes fuera de su núcleo familiar: las vivencias con su entorno social cercano, sus primeras relaciones románticas, vecinos, pares, compañeros, conocidos, etc.

Contexto académico. El contexto académico empieza a ser más mencionado por las personas participantes como una fuente de conocimiento en salud sexual durante la

adolescencia. Este es el primer acercamiento del aparato educativo y gubernamental sobre la formación en este tema. Morado inicia recordando su paso por el colegio:

En el Liceo de Costa Rica sí nos dieron clases de sexualidad, nos las dio un sacerdote, que era una persona muy amplia y había capacidades de expresión, y luego el profesor de biología, nos explicaron todo el tema fisiológico y todos los años llegaban a hablarnos de eso.

Juan también recuerda sus primeras conferencias sobre salud sexual en esta etapa:

En el colegio en primero y segundo año ya empezamos a recibir algunas conferencias. Entonces ya uno va aprendiendo, por ahí anduvo la cuestión.

Dentro de este sistema educativo se pudo identificar cómo las personas docentes cumplían un rol importante en el acompañamiento y la construcción de conocimiento de las personas participantes.

Continúa el relato de Juan, quien asistía al Colegio Samuel Sáenz:

Fue en el colegio que empecé a recibir biología y con una profesora muy seria, muy buena, nos explicó todo, que todos quedamos así [sorprendido], porque era todo nuevo, ella llegó con unos carteles y presentó los aparatos reproductores y todos sorprendidos, verdad.

Con respecto al tabú en relación con la menstruación, Zoyla narra:

Cuando entré al colegio fue que me di cuenta cómo era la cosa, incluso cuando me vino la regla yo me asusté toda, le pregunté a mi mamá y no me dijo ni me explicó

nada, fue la maestra la que me explicó grosso modo para sacarme de la duda. Póngase esto y esto le pasa a las mujeres una vez al mes, eso fue todo lo que me dijo mi mamá.

Pares. Los amigos, compañeros, vecinos y demás individuos pertenecientes a mesosistemas que interactúan alrededor de las personas participantes cobran protagonismo.

Ginette se informó sobre la menstruación con ayuda de primas y tías:

... Le tenía uno más confianza a la gente de afuera que a los papás. Yo tenía una prima con la que hablé de que yo sangraba, y le dije a una tía, y ahí empecé a usar pañitos, verdad, que Dios guarde alguien los viera...

En el caso de Margarita, tuvo su primer periodo sin saber todavía sobre el tema:

Con la menstruación yo me asusté muchísimo, porque yo trabajaba en los cafetales, y un día me sentí yo mojada, y le dije a una señora: “Vieras que estoy toda mojada”, y les conté y me dijeron: “Ay, chiquilla es que le bajó la regla”, porque mamá nunca me había dicho nada.

Por su parte, se dan las primeras relaciones amorosas de las personas participantes, principalmente marcadas por la inocencia y el desconocimiento. José Luis relata sus primeras relaciones de pareja:

Diay, uno se hacía sus noviecillas, yo empecé a jugar con Heredia con 14 años, ya le daban a uno lo de jugar entonces no se gastaba nada, mientras tanto trabaja en el correo y mi hermanillo en el telégrafo.

Otro aspecto determinante durante estas primeras relaciones era el control impuesto por los progenitores sobre los encuentros. Esperanza relata sus primeras salidas con su novio y el control de los padres en la época:

Con mi esposo, que era mi novio en ese tiempo, pusimos a mi suegra en el centro, le dijimos que fuera ella a acompañarnos al cine, yo le dije a mi mamá que iba a ir con mi suegra al cine, y de verdad fuimos con ella al cine, entonces no le mentimos a mi mamá, porque él quería ir al cine conmigo.

A pesar de este control de parte de los padres, el desconocimiento de las personas participantes sobre la salud sexual, principalmente la anticoncepción, fue causante de embarazos durante la adolescencia. Margarita relata su experiencia a continuación:

Cuando tenía 15 años, intentaba salir con amiguillos pero mi papá no me dejaba, entonces salíamos a escondidas, era un muchacho que era compañero de la escuela y me invitaba a salir, y ya al tiempo de estar saliendo pasó lo que pasó, entonces salí embarazada y resulta que cuando le dije a él, él le dijo a los papás y ellos lo que hicieron fue enojarse, y cuando yo le dije a él, lo que me dijo fue: “Yo a usted ni la conozco”. Fue muy duro para mí. Y yo le conté a mamá y mamá lo atajó y le pegó, entonces le pusimos al patronato, pero aun él lo negó todo.

Posteriormente, Margarita quedaría embarazada de nuevo, cuando todavía era menor de edad.

Ya me quedé con mamá y siempre me volví a enredar con otro, tuve otro hijo a los tres años y medio, pero él sí lo reconoció. Él me apoyó en el tiempo de embarazo y me dio pensión. Yo estaba muy jovencilla cuando eso.

En el caso de los hombres, durante esta etapa se dieron las primeras experiencias sexuales con prostitutas; por lo relatado, se manejaba la visión de que tener relaciones sexuales era el motivo de pasar de ser un niño a un adulto. José Luis relata su experiencia y cuáles fueron las vías para llegar a participar de estos servicios.

En los equipos de fútbol es pura vida, decían ‘‘Mae yo voy a ir donde una viejilla en Alajuela dicen que cobra tres pesos’’. Y ya uno con 15, 16 años, ya quería ser hombre, verdad, porque si uno iba donde una mujer ya era hombre. Yo recuerdo que íbamos tres y la viejilla después de que uno lo usaba le echaba limón en el pene, para que no le pegaran nada, pero eran 100 casillas que le decían: ‘‘Pase, pase aquí, aquí le rebajamos’’, nosotros íbamos los martes a Alajuela ahí por donde Juan Santamaría.

José Luis relata que estos encuentros con prostitutas eran comunes para su grupo de amigos:

Uno entraba a la casilla y le decían: ‘‘Usted pase ya’’, y era un vacilón, como con 17 años y la viejillas uno encima de ellas y ellas hablando de la novela, de que tal no se iba a casar [risas]. Entonces ya salía uno y lo limpiaban y le decían: ‘‘Bueno, hasta el otro martes’’. Pero éramos todo mundo, verdad, era casi que de todas las semanas. Y antes de eso uno también pasaba por el masturbarse, verdad, como adolescente que era, verdad.

Adulthood and family (microsystem)

Este apartado recopila las vivencias de las personas participantes en su familia a partir de los 18 años. Cabe resaltar que se incorpora el matrimonio o la unión libre como núcleo familiar y relaciones de noviazgo como fuera de este mismo.

Uno de los principales hallazgos en las primeras etapas de la adultez fueron los embarazos no planificados; estos dan pie a la identificación de diversos fenómenos subyacentes, desde los vacíos en conocimiento y acompañamiento sobre salud sexual, hasta los juicios sociales claramente marcados de la sociedad y los conflictos familiares de un embarazo fuera del matrimonio.

Margarita relata cómo su embarazo fuera del matrimonio le causaba tanta vergüenza a su mamá que tenía que llevarla al hospital de noche para que no la vieran:

Imagínese que cuando mamá se dio cuenta del embarazo, cuando tenía que traerme al hospital para hacer un examen desde San Rafael me llevaba en la noche, a las 7 o 8 de la noche y ahí me metía de contrabando y hablaba con los doctores y hacía toda la vuelta, pero mi mamá me llevaba a pie por el Bajo de los Molinos hasta llegar a Heredia por dentro, en la noche, nada de bus, escondiéndome para que nadie me viera.

Por su parte, Fanny también relata cómo quedó embarazada debido a la falta de conocimiento:

Mayor de 18 años fue que empecé con el novio que tenía en el momento, y quedé embarazada sin saber nada, ni cómo se hacía ni nada, y si usted me pregunta por los

colegios, en los colegios no se daba nada, ya cuando quedé y el muchacho que sería mi marido fue a hablar con mamá, mamá casi me mata a mí; mis hermanas no dejaron que me pegara porque estaba embarazada, me case con el muchacho y tuvimos solo un hijo.

Hasta que le conté a una amiga y ella me decía: “Tomá canela”. [Pausa] Pasó un mes, el que sería mi marido fue con un amigo que era médico y me dijo que estaba embarazada y me preguntaron que si quería sacármelo y yo dije que jamás y me enfrenté a mamá; claro, mamá casi se vuelve loca, si era la menorcita de la casa.

En cuanto los primeros encuentros sexuales y el embarazo adolescente, Margarita relata:

Cuando yo estaba con el muchacho no sabía nada, cuando estaba con él, yo no quería y él de necio, y nunca se me olvida que él me dijo: “Es que si no me da la gangrena” y yo tontica, y diay muy rápido quedé embarazada.

A partir de esta etapa, se presentan las relaciones de matrimonio o de unión libre, que pasan a ser entendidas como un nuevo núcleo familiar de las personas participantes (microsistema).

Dentro del relato sobre la vida matrimonial o en unión libre, se encontraron tanto experiencias positivas como negativas; sin embargo, resulta vital recopilar las experiencias durante esta etapa para comprender cómo afectan la construcción del conocimiento en salud sexual hasta la adultez mayor.

Ginette fue poco específica acerca de la relación con el padre de sus hijos. Durante la recopilación de información fue posible observar que siempre evitó hablar de esta persona.

Cuando empecé con mi pareja que tuve dos hijos, pero nunca me casé, no me arrepiento de haberlos tenido, pero si me preguntan, trato de evitar la historia del papá.

Sigifredo relata cómo su inseguridad, causada por experiencias traumáticas en su adolescencia e infancia, lo hicieron ser un hombre con mucha vergüenza, que no pudo acudir por ayuda en torno a la vivencia de la salud sexual.

Y bueno tuve mi primer matrimonio y luego el segundo que es el que tengo ahora y nunca, nunca, encontré felicidad, busqué felicidad con mis esposas y nada, y algo que me afectó a mí mucho durante estos años es que emocionalmente, sexualmente y socialmente quedé afectado, me afectó demasiado, hasta hoy día, yo no hallo cómo vestirme, cómo presentarme, una inseguridad terrible.

Durante esta etapa, debido principalmente a los controles médicos a los que las personas participantes asistían se pudo recopilar los primeros conocimientos sobre la planificación familiar y protección contra enfermedades.

Juan nos relata los métodos anticonceptivos que utilizó, además de las enfermedades venéreas que conoció durante esta etapa:

Cuando nos casamos usamos el Billings y me acuerdo que le advertían a uno, la gonorrea, sífilis, chancro, básicamente esas eran esas, el herpes, en ese momento no se hablaba de sida, pero después sí.

Mauricio también relata los principales métodos que conoció:

Los métodos más comunes que conocí fue el preservativo, la pastilla que toma la mujer, el DIU, ahora también hay preservativo para la mujer, eso lo oí principalmente en la televisión, pero ahora que hay televisión. Usé preservativo, eso era un mito antes, ahora hasta se los dan en la clínica, yo me acuerdo que una vez fui a pedir a la clínica y me dieron una bolsa [risas].

En el relato anterior, se evidencia cómo la televisión empieza a ganar fuerza como fuente de información en salud sexual.

Adulthood and society (mesosistema)

Durante la adultez, los mesosistemas circundantes a las personas participantes continúan siendo fundamentales para la construcción del conocimiento en salud sexual. La recopilación de los relatos permitió identificar que las interacciones con pares y los sistemas educativos, médicos y gubernamentales son determinantes en la construcción del conocimiento en salud sexual.

Entre los pares se encuentran colegas de estudio, vecinos, colegas de trabajo y otras personas con las cuales los temas se trataban de manera más abierta.

Mauricio relata que la mayoría del conocimiento lo obtuvo fuera de su casa:

La mayor escuela que tiene en esos casos es la calle, verdad, en la calle, a pesar de que yo era bastante quitado, para esas cosas, había otros que no.

Ginette recuerda cómo aprendió sobre métodos anticonceptivos mientras cursaba la universidad:

Cuando yo estaba joven entre compañeras de carrera decían: “Usted puede planificar con el ritmo, con pastillas, ahí fue donde aprendí”. El ritmo, la T de cobre, las pastillas, DIU, la inyección que se ponía cada mes, yo usé únicamente las pastillas porque los otros me daban miedo.

Mientras tanto, Mauricio recalca la función que tuvieron sus pares en su adultez temprana:

Con los compañeros de trabajo se daban muchas bromas, de eso tipo vulgar pero también los mismos compañeros de trabajo me aconsejaban. Lavando carro con otros aprendí que era eso de la masturbación jovencillo y así con amigos uno oye, y contaban que hacían eso de masturbarse, a mí no me nacía todavía.

