



Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud

ISSN: 0121-0807

ISSN: 2145-8464

Universidad Industrial de Santander

Ruiz-Vallejo, Fernando; Bruhl, Kurt; Guerrero, Giovanni
Percepciones de proveedores de servicios de salud sobre
la salud sexual de los adultos mayores en Colombia

Revista de la Universidad Industrial de Santander.
Salud, vol. 55, 2023, Enero-Diciembre, pp. 1-11
Universidad Industrial de Santander

DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23030>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343876253037>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Percepciones de proveedores de servicios de salud sobre la salud sexual de los adultos mayores en Colombia

Perceptions of health service providers on the sexual health of older adults in Colombia

Fernando Ruiz-Vallejo^{*1} ; Kurt Bruhl² ; Giovanni Guerrero³ 

* hfruibz@unal.edu.co*

Forma de citar: Ruiz-Vallejo F, Bruhl K, Guerrero G. Percepciones de proveedores de servicios de salud sobre la salud sexual de los adultos mayores en Colombia. Salud UIS. 2023; 55: e23030. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23030> 

Resumen

Introducción: la sexualidad y la salud sexual de las personas adultas mayores es una dimensión invisible en la prestación de los servicios de salud. Debido a esto, es importante conocer las percepciones y dificultades del personal de salud para brindar esta atención. **Objetivo:** identificar diferencias y similitudes en la percepción que tienen los proveedores de servicios de salud en Colombia sobre la sexualidad y la salud sexual en el adulto mayor. **Metodología:** se realizaron 5 grupos focales en Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín donde participaron 19 profesionales de la salud de una institución prestadora de servicios de salud sexual y reproductiva. **Resultados:** los profesionales de la salud reconocen la sexualidad como un aspecto importante en la prestación de los servicios de salud en las personas mayores, a pesar de la invisibilidad actual del tema en la atención médica. Reconocen la complejidad de hablar sobre sexualidad en la interacción médico-paciente, en parte por la falta de entrenamiento de los profesionales de la salud y por las propias inhibiciones de los pacientes. **Discusión:** persisten obstáculos sociales y teóricos para abordar los temas de sexualidad en consulta, al igual que diferencias de género para el tratamiento de temas de sexualidad y salud sexual. **Conclusiones:** los prestadores de servicios de salud son claves para remover barreras a la atención, acompañamiento y comprensión de la salud sexual y la sexualidad de las personas mayores.

Palabras clave: Anciano; Salud; Sexualidad; Conducta sexual; Servicios de salud; Personal de salud.

¹ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

² Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

³ Asociación Profamilia. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: The sexuality and sexual health of older people is an invisible dimension in the provision of health services. Therefore, it is important to know the perceptions and difficulties of health personnel to provide this care.

Objective: To identify differences and similarities in the perception that health service providers in Colombia have about sexuality and sexual health in the elderly. **Methodology:** A total of 5 focus groups were held in Bogotá, Barranquilla, Cali and Medellín with the participation of 19 health professionals from an institution that provides sexual and reproductive health services. **Results:** Health professionals recognize sexuality as an important aspect in the provision of health services in the elderly, despite the current invisibility of the issue in medical care. They recognize the complexity of talking about sexuality in the doctor-patient interaction, partly due to the lack of training of health professionals, and due to the patients' own inhibitions. **Discussion:** Social and theoretical obstacles persist to address sexuality issues in consultation, as well as gender differences for the treatment of sexuality and sexual health issues. **Conclusions:** Health service providers are key to removing barriers to care, accompaniment and understanding of the sexual health and sexuality of the elderly.

Keywords: Elderly; Health; Sexuality; Sexual behaviour; Health services; Health personnel.

Introducción

En los últimos años, la proporción de adultos mayores de 60 años ha ido aumentando rápidamente. Según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (UNDESA), las proyecciones en la esperanza de vida aumentan en toda la población mundial. En 2015 las personas mayores de 60 años representaban el 12,3 % de la población en todo el planeta, dicho porcentaje aumentará a 16,5 % en 2030 y a 21,5 % en 2050¹. En el caso de Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)² de 2015 estima que en Colombia un 7,4 % de la población tiene 65 años o más. Para 2018, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, había un total de 5 970 956 colombianos cuya edad superaba los 59 años, lo que representa el 11 % de la población total estimada en 49 834 240. Este aumento implica un reto para la sociedad, debido a que debe adaptarse para mejorar la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y seguridad³.

La sexualidad está mediada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales³ que influyen en la percepción y vivencia que se tiene sobre ella. Respecto a la sexualidad en la vejez, existen consideraciones⁴ donde se señala que si bien se presentan cambios en la fisiología sexual que repercuten en la frecuencia para tener relaciones sexuales y el tiempo de reacción del organismo, eso no implica que se abandone la actividad sexual y su disfrute. De igual manera, la motivación de mantener una vida sexual activa en la vejez no se limita a la función física en general, sino también a la obtención de beneficios psicosociales, como la sensación de volver a sentir nuevas experiencias⁵. Sin

embargo, los estereotipos discriminatorios que definen a las personas mayores como personas sin atractivo y deseo sexual, y el tabú de la sexualidad en estas personas, siguen vigentes en las sociedades.

