

Percepciones y experiencias de adultos mayores sobre sexualidad y servicios de salud sexual en Colombia

Perceptions and experiences of older adults about sexuality and sexual health services in Colombia

Fernando Ruiz-Vallejo^{1*} ; Ángela Cifuentes-Avellaneda³ ; Catalina-Devía² ; Mónica Alfonso³ ; Alexander Alegría³ ; Camila Vera³ 

*hfruibz@unal.edu.co

Forma de citar: Ruiz-Vallejo F, Cifuentes-Avellaneda A, Devía C, Alfonso M, Alegría A, Vera C. Percepciones y experiencias de adultos mayores sobre sexualidad y servicios de salud sexual en Colombia. Salud UIS. 2023; 55: e23040. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23040> 

Resumen

Introducción: aunque a nivel mundial se ha demostrado que la población adulta mayor mantiene una vida sexual activa, es limitada por estereotipos, cambios fisiológicos resultados del proceso de envejecimiento y la ausencia de estrategias de salud integral para la sexualidad. **Objetivo:** documentar la experiencia sexual de los adultos mayores en el país y entender los motivos que promueven o limitan la búsqueda de atención en salud sexual. **Metodología:** estudio cualitativo en el que se realizaron 39 entrevistas y 4 talleres virtuales con hombres y mujeres de 50 años y más en Barranquilla, Bogotá, Cali, Medellín, sin excluir personas de otras ciudades. **Resultados:** entre los principales hallazgos se evidencia que la población adulta mayor tiene valoraciones positivas frente a la sexualidad y el sexo, pero su desarrollo se ve limitado, especialmente para las mujeres, por los roles de género. La sexualidad en las personas mayores está atravesada por la educación inicial, la transformación de ideas sobre la sexualidad a lo largo de sus trayectorias de vida, las transformaciones del cuerpo, el estado de salud, las prácticas y experiencias sexuales recientes y la manera en la que se aproximan a la dimensión salud sexual con profesionales de la salud. **Conclusiones:** la heterogeneidad de experiencias, prácticas y valores dados a la sexualidad y al sexo en la vejez requieren de la generación de políticas y programas de atención integral basadas en investigaciones empíricas que superen las concepciones edadistas de la sexualidad. Este estudio es una contribución a la literatura local sobre sexualidad y vejez, así como al diseño de servicios de atención de salud y bienestar de acuerdo con las necesidades, identidades y circunstancias específicas de la población adulta mayor en materia de sexualidad.

Palabras clave: Adulto mayor; Envejecimiento; Sexualidad; Salud sexual; Servicios de salud.

¹ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

² Universidad Santiago de Cali. Colombia.

³ Asociación Profamilia. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: Although worldwide has been demonstrated that the older adult population maintains an active sexual life, this is limited by stereotypes, physiological changes resulting from the aging process and the absence of comprehensive health strategies for sexuality. **Objective:** To document the sexual experience of older adults in the country and to understand the reasons that promote or limit the search for sexual healthcare. **Methodology:** Qualitative study. Thirty-nine interviews and four virtual workshops were conducted with men and women 50 years of age and older in Barranquilla, Bogotá, Cali, and Medellín, although people from other cities were not excluded. **Results:** Among the main findings, it is evident that this population has positive evaluations of sexuality and sex, but its development is limited, especially for women, by gender roles. Sexuality in the elderly is formed by their initial education, the transformation of ideas about sexuality throughout their life trajectories, the transformations of their bodies, their state of health, recent sexual practices and experiences, and the way in which they approach this topic with health professionals. **Conclusions:** The heterogeneity of experiences, practices and values given to sexuality and sex in old age require policies and programs based on empirical research that overcome the ageist conception of sexuality. This study is a contribution to the national literature on sexuality and aging, and to the design of health care and well-being services according to the specific needs, identities and circumstances of the older adult population in terms of sexuality.

Keywords: Older people; Aging; Sexuality; Sexual Health; Health service.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por primera vez en la historia la mayoría de las personas tienen una esperanza de vida que supera los 60 años de edad¹. Actualmente es previsible la transición demográfica hacia el aumento global de personas adultas mayores, las cuales cumplen roles fundamentales en la sociedad y requieren una estrategia integral de salud pública. Para ello, se requiere derribar estereotipos que resultan obsoletos y limitantes sobre el curso de vida. Uno de los aspectos centrales a tener en cuenta al respecto es el de la sexualidad del adulto mayor.

En países con encuestas de sexualidad para la población mayor las tendencias indican que dicho grupo reporta una actividad sexual importante, pero que esta se va reduciendo con la edad. En Estados Unidos, por ejemplo, entre los varones de 57 a 64 años el 83,7 % indicó haber tenido algún tipo de relación sexual en los últimos 12 meses. Para el grupo de edad de 65 a 74 años este porcentaje fue de 67 % y para el grupo de 75 a 85 fue 38,5 %. En las mujeres los valores fueron menores en los tres grupos de edad, alcanzando niveles de 61,6 %, 39,5 % y 16,7%, respectivamente².