Dentro de estos grupos sociales también se compartía información sobre las enfermedades de transmisión sexual; sin embargo, la información siempre era superficial. Mauricio continúa con su relato:

Oí de la gonorrea, del chancro, después de ahí pasaba al sífilis, oía en el trabajo mucho, “Ay, mae, me pegaron cresta de gallo”, pero yo nunca supe qué era, aparte de esas, también estaba el piojillo. Eso lo contaban los mayores que yo que ya iban a los prostíbulos, verdad, ya luego escuché del sida y papiloma en la clínica.

Sigifredo recalca medios de comunicación, como el periódico, y los pares como fuentes de información:

Por medio de los periódicos o información de otros compañeros, que me decían que cuidado con la mujer que me metiera, porque había enfermedades venéreas.

En el caso de Fanny, la información sobre los métodos anticonceptivos vino de amistades que estudiaban Medicina:

Tuve doctores muy amigos que decían cómo se usaba los métodos, que había el DIU, que había la T de cobre. Usé pastillas, usé el DIU, usé el T de cobre y ahora sé que está el preservativo femenino, plaquitas que se meten a las muchachitas.

Mientras tanto, los noviazgos durante la adultez joven aún presentaban la inocencia y respeto que se encontró durante la adolescencia. La timidez y el poco contacto físico fueron característicos en escenarios públicos. A continuación, se presenta el relato de Fanny al respecto:

Yo tuve novio en primer año, y el novio no me daba la mano, íbamos al cine, nos quedábamos sentados, veíamos la película y ni nos dábamos la mano, menos un beso.

Sin embargo, en escenarios privados fue posible recopilar cómo estas primeras parejas se las ingeniaban con tal de experimentar sus primeras relaciones sexuales. Continúa el relato de Fanny:

Yo salía con él a un hotel y yo iba feliz, si podía comprarme un calzoncito e iba feliz. ¡¿Quién me había dicho que quedaba embarazada si tenía sexo?! ¡¿Quién me había dicho a mí que era prohibido eso?! Nunca. ¡Yo iba feliz, porque sentía rico, muchacho! Él era de mi edad, y venía y me llevaba y yo iba feliz, no le digo que yo era la que insinuaba de que fuéramos porque era muy bonito y decía: “Que rico otra vez a hacer eso”.

Por su parte, Juan recuerda sus vivencias de noviazgos y los juicios sociales acerca de la edad y el matrimonio.

Yo salía con mi esposa a un grupillo juvenil cristiano, con cura y todo, y entonces para la fiestilla del 24 en la noche nos dimos el regalillo y todo. Yo tuve que pedir entrada, verdad, formalmente y todas esas cosas, marcar con el suegro a la par, y mi suegro a las 9 diciendo que tenía sueño y era un vacilón así. A los 25 ya usted tenía que tener trabajo y buscar novia, verdad, y las mujeres a los 23 ya entraban en crisis porque las iba a dejar el tren, verdad.

Otro tema importante por resaltar es la continuación de las vivencias en torno a la prostitución que relataron los hombres y cómo el desconocimiento de estas mujeres las llevó a contraer diversas enfermedades de transmisión sexual. Sigifredo relata su experiencia a continuación:

Paréntesis, yo me encontré con una panameña que se dedicaba a esa vida pero ella era reservada, yo le hablé y nos fuimos a un cuartillo que había por el Cine Moderno. Me acostó y me pasó alcohol en las partes íntimas y a limpiarme con pomadas, “Porque yo tengo que estar segura que no voy a tener ningún contagio”. Y esas cosas yo las aprendí en la calle.

Por su parte Ginette recuerda atender muchas mujeres que contraían enfermedades debido a la prostitución y la poca protección:

Yo veía en las unidades sanitarias a las prostitutas, que les decían las malas, eran 20 señoras haciendo fila por lo mismo, por enfermedades venéreas, todas con lo mismo porque se contagiaban mucho y en ese entonces era ponerle penicilina. Y muchos

hombres, allá por la zona bananera no tenían mujer, entonces se daba mucho lo de la prostitución. Usted iba a la unidad sanitaria y veía ese montón de hombres y mujeres contagiados.

Adulthood and family (microsystem)

Este apartado presenta el relato de las personas participantes sobre sus vivencias dentro de la adultez mayor, iniciando esta etapa desde los 65 años hasta la edad presente. Se recopilan primero las vivencias dentro del núcleo familiar, enfatizando en las relaciones amorosas, de matrimonio y de unión libre.

Fanny relata su relación actual de pareja:

Así pasaron los años hasta que este señor de ahora empezó a buscarme, él estaba casado con una alemana y un día se divorció y me llevó a vivir con él, y yo me fui y yo le decía a mi hermana que yo no quería, que yo solo quería disfrutar y ya, y bueno tengo 16 años de vivir con él, le he sido fiel porque yo soy mujer de un solo hombre, mientras no me las hagan.

Un hallazgo importante dentro de la experiencia en el entorno familiar fue la viudez, que varios participantes experimentaron o experimentan en la actualidad. Esta situación diferencia a las personas participantes entre las que buscaron una nueva pareja y las que permanecen en soltería.

Fanny continúa relatando su relación actual y profundiza señalando lo mucho que disfrutaba las relaciones sexuales:

Desde antes de morir mi marido, él andaba con otra señora, pero yo nunca discutí con él de eso... Yo quedé viuda y me gustaba mucho el sexo, me fascinaba, no me gustaba, me fascinaba, entonces me busqué otra pareja, y tuve una pareja por 21 años, nunca me quise casar con él, él estaba juntado con otra señora, yo le decía que no podíamos hacer esa grosería a la señora, disfrutemos, vamos, pero no nos juntemos...

Por su parte, Esperanza, viuda también, relata que no tiene interés de encontrar otra pareja:

Yo vivo mi sexualidad tranquila, no siento nada, puedo ver a una pareja en la TV haciendo el amor en la televisión y no, no me gusta el canal o el programa, lo cambio, eso no es para mí, se lo dejo a los jóvenes, ya yo disfruté con mi esposo y está bien ya.

Un aspecto positivo acerca de la salud sexual es que, durante la tercera edad, una parte de las personas participantes se interesa en mayor manera por su propio bienestar sexual, buscando informarse y comprender los cambios en su cuerpo y su etapa de vida.

José Luis relata sus cuidados actuales en torno a la salud sexual y cómo otros hombres fueron contagiados con enfermedades de transmisión sexual, lo cual traía mucha vergüenza:

Yo me hago todos los exámenes una vez al año y a mí nunca me pegaron una enfermedad venérea, a otros maes sí, a mí no. Porque ellos iban a otros lados más peligrosos, y diay le tocaba ir al doctor y diay les daba vergüenza y uno no hallaba cómo, porque en la casa a uno no le enseñaban nada, Dios guarde decirle a la mamá que uno estaba pegado, nombre.

Por su parte, Juan, quien comentó que ha aprendido a usar Internet, relató un poco acerca de su autoformación en los cambios fisiológicos de la adultez mayor en el hombre:

Yo me puse a investigar y en nosotros los varones se da la andropausia y también hay cambios hormonales, que ya no sos tan potente genitalmente, entonces uno tiende a frustrarse, pero hay que entender y asumir que es parte de la edad y lo hablo con mi esposa y lo conversamos mucho.

En el caso particular de los hombres, la disfunción eréctil, entre otros cambios fisiológicos, pesan en su vivencia de salud sexual y de pareja. Juan continúa su relato:

Ya las estoy viviendo las disfunciones, pero hay que madurarlo, porque si no uno se asusta o se ahueva, verdad. Cuando uno siente que empieza a perder eso afecta su varolinidad, entonces uno siente que se le está yendo una parte de la vida. En esta edad se vuelve más espiritual la relación, uno va perdiendo erección, entonces la cuestión mental va siendo más tranquila. Lo trabajo con mucho diálogo con mi esposa, ahora uno entra a Internet y me di cuenta de los cambios normales de mi edad.

Adultez mayor y sociedad (mesosistema)

Entre los mesosistemas más recurrentes durante esta etapa, resaltan los servicios médicos estatales, grupos de pares y el grupo social del PAIPAM al cual las personas participantes asisten regularmente.

Ginette relata sus actividades sociales con amigas en la actualidad:

Yo vivo sola, como te digo, a veces salgo con mis amigas que también están solas, y ellas dicen: “Ay, que ganas de conseguirme un novio”, y a mí también me gustaría, pero que sea una persona buena, porque yo no quiero hacerle daño a ninguna familia.

En los relatos fue posible identificar cómo los juicios sociales perjudican las oportunidades de informarse y construir conocimiento en salud sexual en la persona adulta mayor. Zoila relata que ha percibido cierto juicio social, al intentar informarse siendo una adulta mayor:

Me metí a AGECO [Asociación Gerontológica Costarricense] y ahí dan mucha información, sobre todo de la sexualidad en el adulto mayor. Porque mucha gente considera que ya uno no tiene derecho por la edad que tiene, y si uno habla algo sobre su relación con el marido, algunos creen que es un ridículo.

Impacto del contexto bioecológico (macrosistema) en la construcción del conocimiento en salud sexual

En este apartado se presentan las principales características culturales, morales e ideológicas sobre la salud sexual, pertenecientes al contexto sociocultural o macrosistema en el que las personas participantes se han desarrollado, debido a que este permitirá comprender a fondo su proceso de construcción del conocimiento.

Este contexto se divide según las etapas de vida de las personas participantes (infancia, adolescencia, adultez y adultez mayor), y a su vez cada etapa se divide en juicios sociales, censura, desconocimientos y mitos, y valores presentes en este contexto bioecológico.

Contexto bioecológico en la infancia (macrosistema)

Censura. Durante la infancia de las personas participantes fue común hallar relatos sobre cómo las personas adultas excluían a los niños y las niñas de cualquier conversación que conllevara contenido sexual.

Mauricio recuerda su experiencia en la infancia en torno a los temas de salud sexual:

Había temas que no se hablaban, y uno ni se daba cuenta, yo me di cuenta de cómo venían los bebés hasta la menor de nosotros, y no me di cuenta porque viera, sino porque llegó una enfermera a la casa, ni sabía yo que era el embarazo, mi mamá podía estar embarazada y yo ni sabía y Dios guarde preguntar, jamás, no se podían hacer ese tipo de preguntas que no fueran de lo común. Yo me daba cuenta cuando mi mamá ya estaba en brazos con el chiquito y preguntar no se podía. Todo era ocultado, antes era como un tabú, hasta ver al papá orinando o así, no como algo malo, sino como con vergüenza.

No se podía estar metido en las conversaciones de las personas mayores, no era permitido, le hacían un gesto y uno sabía que tenía que irse de ahí, porque hablaban cosas que yo no podía escuchar.

Desconocimiento y mitos. En los relatos fue posible identificar claramente el desconocimiento existente durante estos primeros años, no solo en las personas participantes, sino también en sus padres, madres, pares y entorno social en general.

Morado recuerda algunos de los mitos que escuchó en su infancia:

Si uno no eyaculaba se le iban los espermatozoides para el cerebro, que si le soplaban el pene se le inflaban los huevos, esas cosas decían los compañerillos.

Por su parte, Fanny relata cómo sus padres le ocultaban los temas concernientes al embarazo:

Mi hermana Yeti se casó a los 15 años y los bebés los tuvo en la casa, y nosotros cuando oíamos en la mañana a un bebé que lloraba, mamá nos decía: “¿No oyeron la cigüeña anoche?” La cigüeña llegó y nosotros íbamos a ver el bebé recién nacido, un bebé.

Contexto bioecológico en la adolescencia (macrosistema)

Censura. Resultados similares a la infancia fueron encontrados durante la adolescencia en términos de censura y exclusión. Durante esta etapa se evidenció que instituciones como la Iglesia y el sistema educativo también promovían esta censura. Juan recuerda su etapa como monaguillo y los temas prohibidos en ese entonces:

Yo fui monaguillo con mi hermano en la parroquia y Dios guarde decir malas palabras, y carajadas así, y después hablar carajas de sexualidad, Dios guarde, eso en ninguna casa, nada, y vea como cambió todo que dan clases de sexualidad en los colegios. Las maestras de uno, Dios guarde, nada de hablar de eso.

Por su parte, Sigifredo relató cómo la salud sexual fue un tema que nunca se habló en su casa:

Punto cerrado, no se habló nunca, ni yo tuve ninguna orientación, en lo que es la sexualidad, nunca se tocó ese punto. Porque para ellos eso era una cosa prohibida, hablarla, prohibida.