Algunos estudios apuntan a que los profesionales de la salud no se alejan de los imaginarios y narrativas simplistas, desconocimientos y prejuicios que persisten en el sentido común en cuanto a la sexualidad y la salud sexual en las personas mayores, ya que esta población recibe una atención mínima en los entornos de atención médica⁶. Igualmente, la literatura sugiere que los profesionales de la salud tienen un conocimiento limitado sobre la sexualidad en esta etapa de la vida y una incapacidad para discutir los temas asociados a esta, lo cual evidencia vacíos en su formación académica⁵. Se encuentra también que los proveedores de servicios de salud manifiestan incomodidad para abordar el tema con los adultos mayores^{7,8} debido a barreras en el conocimiento^{9,10} y en la formación académica¹¹. No obstante, algunos reconocen la importancia de abordar la sexualidad y los problemas sexuales en consulta^{12,13}.

En esta línea, es común que las personas mayores traten sus problemas de salud sexual de forma aislada. Muchos deciden no consultar con profesionales de la salud aunque padezcan diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer, al igual que las consecuencias de algunos medicamentos que pueden reducir la capacidad sexual y el deseo del adulto mayor¹⁴. En el caso de las mujeres, se ha aducido¹⁵ que suelen buscar soluciones a las disfunciones sexuales con menor frecuencia que los hombres. Por su lado, los adultos mayores pertenecientes a la comunidad LGBTI tienen distintas necesidades

de atención médica y se enfrentan a dificultades pues experimentan importantes disparidades de salud relacionadas con el envejecimiento, tales como un mayor riesgo de discapacidad, mala salud mental, tabaquismo y mayor consumo de alcohol que los adultos mayores heterosexuales^{16,17}, como consecuencia de los contextos de estigma y discriminación en la que han vivido.

En Colombia se han realizados estudios¹⁸ de corte descriptivo sobre la sexualidad de las personas mayores de 60 años en el municipio de Puerto Colombia, donde concluyeron que los adultos mayores tienden a tener un estilo de vida poco saludable. De igual forma, estos estudios mencionan que existen diferencias entre la sexualidad masculina y femenina, así como deficiencias afectivas en la vida de pareja y en la gratificación erótica, siendo menor en las mujeres. Por su parte, otros estudios han tenido el propósito de conocer la percepción de grupos etarios (adolescentes, adultos y adultos mayores) de Floridablanca (Santander) sobre el derecho de los adultos mayores al amor, la vida sexual en la etapa de la vejez y la posibilidad de establecer una relación afectiva después de enviudar. Los tres grupos mostraron opiniones favorables sobre estos tres aspectos.

Teniendo en cuenta los estudios precedentes del tema en Colombia, los prestadores de servicios de salud y los adultos mayores tienen dificultad para facilitar y acudir a los servicios de salud sexual, haciendo que la sexualidad sea un tema invisible en la atención de la salud en este segmento de la población. Esta investigación busca identificar las diferencias y similitudes en la percepción que tienen los proveedores de servicios de salud en Colombia sobre la sexualidad y la salud sexual en el adulto mayor, para determinar su experiencia en el abordaje en consulta o en otro modelo de atención, así como las sugerencias y recomendaciones que ellos mismos consideran necesarias para la prestación del servicio.

Metodología

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, a partir de grupos focales. Esta técnica permite la discusión desde diferentes puntos de vista por medio del ejercicio comunicativo entre un grupo de individuos, con el fin de analizar el nivel de consenso o disenso en torno a un tema particular; en este caso la sexualidad en la vejez. La utilidad de los grupos focales para el acopio de información radica en que por medio de la participación y el diálogo entre diversos individuos se puede percibir el proceso de construcción de nuevas ideas y opiniones¹⁹, contrario a lo que haría un cuestionario cuantitativo cerrado. Esta herramienta se enmarca en un enfoque hermenéutico, que se utiliza para analizar e identificar los discursos de los participantes, en este caso el de los proveedores de servicios de salud sobre sexualidad, por medio del análisis de las respuestas en torno a los argumentos y discusiones que se generaron a partir de los temas planteados.

Durante marzo de 2021 se realizaron en total 5 grupos focales en las cuatro principales ciudades del país (Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín), en donde fueron consultados distintos profesionales de la salud que trabajaban en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) especializada en salud sexual y reproductiva, para conocer de cerca sus percepciones sobre sexualidad y salud sexual en el adulto mayor. En total participaron 19 profesionales de la salud con distintos roles en la prestación de los servicios (ver [Tabla 1](#)). Se estableció un número pequeño de participantes en cada grupo, con el fin de facilitar la identificación de las opiniones individuales, evitar la cohibición de los participantes para expresarse y motivar la discusión de forma equitativa entre todos, lo cual es más complejo en grupos más grandes¹⁹.

Tabla 1. Perfil de las y los proveedores de servicios participantes de los cinco grupos focales.

Ciudad	No. Participantes	Tipo de proveedor/a
Barranquilla	3	Coordinación, especialista en ginecología y enfermería.
Bogotá A	3	Especialistas en ginecología y urología.
Bogotá B	5	Nivel gerencial y de coordinación central.
Cali	4	Coordinación, profesional en medicina, enfermería y psicología.
Medellín	4	Coordinación, especialista en ginecología y profesional de enfermería.
Total	19	

Fuente: elaboración propia.