La investigación cualitativa permite acompañar la lectura de las estadísticas sobre sexualidad en la vejez. En este sentido, la evidencia muestra una amplia heterogeneidad de la importancia dada al sexo³. En países de ingresos altos se ha encontrado que, para una parte de la población, el envejecimiento está asociado con un crecimiento personal significativo; más calidad

de las relaciones sexuales debido a la mayor liberación de los prejuicios sobre la sexualidad, las menores cargas familiares y más confianza en sí mismo^{4,5}. Para otras personas, la centralidad del sexo varía de acuerdo con el estado conyugal, la calidad de las relaciones de pareja, el nivel de salud, las condiciones económicas, entre otros factores⁶.

En Colombia, de acuerdo con el Censo de 2018, el 9,1 % de la población era mayor de 65 años⁷. Este grupo ha venido aumentando progresivamente desde el año 1985, cuando alcanzaba el 4,4 % del total de la población, en 2005 este mismo grupo ya alcanzaba el 6,3 %⁸. Lo anterior muestra un aumento del índice de envejecimiento, que pasa de 13,7 personas mayores de 65 años por cada 100 individuos de 0 a 14 años en 1995 a un índice de 40,4 en 2018⁹. No obstante, las políticas integrales sobre salud y envejecimiento son escasas, al igual que ocurre con la literatura sobre sexualidad y envejecimiento. Las investigaciones existentes provienen del campo médico o psicológico, desde un abordaje predominantemente cuantitativo y centrado en las mujeres; solo una investigación utiliza un enfoque cualitativo¹⁰ y otra lo hace a partir de una metodología mixta¹¹. En las investigaciones se abordan tres aspectos: a) las prácticas y expresiones sexuales; b) las actitudes hacia la sexualidad de las personas mayores por parte de ellas mismas¹²⁻¹³ o por parte de otros grupos poblacionales^{10,11,14,15}; y c) los vínculos de la salud sexual con otras condiciones de salud^{16,17}.

A pesar de estas contribuciones, son pocos los trabajos cualitativos que abordan la experiencia de la sexualidad

de las personas mayores, en el contexto de la atención en salud y desde un enfoque que ponga relevancia a las percepciones sociales. Por ello, el presente artículo tiene por objetivo documentar la experiencia sexual de las personas mayores y entender los motivos que promueven o limitan la búsqueda de atención de servicios de salud sexual.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo a partir de dos técnicas de recolección de la información: entrevistas y talleres sobre sexualidad y envejecimiento. En total se realizaron 39 entrevistas semiestructuradas (**Anexo 1**) y 4 talleres con personas adultas de 50 años en adelante. Tanto las entrevistas como los talleres se hicieron de forma virtual dadas las restricciones del COVID-19. Las personas participantes en los talleres se convocaron a través de las redes de Profamilia y las de las entrevistas se convocaron dentro de los talleres virtuales. La información fue recolectada durante el primer semestre del 2021, con quienes manifestaron su interés a través de un consentimiento informado verbal o escrito. Los nombres de las narraciones fueron cambiados para proteger la privacidad de las personas participantes.

El análisis de la información partió de la teoría fundamentada, la cual permite, además de usar categorías predeterminadas, poner en relevancia categorías emergentes a partir de la sensibilidad y agencia del investigador¹⁸. Las categorías predeterminadas provinieron de las 6 secciones centrales del cuestionario de las entrevistas: i) trayectoria de vida; ii) estado de salud; iii) significados sobre el sexo, el placer y el deseo sexual; iv) prácticas, experiencias de la sexualidad y sexo seguro; v) fuentes de información sobre sexualidad y derechos sexuales; vi) barreras y facilitadores para hablar sobre sexualidad con los proveedores de salud. Las categorías emergentes se ubicaron dentro de las categorías predeterminadas antes mencionadas, dando lugar a códigos como: silencio sobre la sexualidad, ideas negativas sobre la sexualidad, sexualidad como genitalidad, significados integrales de la sexualidad, satisfacción actual, sexualidad y autoimagen, prácticas sexuales, uso del condón, entre otras.

Resultados

Experiencias de los adultos mayores en sexualidad según la edad y trayectoria de vida

Los resultados están estructurados en tres momentos: educación inicial sobre sexualidad, transformaciones de

las ideas preconcebidas sobre sexualidad en la adultez, y prácticas y experiencias sexuales recientes.