Sin embargo, la familia como microsistema continuó siendo el sistema con mayor frecuencia a censurar en términos de comunicación sobre temas sexuales. Sigifredo reconoció que debido a la censura durante su infancia y adolescencia siempre creció distanciado de estos temas:

Ahora con respecto a sus preguntas, yo nunca tuve una educación sobre el tema sexual, era prohibido en mi familia, tanto me metieron eso en la cabeza, que yo hoy en día, no visito ningún doctor para que me ayude con mi relación sexual.

Ginette recuerda los castigos que recibía por solo preguntar sobre el tema:

Yo veía que mi mamá llegaba del hospital con el jabón rojo del hospital, con el bebé en manos, y yo decía “¿Pero por dónde nació el bebé?”. Y me pegaban por preguntar eso, entonces le daba miedo a uno a preguntar. Y Dios guarde de hablar de relación, los adultos lo mandaban al patio a uno cuando iban a hablar de eso.

Percepción social de la salud sexual y la mujer. En este apartado se profundiza en la percepción de la sociedad costarricense sobre los temas de salud sexual durante la adolescencia de las personas participantes, principalmente desde el relato de las mujeres. De esta manera se podrá analizar cómo el contexto social y sus mesosistemas afectaron la construcción del conocimiento en salud sexual de estas participantes.

Durante los relatos de las participantes, se pudo constatar que la censura social y la restricción sobre temas sexuales caía con mayor fuerza sobre las mujeres, quienes eran las que tenían menos acceso a información debido al machismo existente en la sociedad y a los roles impuestos por esta. Además de esto, también existía un gran rechazo social hacia la

mujer que quedaba embarazada antes del matrimonio o que había tenido relaciones prematrimoniales, creando aún más obstáculos para la construcción de su conocimiento en salud sexual.

Juan recuerda los juicios sociales existentes en la época contra las mujeres:

Porque era una época donde la restricción sexual era tan fuerte y la mujer por toda restricción social y todo, una mujer que no era virgen, pobrecita era muy duro, verdad, y si tenía un hijo o así las escondían y nos las dejaban salir, cosas de ese tipo.

Zoyla recuerda el machismo existente en su hogar y los estereotipos alrededor de la mujer:

Mi papá me dijo: “Las mujeres son para hacer oficio y tener hijos”, y mi mamá había vivido una vida dura, porque era un hombre machista, entonces me dijo: “Usted estudie, como sea, busque ayude pero estudie para que no termine como yo”. Y con una beca pude entrar a la carrera de Enfermería.

Juan relata que esta fuerte represión sobre la mujer también fue influenciada por la gran religiosidad de la época, que imponía desde cómo comportarse hasta cómo vestirse.

La religiosidad era muy fuerte, verdad, las mujeres tenían que entrar con velo y enagua larga a la iglesia, de la rodilla para abajo. Las inspectoras del colegio detrás de las compañeras midiendo las enaguas. Y nosotros la pantaloneta solo en la playa.

Por su parte, Morado recuerda que el embarazo antes del matrimonio era mal visto y se consideraba una vergüenza para la familia:

... Si alguien quedaba embarazado antes del matrimonio era un desastre para la familia, antes las mandaban a casarse ahora ha cambiado mucho...

Desconocimiento y mitos. La censura sobre los temas sexuales continuó muy marcada durante la adolescencia, fomentando el desconocimiento en las personas participantes. A continuación, el relato de Margarita:

Cuando iba a haber un hermano, decía papá: “Vamos a pasear un rato o estar allá un rato”. Yo veía a mi mamá embarazada pero no sabía que era. Y cuando nos iba a recoger decía: “No ven, mientras ustedes andaban paseando aquí vino la cigüeña y les dejó otro chiquito”, y todos creíamos, creíamos que era la cigüeña hasta que llegaron a once.

En el caso de Fanny, este desconocimiento favoreció la aparición de mitos sobre la salud sexual, principalmente como mecanismo para mantener a los adolescentes fuera de los temas sexuales.

Para mí era un mito todo, imagínese que yo llegué a los 13 años que yo creí que los chiquitos los traía una cigüeña, hasta ahora yo digo, “Qué tonta era”, pero era lo que yo veía. Todo era un mito antes.

Morado, por su parte, reflexionaba en cómo han cambiado los temas de conversación en las últimas décadas:

Hace 55 años, los temas de conversación son muy diferentes de ahora, ahí no se hablaba nada de sexualidad ni malas palabras, no había televisión y uno pasaba más en la calle que en la casa.

Contexto bioecológico en la adultez (macrosistema)

Censura y mitos. La censura sobre los temas sexuales se mantuvo durante la adultez joven de las personas participantes; sin embargo, con el pasar de los años y las décadas, se puede identificar cómo la sociedad presentaba apertura progresiva y mayor acompañamiento en los temas de salud sexual. A continuación, Margarita relata cómo aprendió sobre los métodos de planificación:

La cosa es que no había información de nada de cómo planificar y si había yo no lo sabía ni él tampoco y ahí fue donde quedé embarazada, ya después aprendí a planificar y el señor usaba condón y todo pero hasta que quedé embarazada y seguí usando pastillas por muchos años.

Fanny recuerda que durante su etapa universitaria adquirió más conocimiento sobre la salud sexual, aunque considera que aún hay poca información sobre las enfermedades de transmisión sexual:

Yo trabajé en un hospital 39 años y estudié Nutrición, entonces nos dieron Anatomía y Biología, pero en esta edad que tengo, creo que hay muy poca información sobre las enfermedades venéreas, y se lo digo porque conozco a muchos adultos mayores que ahora con la viagra, que pueden andar, buscan muchachas que quieren plata, y los contaminen de todo, sífilis y demás y creo que es por falta de información.

Uno de los cambios fundamentales durante la adultez de las personas participantes es que los mitos sobre la salud sexual empiezan a desaparecer, pero conforme se acerca la adultez mayor aparecen diversos mitos sobre la sexualidad, principalmente fomentados por los familiares

cercanos a las personas participantes. A continuación, Zoyla relata su experiencia y considera que es necesario más acompañamiento a la persona adulta mayor durante esta etapa.

Más que todo, como le digo, hay muchos mitos y muchas cosas, hasta los mismos hijos de uno, muchas veces, si ven que llega y abraza y le da un beso a la pareja le dicen: “Mami ya usted no está para eso”, como si no tuvieran derecho y yo creo que sí, aunque ahora hay mucha información y grupos de adultos mayores, pero en el aspecto sexual sí necesitamos como más ayuda.

Adulthood mayor (macrosistema)

Percepción social de la salud sexual. Uno de los aspectos más notorios de la etapa de la adultez son los muchos cambios sociales en torno a la apertura de los temas en salud sexual y cómo las personas participantes notan estas diferencias en comparación con su infancia y adolescencia.

Juan reflexiona sobre los cambios sociales que ha podido experimentar:

Hemos vivido el cambio de sociedad y ha sido muy fuerte; por ejemplo, yo para salir con mi novia ocupaba chaperón, tenía que llevar a una cuñada si quería ir, y a las 10 de la noche ya teníamos que estar en la casa.

Para Juan, entre estos cambios notables se encuentra la apertura a las relaciones sexuales fuera del matrimonio, situación que era señalada como negativa por la Iglesia Católica y evangélica:

Yo siento que antes era muy normal llegar virgen al matrimonio, verdad, ahora no, verdad, ahora lo pusieron como una necesidad, como comer y dormir, y hay que

tener, verdad, entonces se han preocupado por criar nada más responsabilidad, nada más, por procrear, o sea, no hay problema, tengan relaciones, pero cuidado con un hijo no deseado. Entonces, ese cambio ha sido muy fuerte y todo la educación que yo veo, darle condones y pastillas a los chiquillos de la escuela, lo que yo veo es un “No me traigas un problema aquí” por la imprudencia y así, y no sé, no sé hasta dónde será acertado eso.

Por su parte, Esperanza considera que hay más libertad en las relaciones sexuales, lo que percibe como algo positivo:

Ahora hay más libertad en la relación sexual, sí, se ha liberado mucho, es muy bonito si se aman, pero no por hacer daño, digo yo, para mí no está bien que un joven lo haga por jugar de vivo o por embarazar a la muchacha.

Entre los cambios positivos para la construcción del conocimiento en salud sexual se encuentran la facilidad en aumento que tienen las personas de recibir una educación en salud sexual en el microsistema del hogar desde las etapas de niñez y adolescencia. Al respecto, Fanny relata su relación de confianza con su nieta:

Ahora todo ha cambiado totalmente. Yo tengo a la nieta de 15 años y hablo con ella de mujer a mujer. Yo solo le digo: “Mi amor, cuídese, ¿quiere que la lleve a la ginecóloga?, ¿quiere ponerse un aparatito?”. Ahora se tratan los temas muy abiertos, ella misma me dice que en internet, todo lo lee, todo lo ve, todo lo sabe, y yo digo qué horror, cómo faltan los padres.

Juan relata la apertura de los temas sexuales desde su experiencia:

Totalmente, es más la apertura de género ahora, entendiendo la relación homosexual, verdad, en aquel entonces, en aquel entonces era escandaloso hasta la minifalda. Nosotros trabajamos en un tramo y había señora chancera famosa y le decían Cándida y ella era como muy sencilla, verdad, y los carajos de los tramos le compraron una falda para que se la pusiera y entonces todo mundo con esas caras, verdad, las mujeres bravísimas que trabajan en los tramos y los hombres chiflando y demás, verdad.

Sin embargo, Juan reconoce que estos cambios y apertura en el tema no han sido fáciles, principalmente el ambiente restringido en el que se desarrollaron.

Entonces, para nosotros los cambios actuales, por ejemplo, ver yo que una novia de mi hijo va a marcar a mi casa, yo digo qué es esto. Y ya me hablaron y me explicaron y bueno. Esos cambios nos han costado mucho, verdad, hasta llegar ahora, verdad, de aceptar uno que mi hijo el menor se vaya a la playa con la novia solo, a mí me cuesta digerir eso. Ese cambio generacional nos ha costado mucho, pero lo hemos asimilado y hemos intentado en la misma fe prepararnos, verdad, para la crianza de ellos, prepararlos para una vida independiente y responsable.

Entre los cambios negativos que las personas participantes han identificado durante su vida es que, a pesar de que existe mayor apertura en la educación sexual, esta no se ha desarrollado correctamente, sino que se ha dejado de lado el componente emocional y sentimental, y se ha enfocado más en el acto sexual. A continuación, Fanny relata su experiencia:

Sabe qué pasa, que hay muy mala educación sexual, muy mala. El hombre cree que el acto sexual es meterla, venirse y punto, no sabe que tocar orejitas, dar besitos,

llevar flores, sacarla a comer, decirle cosas bonitas, no solo con introducción del pene. Tengo una amiga que el esposo le dijo que le iba a hacer el amor y ella dijo qué bien, cuando llega el marido se le encaramó y ella le dijo: “Hey, hey, usted me dijo hacer el amor, no sexo”. Y eso se pierde mucho con el tiempo en el matrimonio.

Morado, por su parte, cree que la apertura en la educación sexual se encuentra mal orientada:

Yo siento que ahora ha cambiado mucho, pero que está mal orientado, porque están dejando de lado la parte emocional, social, sentimental.

Percepción sobre la salud sexual en la persona adulta mayor

Este último apartado de los resultados se enfoca en estudiar la percepción que tienen las personas participantes del estudio sobre la salud sexual, a partir de la construcción del conocimiento que han tenido a lo largo del desarrollo de su vida y el ambiente ecológico durante este proceso, ambos presentados anteriormente.

La gran mayoría de las personas participantes afirmó que la salud sexual y la sexualidad aún son importantes en su vida; sin embargo, muchos recalcaron la importancia de no reducir la salud sexual únicamente al coito. Fanny expresa el disfrute de la relación sexual, pero entendiendo esta como una relación que va más allá del coito:

Tener sexo es algo muy bonito, te quita tensiones, te hace sentirte bien, para mí el sexo, uno no debería dejarlo, desgraciadamente los hombres creen que es solo penetrar. Yo le digo a mi marido: “¿Usted sabe porque el gallo no tiene manos? Porque la gallina no tiene tetas”. Porque los hombres pierden eso de tocar y

acariciar, no es el acto, sino lo lindo que me hace sentir aquella persona, que me hace sentir bien. Un envejecimiento con sexo y con amor es un final de la vida bello.

Ginette, quien actualmente vive sin pareja, relata el impacto de la sexualidad en su vida y cómo es su experiencia en este momento:

El tiempo que yo tuve relaciones sexuales, yo me sentía como más alegre, como con más ganas, como con optimismo, como le explicara, con ganas de salir, que andar por allá, por acá, como que le da a uno más ánimo, porque lo disfruté. Ya tengo tiempo en que no he tenido nada, y me he sentido como muy sola, por tiempos deprimida, entonces yo siento que sí afecta, porque se aflige, se deprime, se cansa muy rápido, me aburro, en rato ya no me hacía gracia nada, entonces sí siento que sí hay una gran diferencia.

