



**UNIVERSIDAD
DE BURGOS**

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA-
SERVICIO DE EDUCACIÓN SEXUAL
PARA MAYORES SEXMA**

**TESIS DOCTORAL
Don Rubén Aragón Posadas**

**DIRECTOR DE TESIS
Dr. Fernando Lara Ortega**

**UNIVERSIDAD DE BURGOS
Doctorado en Educación**

*A Benedicta Juana y Fernando,
donde comenzó esta inquietud*

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que de una manera u otra han colaborado en el desarrollo de esta investigación. En primer lugar, a mi director de tesis Dr. Fernando Lara Ortega que, sin sus consejos y sabiduría labrada por su larga experiencia, no hubiera sido posible completar este trabajo. Así mismo quiero agradecer y valorar el tiempo y la ayuda prestada, desde el anonimato que me atrevo a desvelar, a Doña. Mirian Ceballos Villar por su dedicación desinteresada. También quiero dar las gracias a los componentes del Grupo SEXMA como colaboradores en la implementación de este programa: Ainhoa Bedia, Alberto Velasco, Andrea Castaño, Angela de la Fuente, Antonio Ballesteros, Bianca Anca-Ursu, Elene Belantzategui, Gonzalo Rodríguez, Irene Otegui, Katherine Salazar, Marina García, Marina Suarez, Nerea Sobera y Uxue Gil. Además, quiero dar las gracias a las asociaciones participantes en el estudio por su colaboración, pues gracias a las respuestas de sus encuestas pudimos llegar a las conclusiones de esta tesis. Por último, agradecer a la familia y amigos la paciencia y la comprensión recibida.

RESUMEN

Resumen

El aumento de la población sana envejecida, que mantiene una buena calidad de vida, hace que las necesidades sexuales se planteen en consulta de Atención Primaria con mayor frecuencia. Es el objetivo de esta tesis diseñar, aplicar y evaluar un proyecto de intervención educativa programada eficaz, basada en el aprendizaje significativo de una población mayor de 60 años susceptible de aumento de calidad de vida afectivo sexual, favoreciendo la adquisición de conocimientos, competencias y habilidades en salud sexual.

En primer lugar, se realizó una revisión sistemática que aportó evidencia científica para el diseño del programa-servicio SEXMA como herramienta educativa para uso, desde la atención sanitaria en la Atención Primaria.

En segundo lugar, se implementó el programa educativo y se desarrolló, en tercer lugar, un estudio cuasiexperimental, con diseño pre y pos-test con grupo control. Se obtuvo información con un cuestionario de elaboración propia con datos sociodemográficos más el cuestionario validado sobre conocimientos y actitudes en la edad avanzada (ASKAS-28). La población de estudio la formaron asociaciones de personas mayores obteniendo una muestra de 246 participantes 137 en grupo experimental y 109 en grupo control.

Se evaluaron los resultados y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < ,05$) en aumento de conocimientos y en cambio de actitud en grupo experimental. Finalmente podemos concluir que el programa-servicio SEXMA es un instrumento de educación para la salud efectivo, para el aumento de conocimientos y cambio de actitudes hacia la sexualidad en personas mayores. Esta tesis aporta una herramienta de trabajo pedagógica para el fomento del estudio de la sexualidad activa en población mayor.

Palabras clave: educación sexual, cuidados de enfermería, conducta sexual, sexualidad, persona mayor.

Abstract

The increase in the healthy elderly population, who support an excellent quality of life, means that sexual needs are more often raised in Primary Care consultations. The aim of this thesis is to design, apply and evaluate an effective programmed educational intervention project, based on significant learning in a population over 60 years of age susceptible to increase the quality of sexual affective life, favouring the acquisition of knowledge, competences, and skills in sexual health.

Firstly, a systematic review was conducted to supply scientific evidence for the design of the SEXMA program-service as an educational tool for use in primary health care.