Por esta razón, contrario a propuestas²¹ que indican que los datos cualitativos deben recolectarse hasta que no se perciba información nueva, el criterio de saturación en este estudio consistió en explorar y dirigir los grupos de discusión con participantes de las 4 ciudades de Colombia en donde se concentraba la mayor oferta de servicios de la IPS. Esto se hizo bajo el supuesto de que los proveedores de salud de estas ciudades están más propensos a que se les presenten casos o episodios sobre cuestiones de salud sexual y sexualidad en adultos mayores. Los grupos focales tuvieron una duración estimada de 60 a 90 minutos y estuvieron compuestos por los siguientes bloques: a) percepciones sobre la sexualidad en el proceso de envejecimiento y en la vejez; b) experiencias de abordaje de los temas de sexualidad y salud sexual en la atención de la institución; c) necesidades de información, servicios de salud e intervenciones para mejorar la salud sexual de la población de 60 o más años; y d) necesidades de información, entrenamiento y capacitación al personal de salud para abordar los temas de sexualidad y salud sexual de las personas mayores.

Los grupos focales fueron transcritos para facilitar el análisis de la información. A partir de las preguntas que desarrollaban los bloques de discusión planteados en la guía del grupo, se establecieron 8 categorías generales, que dieron lugar a 24 subcategorías que abarcaban la totalidad de los temas discutidos en los 5 grupos focales, tanto de las categorías de análisis iniciales, como las emergentes. Dichas categorías se definieron a partir de los temas de la guía del grupo focal, que a su vez fueron resultado de la revisión de la literatura y motivados por la captación de las características y necesidades de atención en salud y sexualidad por parte de una entidad especializada en este tipo de servicios. La plataforma Dedoose se utilizó para la codificación y la sistematización de la información.

Resultados

Los resultados se presentan en tres apartados creados con base en el objetivo de la investigación. El primero, describe las percepciones que los proveedores de la IPS tienen sobre la sexualidad de las personas mayores. El segundo, analiza las experiencias que han tenido en el abordaje de la sexualidad con esta población a partir de sus propias prácticas y el tercero recapitula las recomendaciones del personal de salud sobre los aspectos a considerar en la revisión de la oferta de servicios y de programas por parte de la organización, en el diseño de un portafolio específico para este grupo de edad particular.

Percepciones sobre sexualidad y salud de los adultos mayores

Un elemento en común de los cinco grupos focales fue el rechazo de los proveedores a la negación social de la sexualidad en las personas mayores. Aunque mencionen que las personas mayores de 60 años no son una población que use con alta frecuencia los servicios de la IPS, los proveedores reconocen la invisibilidad que experimentan los mayores en relación con sus necesidades de salud sexual, tanto en el sistema de salud, como en la sociedad en general, y se reivindica la importancia de abordar y desarrollar el tema en la institución, como una forma de contribuir al déficit en la garantía de los derechos sexuales que reporta esta población. Pertenecer a una institución especializada en salud sexual y reproductiva, permite que los proveedores tengan una actitud positiva hacia la prestación de servicios para este grupo particular, como una forma de extender la sexualidad más allá del periodo reproductivo. Lo cual se refleja en las intervenciones de algunos participantes del grupo:

“lamentablemente, cuando hablamos de sexualidad es inexplorada y con un alto desconocimiento. Pareciera que cumplida esa edad o al iniciar esa fase final de las historias de vida de cada persona no se pudiera hablar de la sexualidad, o como que la sexualidad finalizara, como que la sexualidad fuera solo derecho o bienestar para el adulto joven y solo fuera parte de la vida realmente reproductiva y no se asociara que la sexualidad no es sólo reproducción y que, en esa etapa, entonces, no se pudiera vivir” (GF Medellín).

“creo que estamos como aquí que estamos con esa deuda social con estas personas porque realmente los hemos anulado” (GF Cali)

Además de reconocer a las personas mayores como sujetos sexuados, la mayoría de los proveedores conciben la sexualidad desde una lectura del curso de vida. Resaltan las particularidades de esta, según la edad y la interacción de elementos biológicos vinculados con el proceso de envejecimiento, así como con aspectos sociales derivados de las construcciones culturales alrededor del placer, el cuerpo y el erotismo. Desde dichas percepciones se ubicaron dos tipos de valoraciones, unas “positivas” que exaltan los elementos favorables de la vejez para la sexualidad, y otras de tipo “neutral”, que tienden a describir este proceso como un proceso adaptativo en donde la ecuación agrega elementos que suman y otros que restan. Las valoraciones positivas resaltan el mayor autoconocimiento con el paso de los años, sobre el cuerpo, los gustos y los placeres,

lo cual desemboca en relaciones más placenteras. De esta manera, se reconoce la vejez como una etapa en donde la sexualidad se desgenitaliza parcialmente, para dar apertura a formas de placer menos centrada en la actividad penetrativa. Tal como lo dice uno de los proveedores,

“a medida que va cambiando la edad se van incorporando diversos elementos o hay necesidad de incorporar diversos elementos porque pues en algún momento la monotonía de la pareja de muchos años puede llegar a acabar con la genitalidad rápidamente y si no se incorporan estos nuevos elementos pues no va a haber una relación de pareja exitosa.” (GF Bogotá A)