Esperanza afirmó que la salud sexual es un tema que aún debe abordarse y acompañarse durante la tercera edad.

Yo digo que la salud sexual siempre debería seguirse hablando, pero no como ahora, muchos jóvenes lo toman como un sarcasmo, digo yo, que tienen sexo por hacer daño, tal vez no porque le guste la muchacha, sino porque hay una competencia de jóvenes y eso para mí no está bien, si es una pareja que se quieren y se aman, pues está bien, sobre todo si son adultos.

Dentro de la percepción sobre la salud sexual, se pudo hallar que las personas adultas mayores disfrutaban de una sexualidad enfocada en la afectividad más que en el acto sexual

como tal, y que esta afectiva genera un bienestar físico y emocional. A continuación, se presenta la percepción de José Luis:

Hay más cosas que el acto, la amistad, llevarse bien, darse el gusto con un traguito, ir a bailar, y luego hacer el amor, eso es lo mejor que hay, pero en el acto sexual tiene que haber cariño, por salir del apuro no, no lo hice joven ni ahora de viejo. Eso de pagar y así no hay vida, en todo tiene que haber cariño y respeto, y no solo en eso, sino en todo en la vida.

Este hallazgo se encontró en reiteradas ocasiones, en las que también se recalcó que esta sexualidad basada en el cariño, el compartir del tiempo y la intimidad es fuente de placer para la pareja y les permite disfrutar esta etapa a pesar de las disfunciones sexuales que puedan aparecer. Sigifredo explica su percepción sobre la sexualidad:

La sexualidad es algo saludable pero, aunque no haya contacto sexual, hay otras cosas, la sexualidad no es toda la felicidad de las personas, y solo una parte de, no se trata de eso, hay otras cosas que te pueden hacer feliz, hay personas que si no hay sexo, no hay felicidad y no, es un placer, es un deseo y mucha gente confunde el matrimonio con que es solo eso, claro tiene que existir, pero no es esencial, hay otras cosas como disfrutar del ambiente, salir a pasear, ir a comer, ir a unas piscinas, usted puede recrearse con ella, acostarse en la noche y abrazarse y ver tele, es el cariño, es el amor, no el deseo, es el amor.

Juan considera que la sociedad se ha enfocado en entender la relación genital y no tanto el amor:

Desde el punto de vista humano, creo que la sociedad, o un buen porcentaje, se ha preocupado por entender la relación genital, no tanto del amor, enfocada en el placer, que se ha visto como una necesidad humana que tiene que ser llenada. Por eso se da mucho ahora de los amigos con derecho.

Esta sexualidad basada en la afectividad es para las personas participantes una meta que influye directamente en la duración de la relación, sin dejar atrás la importancia de una espiritualidad en ella. Morado explica cómo este entendimiento más amplio de la sexualidad conduce a una mejor vida en pareja:

Cuando una pareja aprende que la sexualidad no es solo el coito, tiene muchas más probabilidades de durar, y lo más importante de todo, una buena sexualidad tiene que estar acompañada de una gran espiritualidad, porque la espiritualidad hace que usted viva la cosas con una visión diferente.

La recopilación de resultados muestra que las personas adultas mayores han construido un conocimiento en salud sexual que les hace ser receptivas a una educación sexual basada en la afectividad. El participante Morado finaliza esta sección recalcando la importancia de abordar la sexualidad ampliamente, tomando en cuenta toda la afectividad que es parte de la vida en pareja:

Si nosotros orientamos la dinámica de la sexualidad que no significa solo sexo entonces hay mucho que orientar a los adultos mayores en cuanto a otros factores que pueden incidir en una sexualidad placentera sin que haya la relación sexual: las caricias, los besos, la estimulación, hay un montón de cosas, y que ese el punto, solo mientras el tiempo va pasando es que uno se da cuenta que no es coito lo importante.

Capítulo V

Análisis de resultados

A través de los resultados expuestos anteriormente se puede constatar la relación intrínseca entre la construcción del conocimiento en salud sexual y el ambiente ecológico a través de las etapas de vida de las personas participantes. Con el fin de responder el objetivo general de esta investigación, se presenta a continuación el análisis de esta construcción del conocimiento a partir de las etapas de vida designadas anteriormente.

Análisis de la construcción del conocimiento en salud sexual y la intervención del contexto ecológico en esta

Infancia

A través de la recopilación de los relatos de vida, con cada una de las personas participantes fue posible retratar cómo sus infancias se caracterizaron por desarrollarse en un ambiente de recursos económicos limitados. También se identificaron los roles de lo que se conoce comúnmente en la sociedad costarricense patriarcal como la familia tradicional, donde los padres, por lo general, se encargaban de la provisión económica mediante el trabajo remunerado y las madres desempeñaban las labores del hogar. En estos primeros años de vida resalta claramente el microsistema familiar (Bronfenbrenner, 1981) como el sistema principal en el desarrollo social y la construcción de conocimiento en las personas participantes. El padre, la madre, los hermanos y las hermanas fueron el primer contacto de las personas participantes con su entorno y sentaron las bases de lo que vendría a ser su identidad social y moral. En este microsistema se pudieron identificar las características relacionales de las personas participantes con su núcleo familiar y cómo en esta primera etapa de vida se definen los roles que las personas participantes tienen dentro de este microsistema

(Bronfenbrenner, 1981); por ejemplo, el rol de ayudar en los quehaceres del hogar, asignado principalmente a las mujeres, debido a la visión patriarcal de la época. Estos microsistemas, ubicados dentro del macrosistema de la sociedad costarricense de los años 40 y 50, estaban cargados de valores sociales y morales permeados a profundidad por el catolicismo como uno de los principales entes intervinientes en la cultura costarricense y el pensamiento social de lo que se consideraba correcto e incorrecto. Según Alpízar (2017), la Iglesia Católica ha dominado los elementos consensuales en la vida social cotidiana llegando a convertirse en una institución controladora de la cultura y del proceso educativo, hipótesis que es observable durante los relatos en los que todo tema sexual estaba cargado con la culpa y la vergüenza de algo que se consideraba pecado, Desde la postura sociocultural de Vygotski, estas características culturales de la época son fundamentales en el desarrollo de la niñez de las personas participantes y determinan la manera en que identificaron, valoraron y dieron significado a los temas en salud sexual (Lucci, 2006).

A partir de estas características socioculturales que distinguen al macrosistema costarricense de cualquier otra sociedad, se desarrollaron valores e ideologías que afectaron directamente la construcción del conocimiento en salud sexual de las personas participantes, entre ellos la censura, la discreción y el hermetismo existentes en todo tema relacionado con la sexualidad y la salud sexual, lo cual fue posible identificar en los microsistemas familiares de todas las personas participantes, donde este tema era un tabú cargado de juicios negativos y castigo para quienes hablaban o querían aprender al respecto. Esta carga social es determinante en la construcción del conocimiento en salud sexual de las personas participantes, pues debido a la prohibición, la mayoría de ellas crece con un gran vacío en el conocimiento en salud sexual y una percepción negativa acerca de la educación sobre el tema.

Según las personas participantes, estas variables afectaron de diversas formas su vivencia de la salud sexual, pues estos patrones fueron instaurados en ellas de manera que también se convirtieron en agentes que alimentan y perpetúan el sistema de creencias de la época (Bronfenbrenner, 1981).

Otro ejemplo de cómo los sujetos son moldeados por su macrosistema y al mismo tiempo son actores en la formación de este puede observarse claramente durante la recopilación de los relatos y la descripción del machismo y las ideas patriarcales predominantes en la época, donde el rol de la mujer era limitado a las labores del hogar y crianza, mientras el hombre se encargaba del sustento económico. Este machismo existente en el macrosistema repercutió en la dinámica de los microsistemas familiares donde las personas participantes se desarrollaron y, por tanto, afectó directamente la construcción del conocimiento en salud sexual. Prueba de esto es que la censura social existente en torno a los temas sexuales era aún más consistente para las mujeres que para los hombres.

Dentro de este macrosistema, se encontraron diversos mesosistemas, que consistían en la interrelación entre varios microsistemas. Entre estos se pudo identificar el sistema educativo costarricense de la época, el cual, no solamente carecía de los recursos e infraestructura para proveer una educación a la mayoría de la población costarricense, sino que también era influenciado profundamente por la Iglesia Católica y su dogma alrededor de la sexualidad, razón que generaba pobres o inexistentes programas de educación sexual, lo que propiciaba el desconocimiento sobre el tema (Alpízar, 2017). Prueba de esto fue las recurrentes ocasiones en que las personas participantes relataron nunca tener ningún tipo de educación sexual en la escuela y más bien ser castigados cuando preguntaban o hablaban algo relacionado al tema.

Es debido a este desconocimiento, aunado a la censura existente en la época, que fue posible identificar detalladamente los mitos existentes acerca de la sexualidad durante la infancia de las personas participantes. Estos pudieron fundarse debido a múltiples razones, tales como mantener a las niñas y los niños alejados del tema mediante la fantasía, o mediante la amenaza de un castigo para quienes buscaran información al respecto. Estos mitos también son parte de fomentar un ambiente de tabú alrededor de la salud sexual y añadir simbolismo al fenómeno de la sexualidad. Este simbolismo, según los postulados de Vygotski (1978), fue instaurado en las personas participantes mediante el signo, de manera que la construcción del conocimiento en salud sexual estuvo ambientada bajo este sistema de creencias punitivo y hermético.

Otro mesosistema identificado recurrentemente fue el vecindario y sus habitantes, quienes ante temas como el embarazo antes del matrimonio o las conversaciones sobre salud sexual reaccionaron con juicio, discriminación y censura, lo cual permite analizar al vecindario como una pequeña unidad representativa del entramado psicosocial de la sociedad costarricense y de los sistemas de creencias existentes en el macrosistema frente a los temas relacionados con la salud sexual durante la infancia de las personas participantes. Estos mesosistemas fueron de vital importancia para este estudio debido a la relevancia que tienen el entorno ecológico social y cultural para la psicología social de la salud. Según Seoane y Garzón (2010), esta rama de la psicología entiende la salud sexual como un fenómeno social en el que las características del ambiente, tales como valores, círculos sociales y otros sistemas como el barrio, la escuela y los centros gubernamentales, también fueron actores que intervinieron en definir la percepción que se tenía socialmente sobre la salud sexual. Estos postulados fueron posibles de analizar durante el relato de las personas participantes,

pues se evidenció que para sus familias era muy importante la relación con el resto de personas del barrio, pares y el entorno educativo. Pensamientos en torno al “qué dirán” fueron identificados, en los que la vergüenza y la censura no eran únicamente visibles en el sistema familiar sino también en el vecindario y otros sistemas circundantes.

Adolescencia

La adolescencia de las personas participantes se desarrolló durante las décadas de los años sesenta y setenta. En esta etapa de vida de las personas participantes es posible identificar la colisión entre los juicios sociales de la sociedad y sus necesidades de acompañamiento y conocimiento sobre la salud sexual, necesidades que se ven acrecentadas debido a los cambios fisiológicos de la pubertad. Es en esta etapa donde aparecen los primeros indicios de cómo el microsistema familiar y los mesosistemas empiezan a tener un rol más participativo en la construcción de las primeras bases sobre el conocimiento en salud sexual.

Iniciando por el microsistema familiar, se pudo identificar cómo cambios fisiológicos, por ejemplo, la menstruación, abrieron la posibilidad de entablar las primeras conversaciones sobre temas de salud, aunque estas fueran altamente censuradas, a tal punto de que se buscaba explicar los cambios fisiológicos, pero excluyendo de acompañamiento en torno a la sexualidad de las personas participantes. Prueba de esto es que, durante su adolescencia, las mujeres participantes conocían qué era la menstruación, pero no sabían cómo se producía un embarazo, lo que desencadenó en embarazos adolescentes. Según Loredo, Vargas, Casas, González y Gutiérrez (2015) este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en la población que vive en zonas rurales y con pocas oportunidades educativas, principalmente sobre los métodos anticonceptivos, además de tener difícil acceso a ellos. Por

lo tanto, se puede constatar que el embarazo adolescente que vivieron ciertas participantes tenía una relación intrínseca con el desconocimiento y censura de los temas en salud sexual.