Educación inicial sobre sexualidad

La mayor parte de las mujeres y los hombres expresaron que en sus familias predominó el silencio sobre cualquier tema asociado con sexualidad y aseguraron no haber recibido educación al respecto durante su infancia o adolescencia. Al silencio sobre la sexualidad le siguió quienes afirmaron haberse topado con concepciones negativas, en las que el cuerpo, el sexo y los embarazos se vincularon con lo prohibido. Un grupo más reducido afirmó haber tenido acceso a información sobre sexualidad a través de amigos o de forma empírica por las situaciones que enfrentaron. La menor proporción se encontró entre quienes dijeron haber accedido a educación sobre sexualidad en el colegio, en las cátedras de biología o higiene y salud; sin embargo, para algunos de este grupo, esta educación fue insuficiente y estuvo atravesada por visiones morales y religiosos.

“nos criaron en un ambiente donde era prohibido tocarse, mirarse y autosatisfacerse. Yo vengo de una familia muy numerosa y descubrir a los hermanos autosatisfaciéndose era como que: ¿por qué a él sí lo dejan y hasta lo animan? En cambio, las mujeres teníamos que ser santas, teníamos que ser puras y nos castraban esa parte de nuestra sexualidad” (Mónica, 55 - 69 años, Región Andina).

Particularmente, las mujeres mencionaron que en su primer acercamiento con las ideas acerca de la sexualidad predominó el desconocimiento del cuerpo y el rechazo al sexo por temor al embarazo. La genitalidad y las relaciones sexuales se ubicaron en el ámbito de lo prohibido por condiciones socioculturales como las creencias religiosas y la censura de los valores sociales del momento. Igualmente, la información inicial sobre sexualidad se ubicó en el ámbito de la falta de higiene, porque prácticas como tocarse, mostrar el cuerpo o tener manifestaciones afectivas se asociaban con una noción referido a lo impúdico.

Yo a mis 19 años ni siquiera sabía cómo queda uno en embarazo ni nada, yo veía que las señoras estaban en embarazo, pero creía ese cuento de que llegaba la cigüeña. Uno vivía como con ese mito (Flor, 66 años, Región Andina).

Solo unas pocas mujeres afirmaron que en sus familias se habló sobre la menstruación, en esos casos, el tema

se trató con cautela, de forma insuficiente y asociado a concepciones negativas. La información acerca de los métodos anticonceptivos, al igual que la de actitudes para mantener relaciones sexuales de manera segura, se reportó como nula en la niñez y adolescencia de las mujeres participantes.

“La sexualidad era un tema totalmente vedado para la juventud, era prohibitivo y no había ninguna educación al respecto, no había ninguna formación de control natal, los niños nacíamos como por obra y gracia del espíritu santo, como nace cualquier animal y sobreviva como pueda” (Carlos, 69 años, Región Caribe).

Entre los hombres entrevistados se evidenció que la información sobre cambios del cuerpo, prevención de embarazos o sexo seguro se dio en menor proporción que en las mujeres, siendo prácticamente inexistente. Los hombres afirmaron haber aprendido sobre sexualidad de lo que escuchaban de otros jóvenes mayores o a partir de la experimentación con ellos mismos o con otras personas. Algunos, al igual que las mujeres, dijeron haber tenido educación sobre sexualidad en sus colegios, pero de forma superficial. Esto significó ser padre a una edad temprana, reconocer haber sometido a sus parejas a situaciones de violencia y asegurar que la falta de educación sexual impactó de forma negativa sus vidas.

“Desconocer fue mi gran error, porque creía que la vida de pareja de pronto se respondía a proveer lo económico y a proveer sexo. Llegó un momento en que el sexo no era una voluntad compartida, sino que más bien era una exigencia para ella... Esos años estuvieron influidos por esa baja educación” (Darío, 68 años, Región Andina).

Transformaciones de las ideas iniciales sobre sexualidad

En general, la mayoría de las participantes afirmó que el aumento de edad y las experiencias fueron determinantes para tener otras perspectivas sobre sexualidad. Si bien algunas mujeres entrevistadas, especialmente aquellas casadas por un periodo prolongado, evidenciaron tener ideas limitadas sobre la sexualidad, mantener concepciones negativas de la sexualidad, estar envueltas en situaciones de violencia doméstica y tener concepciones arraigadas a los estereotipos de género, un grupo de mujeres, solteras y separadas especialmente, también mostró que, a pesar de pensar en su niñez y juventud que con el paso del tiempo su sexualidad se iba a extinguir o que las personas mayores no tenían sexo, las experiencias en la adultez les dieron la posibilidad de derrumbar estos mitos y empezar a

tener una relación diferente con su sexualidad. Incluso, aunque para la mayoría de las mujeres entrevistadas las primeras experiencias sexuales fueron incómodas, poco placenteras y en algunos casos forzadas, algunas de estas mujeres afirmaron que con la llegada a la adultez y tras tener más experiencia en su vida empezaron a pensar más en ellas mismas y en su propio placer. Esto supuso que las experiencias sexuales en la adultez fueran más plenas que las que llegaron a tener en la juventud.