Por su parte, las valoraciones “neutrales” destacan los cambios en las funciones hormonales, corporales y mentales de las personas mayores, ante lo cual, la sexualidad también se transforma, en el marco de un proceso de adaptación ante el proceso de envejecimiento, que, en el caso de los individuos con pareja, también incluyen los cambios de esta. Es de destacar la alta frecuencia con la que se menciona a la menopausia como un marcador clave en este proceso para las mujeres, el cual no solo determinaría ajustes en la sexualidad de ella, sino también genera desafíos para la dinámica de pareja, en relación con el manejo del deseo y las relaciones sexuales. En contraste, para los hombres no se mencionaron cambios equivalentes, sino una multiplicidad de formas en que se expresaría dicho proceso, así como lo menciona este participante:

“mire entonces el esposo de todas formas también él tiene unas necesidades porque esposo todavía no está en un proceso de climaterio, “usted tiene que estar siempre encima, deje de ser tan cansón” “ay entonces me voy a conseguir otra”, entonces empiezan como-, con la balanza de la ayuda como de poder brindar tanto a la mujer como hombre y como instruir, por el proceso ya de una adultez de una persona adulta mayor. No quiere decir que no sientan el deseo, sino que está cambiando su cuerpo, hormonalmente, su sentir, sus órganos genitales” (GF Cali).

Entre las formas adaptativas de la sexualidad, las y los proveedores subrayaron que las personas mayores deben pensar en elementos “adicionales” que no se consideran en la juventud, como el uso de lubricantes o fármacos para apoyar la función sexual. Sin embargo, también destacan que, a pesar de dichos complementos, las necesidades o la capacidad de sentir placer no cambian. En este sentido, la función de los proveedores de salud es acompañar dichos procesos de ajuste, los cuales no

son exclusivos de las personas mayores, sino también, se podrían encontrar en personas jóvenes con patologías específicas, tal como se indica a continuación:

“yo creo que las necesidades son las mismas: el sentir placer, de sentirte bien, de sentirte a gusto, que te guste, que la otra persona también se sienta bien al momento de la actividad. Lo que cambia son las condiciones de esas necesidades, entonces de pronto la de catorce años no va a necesitar un lubricante como la de sesenta años, pero la necesidad de ella va a ser el mismo placer que de pronto pueda experimentar la señora de sesenta años” (GF Barranquilla).

Agregando a lo anterior, no solo se deben tener en cuenta los cambios hormonales, corporales o mentales que las personas mayores puedan tener, sino también los miedos que determinadas condiciones crónicas o eventos de salud específicos puedan generar en relación con la propia salud o la de la pareja, y los impactos que pueden tener en la sexualidad. Uno de los proveedores mencionó al respecto que:

“pero sí tiene que haber más erotismo, tiene que evaluarse cómo una pareja, por ejemplo, te pongo un ejemplo, una mujer postmenopáusica, eh, sin un reemplazo hormonal, por ejemplo, es un poco más difícil llevar la genitalidad si no se asesora médicamente y si su pareja por ejemplo es un paciente ya tenía dos o tres infartos y no ha tenido una rehabilitación cardíaca adecuada pues obviamente va a ser muy difícil y van a haber miedos” (GF Bogotá A).

Experiencias en el abordaje de la sexualidad en la atención en salud

Los hallazgos de las experiencias sobre la sexualidad se presentarán en dos subapartados: la salud sexual en las personas mayores y la interacción con los pacientes para hablar de sexualidad.

i. La salud sexual de las personas mayores a partir de la experiencia de los proveedores

En general, los proveedores de salud reconocen el poco conocimiento que el personal de salud tiene sobre la sexualidad de las personas mayores. Esta limitación se inscribe en la ausencia de contenidos sobre la salud sexual, adicionales a los aspectos fisiológicos recibidos en su formación profesional. Si bien no todos los participantes de los grupos focales se dedicaban a la parte asistencial o habían tenido experiencias atendiendo personas mayores, las respuestas de quienes

sí lo habían hecho permiten identificar una distinción entre los motivos de consulta de hombres y de mujeres. En el caso de los varones, lo más frecuente es la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. En el caso de las mujeres, la pérdida del interés sexual aparece como un motivo frecuente de consulta, tanto por ellas mismas, como por los varones. Así lo comentan algunos participantes:

“pero los hombres que tienen una salud, un índice de funcionalidad de calidad de vida aceptable esos hombres usualmente siempre quieren tener relaciones y la mayoría se quejan de que la pareja, cuando tienen pareja de la misma edad, que la pareja no tiene interés y ellos dicen que además la pareja toda la vida ha sido así” (GF Bogotá A).

“un motivo de consulta muy frecuente es el deseo sexual hipoactivo y es que las pacientes dicen que ellas perdieron todo interés en la actividad sexual y que la libido dice “eso ya para mí no existe” (GF Bogotá A).

Sin embargo, tanto en hombres como mujeres, los motivos alrededor de esos temas muestran una lectura más compleja por parte de los proveedores. En el caso de la disfunción eréctil, las personas que buscan atención médica lo hacen motivados por el deseo de mantener la actividad sexual penetrativa, en quienes aparece la “urgencia” por recuperarlo pronto, a través de la demanda de soluciones clínicas, como por ejemplo la inyección intracavernosa para la disfunción eréctil. Esta fuerte demanda de los varones contrasta con las percepciones de sus parejas mujeres, las cuales son heterogéneas en función del tipo de relación establecida con ellos. Si el paciente ha establecido una nueva relación de pareja, tiende a buscar ayuda de este tipo, especialmente si la pareja es menor. Por el contrario, en relaciones de larga duración, algunas mujeres manifiestan mayor aceptación de la disfunción de su pareja, incluso por encima de la aceptación del propio varón. Hay una percepción generalizada de que en los varones la sexualidad se asocia fuertemente con la genitalidad, la penetración y las erecciones, por tanto, la pérdida o disminución de estas, son interpretadas por los pacientes como una anulación de la sexualidad, así como lo manifiestan dos participantes:

“y cuando entonces el señor se metía al baño a cambiarse, la señora me decía: “yo soy feliz porque él esté vivo, yo no quiero a mí no me interesa tener relaciones, lo que me interesa es que él no se me muera, a mí no me importa”; pero él sí estaba muy preocupado, a ella no le importaba” (GF Bogotá A).