Otro hallazgo notable durante esta etapa de vida fue el de la divergencia en la construcción de conocimiento en salud sexual de las personas participantes según la apertura y acompañamiento brindado por el microsistema. En los casos en los que la familia abrió los espacios y presentó una mayor guía y acompañamiento, las personas participantes crecieron con más herramientas y capacidades interpersonales a la hora de buscar información, expresarse y entablar relaciones sentimentales con una mayor apertura y comunicación durante su adultez. Por otra parte, las personas participantes que contaron con menos recursos dentro del microsistema para comprender sus cambios y construir su conocimiento sobre la salud sexual durante esta etapa presentaron mayor dificultad a la hora de expresar sus necesidades y buscar información, debido a los sentimientos de vergüenza y culpa en torno a hablar de la sexualidad durante la adultez. Estos hallazgos recalcan la importancia del microsistema en la construcción del conocimiento del individuo desde los primeros años y cómo las variaciones entre la apertura o censura, además de las características específicas de cada microsistema (económicas, sociales, educativas), impactaron directamente en la vivencia de una sexualidad saludable durante el transcurso de la vida de las personas participantes. Este hallazgo va de la mano con los postulados de Erikson (1985), quien defendía que eventos determinantes como los encontrados durante esta etapa (censura, castigo, acompañamiento) fomentan o no que el individuo desarrolle nuevas competencias mediante la interacción con su medio, las cuales lo acompañarán por el resto de su ciclo vital.

Dentro de los mesosistemas circundantes durante la adolescencia de las personas participantes, el que tuvo mayor protagonismo en la construcción del conocimiento es el

sistema educativo costarricense, el cual, según las personas participantes, experimentó un progreso significativo en la formación en salud sexual durante las décadas de 1960 y 1970. Parte de este progreso se debió a eventos como la Conferencia Nacional de Enseñanza Media, efectuada en 1963, o la creación del nuevo código sanitario, luego de la guerra civil, donde la institucionalidad educativa recomendó impartir a los jóvenes una instrucción en el aspecto sexual, sin embargo, de toda la población entre 13 y 17 años se estima que solamente el 23 % se encontraba enlistada en el sistema educativo (Molina, 2019). A través de las narraciones, se pudieron identificar los primeros cursos sobre fisiología y sexualidad, los cuales, aun siendo impartidos o influenciados por la Iglesia Católica, son el primer esfuerzo gubernamental observable en los relatos para fomentar la construcción del conocimiento en salud sexual. Sin embargo, fueron pocas las personas participantes que tuvieron la oportunidad de participar de esta educación, principalmente los de menor edad.

Por otro lado, círculos, como las amistades, colegas y familiares lejanos, emergen como mesosistemas y desarrollan un rol protagónico en la construcción del conocimiento en salud sexual durante la adolescencia de las personas participantes. Esto puede deberse a que estos grupos presentaban una menor censura sobre los temas relacionados con la sexualidad, además de ser mesosistemas que combinan diversos sistemas de creencias, algunos más abiertos a los temas sexuales que otros, lo cual abre la posibilidad de conocer otras percepciones y actitudes ante el tema. Esta comunicación más horizontal entre las personas participantes y sus pares empieza a sentar las primeras bases de un conocimiento en salud sexual, incluso cuando este conocimiento aún estaba cargado de mitos y falencias. Erikson (1985) propuso que la crisis en esta etapa de vida se concentra en la formación de la identidad o la confusión de roles. Durante este periodo la relación social más significativa es la

formación de grupo de iguales, por el cual el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los cuales puede establecer relaciones autodefinitorias; superar la confusión de roles; establecer relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad (Bordignon, 2005).

Cabe resaltar durante este periodo el surgimiento de las primeras relaciones de pareja para la mayoría de las personas participantes. Estas primeras experiencias románticas se desarrollaron en un ambiente ecológico en el que los padres y las madres ejercieron un marcado control sobre la relación. Situaciones como las visitas, “marcar” y otras actividades comunes en las relaciones de pareja contaban con una mayor vigilancia y con más actos de tipo ceremonial de las que podría experimentar un adolescente el día de hoy, según la propia opinión de las personas participantes.

Estas nuevas relaciones también detonaron la curiosidad y la necesidad de información de las personas participantes sobre los temas de sexualidad; sin embargo, las fuentes de información accesibles eran escasas. En esa sociedad, el Internet aún no había arribado, y medios de comunicación como la televisión, la radio y el periódico no presentaban ningún tipo de información acerca de la salud sexual; esto de acuerdo con el relato de las personas participantes. En esta exploración es posible identificar a los medios de comunicación como mecanismos de socialización, los cuales reproducen los valores y actitudes del macrosistema ante un determinado fenómeno. Según Beltran (2015), estos medios tienen este impacto en la socialización, ya que transmiten mensajes que son aceptados por la sociedad y que pueden conllevar a aprender diferentes comportamientos, actitudes, valores y pensamientos. Los mensajes que transmiten tienden a incitar el consumo por parte de la sociedad, a igualar las visiones de mundo, y a unificar el gusto que tienen las diferentes personas.

De esta manera y siguiendo la línea histórico-cultural de Vygotski (1978), se puede afirmar que las personas participantes construyeron su conocimiento en salud sexual en una cultura en la que la información sobre este tema era escasa y cargada de prejuicios y censura, los cuales infirieron en obstaculizar un acompañamiento adecuado, por lo cual su manera de adquirir información sobre el tema normalmente era mediante conversaciones con pares donde el secretismo y la desinformación permeaban una adolescencia con grandes vacíos en el conocimiento en salud sexual, lo que posteriormente afectaría la etapa de la adultez.

Otro aspecto por tomar en cuenta durante esta etapa son las diferencias de la construcción del conocimiento en los hombres y en las mujeres, pues se pudieron identificar discrepancias marcadas entre los géneros y sus oportunidades para construir el conocimiento a partir de los roles de género tan marcados que existían en estos macrosistemas. En el caso de los hombres, sus relatos permitieron identificar que, en su mayoría, tuvieron mayor contacto con temas de salud sexual y experiencias sexuales tempranas como las relaciones románticas. Además, se pudo constatar que el acceso a la prostitución marcó el inicio de la vida sexual de algunos de los participantes, lo que también permite profundizar en cómo la sociedad costarricense de su adolescencia censuraba los temas sexuales, pero al mismo tiempo fomentaba conductas de riesgo en los hombres, tales como visitar prostíbulos en edades tempranas y con la carencia de información sobre la protección contra enfermedades, lo cual se evidencia mediante los relatos sobre los pares de las personas participantes que fueron contagiados por enfermedades de transmisión sexual en estas prácticas.

Por otra parte, en el relato de las mujeres fue claramente visible como la sociedad costarricense en la que las participantes vivieron su adolescencia presentaba una cultura social patriarcal y machista en la que el fin principal de la mujer era procrear y dedicarse a

labores del hogar. Debido a esto, la mayoría de las participantes se vieron privadas de la posibilidad de acceder a información sobre salud sexual, dentro la cual destacan la anticoncepción y la protección contra enfermedades de transmisión sexual. La censura sobre el tema fue aún más marcada para las mujeres. Esta censura y falta de información propias de la época fueron factores que darían pie al último y, posiblemente, más polémico tema de esta etapa: el embarazo adolescente que experimentaron ciertas participantes.

Mediante el relato de estas participantes, se evidenció que durante su adolescencia los valores y juicios sociales y culturales de la sociedad, permeados profundamente por la religión como mesosistema interventor, generaban un rechazo hacia el embarazo fuera del matrimonio. Este sistema de creencias dentro del macrosistema influyó directamente en la respuesta del microsistema familiar a esta situación; prueba de esto fue el secretismo y la vergüenza presente en los progenitores al tener que ir a los servicios médicos con las participantes, lo cual revela que los valores y juicios del macrosistema estaban incorporados en la familia, que reproducía y perpetuaba este entorno ecológico (Bronfenbrenner, 1981). Además de esto, la visión social de una mujer embarazada antes del matrimonio era despectiva, a tal punto que, según el relato de las personas participantes, si una mujer pasaba por esta situación perdía parte de su valor por haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio; esto debido a los valores religiosos de la época existentes y el simbolismo que la cultura le otorgaba a este fenómeno (Alpízar, 2017).

Adultez

Como se pudo constatar en los relatos de las personas participantes, el desarrollo de su adultez entre los años setenta y la primera década del siglo XXI trae consigo considerables cambios tanto a nivel subjetivo como también en la sociedad costarricense.

Iniciando con la subjetividad de las personas participantes, esta implica diversas vivencias y etapas que impactan profundamente su vida, tales como la educación superior, el matrimonio y la paternidad o la maternidad.

Empezando por la educación, se encontró que solo cuatro de las personas participantes del estudio alcanzaron la educación universitaria, mientras el resto llegó solo hasta el bachillerato o la escuela primaria. Estas oportunidades de educación formal tienen una relación directa con la construcción del conocimiento, debido a que las personas participantes con mayor grado de educación presentaron mayor conocimiento sobre la salud sexual, además de que en las propias entrevistas presentaron una mayor facilidad para hablar de los diferentes temas sexuales que se discutieron. En el caso de quienes alcanzaron un menor grado académico, una de las características dentro de la entrevista fue su dificultad para hablar o explicar sus ideas sobre la salud sexual; también presentaron mayor desconocimiento acerca del tema y hasta declararon que la vergüenza y la ignorancia han sido factores que los han mantenido alejados de los sistemas de salud, lo que aumenta la dificultad para atravesar los cambios fisiológicos, los padecimientos y demás situaciones en torno a la salud sexual. Molina (2015) reflejó resultados similares a estos, en los que las personas adultas mayores viven actualmente las relaciones sexuales como un placer culposo, debido a los prejuicios existentes alrededor de la sexualidad y la tercera edad. Los resultados muestran que las personas participantes consideran que socialmente son consideradas asexuales, principalmente por sus propias familias, pero también debido a la falta de información en medios de comunicación sobre la vida sexual en la persona adulta mayor debido a los valores y actitudes sociales que estos reproducen (Beltran, 2015).

Otro aspecto que cabe resaltar es que las personas participantes que crecieron en zonas rurales por lo general alcanzaron menores grados de escolarización en comparación con los que vivieron dentro de la gran área metropolitana. Por lo tanto, como Bronfenbrenner (1981) defendía, existen diferencias en el macrosistema costarricense rural y urbano donde las personas participantes se desarrollaron. Estas variaciones, tales como las condiciones socioeconómicas, las fuentes de información y las características de los mesosistemas a su alrededor, son determinantes para definir las oportunidades y la manera en que los individuos construyen su conocimiento en salud sexual, y los sistemas de creencias que desarrollan alrededor de este fenómeno. Este hallazgo es congruente con la revisión de antecedentes realizada, pues Alpízar, López y Rodríguez (2017) también expusieron que la falta de conocimiento era uno de los principales obstáculos en la vivencia de una salud sexual satisfactoria.

En el caso del matrimonio, el cual la mayoría de las personas participantes experimentó, este trajo consigo la necesidad de información sobre la planificación familiar, lo cual permitió un acercamiento hasta entonces escaso entre los servicios de salud públicos y las personas participantes. Cabe resaltar que en los relatos también se pudo notar la presencia de la Iglesia Católica como órgano promotor de la educación sexual antes y durante el matrimonio, facilitando cursos prematrimoniales o cursos de pareja, aunque estas aproximaciones estaban claramente influenciadas por la religión y los valores característicos de esta institución. Otro de los aspectos a recalcar sobre la etapa de matrimonio o de convivencia en pareja es que abre toda una nueva dinámica en la vida de las personas participantes, pues socialmente el matrimonio conllevaba un significado de madurez y es en esta etapa que se pudo constatar cómo la construcción del conocimiento a través de los años fue un factor vital en la vivencia

de su sexualidad y salud sexual. Erikson defendía que en esta etapa el sujeto atraviesa la crisis entre la intimidad versus el aislamiento, esta intimidad es la fuerza que lleva a la persona joven adulta a confiar en alguien como compañero o compañera en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos (Bordignon, 2005).