“Mi vida empezó cuando me alejé de los miedos a los embarazos y esas cosas y a entender mi cuerpo y a querer mi cuerpo y a tener una voz sobre con quien quiero estar, totalmente opuesto a lo que había sido en mi adolescencia” (Carmen, 63, Región Andina).

Entre las mujeres, la sexualidad y la adultez se identificaron mitos como el de que ser mujer mayor implica desinterés por la sexualidad, o que después de la menopausia pierden la capacidad de satisfacer o satisfacerse. Las mujeres expresaron molestia frente a estos mitos y no se sintieron identificadas. Coinciden más bien, y mayoritariamente, en la potestad que tienen sobre sus cuerpos.

Para los hombres fueron menos notorios los cambios de las ideas sobre sexualidad. En cambio, se evidenció una preocupación común asociada con el deterioro físico para poder tener relaciones sexuales más prolongadas o con más frecuencia. Esto lo compararon los hombres, especialmente, con la juventud y respecto a los cambios después de los cincuenta años.

“A veces ella se enfermaba, entonces yo tampoco la molestaba por ese lado, y sí se va volviendo fría, fría, la mujer se va volviendo más fría” (Henry, 66 años, Región Andina).

Igualmente, varios hombres evidenciaron que aun tienen vacíos en estos temas y refuerzan estereotipos y mitos sobre la sexualidad. Especialmente los hombres heterosexuales con pareja se concentraron en hablar acerca de la pérdida de frecuencia en las relaciones sexuales, esto lo asociaron principalmente a que las mujeres con las que estaban ya no tenían deseo sexual o estaban restringidas por ciertas condiciones de salud física. Aunque algunos hombres reconocieron que en el momento actual tenían problemas de salud física, incluso de orden sexual, no siempre relacionaron esto con alteraciones en su vida sexual, solo unos pocos expresaron haber acudido a atención en la salud por sus alteraciones en salud. Un grupo reducido de hombres manifestó que los cambios de sus ideas sobre el sexo

les permitieron reconocer y darle relevancia al placer de sus compañeras y no solo al propio. Igualmente, pocos hombres expresaron entender la sexualidad, gracias a la edad y las experiencias que han vivido, como un componente integral y no sólo como genitalidad.

Prácticas y experiencias sexuales recientes

Se evidenció que entre los entrevistados el estado civil, la religión, y las concepciones culturales son importantes en la disposición frente al sexo, haciendo que varíe el grado de importancia que se le da a este. Mientras algunos participantes usan palabras como “muy importante”, “natural”, otros consideran que ya cumplieron su tiempo o ciclo, e indicaron que se encontraban en un estado de *asexualidad*.

“Bueno, yo pienso que la masturbación es una excelente práctica, digamos para conocerse el cuerpo, para conocer las emociones” (Socorro, 60-64 años, Región Andina).

Se destacó que entre las mujeres que carecen de compañero sexual se presenta gran aceptación de la masturbación. La mayor parte de las mujeres dice haber conocido esta práctica sexual en la vida adulta y continúan realizándola como parte cotidiana de su satisfacción sexual actual.

“yo ahoritica, no veo como importante la sexualidad. Pero, lo que yo entiendo, es que yo debo de complacer a mi pareja, porque él está conmigo y sé que no está con nadie” (Mónica, 61 años, Región Andina).

Por otro lado, tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres, se revela que el promedio de la frecuencia sexual es de una vez a la semana. Algunas mujeres relataron que en esta etapa de su vida la frecuencia no es lo más importante; por encima consideran las caricias, la tranquilidad, la compañía, el diálogo, compartir en familia. En el caso de los hombres estos expresaron expectativas más altas, similares a las de la juventud, respecto a la frecuencia sexual. Una parte del grupo, en el que se destacan sobre todo las mujeres, relacionó su disposición a las exigencias de la pareja, expresando no presentar deseo espontáneo ni iniciativa a partir del disfrute de caricias o contacto, estas personas explicaron que realizan el acto sexual por compromiso.

“Con mis fracturas que he tenido, nos acomodamos de tal manera que disfrutemos, aún con esa limitación que tenemos. Lo mismo, cuando a él lo han operado de los cálculos, nos ajustamos a esa situación de salud,

esperamos con mucha paciencia, con mucho respeto y disfrutamos” (Diana, 65 - 69 años, Región Andina).

La influencia de los cambios físicos fue un componente en el que las mujeres abordaron a profundidad los efectos producidos por la menopausia. Este evento se asoció con la pérdida del riesgo de la procreación, y por ende mayor libertad sexual y espontaneidad durante el encuentro sexual; igualmente, se asoció con la disminución de la libido, aunque esto también se referenció como consecuencia de las relaciones longevas que han llevado a la monotonía, relegar la iniciativa sexual al hombre y las alteraciones en la salud física. Sobre este último punto, las mujeres que manifestaron tener enfermedades crónicas expresaron que este suceso ha impactado su vida sexual pero no ha sido decisivo. La mayoría de ellas afirmaron que las alteraciones en su salud física no han restado valor al encuentro sexual, y por el contrario, ha significado acudir a otras estrategias para complacerse a ellas mismas y a sus parejas.