Secondly, the educational program was implemented and, thirdly, a quasi-experimental study was developed, with a pre and post-test design with a control group. Information was obtained with a self-developed test with sociodemographic data plus the validated questionnaire on knowledge and attitudes in old age (ASKAS-28). The study population consisted of associations of elderly people, obtaining a sample of 246 participants, 137 in the experimental group and 109 in the control group.

The results were evaluated, and statistically significant differences were obtained ($p < .05$) in increase of knowledge and change of attitude in the experimental group. Finally, we can conclude that the SEXMA program-service is an effective health education instrument for increasing knowledge and changing attitudes towards sexuality in the elderly. This thesis provides a pedagogical working tool for the promotion of the study of active sexuality in the elderly population.

Key words: sexual education, nursing care, sexual behaviour, sexuality, older person.

INDICE

Índice

Agradecimientos.....	7
Resumen.....	11
Abstract.....	12
Índice	15
Índice de Tablas.....	23
Indice de Figuras.....	29
Introducción.....	33
Primera Parte. Fundamentos Teóricos	37
1.Capítulo Primero. Revisión Sistemática.....	39
1.1 Introducción	41
1.2 Resultados de la Revisión Sistemática	45
1.2.1 Actitudes de los Profesionales	45
1.2.2 Efectividad de la Educación Para la Salud Sexual.....	46
1.2.3 La Actividad Sexual en Mayores	48
1.2.4 Métodos e Instrumentos de Medida de la Educación Sexual	50
1.3 Conclusiones de la Revisión	53
2. Capítulo Segundo. Marco Conceptual.....	57
2.1 Introducción	57
2.2 Contexto Pedagógico.....	58
2.2.1 Constructivismo	58
2.2.2 La Andragogía	62
2.2.2.1 Principios de la Andragogía.....	66
2.2.3 La Motivación y el Deseo Sexual.....	71
2.2.4 El Aprendizaje Significativo.....	75
2.3 Contexto Social.....	79
2.3.1 Envejecimiento Activo.....	79
2.4 Contexto Biológico	87
2.4.1 La educación para la Salud Sexual	87
3. Capítulo Tercero. Envejecimiento Saludable y Sexualidad.....	95
3.1 Introducción	95

3.2 La Sexualidad y la Salud Sexual.....	96
3.2 La Afectividad	100
3.3 La Calidad de Vida.....	101
3.4 Los Derechos Sexuales	103
3.5 La Salud Sexual en España.....	104
3.6 El Envejecimiento	111
3.7 La Sexualidad Activa	119
3.8 Actitudes y Prácticas Sexuales en España	119
3.9 Profesionales de la Salud	128
Segunda Parte. Programa Educativo	137
4. Capítulo Cuarto. Programa Educativo Sexma	137
4.1 Introducción	137
4.2 Objetivos.....	138
4.3 Metodología	140
4.3.1 Orientación Pedagógica	140
4.3.2 Análisis de situación	141
4.3.3 Tipos de Intervención	142
4.3.4 Técnicas Educativas	143
4.3.5. Recursos Didácticos	146
4.4 Contenidos	147
4.5 Actividades	149
4.5.1 Sesión Primera	149
Actividad 1ª: Presentación y Acogida. Cuestionario Inicial.....	150
Actividad 2ª: Visualización Video “El Amor Y El Sexo en la Tercera Edad“	150
Actividad 3ª: Repaso Histórico de la Sexualidad y Conceptos	151
Actividad 4ª: Tormenta de Ideas “Los Cambios en la Respuesta Sexual” .	152
Actividad 5ª: Rejilla de Mitos.....	153
Actividad 6ª: Elección Libre de Necesidades Sexuales.....	155
4.5.2 Sesión Segunda	156
Actividad 7ª: Algo Sobre Afectividad, el Caso de Maribel.....	156
Actividad 8ª: Exposición de la Tabla de Problemas Sexuales y Cuidados .	157
4.5.3 Sesión tercera	160