Las personas participantes que tuvieron más y mejores oportunidades y fuentes de información durante las etapas de vida anteriores fueron quienes en su relato indicaron tener mayores opiniones y experiencias positivas en torno a la sexualidad, mientras tanto los que tuvieron menos fuentes u oportunidades para construir su conocimiento mostraron haber tenido más experiencias negativas en su salud sexual. Estas diferentes construcciones del conocimiento en las personas participantes también llegan a ser determinantes durante la paternidad y la maternidad. Debido a los cambios notables en la sociedad costarricense en torno a la apertura social para discutir, informar y educar en salud sexual, estos individuos experimentaron una paternidad y una maternidad muy distintas a las que vivieron sus progenitores, retratadas por sus relatos de infancia. Los cambios en los valores sociales, estructura de la familia y roles asumidos en la sociedad costarricense favorecen que las personas participantes puedan compartir con sus hijos e hijas y nietos y nietas sobre su experiencia y conocimiento construido de manera más abierta y con menos juicios sociales. Estos hallazgos muestran que los cambios dentro del macrosistema costarricense modifican el microsistema familiar de las personas participantes de manera que los macrosistemas, mesosistemas y microsistemas se mantienen en constante y mutua transformación (Bronfenbrenner, 1981). Cabe resaltar que las personas participantes que tuvieron mayores

oportunidades o fuentes de información en la construcción de su conocimiento son quienes relataron tener mayor facilidad para hablar con las generaciones más recientes sobre la salud sexual y su experiencia. De acuerdo con Vygotski (1978), al comprender que el sujeto no es solo moldeado sino que también moldea constantemente su entorno social, lo cual da pie a una transformación progresiva en la cultura, es posible entender cómo estos cambios han permitido que las personas participantes interactúen en esta etapa con una sociedad costarricense donde los sistemas de creencias se encuentran en apertura progresiva al tema de la salud sexual, impactando en la construcción de este conocimiento el cual debe abordarse mediante estrategias educativas que han mostrado ser efectivas, para proveer información y producir un impacto positivo en la vivencia afectiva (Denardi, Villela y Akiko, 2012).

Adulthood

Por último, se aborda la etapa de adultez mayor que atraviesan actualmente las personas participantes de este estudio. En esta etapa es posible condensar, mediante el repaso de los relatos de vida, la construcción del conocimiento en salud sexual que las personas participantes han consolidado en relación estrecha con su microsistema, mesosistemas circundantes y las particularidades del macrosistema costarricense. Este último es de especial interés durante esta etapa, pues a través de los relatos y de la misma percepción de las personas participantes es posible identificar y analizar los cambios que ha experimentado este macrosistema a través de los años y cómo estos cambios han influido directamente en la construcción del conocimiento de la persona adulta mayor. La mayoría de las personas participantes afirmaron que han sido testigos de cómo el sistema educativo, los servicios de salud, la televisión y otros medios que conforman la sociedad costarricense fueron cambiando progresivamente durante las décadas, abriendo más y mejores oportunidades para

dialogar, informarse y construir conocimiento acerca de los temas relacionados con la salud sexual. Esto comprueba los postulados de quienes defendían que el entorno y el sujeto se encuentra en constante transformación mutua.

Estos cambios en el macrosistema no han sido ajenos a la subjetividad de las personas participantes, pues estas, al vivir sus primeros años dentro de un macrosistema hermético y hasta punitivo en torno a la información sobre la salud sexual, han experimentado una colisión entre su sistema de creencias, que trataba la salud sexual como un tema tabú, y un macrosistema social actual que trata este tema de una manera abierta, y que ha visto la necesidad de promocionar la salud sexual desde edades tempranas. Otro de los factores que han sido obstáculo para que las personas participantes puedan tener acceso y acompañamiento sobre la salud reside en los estereotipos sociales existentes alrededor de la persona adulta mayor, la cual ha sido excluida de estas posibilidades debido a la cultura ancianista que existe actualmente (Rico et al, 2020). Las personas participantes, en su mayoría, afirmaron estar en un proceso de adaptación a esta nueva sociedad; sin embargo, fue posible identificar que quienes desde edades tempranas tuvieron más oportunidades y más exposición a la información sobre la salud sexual dentro de sus respectivos microsistemas o mesosistemas han contado con mayor facilidad y recursos para acoplarse a las demandas del entorno actual. Por su parte, esta transición ha sido más difícil para quienes desde su edad temprana tuvieron poca exposición a la educación en salud sexual. Dentro de los relatos se encontró que quienes menos acuden a los servicios de salud, normalmente por vergüenza debido a percibir la salud sexual como un tema tabú, presentaron las mayores dificultades para disfrutar una vida sexual plena.

Además de esta vergüenza que algunas de las personas adultas mayores identificaron, se encontró que esta población ha sido separada de la salud sexual debido a los estereotipos sociales de tipo ancianistas como que la persona adulta mayor es asexual, que al “fallar” los órganos reproductores la vida sexual se termina y que esta población no debería ser un centro de atención en este tema (Molina, 2015). Pedrero, Moreno y Moreno (2017) defienden que, a pesar de la actual existencia de una mayor apertura social sobre el tema de la salud sexual, aún existen estereotipos sociales presentes entre la sexualidad y la persona adulta mayor. En los relatos de varias personas participantes se encontró como su familia o seres queridos muchas veces los han cohibido o señalado debido al interés de informarse sobre la salud sexual en esta etapa. La investigación de Rico, Obrero, Caravaca y De la fuente (2020) también mostró estas influencias sociales y estereotipos, que aunados a la edad y las enfermedades degenerativas limitan la expresión y construcción del conocimiento en la salud sexual de la persona adulta mayor.

Percepción sobre la salud sexual en la persona adulta mayor

Para finalizar el análisis de los resultados, se aborda la percepción sobre la salud sexual que tienen las personas adultas mayores a partir de la construcción del conocimiento que se ha analizado anteriormente y que está basada en la experiencia del sujeto a través de los años en contacto con su microsistema familiar y mesosistemas circundantes. Al comprender que el contacto del sujeto con su cultura permea de significado y simbolismo a un determinado fenómeno (Vygotski, 1978), se identificó en los relatos que las personas participantes comprenden la salud sexual y la sexualidad en general como un tema más amplio que el acto sexual. En sus propias palabras y a manera de crítica afirmaron que la sociedad actual, si bien ha ampliado la apertura al diálogo e información en los temas

sexuales, se ha enfocado meramente en la salud sexual del coito, dejando por fuera un entramado de afectividades, emoción y compañía que según las personas adultas mayores es la base de una salud sexual integral. Desde su perspectiva, las caricias, el tiempo compartido, la compañía, las conversaciones y demás interacciones de pareja son más necesarias para su salud sexual que el coito como tal. Además, consideran que estas interacciones de pareja aportan placer y disfrute a la relación, lo que produce una vivencia de la salud sexual plena durante esta etapa. Para las personas entrevistadas, actualmente la sociedad maneja ideas erróneas de lo que debería ser una sexualidad saludable; ideas que han sido impulsadas, según las personas participantes, por la pornografía y la falta de una educación afectiva. Estos hallazgos permiten comprender que la sexualidad en la persona adulta mayor es un fenómeno que no se acaba a pesar de las disfunciones que puedan aparecer en la tercera edad, sino que, al tener una comprensión amplia de la sexualidad, las personas adultas mayores aún gozan de una sexualidad satisfactoria, entendida esta como las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso, que enriquece su vida individual y social (Zapata y Gutiérrez 2016). Este hallazgo es congruente con la investigación revisada anteriormente de Even-Zohar y Werner (2019), quienes concluyeron que las personas adultas mayores continúan teniendo una vida sexual, y las actividades relacionadas aumentan cuando hay mayor conocimiento sobre la salud sexual y un ambiente social más abierto al tema. Tanto en los hombres como en las mujeres, hubo consenso en que es necesario realinear la manera en que la salud sexual ha sido entendida, lo que mejoraría la calidad de envejecimiento de todas las personas adultas mayores quienes se criaron en una sociedad que entendía la sexualidad como el acto propio del coito.

Otro aspecto relevante en la construcción del conocimiento de las personas adultas mayores es el avance acelerado de las tecnologías de comunicación, el cual ha sido tan veloz que aún son pocas las personas adultas mayores que manejan herramientas como el Internet, que ha venido a revolucionar la facilidad de acceso a información de todo tipo en las últimas décadas. Esto muestra que todavía es necesario realizar esfuerzos sociales y gubernamentales para que esta población no se quede rezagada en su construcción del conocimiento, sino que pueda adaptarse al avance acelerado en las tecnologías de información (Padial et al., 2018).

Por último, para finalizar el análisis de la percepción de las personas adultas mayores sobre la salud sexual, es importante recalcar que la mayoría de las personas participantes del estudio concordaron en que la salud sexual es igual de importante en la adultez mayor como en cualquiera de las otras etapas de vida. Como Puerto (2000) propuso, la adultez mayor es una etapa de vida que conlleva crisis, y parte de esta crisis es la vivencia de la salud sexual en el envejecimiento que, si bien es cierto es diferente a otras etapas de vida, aún está llena de experiencias y disfrute. Un hallazgo valioso en los relatos es que las personas entrevistadas ven la sexualidad en la adultez mayor no solamente como algo posible, sino como un factor esencial en el disfrute de las últimas etapas de la vida. La sexualidad entendida como un conjunto de afectos, cariño e intimidad provee muchos beneficios a la salud integral de la persona adulta mayor, por lo cual es necesario concluir este análisis promoviendo que este tema continúe siendo investigado y apoyado desde los sistemas gubernamentales.

Capítulo VI

Conclusiones

A partir de los resultados y el análisis realizado sobre el proceso de construcción del conocimiento en salud sexual de las personas adultas mayores que asisten al PAIPAM, se puede concluir que la población adulta mayor es un segmento de la sociedad que ha construido su conocimiento en salud sexual a través del paso de los años en una sociedad costarricense que ha experimentado múltiples cambios sociales y culturales en torno a la apertura y abordaje de los temas relacionados con la sexualidad.

Por medio de la investigación fue posible determinar cómo las personas participantes construyeron su conocimiento en salud sexual a través de las diferentes etapas de vida, y cómo cada una de estas etapas trajo consigo diversas situaciones y eventos específicos que intervinieron en su desarrollo. Las primeras relaciones en la infancia y adolescencia, la educación, el matrimonio, la paternidad o la maternidad fueron algunos de los eventos decisivos en esta construcción. En cada una de estas etapas, el entorno ecológico fue vital para determinar cómo era vista la salud sexual socialmente, prueba de esto fue que en la infancia y adolescencia de las personas participantes estos temas se consideraban tabú y socialmente inadecuados, lo que provocó que las personas participantes crecieran con vacíos en el conocimiento del tema; al mismo tiempo, se pudo constatar que la sociedad costarricense se ha transformado con el pasar de los años y que hoy en día existe mayor facilidad para acceder a información y comunicarse sobre la salud sexual. Estos cambios no pueden apartarnos de la realidad que esta transformación social y cultural ha traído a la vida de las personas participantes del estudio, quienes han experimentado un proceso de adaptación en el que los valores y juicios sociales existentes durante su desarrollo en las

primeras etapas de su vida chocan directamente con la apertura y aceptación de los temas en salud sexual en la actualidad. Además de estas características socioculturales, se pudo identificar que otros factores como la escolaridad son determinantes en la construcción del conocimiento. Las personas participantes que llegaron a mayores niveles de escolaridad contaron con una mayor facilidad para adaptar su propia construcción del conocimiento con la apertura social actual en el tema de la salud sexual. Esto, sin embargo, concentra la atención de este estudio en quienes por diversas razones tuvieron una baja escolaridad, dentro de un macrosistema que censuraba los temas de salud sexual, pues estas personas lidian día a día con la vergüenza y la falta de confianza para acercarse a los centros de salud o demás instituciones que les puedan brindar un acompañamiento en la gran variedad de temas que conforman la salud sexual.

Situaciones como la descrita permitieron alcanzar el siguiente objetivo de la investigación, que consistía en establecer la intervención del contexto bioecológico en el que las personas participantes se desarrollaron en la construcción del conocimiento en salud sexual, así como la relevancia de las variables del entorno para comprender cómo los sujetos construyen conocimientos y significados alrededor de un tema. Prueba de esto fue cómo las personas participantes que vivían en zonas rurales y con menos acceso a escolaridad tuvieron mayores obstáculos para construir conocimiento en salud sexual en comparación con quienes vivieron sus primeros años dentro del valle central. Aunado a esto también se pudo constatar que los diferentes sistemas expuestos por Bronfenbrenner, como el microsistema familiar, los mesosistemas de pares, los sistemas educativos y el macrosistema cultural costarricense con sus sistemas de creencias, estereotipos y valores, fungieron una función esencial en la construcción del conocimiento, recalando nuevamente la importancia de entender a la

persona adulta mayor como un ser social que está intrínsecamente relacionado con su entorno, y que las características y cambios en este influyen en la manera en que los individuos construyen su conocimiento y su realidad en relación con un tema específico.

Las personas participantes presentaron una percepción positiva sobre la salud sexual durante la adultez mayor. La mayoría concluyó que la vida sexual continúa durante esta etapa de vida, sin embargo, consideran que es necesario abandonar la visión errónea de que la sexualidad se basa en el coito, y fomentar una educación afectiva que permita comprender, apoyar y animar a la población adulta mayor a informarse y no creer que la salud sexual es negada en esta etapa de vida.