La principal molestia en salud sexual que manifiestan las mujeres fue la pérdida de lubricación que sintieron al inicio de los cambios hormonales de la menopausia. Con la falta de lubricación, las mujeres anotaron que sus relaciones sexuales pueden llegar a ser incómodas o doler hasta con la estimulación manual. Las expectativas de mejorar este aspecto fue un factor común, por el que en algunos casos buscaron opciones en el sistema de salud: consulta por lubricantes, terapia hormonal e incluso tratamiento con láser.

En el caso de los hombres, estos relacionaron de forma más sucinta los problemas de salud física con su sexualidad. Quienes reportaron diagnósticos de patologías cardíacas, hipertensión, dislipidemia, diabetes y enfermedades prostáticas comentaron algún nivel de pérdida en la fuerza de la erección. Entre este grupo, solo un hombre manifestó haber solicitado recomendaciones al médico para el inicio de su sexualidad posterior a un evento cardíaco. Algunos mencionaron haber presentado sentimientos de frustración y vergüenza con sus parejas por sus problemas de salud sexual y la mayoría manifestaron entender esto como algo natural atribuido a la edad.

Experiencias y percepciones sobre la sexualidad en la atención en salud

El siguiente apartado documenta las experiencias de los participantes en relación con el abordaje de la sexualidad en los procesos de atención en salud, con el fin de identificar las barreras y facilitadores.

“No he tenido la necesidad de hablar de eso nunca”, o por qué las personas mayores no hablan de sexo con el personal de salud.

La mayoría de los participantes mencionaron que no habían buscado atención médica con personal de la salud en materia de salud sexual. La principal razón para no hacerlo es porque lo consideraban un asunto “íntimo”, y en el caso de las personas unidas, como un aspecto únicamente susceptible de conversar con la pareja.

Las respuestas muestran matices en las razones individuales que mujeres y hombres expresan para no hablar de sexualidad. Entre las mujeres, aparece una preocupación por los “límites de la consulta” para conversar de estos temas, y dejan en manos del médico la posibilidad de hacerlo: “el médico nunca me pregunta por eso”. En el caso de los hombres, las motivaciones individuales para no hablar de sexualidad se asociaron, en mayor intensidad, con las percepciones sobre la vejez. La “edad” se emplea como argumento para aceptar ciertos cambios como propios del envejecimiento, por tanto, no se concibe como “problema”, ni como una etapa “adecuada” para buscar ayuda, pues las “inquietudes” sobre la sexualidad se relacionan con un comportamiento propio de la juventud.

Tanto en hombres como en mujeres, las diferencias de género en la interacción médico-paciente fue mencionada como una barrera para hablar de sexualidad. En ambos casos se preferían proveedores de salud del mismo sexo, con quienes se podría generar mayor confianza apelando a una experiencia común en términos de identidad de género, que no es atravesada por una desconfianza en la capacidad técnica del profesional en medicina.

Las percepciones sobre las barreras del personal de salud en el abordaje de la salud sexual

El segundo grupo de barreras proviene de las actitudes, comportamientos y limitaciones del personal de salud. Dentro de este segmento de narraciones, los participantes mencionaron que no se percibe interés por parte de los proveedores, pues “no preguntan” sobre sexualidad, y si lo han realizado no han sido experiencias satisfactorias. Así, la sexualidad únicamente es considerada de interés médico cuando se asocia con infecciones de transmisión sexual o con dolores genitales, aunque sin tener el mismo orden de prioridad que las dolencias no sexuales.

“empecé a sentir demasiada resequead y pensé que tenía algo más grave y pedí cita con el ginecólogo, me examinó y me dice: no, no, no usted está muy bien, solo

hay algo de resequead. Pero no me formuló nada, simplemente me dijo que eso es una resequead.” (Diana, 65-69 años, Región Andina).

El desinterés de los proveedores de salud se expresa en la negación de la sexualidad en el marco de las creencias que estos últimos tienen sobre la vejez. Dicha actitud se manifiesta en comportamientos que ignoran las necesidades de atención de las personas mayores, lo cual se traduce en experiencias negativas de atención, donde los sujetos perciben un abordaje incompleto o con limitaciones para responder a las demandas en materia de salud sexual.

“Debería tener era un sexólogo que estudió para eso, no un médico general. Porque el médico general de pronto no lo ve como una enfermedad. Entonces, para mí los médicos generales, pues yo hablo de lo que yo viví, como que no tienen las herramientas” (Gloria, 50 años, Región Pacífico).