Actividad 9ª: Testimonio de Jane Fonda	161
Actividad 10ª: Tuppersex. Taller Práctico de Juguetes Sexuales	161
Actividad 11ª: Recomendaciones Sexuales “El Deseo Es Vida”	162
Actividad 12ª: Evaluación.....	169
Tercera Parte. Estudio Empírico.....	173
5. Capítulo Quinto. Implementación de la Intervención Educativa	175
5.1 Introducción	175
5.2 Objetivos.....	175
5.3 Hipótesis.....	176
5.4 Metodología	177
5.4.1 Variables.....	180
5.4.2 Muestra.....	182
5.4.3 Instrumentos de Medida	186
5.4.3.1 El Cuestionario Sexma (Anexo A)	186
5.4.3.2 Cuestionario de Satisfacción (Anexo E)	189
5.4.3.3 Hoja de Observación (Anexo F)	189
5.4.4 Recogida de Datos	190
5.4.4.1 Codificación y Análisis de Datos	190
5.5 Procedimiento.....	193
5.6 Aspectos Éticos y Legales	196
6. Capítulo Sexto. Evaluación de Resultados	199
6.1 Resultados Descriptivos por Variables.....	200
6.1.1 Sexo.....	200
6.1.2 Estado Civil	203
6.1.3 Edad.....	205
6.1.4 Nivel de Estudios	207
6.1.5 Nivel de Estudios y Localidad.....	209
6.1.6 N.º de Hijos	210
6.2 Resultados de Fiabilidad.....	213
6.3 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes	214
6.3.1 Resultados en Conocimientos y Actitudes, Grupo Exp. y Control. ..	215

6.3.2	Resultados en Conocimientos y Actitudes, Grupo Exp. y Control. Sexo. ...	218
6.3.3	Resultados Conocimientos y Actitudes, G. Exp.y Control. E. Civil. .	220
6.3.4	Resultados Conocimientos y Actitudes, G. Exp.y Control. Estudios	223
6.3.5	Resultados Conocimientos y Actitudes, G. Exp. y Control. Nº Hijos	229
6.3.6	Resultados Conocimientos y Actitudes, G. Exp.y Control Localidad	232
6.3.7	Resultados Conocimientos y Actitudes, G. Exp. y Control. Edad....	232
6.3.8	Resultados Conocimientos y Actitudes, Grupo On-Line / Presencial.....	232
6.4	Resultados por Preguntas Escala A.S.K.A.S.	233
6.4.1	Resultados Subapartado de Conocimientos. Varón.....	233
6.4.2	Resultados Subapartado de Conocimientos. Mujer.	237
6.4.3	Resultados Subapartado de Actitudes. Varón.....	241
6.4.4	Resultados Subapartado de Actitudes. Mujer.	243
6.4.5	Conclusiones de Resultados por Preguntas Escala A.S.K.A.S.	244
6.4.5.1	Conocimientos A.S.K.A.S.....	244
6.4.5.2	Actitudes A.S.K.A.S.....	246
6.4.6	Resultados Conocimientos y Actitudes.Grupo On-Line / Presencial	247
6.5	Evaluación de Estructura y Proceso.....	250
7.	Capítulo Séptimo.Discusión.....	255
7.1	Introducción	257
7.2	La Conducta Sexual de Nuestros Mayores	257
7.3	Impacto sobre los Conocimientos	263
7.4	Impacto sobre las Actitudes	266
7.5	La Labor de los Profesionales de la Salud	268
8.	Capítulo Octavo.Conclusión	271
8.1	Introducción	273
8.2	Conocimientos Sobre Sexualidad	273
8.3	Actitudes Sobre Sexualidad	274
8.4	Satisfacción con el Programa.....	276
8.5	Difusión de Recomendaciones Sexuales	277
8.6	Limitaciones de la Investigación.....	277
8.7	Líneas Futuras de Investigación	279
8.8	Aportaciones para la Práctica Clínica.....	280