Cerrando este apartado, a nivel de limitaciones de la investigación se tienen varios sucesos que interfirieron en la realización del estudio y por lo cual son necesarios de tomar en cuenta. El primero de estos se trata de la pandemia de Covid-19 y su posterior cuarentena, la cual redujo las posibilidades de aplicar otras técnicas de recolección de información como lo hubiera sido un grupo focal que ayudara a condensar la información obtenida en los relatos de vida. Las medidas de distanciamiento y burbujas sociales fueron determinantes para evitar el contacto con la población adulta mayor del estudio, la cual, debido a los factores de riesgo y la edad, abarca uno de los grupos etarios con mayor peligro a consecuencias graves por el contagio. Debido a este particular fenómeno, ciertas fases del diseño original de la investigación se vieron afectadas, entre ellas la participación de más jueces en el proceso de análisis y construcción de la codificación, y la posibilidad de concretar las categorías de análisis y codificación a partir del aporte de las personas participantes en una futura devolución. Esta situación pudo haber afectado el análisis; sin embargo, la triangulación

realizada con la opinión de jueces expertos, la teoría revisada y los relatos de la propia población brindó un análisis válido y de calidad.

Otra limitante de este estudio reside en las características particulares de las personas participantes del estudio quienes presentan un estilo de vida con mayores posibilidades de recreación, socialización y actividad física que los y las diferencian del grueso de la población adulta mayor. Este estilo de vida, además del acompañamiento recibido, han permitido que tengan condiciones donde disfrutan de su etapa de vida y por lo cual sus opiniones y relatos sobre la salud sexual pueden estar distanciados del temor a la muerte, depresión y culpa que otras personas adultas mayores. (Pinazo y Sánchez, 2005).

Por último, al ser esta una investigación de carácter narrativa y con el relato de vida como instrumento de recolección de información central, los resultado y análisis se basan en la realidad que los y las participantes han construido y presentaron en sus relatos, debido a esto cada una de las respuestas y hallazgos pueden están influenciados por los valores y sistemas de creencias que los y las participantes han construido durante su vida. Por tanto, no se puede generalizar que la construcción del conocimiento de salud sexual de la muestra sea el mismo del resto de la población adulta mayor costarricense.

Capítulo VII

Recomendaciones

En este apartado se recopilan las recomendaciones a partir de los resultados y el análisis de la construcción del conocimiento en salud sexual:

La primera de estas recomendaciones está dirigida a la población adulta mayor. Durante la investigación se pudo identificar que los espacios y cursos provistos por el PAIPAM han permitido que las personas adultas mayores cuenten con oportunidades para desarrollar nuevas habilidades, tanto físico-motoras como cognitivas. Además, este programa ofrece ambientes de socialización en los que las personas participantes encuentran la posibilidad de compartir sus vivencias y aprendizajes, de manera que sus asistentes son personas adultas mayores que han desarrollado más herramientas para comunicar sus percepciones y emociones incluso en temas como la salud sexual. El PAIPAM también facilita las relaciones de las personas participantes con personas de su misma edad y promueve la creación de redes de apoyo, beneficiosas para el disfrute de la vejez. Por tanto, se recomienda a la población adulta mayor buscar y participar activamente en estos programas por los beneficios descritos anteriormente. Esta recomendación permitirá formar y capacitar a las personas adultas mayores hacia un envejecimiento activo, saludable e integral, en el que se elimine la percepción ancianista de la adultez mayor y se dé paso a valorar el aporte de esta población en la sociedad costarricense.

Esto lleva a recomendar al PAIPAM continuar sus esfuerzos para brindar oportunidades de desarrollo a la población adulta mayor, especialmente en el tema de la salud sexual, pues, al ser un espacio donde las personas de la tercera edad y cuarta edad encuentran

seguridad y confianza para tratar temas delicados, esto abre la puerta a la posibilidad de realizar talleres o capacitaciones en los que la población pueda informarse, evacuar dudas y recibir acompañamiento para tener una salud sexual plena. Otras de las áreas que se recomienda fortalecer son los cursos y capacitaciones sobre el uso de internet, debido a que la población adulta mayor en estudio mostró dificultades a la hora de acceder a estas fuentes de información, las cuales son vitales para que se informen y empoderen sobre su propia salud, y dispongan de mayor conocimiento sobre los cambios fisiológicos, cognitivos y sociales en esta etapa.

Otra de las recomendaciones a partir de los resultados obtenidos se dirige a los servicios de salud nacionales públicos y privados. Como se pudo retratar en la investigación, debido a censura, juicios sociales y sistemas de creencias cerrados a los temas en salud sexual, la construcción del conocimiento en la niñez estuvo marcada por muchos obstáculos, por lo cual varias de las personas participantes viven actualmente con sentimientos de vergüenza en torno a su propia salud y no se acercan a los servicios estatales. Se recomienda al Ministerio de Salud y a los organismos gubernamentales que velan por la salud crear y fomentar campañas de salud que ofrezcan espacios seguros de acompañamiento y capacitación a la población adulta mayor, en lo que esta pueda evacuar sus dudas y encontrar información sobre cómo afrontar los cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales de la edad de manera satisfactoria, lo cual fomentará un envejecimiento saludable. Estas campañas no pueden realizarse sin antes capacitar al personal de atención en salud sobre la importancia de la salud sexual aun en la adultez mayor, y cómo los estereotipos sociales están afectando esta dinámica. Una vez que se tenga un equipo interdisciplinario

informado y sensibilizado sobre este tema, se podrá dar una atención integral a la persona adulta mayor.

Por último, se recomienda a la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional fomentar estudios tanto cualitativos como cuantitativos con población adulta mayor, de manera que se pueda seguir profundizando en cómo el cambio social acelerado está impactando la vida de las personas adultas mayores, no solo en el plano de la sexualidad, sino en su desarrollo personal y social. Como profesionales de la salud, tenemos el compromiso de propiciar un envejecimiento saludable, en el que las personas adultas mayores cuenten con más y mejores oportunidades de tener una etapa de vida plena y complaciente. Para esto se recomienda la exploración de líneas futuras de investigación; por ejemplo, profundizar en el proceso de adaptación de la persona adulta mayor y su salud sexual en la sociedad costarricense actual, e indagar sobre cómo las tecnologías de información están moldeando la manera en la que se construye el conocimiento y cómo las personas adultas mayores están accediendo a estos recursos. También se recomienda profundizar en cómo la zona geográfica del país interviene en la construcción del conocimiento en salud, pero la línea investigación que es necesaria de recalcar se basa en cómo ha sido esta construcción de conocimiento en salud sexual en la población LGTBI+, la cual no fue alcanzada por la investigación y representa un tema poco explorado por las ciencias sociales. Este estudio espera ser un portillo para nuevas investigaciones sobre la construcción del conocimiento y la vivencia de la salud sexual entre personas de diversas edades, contextos socioeconómicos, géneros y preferencias sexuales.

Capítulo VIII

Referencias

- Alam, R., y Fadila, D. (2016). Knowledge, attitude and practice of elders about sexuality. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(12), 24-33. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/305458731_Knowledge_attitude_and_practice_of_elders_about_sexuality.
- Alpízar, I. (2017). Estado Confesional y derechos humanos en Costa Rica. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*. Vol. 28. Recuperado de <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/10292>.
- Alpízar González, R. E., López Melian, A., y Rodríguez Chong, R. (2017). Caracterización de la sexualidad de los adultos mayores de los Círculos de Abuelos de Palmira Norte y Sur. *Revista Conrado*, 13(58), 228-234. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>.
- Álvarez, L., Rodríguez, A., y Salomón, N. (2008). Salud sexual y envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100010.
- Arbeláez, M. Onrubia, J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana de Educación y Cultura. Recuperado de <http://www.revistas.ucm.edu.co/ojs/index.php/revista/article/view/5/17>

- Bauer, M., Haesler, E., y Fetherstonhaugh, D. (2015). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations* 19(6), 1-14. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/282669211_Let's_talk_about_sex_older_people's_views_on_the_recognition_of_sexuality_and_sexual_health_in_the_health-care_setting.
- Beltrán, A. (2015). Influencia de los medios de comunicación en la socialización infantil. Estereotipos de género y actuación en el aula. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2000/1/TFG_ADELA_BELTRN_PADILLA.pdf.
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos* 24(67). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59521370007>.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts. Harvard University.
- Castro, S. (2018). Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. *Rev Neuropsiquiatr* 81. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a01v81n4.pdf>.
- Cedeño, T., Cortez, P., y Vergara, A. (2006). Sexualidad y afectividad en el adulto mayor. [Ensayo académico]. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y

Comunitaria y Promoción. La Serena. Recuperado de
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/Sexualidad_y_afectividad_en_el_adulto_mayor.pdf.

Cerquera, A., Galvis, M., y Cala, M. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(2), 72-81. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788009>.

Comino, I. Sánchez, C. (2018). Envejecimiento saludable. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. Recuperado de
https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/11823/EnvejecimientoSaludable_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cornejo, M. Mendoza, F., y Rojas, R. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*, 17(1), 29-39. Universidad Católica de Chile.

Cremé, E.; Álvarez, J.; Pérez, G.; Fernández, P., y Riveaux, R. (2017). Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. *MediSan*, 21(7), 857-865. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012.

Denardi, V. Villela, S., y Akiko, L. (2012). Improvement of Older Women's Sexuality through Emancipatory Education. *Health Care for Women International*, 33(10),

956-972. Recuperado de

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2012.684986>.

Díaz, H. Lemus, N., y Álvarez, O. (2015). La sexualidad en un grupo de ancianos que asisten a consulta de urología. *Revista de Ciencias Médicas*, 19(4), 667-677.

Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400011.

Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Paidós.

Even-Zohar, A., y Werner, S. (2019). Older Adults and Sexuality in Israel: Knowledge, Attitudes, Sexual Activity and Quality of Life. *Journal of Aging Science*, 7(209), 1-10. Recuperado de <https://www.longdom.org/open-access/older-adults-and-sexuality-in-israel-knowledge-attitudes-sexual-activity-and-quality-of-life.pdf>.

Giró, J. (Coord.). (2004). *Envejecimiento y sociedad, una perspectiva pluridisciplinar*.

Universidad de la Rioja. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/4783.pdf>.

González, C., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49, 448-458. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf>.

González, J. M., y González, J. (2005). Estudio descriptivo de la sexualidad de personas mayores de 60 años en el caribe colombiano. *Revista Psicogente*, 8(13). Recuperado de

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/1078>.

González, R., Núñez, L., Hernández, O. y Betancourt, M. (2004). Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(4), 67-77. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000400007.

Haesler, E., Bauer, M., y Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professional. *Nurse Education Today*, 40, 57-71. Recuperado de [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(16\)00084-8/abstract](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(16)00084-8/abstract).

Hernández, M., Rentería, P., y Sardiñas, E. (2009). Estados clínicos y autopercepción de la sexualidad en ancianos con enfoque de género. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2), 1-9. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100003.

Herrera, E. (2005). Propuesta socioeducativa sobre sexualidad humana dirigida a hombres adultos mayores. *Anales en Gerontología*, (5), 109-120. Recuperado de <http://gerontologia.ucr.ac.cr/Vol5/07-herrera.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2018). Especial cifras de nuestros mayores 2018. Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Ministerio de Salud. (2012). Indicadores de género y salud Costa Rica 2012. Costa Rica.

Loredo, A. Vargas, E. Casas, A. González, J. Gutiérrez, C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Instituto Nacional de Pediatría. México.

Recuperado de

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457750722016/457750722016.pdf>

Lucci, M. (2006). La propuesta de Vygotski: la psicología socio-histórica. *Revista de*

Curriculum y formación del profesorado, 10(2), 1-11. Recuperado de

[http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/17420/rev102COL2.pdf?sequence=1&](http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/17420/rev102COL2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[isAllowed=y.](http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/17420/rev102COL2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Marradi, A. Archenti, N. Piovani, J. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*.

Recuperado de [https://desarrollomedellin.files.wordpress.com/2017/03/marradi-a-](https://desarrollomedellin.files.wordpress.com/2017/03/marradi-a-archenti-n-piovani-j-2007.pdf)

[archenti-n-piovani-j-2007.pdf](https://desarrollomedellin.files.wordpress.com/2017/03/marradi-a-archenti-n-piovani-j-2007.pdf).

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2004). La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. Ministerio de Salud, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2010). Encuesta nacional sobre salud sexual y salud reproductiva.

Ministerio de Salud, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2014). Análisis de situación de salud en Costa Rica. Ministerio de Salud, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2018). Estrategia para un envejecimiento saludable. Ministerio de Salud, Costa Rica.