Finalmente, otro de los motivos para no hablar de sexualidad tuvo que ver con la falta de entrenamiento del personal de salud para abordar la sexualidad. A excepción de los programas especializados para grupos específicos, como por ejemplo los de las personas trans que se implementan en centros con protocolos particulares, la atención médica general no se percibe como un espacio sensible a la diversidad y necesidades sexuales para las personas mayores.

“No le da tiempo de que uno pregunte ese tipo de temas”: la negación de la sexualidad en el sistema de salud.

El último grupo de barreras para hablar de sexualidad corresponde a los aspectos estructurales del sistema de salud en el cual se enmarca la relación médico-paciente. La dificultad para abordar la salud sexual en la consulta parte de la negación de la sexualidad en las personas mayores por el mismo sistema de salud.

Factores como la ausencia de espacios físicos adecuados y la de condiciones mínimas de confidencialidad hacen que la invisibilidad de la sexualidad en las personas se acentúe con más fuerza, pues abordar sus necesidades pasa por tener condiciones de seguridad óptimas, así como de la interacción cara a cara con personal médico, ya que esto marcará el éxito o fracaso del encuentro y la adecuada prestación de un servicio. En este sentido, algunos pacientes advirtieron sobre las limitaciones de la telemedicina para manifestar inquietudes vinculadas con la vida sexual.

En algunas oportunidades, por ejemplo, que tenía alguna cita médica yo lo comente con algunos médicos... los que me veían por alguna razón, pues por las razones normales, por ejemplo, lo de los triglicéridos que fue lo que más me trataron; y yo le comentaba al médico, pero pues, me decía que era normal, eso ya la edad, eso no sé qué, entonces no sé, hasta ahorita no he tenido tampoco unas terapias con algún sexólogo o algo así, no, jamás las he tenido. (Darío, 68 años, Región Andina).

Los últimos dos limitantes estructurales mencionados por los participantes son el tiempo de la consulta médica y los impedimentos del sistema para hacer derivaciones efectivas a servicios especializados. En el primer caso, las posibles necesidades de salud sexual de las personas mayores no se alcanzan a abordar durante la cita con el personal de salud dada la prioridad que podrían tener otros aspectos de la salud. En el segundo caso, la remisión a especialistas que puedan atender las demandas de atención sexual, principalmente terapia psicológica y consulta de sexología, se convierten en procesos desgastantes que las personas mayores terminan desestimando por los excesivos itinerarios burocráticos.

Percepciones sobre los facilitadores del abordaje de la sexualidad en la atención en salud

Los participantes también identificaron elementos positivos en la relación médico-paciente, que actúan como facilitadores de un tratamiento adecuado y satisfactorio de la salud sexual de las personas mayores. Entre estos aspectos se caracterizó que una actitud respetuosa, “natural” y profesional de la sexualidad es fundamental para generar confianza y empatía, lo cual garantiza que el paciente pueda plantear las preguntas o necesidades de información que tenga.

Decidí cambiar mis ginecólogos hombres por ginecólogas mujeres porque siento que con las mujeres pues puedo hablar de una manera que con los hombres no puedo... a mí me parece jartísimo tener que empelotarme delante de un hombre, así sea un médico. (Carmen, 63 años, Región Andina).

Entre las mujeres, la atención brindada por profesionales en salud sexual que sean mujeres es un aspecto positivo y preferible ante una atención hecha por hombres. Las razones van dirigidas a percibir un carácter comprensivo de intimidad y mayor sororidad.

Con los médicos que saben ha sido una experiencia maravillosa, bellísimos todos, por supuesto conocen de transgenerismo, de travestismo, de todo, muchísimo,

todos, y una atención absolutamente seria. (Paola, 69 años, Región Andina).

En el caso particular de las necesidades de la población LGBTI, la sensibilización y entrenamiento en asuntos de diversidad sexual e identidad de género transmiten tranquilidad y confianza en los procedimientos que el personal de salud puede llevar a cabo para mejorar la salud sexual de las y los pacientes.

Discusión

El presente artículo se propuso documentar y entender las lógicas de la sexualidad de las personas mayores, sin pretender generalizar los resultados y reconociendo las características particulares de los participantes. Los hallazgos aquí expuestos permiten contar con un primer acercamiento a un tema ausente en la literatura nacional sobre salud sexual y envejecimiento. La principal conclusión de este trabajo es que la sexualidad de las personas mayores es heterogénea y con múltiples matices, resultado de la diversidad de preferencias, biografías sexuales y afectivas, y condiciones estructurales¹⁹. A esto se suma que, si bien la mayor parte de personas entrevistadas afirmaron que la sexualidad es un tema importante en la edad adulta, el desconocimiento y los estereotipos sobre el tema son un obstáculo y hay ausencias en los servicios integrales de salud sexual.