“los hombres no contemplan la sexualidad sin la erección, o sea, casi que es una relación de es o no es, o sea, casi que se quedaría anulada la sexualidad cuando el hombre empieza a perder la erección” (GF Barranquilla).

En el caso de las mujeres, el deseo sexual hipoactivo es explicado por los proveedores desde su componente biológico asociado a la transición climaterica, pero también, desde su componente social, vinculado a situaciones de violencia de pareja. Dichas situaciones de violencia constante, especialmente de tipo psicológico, podría contribuir a entender por qué un grupo importante de mujeres que consulta los servicios de salud percibe el desinterés sexual como una ganancia de los cambios en esta edad. En palabras de dos intervenciones del grupo focal:

“Pero muchas veces uno lo que ve ahí detrás es la forma de escapar en parte de una relación que estuvo basada en relación de poder y en algo de violencia. No digamos violencia física claramente, sino una violencia tácita, crónica, tónica, que ahí hace que la mujer obviamente pierda el interés y yo me doy cuenta también, muchas pacientes uno les hace una cirugía y: “doctor, y cuándo puedo volver a tener relaciones?”, “no por ahí en dos semanas”, “ay no no, diga que seis”” (GF Bogotá A).

“tampoco voy a decir que todas, pero hay un porcentaje que yo podría decir más o menos entre un sesenta por ciento ven el deseo sexual hipoactivo como una ganancia porque se pueden retirar del ejercicio de la sexualidad” (GF Bogotá A).

En relación con las comorbilidades, los proveedores tienen un alto conocimiento sobre la interacción de éstas con la sexualidad. Por un lado, se identifica el impacto que estas condiciones pueden tener para la sexualidad, especialmente la obesidad, hipertensión e hipertiroidismo mal controlados, así como la artritis, el dolor crónico, los infartos y la cirugía del cáncer de próstata. En las dos últimas situaciones, se mencionó la importancia de considerar las relaciones sexuales de manera progresiva, como parte de los procesos de rehabilitación, especialmente en las enfermedades cardíacas. Por ello, un abordaje de la sexualidad debe tener en cuentas las comorbilidades a nivel individual y de la pareja (cuando existe), que incluya la orientación del personal de salud para tratar cualquier necesidad de los pacientes, pero también, para ofrecer información adecuada que deshaga cualquier mito o prevención que limite la sexualidad ante la presencia de las comorbilidades. Así como lo expresa un integrante del grupo:

“se empiezan a dar para mujeres o hombres, o personas que empiezan a tener comorbilidades van a empezar a tener más miedo de tener su sexualidad, pero yo estoy convencido de que más que nunca es importante porque es el momento en que ese grupo de edad vuelve a tener un novio porque ya no están pensando en los hijos, los hijos ya se fueron, ya están solos otra vez con su pareja, es tiempo de dedicarse otra vez a la pareja” (GF Bogotá A).

Por otro lado, las y los participantes de los grupos focales también destacaron los beneficios que tiene abordar la salud sexual de las personas mayores para el tratamiento de las comorbilidades. Atender la disfunción eréctil, por una motivación de salud sexual, puede ayudar a detectar alteraciones cardíacas o problemas de hipertensión. Algo similar ocurre con las condiciones crónicas de la salud mental, las cuales a su vez pueden desencadenar en enfermedades físicas. Como se indica a continuación:

“que finalmente va a impactar en el sistema de salud [la salud sexual] porque vamos a tener menos gente propensa a afectaciones mentales porque entra en depresión, en muchas cosas que conlleva una diabetes y nosotros podríamos apoyar en eso” (GF Bogotá B).

ii. Los desafíos para hablar de sexualidad en la consulta

Hablar de sexualidad en la consulta no es sencillo. Dependiendo del tipo de paciente, la conversación sobre estos temas puede ser difícil de abordar, pese a la actitud positiva que muestre el proveedor de salud. En ocasiones, las preguntas que este último hace, pueden generar incomodidad en la persona que recibe la atención, haciendo que el personal de salud deba adoptar una actitud exploratoria, de lectura constante y cautelosa ante el grado de apertura que el paciente va mostrando. Esta actitud reservada, es más frecuente en las mujeres, y se puede agudizar cuando son personas mayores. De acuerdo con las respuestas de los proveedores, son pocas las pacientes que formulan preguntas relacionadas con su sexualidad de forma explícita:

“porque hay usuarios que son muy recatados entonces, por ejemplo, eh, no lo vamos a negar, hay usuarios que cuando uno les pregunta ¿a qué edad iniciaron su vida sexual? de una se cohiben y dicen como “¿esa pregunta es importante que te la responda?”; entonces esto empieza a generar de pronto ciertas barreras a la hora de tener una consulta con las usuarias, ¿cierto?” (GF Medellín).