- Mira, E. (1961). *Hacia una vejez joven: Psicología y psicoterapia de la ancianidad*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Molina, C. (2015). Significados en torno a la sexualidad por parte de un grupo de adultos mayores usuarios de hogares de acogida. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12(2), 21-31. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483547667003>.
- Molina, I. Deliciosas tempestades. Las mujeres y la educación sexual en Costa Rica entre las décadas de 1920 y 1960. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/84/8437003/html/index.html#:~:text=Resumen%3A%20La%20educaci%C3%B3n%20sexual%20inici%C3%B3,segunda%20ense%C3%B1anza%20contrajeran%20enfermedades%20ven%C3%A9reas>.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós.
- Morales, F. (2005). La sexualidad en la persona adulta mayor. *Aportes*, (4), 13-18. Recuperado de <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/revista%20aportes.pdf>.
- Morell-Mengual, V., Ceccato, R., Nebot García, J., Chaves, I., y Gil Llario, M. (2018). Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. *INFAD Revista de Psicología*, (1), 77-84. Recuperado de <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1270/1126>.
- Morrison, V., y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Pearson Prentice Hall.

- Mroczek, B., y Kurpas, D. (2013). The psychosexual needs of nursing homes residents. *Family Medicine and Primary Care Review*, 15(3):467-470. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/286719890_The_psychosexual_needs_of_nursing_homes_residents.
- Natividad, G., y Linares, C. (2016). Vivencia de la sexualidad en el adulto mayor. *Revista Médica Basadrina*, (1), 30-36. Recuperado de <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/611>.
- Olivera, C., y Bujardón, A. (2008). Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor. *Humanidades Médicas*, 10(2), 1-22. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000200006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). Envejecimiento y salud. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
- Padial, M. et al. (2018). Longevidad y revolución digital. Contribución de las tecnologías de la información y de la comunicación al envejecimiento saludable. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n1/1134-928X-geroko-31-01-6.pdf>.

Pedrero-García, E. Moreno-Crespo, P., y Moreno Fernández, O. (2017) sexualidad en adultos mayores: estereotipos en el alumnado Universitario del Grado de Educación Primaria. *Formación Universitaria*, 11(2), 77-86. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-50062018000200077&lng=es&nrm=iso.

Penny, E. (2012). Cambios anatómicos y fisiológicos durante el envejecimiento y su impacto clínico. En E. Penny y F. Melgar (Coords.), *Geriatría y gerontología para el médico internista* (pp. 37-55). Recuperado de https://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf.

Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2), 1-8.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017.

Pérez, V., y Arcia, N. (2007). Comportamiento de la sexualidad en ancianos del Policlínico “Ana Betancourt”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 1-9.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200003.

Pinazo, S., y Sánchez, M. (2005). Gerontología: actualización, innovación y propuesta. Pearson Educación.

Puerto, C. (2000). *La sexualidad del anciano: vista con ojos nuevos* (2.^a ed.). San Pablo.

- Quirós, H. (2005). *La sexualidad en el adulto mayor costarricense* [Tesis de licenciatura]. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/510/1/25224.pdf>.
- Regueira, J., Cervera, L., Pérez, J., y Del Toro, J. (2002). Sexualidad en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500008.
- Rico, A., Obrero, E., Caravaca, F., y De La Fuente, Y. (2020). Factors Conditioning Sexual Behavior in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 1-17. Recuperado de <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/6/1716/pdf>.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría: teoría y clínica* (2.^a ed.). Paidós.
- Schifter, J. (2002). *Las gavetas sexuales del costarricense y el riesgo de infección con el VIH*. Recuperado de http://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/2340/recurso_44.pdf?sequence.
- Seoane, J., y Garzón, A. (2010). Psicología Social de la Salud. En J. Vallejo y C. Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (2.^a ed., Vol. I, pp. 445-457). Ars Medica. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/publicaciones/publicaciones.htm>.
- Torres, M. (2012). *Metodología de la investigación biográfico-narrativa. Recogida y análisis de datos*. Universidad de Granada, España. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/282868267>.

Ugalde, N., y Balbastre, F. (2013). *Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. Ciencias Económicas*, 31(2), 179-187. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/download/12730/11978+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cr>.

Villafuerte, J. Alonso, Y. Alonso, Y. Alcaide, Y. Betancourt, L. Arteaga, Y. (2017) *El bienestar y calidad del adulto mayor un reto para la acción intersectorial*. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms12115.pdf>.

Vygotski, L. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Editorial Grijalbo.

Anexos

Anexo 1. Guía de relato de vida

Universidad Nacional

Escuela de Psicología

Trabajo Final de Graduación

Guía de relato de vida (Individual)

Esta entrevista forma parte de la investigación “Construcción del conocimiento sobre la salud sexual en personas adultas mayores: una aproximación desde los relatos de personas adultas mayores que asisten al PAIPAM”, de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional. El fin de esta entrevista es para la elaboración de un análisis de los conocimientos y las actitudes que posee la persona adulta mayor sobre la salud sexual.

Toda la información brindada es absolutamente **confidencial y con fines académicos**. Su colaboración es muy importante para la investigación, se le agradece el tiempo ofrecido.

Nombre / Seudónimo: _____

Sexo: _____

Edad en años cumplidos: _____

Escolaridad (máximo grado alcanzado): _____

Estado civil: Casado(a) Viudo(a) Unión libre Divorciado(a) Soltero(a)

Tiempo que tiene o duró con su última pareja sentimental: _____

Datos generales sobre salud sexual

1. ¿Cuáles son sus primeros recuerdos de la niñez?
2. ¿Dónde vivía en su niñez?
3. ¿Se trasladó de casa en algún momento? ¿Cuándo? ¿Dónde?
4. ¿Cómo era su relación con su familia en la infancia?
5. Podría contarnos si, ¿Tuvo Ud. la oportunidad de estudiar? ¿Cómo fue? ¿Dónde fue?
6. En su niñez ¿Cuáles temas no se tocaban en su familia?
7. ¿En su niñez, su familia abordó el tema de la sexualidad en algún momento? ¿Cómo? ¿Cuándo?
8. ¿Cómo fue la comunicación con sus padres o las personas que lo/la criaron sobre temas sexuales y/o sexualidad?

9. ¿Cuál o cuáles fueron las personas o medios de información más importantes para usted para aprender sobre temas de salud sexual? ¿Cómo fue que aprendió sobre sexualidad/temas de salud sexual?
10. ¿Qué concepto tiene Ud. sobre la salud sexual?
11. ¿Qué temas cree Ud. que forman parte de la salud sexual?
12. ¿Cómo se informa usted sobre su salud sexual?
13. ¿Ha recibido información sobre la salud sexual en servicios médicos públicos? ¿Qué tipo o sobre cuál tema?
14. ¿Cómo calificaría la información que ha recibido?
15. ¿En qué áreas de la salud sexual le gustaría recibir mayor información?
16. ¿Cómo siente que impacta su salud sexual en su salud general?
17. ¿Qué medidas toma para tener una vida sexual saludable?
18. ¿Cómo vive/experimenta su sexualidad?

Planificación familiar

19. ¿Sabe lo que es la planificación familiar?
20. ¿De cuáles métodos de planificación familiar ha oído hablar?
21. ¿Usó usted o la persona con la que ha tenido relaciones sexuales alguna vez algún método de planificación familiar? ¿Cuál?
22. En caso de que sí los haya conocido, ¿sabe dónde conseguir estos métodos?
23. ¿Dónde obtuvo la información sobre la forma correcta de utilizar estos métodos?
24. ¿Ha recibido usted información sobre las posibles consecuencias secundarias de los métodos anticonceptivos?

Prevención de enfermedades

25. ¿De cuáles enfermedades venéreas o de transmisión sexual ha oído usted hablar?

Se pregunta por diversas enfermedades que de las cuales no haya escuchado antes: Gonorrea, sífilis, chancro, herpes, VIH/SIDA, papiloma.

26. ¿Sabe usted cómo puede una persona protegerse de estas enfermedades?
27. ¿De qué maneras se puede transmitir enfermedades como el SIDA?
28. ¿Qué haría en caso de creer que tiene una enfermedad de transmisión sexual?
29. ¿Sabe a dónde debe dirigirse si cree tener una enfermedad de estas?
30. ¿Se ha hecho alguna vez alguna prueba sobre alguna enfermedad de transmisión sexual?

Disfunciones sexuales

31. ¿Ha oído usted hablar sobre problemas que pueden tener los hombres cuando tienen relaciones sexuales?
32. ¿De cuáles problemas ha oído usted hablar?
33. ¿Y ha oído usted hablar sobre problemas que pueden tener las mujeres cuando tienen relaciones sexuales?
34. ¿De cuáles problemas ha oído usted hablar?

35. ¿Ha tenido usted o su pareja alguno de estos problemas? ¿Cuál?
36. Si responde afirmativamente ¿Sabe si existe tratamiento para estos problemas?

Promoción de la salud

37. ¿Le gustaría recibir mayor información sobre estos temas?
38. ¿Dónde le gustaría recibirla?
39. ¿Cómo le gustaría recibir esta información?
40. ¿Qué haría usted para mejorar la información que tiene el adulto mayor sobre salud sexual?
41. ¿Qué relación tiene la sexualidad con envejecer saludablemente?

Anexo 2. Consentimiento informado aprobado por CEC-UNA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COSTA RICA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Conocimientos sobre la salud sexual en un grupo de adultos mayores que asisten a programas universitarios para personas adultas mayores en Costa Rica

Nombre del Investigador Principal: José David Picado Roblero

Nombre del participante: _____

En esta investigación se busca preguntar que conocen las personas adultas mayores sobre la salud sexual y en qué áreas de esta se necesita una mejor atención. Esta investigación es realizada por José David Picado Roblero, cédula 2-0713-0638, estudiante de la carrera de psicología en la Universidad Nacional de Costa Rica. Esta investigación nace la necesidad de indagar sobre el conocimiento y actitudes en torno a la vida sexual saludable como un determinante de la salud durante la vejez. Con esta investigación se busca obtener información sobre en qué áreas del conocimiento en salud sexual la persona mayor ocupa de una mejor promoción y acompañamiento desde la psicología. La duración esperada de la participación es de aproximadamente 3 horas al participar en una entrevista individual junto al investigador que podría ser en varios momentos.

A. En esta investigación se realizarán diferentes reuniones entre el investigador y el o la participante, donde individualmente se entrevistará y platicará sobre sus conocimientos en salud sexual y la construcción de estos, el participante debe estar dispuesto a hablar del tema con el investigador durante el tiempo que duren las reuniones en un horario a conveniencia de la persona adulta mayor. En estas reuniones el investigador tomará apuntes y grabará en audio la entrevista con tal de tener mejor control de la información, finalizada la entrevista, los apuntes y audios se manejarán de forma anónima respetando el anonimato de la persona participante.

B.

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: Al investigar sobre la salud sexual, deberá hablar sobre temas que pueden ser privados para usted y que pueden provocarle ansiedad o incomodidad al hablar.

2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, el investigador realizará una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

C. Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que la investigación pueda dar pie a nuevos estudios y proyectos donde se aprendan más acerca de la salud sexual en la persona adulta mayor y este conocimiento ayude a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores en el futuro.

D. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el investigador José David Picado Roblero y este debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a José David Picado Roblero al teléfono 88905932 en el horario de lunes a viernes de 9am a 5pm. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

E. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

F. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

G. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

H. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto

Fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

Fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Fecha

Anexo 3. Tabla de codificación

Objetivo general	Analizar el proceso de construcción del conocimiento sobre la salud sexual a partir del relato de vida de personas adultas mayores que asisten al Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM).	
Objetivos específicos	Códigos que abarca	Conceptualización
Indagar la construcción de conocimiento en salud sexual desde el relato de vida de las personas participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ● Infancia ● Adolescencia ● Adultez ● Adultez mayor 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las categorías en este objetivo se dirigen a construir el relato de vida las personas participantes y la construcción de su conocimiento en salud sexual a través del contacto con su microsistema y su mesosistema en cada etapa de su vida.
Establecer la intervención del contexto bioecológico en la construcción del conocimiento en salud sexual durante las diferentes etapas de la vida de persona adulta mayor.	<ul style="list-style-type: none"> ● Juicios sociales ● Censura ● Cambio social ● Actualidad social ● Desconocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ● Este objetivo procura conocer el papel del macrosistema (cultura, creencias, historia, valores) en la construcción de conocimiento en salud sexual y cómo este macrosistema ha ido evolucionando con el paso de los años.
Determinar cómo esta construcción del conocimiento impacta actualmente en la percepción sobre la salud sexual en la persona adulta mayor.	<ul style="list-style-type: none"> ● Percepción ● Aprendizajes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Toda construcción del conocimiento tiene como resultado actitudes y opiniones que son percepciones sobre un determinado tema. Esta categoría pretende conocer ese producto habiendo entendido la construcción del conocimiento de cada participante.