Tanto los resultados de esta investigación como los que se encuentran a nivel global evidencian diferencias en las narraciones de la sexualidad entre hombres y mujeres. En las mujeres, hablar de sexualidad o declarar la actividad sexual está mediado por normas sociales que inhiben su expresión²⁰. Para el caso de los hombres, aunque hablar de sexualidad pueda resultar un poco más fácil, también son evidentes las limitaciones en sus percepciones y experiencias por los estereotipos que acompañan los significados de la sexualidad en la adultez.

Hombres y mujeres evidenciaron que promover la satisfacción sexual del varón como una obligación que la mujer debe proveer refuerza las desigualdades de género en las prácticas sexuales de las personas mayores^{21,22}. En contraste, especialmente las mujeres solas o que se han separado y vuelto a unir, mostraron que interpretar los cambios en la sexualidad de manera positiva ha implicado incrementar su agencia sexual, lo cual les permite ahora disfrutar más su sexualidad y decidir si tener o no relaciones sexuales. La tensión entre la sexualidad como un sometimiento de las mujeres al

placer del varón, o como una experiencia liberadora durante la vejez, podría explicar la aparente “pérdida de interés en el sexo” por parte de las mujeres, reportada por los hombres heterosexuales que participaron en esta investigación.

Esta heterogeneidad de experiencias ubica a Colombia en un punto intermedio entre lo encontrado en países de ingresos altos, en términos de la valoración positiva de la sexualidad en esta edad, asociada con la liberación de los prejuicios sobre el sexo, las menores cargas familiares y el aumento de la autoconfianza^{4,5}; y lo documentado en sociedades de ingresos bajos o medios, en las cuales las desigualdades de género asignan a las mujeres roles pasivos y una sexualidad en función de las voluntades del varón y contextos de violencia de pareja^{6,21,22}.

A pesar de la heterogeneidad de la sexualidad de las personas mayores de 60 años y de las múltiples necesidades de atención en salud, las respuestas de los participantes de esta investigación concuerdan con los estudios que evidencian la dificultad de abordar estos temas durante la consulta médica^{23,24}. La vergüenza, así como considerar que las disfunciones sexuales hacen parte del envejecimiento “normal”, o que estos son temas de la vida “privada”, representan las principales limitaciones para hablar de sexualidad. Otras barreras fueron ser atendido por un profesional de sexo y edad diferente, las actitudes negativas o desinteresadas hacia la sexualidad por parte de los proveedores de la salud, el desconocimiento de la oferta de servicios de salud sexual y la falta de tiempo en la consulta^{23,24}.

A pesar de la diversidad de experiencias, la mayoría de personas nunca habían hablado con el personal de salud sobre estos temas. Las pocas personas que lo hicieron mencionaron que las actitudes respetuosas y profesionales, o aquellas que veían la sexualidad como algo “natural”, fueron las que ayudaron a transmitir más confianza y empatía para abordar sus inquietudes a nivel sexual. Son diversas las razones para no hablar de sexualidad o de salud sexual con el personal de salud, similares a las encontradas en la literatura internacional²³⁻²⁵. Visibilizar, incluir y normalizar la sexualidad de las personas mayores es necesario como medida a tener en cuenta a la hora de las consultas médicas, así como el diseño de estrategias de atención en salud tanto en lo que respecta al sistema como a sus proveedores. Lo anterior como un mecanismo de implementación de acciones que ayuden a superar dichas barreras.

Dada la diversidad de experiencias, significados y condiciones en que las personas mayores de 50 años viven su sexualidad, las instituciones y profesionales que proveen servicios de salud, deben tener un abordaje amplio centrado en las necesidades y en la biografía individual. La atención deberá superar el dualismo entre “prohibir”, en términos de tener actitudes negativas o que invisibilizan la sexualidad de este grupo; o por el contrario “obligar” a que las personas mayores tengan una forma particular de práctica sexual. Se trata de ofrecer información, conocimientos, alternativas y condiciones para el ejercicio de la sexualidad bajo un principio de libertad y conocimiento suficiente, en el que las personas tomen sus propias decisiones en el contexto de sus preferencias, su biografía sexual, afectiva y social²⁶.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y a la Asociación Profamilia por su apoyo financiero e institucional para el desarrollo de la investigación Salud, sexualidad y envejecimiento en Colombia, 2015-2021, realizada en el marco del programa de estancias postdoctorales del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, de la convocatoria No. 848 de 2019. Un agradecimiento especial a Mariana Calderón-Jaramillo por su colaboración en la recolección de la información y sus comentarios al manuscrito.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigaciones de Profamilia, mediante el Acta No. CEIP-15-2020, y se basó en los fundamentos científicos y éticos contemplados en las normas nacionales e internacionales para la protección de los datos y la confidencialidad.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses, y que los puntos de vista expresados son responsabilidad de estos y no de las instituciones en las que trabajan.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Envejecimiento y salud. Ginebra: OMS; c2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

2. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ* [Internet]. 2010; 340: e810. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e810>
3. Sinković M, Towler L. Sexual aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. *Qual Health Res* [Internet]. 2019; 29(9): 1239-1254. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
4. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med* [Internet]. 2003; 56(8): 1617-1628. doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00180-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00180-6)
5. Rowntree MR. Comfortable in my own skin: A new form of sexual freedom for ageing baby boomers. *J Aging Res* [Internet]. 2014; 31: 150-158. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2014.09.006>
6. Lagana L, Maciel M. Sexual desire among Mexican-American older women: A qualitative study. *Cult Health Sex* [Internet]. 2010; 12(6): 705-719. doi: <https://doi.org/10.1080%2F13691058.2010.482673>
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Internet]. Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Bogotá: DANE; 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-3ra-entrega.pdf>
8. Dulcey-Ruiz E, Arrubla D, Sanabria P. Envejecimiento y vejez en Colombia. Serie: Estudios a Profundidad basados en las ENDS 1990-2010 [Internet]. Profamilia. Vol. 6. Bogotá: Profamilia; 2013. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/3-ENVEJECIMIENTO-Y-VEJEZ-EN-COLOMBIA.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Encuesta SABE Colombia 2015: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Bogotá: MSPS; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
10. Cerquera AM, Álvarez JA, Saavedra AC. Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Floridablanca. *Psychol Av Discip*. 2010; 4(1): 73-87.
11. Piña López JA, Fierros Dávila LE, García Cadena C, Ybarra Sagarduy JL. Psicología y Salud (II): tendiendo puentes entre la Psicología Básica y la Aplicada. El rol del fenómeno de personalidad. *Pensam Psicol*. 2011; 9(16): 203-212.
12. Robledo Marín CA, Cardona Arango D, Cardona Jiménez J, Lizcano Cardona D, Quintero Echeverri Á. Percepción de la sexualidad en personas mayores de 60 años. Medellín, Colombia. *Rev Col Cienc Soc*. [Internet]. 2020; 11(1): 56-77. doi: <https://doi.org/10.21501/22161201.3286>
13. Melguizo-Herrera E, Castillo-Ávila I. Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Rev Sal Pública*. 2012; 14(5): 765-775.
14. Cerquera Córdoba AM, Galvis Aparicio MJ, Cala Rueda ML. Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: Percepción de tres grupos etarios. *Psychol Av Discip*. 2012; 6(2): 73-81.
15. Ramos Caballero EJ, Melguizo Herrera E. Factores asociados a actitudes sobre la sexualidad en la vejez en Medellín, Colombia. *Civil Cienc Soc Hum*. 2017; 17(33): 267-275.
16. Bedoya AM, Gaviria AM, Baena A, Borrero M, Duarte DF, Combita AL, et al. Age-specific seroprevalence of human papillomavirus 16, 18, 31, and 58 in women of a rural town of Colombia. *Int J Gynecol Cancer*. 2012; 22(2): 303-310. doi: <https://doi.org/10.1097/igc.0b013e31823c2469>
17. Flores RJ, Campo-Arias A, Stimpson JP, Chalela CM, Reyes-Ortiz CA. The association between past sexual abuse and depression in older adults from Colombia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2018; 31(1): 13-18. doi: <https://doi.org/10.1177/0891988717743588>
18. Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada. 1ra ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
19. Sávolt A, Musonda P, Mátrai Z, Polgár C, Rényi-Vámos F, Rubovszky G, et al. Optimal treatment of the axilla after positive sentinel lymph node biopsy in early invasive breast cancer. Early results of the OTOASOR trial. *Orv Hetil* [Internet]. 2013; 154(49): 1934-1942. doi: <https://doi.org/10.1556/oh.2013.29765>
20. Fileborn B, Thorpe R, Hawkes G, Minichiello V, Pitts M, Dune T. Sex, desire and pleasure: considering the experiences of older Australian women. *Sex Relation Ther* [Internet]. 2015; 30(1): 117-130. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2014.936722>
21. Ravanipour M, Gharibi T, Gharibi T. Elderly women's views about sexual desire during old age: A qualitative study. *Sez Disabil* [Internet]. 2013; 31(2): 179-188. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-013-9295-7>
22. Yun O, Kim M, Chung SE. The sexuality experience of older widows in Korea. *Qualitative Health Research*. 2014; 24(4): 474-483.

23. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Fam Pract* [Internet]. 2003; 20(6) :690–695. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>
24. Morton CR, Kim H, Treise D. Safe Sex after 50 and mature women's beliefs of sexual health. *J Consum Aff.* 2011; 45(3): 372–390.
25. Hughes AK, Lewinson TDW. Facilitating communication about sexual health between aging women and their health care providers. *Qual Health Res.* 2015; 25(4): 540-550. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732314551062>
26. López Sánchez F. *Sexualidad y afectos en la vejez.* Madrid: Ediciones Pirámide; 2012. p. 1–291.