“son muy pocas de pronto las que te dicen: “vengo porque no siento nada” o “vengo porque tengo disminución del deseo sexual y mi marido es un hombre activo todavía y entonces yo quiero complacerlo”; es muy pocas las pacientes que puntual vienen por esa necesidad.” (GF Barranquilla).

Una de las barreras para que los pacientes planteen temas de sexualidad al personal de salud, es la no correspondencia de género en la relación médico-paciente. Aún persiste la preferencia por proveedores del mismo género, con quienes se podría generar mayor confianza para hablar de temas íntimos. Así lo comentó una médica:

“había pacientes que les daba pena hablar conmigo por ser mujer. Yo creo que eso en el transcurso de estos veinte años ha cambiado, pero todavía pasa, los pacientes a veces, no sé si será porque soy mujer” (GF Bogotá A).

Además de la vergüenza para hablar de sexo con el proveedor o de la preferencia por una persona del mismo sexo, hay situaciones de violencia que viven los pacientes que dificultan abordar la cuestión de la sexualidad, por lo que se evita hablar en estos contextos sobre este tema. Estos casos son identificados por los proveedores, quienes han aprendido a detectar ciertas señales de alerta ante pacientes que podrían vivir en contexto de agresión:

“uno ve unos maridos controladores que llegan y uno no sabe si es que, o le da celos que vayan a examinar a la mujer, que le vayan a ver los genitales a su esposa, o si le preocupa que ella de pronto vaya a dictar alguna queja de él. Pero uno los ve que entran en una actitud francamente controladora en la consulta y cuando ella dice: “no es que yo me tomo el losartán a las ocho de la mañana” y el otro le dice “No, a las ocho y media “; ahí se da uno cuenta que es un hombre completamente controlador, que es una forma de ejercer violencia sobre ella” (GF Bogotá A).

Entre las recomendaciones dadas por los proveedores para abordar la sexualidad con los pacientes, se destacan tener una actitud de escucha, sin juzgar al paciente y educativa, con el fin de derrumbar mitos alrededor de la sexualidad. Adicionalmente, se debe evitar entrar en detalles que surjan de manera espontánea por el paciente y atender las inquietudes en cualquier momento de la consulta. Es común que las dudas sobre salud sexual únicamente se propongan al final de la cita médica, por lo que se recomienda ofrecer algún apoyo

en ese momento. También se sugiere estar atento a los “disparadores” o esas aperturas del paciente a hablar de temas de sexualidad que, en las consultas de rutina como citologías, o citas de control, permiten abordar las necesidades de salud sexual pero que los pacientes no se atreven conversar, o no lo consideran como algo importante.

Elementos por considerar en la oferta de servicios para la atención de la salud sexual de las personas adultas mayores

Finalmente, en esta última sección se recopilan las recomendaciones de los proveedores de salud de la IPS donde se realizó el estudio, sobre los aspectos centrales a considerar en la oferta de servicios para la población mayor. En términos programáticos, se debe visibilizar la sexualidad y las necesidades de salud de las personas mayores. Tal como lo mencionó un participante del grupo focal de Barranquilla, hay que “ponerlos en el radar”, en el sentido de priorizarlos en los planes, programas y proyectos. Una forma de hacerlo es hablando en los espacios públicos sobre la sexualidad de esta población, de politizar su experiencia sexual, para que se pueda visibilizar el placer, el cuerpo y el erotismo en esta edad. Así lo señala un participante:

“Hay que empezar a mostrarles como cuando se inició con el movimiento feminista de las mujeres. También son sexuales, y empezar a empoderarse de su sexualidad de manera pública, por llamarlo así. Lo mismo se debería hacer con el adulto mayor” (GF Medellín).

Respecto a la atención médica, la consulta con los hombres mayores debe descartar problemas orgánicos de base, al mismo tiempo que se abordan los aspectos psicológicos y sociales de la experiencia sexual. En el caso de las mujeres, se destaca la importancia de los proveedores para la “reactivación” de la sexualidad, en el marco de un proceso integral, más allá del tratamiento de la enfermedad y apostándole al ejercicio de sus derechos sexuales, como una forma de visibilizar aquello que la sociedad les ha negado en términos de su placer y su erotismo individual. En este sentido, la consulta puede representar una “oportunidad” única para invitar a las pacientes a pensar en su propia sexualidad y ofrecerles el apoyo que requieran para volver a conectar con esta dimensión, incluso en mujeres adultas. Así lo mencionan:

“Entonces yo pienso que esto es un esquema mental de la mujer que hay que ir sacando desde la consulta.

Irlo cuestionando desde la consulta porque muchas veces llegan aquí mujeres jóvenes, de mi misma edad, diciéndome “no doctora, es que yo ya estoy es premenopáusica, ya de aquí en adelante ya uno no empieza a sentir igual doctora” (GF Medellín).

Además de la atención individual, la oferta de servicios debe considerar asesorías y consultas en pareja, para abordar las condiciones de salud física y mental de ambas personas. Esto con el fin de implementar un programa de intervención que articule los elementos individuales, en pro de relaciones sexuales placenteras como resultados de la “armonización” de las expectativas y necesidades de placer subjetiva:

“las pacientes le dicen a uno “no doctor, lo que pasa es que mi esposo lo que quiere es rápido porque no aguanta porque no resiste mucho tiempo”, entonces ahí es donde se ve la necesidad del trabajo en pareja porque si ellas prefieren eso, que al ser así tan rápido entonces ellas no alcanzan a tener un buen nivel de lubricación y con lo cual les produce dolor las relaciones” (GF Bogotá A).

Dada la diversidad de experiencias 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 repertorio amplio de herramientas y elementos que les permitan abordar las necesidades de los múltiples casos particulares e individuales que se les puedan presentar. 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, en el que las personas tomen sus propias decisiones en el contexto de sus condiciones, preferencias, su biografía sexual, afectiva y social.

Discusión

Se encontró rechazo a la negación e invisibilización social de la sexualidad de las personas mayores y la necesidad de reducir el déficit en atención a esta población. Lo anterior, se encuentra en concordancia con propuestas que exponen⁷ que los profesionales de la salud no se alejan de la tendencia de prejuicios sobre la sexualidad y la salud sexual en las personas mayores, lo cual repercute a menudo en la magnitud de la atención médica recibida.

Los participantes también manifestaron una actitud positiva general frente al abordaje y prestación de servicios de salud sexual a los adultos mayores, a diferencia de diagnósticos²² que hacen referencia a que el personal de medicina y enfermería suele tener una actitud negativa frente a la sexualidad en la vida posterior. Adicional a su actitud positiva, se encontró que los participantes reconocen las particularidades de la sexualidad en la adultez mayor como el autoconocimiento sobre el cuerpo, los gustos y placeres, la transformación de la sexualidad a la luz de los cambios hormonales, corporales y mentales de las personas mayores, destacando la menopausia en las mujeres.

Al igual que en investigaciones previas^{10,11}, se encuentra que los proveedores de servicios de salud reconocen el poco conocimiento que tiene el personal de salud sobre la sexualidad de las personas mayores, lo que se relaciona en gran medida con vacíos sobre este tema en su formación académica^{5,23}. Por otra parte, se identificaron diferencias entre géneros respecto al motivo de consulta, los hombres asisten por problemas de eyaculación precoz y disfunción eréctil con la intención de solucionarlo lo más pronto posible, mientras que las mujeres consultan por la pérdida de interés sexual o deseo sexual hipoactivo, en mayor frecuencia cuando tienen una nueva relación de pareja o una pareja menor a ellas a diferencia de cuando están en una relación prolongada¹⁵. Igualmente, el deseo hipoactivo es explicado desde un componente biológico y social vinculado a la violencia de pareja, especialmente la psicológica, lo cual puede explicar el por qué las mujeres que acuden a servicios de salud perciben el desinterés sexual como una ganancia, donde por ende las mujeres suelen buscar soluciones a las disfunciones sexuales con menor frecuencia que los hombres¹⁵.

En materia de las comorbilidades, se identifica el impacto que estas condiciones pueden tener para la sexualidad, especialmente la obesidad, hipertensión e hipertiroidismo mal controlados, la artritis, diabetes, el dolor crónico, enfermedades cardiovasculares y el cáncer¹⁴. Asimismo, se considera que el uso de algunos medicamentos puede reducir el deseo y la capacidad sexual de los adultos mayores.

En el estudio se encontró que existen dificultades para hablar sobre sexualidad en consulta con el paciente debido a la actitud reservada y el miedo de los consultantes frente a ser cuestionados sobre el tema, siendo el personal de salud quien toma la iniciativa de hablar sobre ello⁷. Estas dificultades pueden intensificarse por barreras culturales que cohiben al adulto mayor de hablar libremente sobre

el tema en diversos contextos, incluyendo el médico²⁴, por ejemplo, la inexistencia en la concordancia de género respecto a la relación médico-paciente donde este último prefiere hablar con un profesional de su mismo género.

Se identificaron percepciones denominadas “valoraciones positivas” que atienden los elementos favorables de la vejez para la sexualidad como el autoconocimiento sobre el cuerpo, gusto y placeres producto del paso de los años, lo cual resulta en relaciones más placenteras. Como complemento a esto, la literatura encuentra que la falta de comprensión de la propia historia sexual del adulto mayor puede ser resultado de una falta de sobre la sexualidad y su relación con el bienestar personal^{7,25,26}.

Se destaca la necesidad de incluir y priorizar esta población en los programas, planes y proyectos con el fin de visibilizar la sexualidad y las necesidades de las personas mayores. En materia de atención médica, se aconseja un abordaje integral que no solo implique el factor orgánico, sino que también indague y brinde ayuda en los aspectos sociales y psicológicos de la experiencia sexual, tanto en consultas individuales como también mediante consultas en pareja. Se recomienda aprovechar el espacio de consulta para enseñar y reforzar el ejercicio de los derechos sexuales a las mujeres invitando a las pacientes a pensar y reflexionar sobre su propia sexualidad y proporcionándoles el apoyo que requieran.

Todo esto permitió identificar diferentes puntos de vista, relaciones, preconcepciones y vacíos que aportaron a la formulación de resultados para este estudio. La discusión en grupo a partir de estos bloques permitió la comprensión global de los proveedores de servicios de salud, como actores clave en la eliminación de barreras de atención, acompañamiento y comprensión de la salud sexual y sexualidad de las personas mayores.

Respecto a las limitaciones del estudio, se resalta que la IPS donde se realizó el estudio es una organización sensibilizada en temas de salud sexual y reproductiva, por lo cual es probable que los proveedores en servicios de salud pertenecientes a otras organizaciones tengan pensamientos, ideas y conocimientos distintos a los que refleja esta investigación.

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar la muestra para que se abarque un mayor territorio geográfico, no solo con profesionales de este tipo de IPS especializadas en salud sexual y reproductiva, sino también de otras organizaciones que brindan servicios en salud. Igualmente, se recomienda llevar a cabo investigaciones que se adentren en la salud sexual y

reproductiva del adulto mayor perteneciente a grupos particulares, tales como la comunidad LGBTI, personas que presenten discapacidades físicas o grupos étnicos, para que sean visibilizados y se permita comprender el tema desde un panorama sociocultural más amplio.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y a la Asociación Profamilia, por su apoyo financiero e institucional. De igual manera a Ángela Astudillo Rodas y Ricardo Suárez por la lectura y sugerencias a la primera versión del 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.

Referencias

1. Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*. 2018; 17(2): 87–88. doi: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.209>
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015. Bogotá: MSPS; 2015.
3. Alvarado A, Salazar Á. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014; 25(2): 57–62. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
4. Garita-Sánchez G. Envejecimiento y sexualidad. Alrededor de la historicidad de su vivencia y sus determinaciones. *Rev Ciencias Soc (Cr)*. 2004; III (105): 59–79.
5. Chen YH, Jones C, Bannatyne A. Assessment of health-care professionals' knowledge and attitudes on sexuality and aging: an integrative review. *Educ Gerontol*. 2020; 46(7): 393–417. doi: <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1767883>
6. Levkovich I, Gewirtz-Meydan A, Karkabi K, Ayalon L. Views of family physicians on heterosexual sexual function in older adults. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(1):86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0770-1>
7. Levkovich I, Gewirtz-Meydan A, Karkabi K, Ayalon L. Views of family physicians on heterosexual sexual function in older adults. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(2): 86. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0770-1>
8. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med*. 2004; 58(11): 2093–2103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.025>
9. Haesler E, Bauer M, Featherstonehaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2016; 40: 57–71. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.012>
10. Dogan S, Demir B, Eker E, Karim S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *Int Psychogeriatr*. 2008; 20(5): 1019–1027. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610208007229>
11. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 2004; 21(5): 528–536. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmh509>
12. Balami JS. Are geriatricians guilty of failure to take a sexual history? *Journal of Clinical Gerontol Geriatrics*. 2011; 2(1): 17–20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2011.02.003>
13. Malta S, Hocking J, Lyne J, McGavin D, Hunter J, Bickerstaffe A, et al. Do you talk to your older patients about sexual health? *Aust J Gen Pract*. 2018; 47(11):807–11. doi: <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-18-4556>
14. Merghati-Khoei E, Pirak A, Yazdkhasti M, Rezasoltani P. Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2016; 21:127. doi: <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>
15. Levkovich I, Gewirtz-Meydan A, Karkabi K, Ayalon L. When sex meets age: Family physicians' perspectives about sexual dysfunction among older men and women: A qualitative study from Israel. *Eu J General Practice* [Internet]. 2019; 25(2): 85–90. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1580263>
16. Cannon SM, Shukla V, Vanderbilt AA. Addressing the healthcare needs of older lesbian, gay, bisexual, and transgender patients in medical school curricula: A call to action. *Med Educ Online*. 2017; 22(1), 1320933. doi: <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1320933>
17. Fredriksen-Goldsen KI, Simoni JM, Kim HJ, Lehavot K, Walters KL, Yang J, et al. The health

- equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *Am J Orthopsychiatry*. 2014; 84(6): 653–663. doi: <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
18. González JM, González J. Estudio descriptivo de la sexualidad de personas mayores de 60 años en el caribe colombiano. *Psicogente*. 2005; 8(13): 17–27. doi: <https://doi.org/10.17081/psico.8.13.1546>
19. Kitinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*. 1995; 311(7000): 299–302. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
20. Obregon R de FA, Vanzin T, Ulbricht VR. Focal Group Technique: Overcoming Normality Standards While Comprehending Inclusive Learning. *Create Educ*. 2016; 7(3): 520–532. doi: <https://doi.org/10.4236/ce.2016.73053>
21. Morse Janice M. The significance of saturation. *Qual. Res. J*. 1995; 5(2): 147–149. doi: <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
22. Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: A review of the literature. *Sex. Relatsh. Ther*. 2006; 21(2): 149–161. doi: <https://doi.org/10.1080/14681990600618879>
23. Haboubi NHJ, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil*. 2003; 25(6): 291–296. doi: <https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
24. di Napoli EA, Breland GL, Allen RS. Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *J Aging Health*. 2013; 25(7): 1087–105. doi: <https://doi.org/10.1177/0898264313494802>
25. Ricoy-Cano AJ, Obrero-Gaitán E, Caravaca-Sánchez F, Fuente-Robles YMD la. Factors Conditioning Sexual Behavior in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies. *J Clin Med*. 2020;9 (6): 1716. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm9061716>
26. Schaller S, Traeen B, Lundin Kvalem I, Hinchliff S. Linking the past and the present: constructing meaning from childhood emotional and sexual experiences towards present sexual well-being in older adults. *Sex. Relatsh. Ther*. 2020; 35(3): 382–399. doi: <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1539227>