8.9 Sensibilización Social	281
Referencias Bibliográficas	285
Anexos	299
Anexo A..Test Programa Sexma	301
Anexo B..Presentación Programa Sexma.....	308
Anexo C Decálogo de los Derechos de la Vejez.....	316
Anexo D Testimonio de Jane Fonda.....	319
Anexo E Tabla de Encuesta de Satisfacción	321
Anexo F Hoja de Observación.....	323
Anexo G Posters Informativos	325
Anexo H Autorización de Asociación	329
Anexo I Informe Favorable Comisión de Bioética	331
Anexo J Informe Favorable del Delegado de Protección de Datos	335
Anexo K Tablas de Resultados	338

INDICE DE TABLAS

Índice de Tablas

Tabla 1.1	Formato Pico	42
Tabla 1.2	Búsqueda de Artículos.....	44
Tabla 1.3	Resumen de Resultados y Calidad de los Articulos.....	52
Tabla 2.1	El Aprendizaje y la Capacidad de Aprender de los Adultos. Constructivismo.....	61
Tabla 2.2	Teoría de los 16 Deseos Básicos	74
Tabla 2.3	Fases Del Establecimiento De La Innovación	86
Tabla 2.4	Definiciones Sobre Sexualidad en Mayores.....	89
Tabla 3.1	Derechos Sexuales. Was.....	104
Tabla 3.2	Frecuencia de Relaciones Sexuales.....	125
Tabla 4.1	Métodos y Técnicas Activas Dirigidas al Aprendizaje	144
Tabla 4.2	Unidades Didácticas	148
Tabla 4.3	Cambios en la Respuesta Sexual	152
Tabla 4.4	Rejilla de Mitos	154
Tabla 4.5	Tabla de Problemas Sexuales y Cuidados	160
Tabla 4.6	Recomendaciones Sexuales	168
Tabla 5.1	Muestra Incidental	186
Tabla 5.2	Cronograma de Intervenciones.....	195
Tabla 6.1	Frecuencia por Sexo.....	202
Tabla 6.2	Distribución por Estado Civil	204
Tabla 6.3	Distribución por Estado Civil Según Grupo Experimental y Grupo Control.....	204
Tabla 6.4	Distribución Según Nivel de Estudios	207
Tabla 6.5	Distribución Según Nivel de Estudios. Grupo Experimental y Grupo Control. Sexo.....	208
Tabla 6.6	Distribución Según Nivel de Estudios. Grupo Exp. y Grupo Control. Localidad.....	209
Tabla 6.7	Distribución Según Número de Hijos	210
Tabla 6.8	Distribución Según Número de Hijos. Grupo Experimental y Grupo Control. Sexo.....	211
Tabla 6.9	Fiabilidad de la Escala Askas en Conocimientos	214
Tabla 6.10	Fiabilidad de la Escala Askas en Actitudes.....	214
Tabla 6.11	Prueba T de Student. Grupo Experimental y Control. Pre-Test y Pos-Test.....	215
Tabla 6.12	Diferencias de Puntuaciones Medias En Pre-Test y Pos-Test	217
Tabla 6.13	Correlación de Pearson. Grupo Exp. y Control. Pre-Post-Test.....	217
Tabla 6.14	Puntuación Media en Variación de Conocimientos y Actitudes.....	218
Tabla 6.15	Prueba T de Student Grupo Experimental y Grupo Control. Sexo. Pre-Post-Test..	219
Tabla 6.16	Puntuación Media Grupo Experimental y Grupo Control. Sexo. Post-Pre-Test	220

Tabla 6.17 Prueba T de Student Grupo Exp.y Grupo Control. Estado Civil. Post-Pre-Test.....	221
Tabla 6.18 Puntuación Media en Grupo Exp.y Grupo Control. Estado Civil. Post-Pre-Test.....	222
Tabla 6.19 Prueba T de Student Para Grupo Exp.y Grupo Control. Estudios. Post- Pre-Test .	224
Tabla 6.20 Puntuación Media de Conocimientos y Actitudes. Estudios. Grupo Exp.y Control.	225
Tabla 6.21 Puntuación Media de Conocimientos y Actitudes. N.º de Hijos	226
Tabla 6.22 Prueba T de Student Pruebas Emparejadas. N.º de Hijos. Grupo Exp. y Control ..	228
Tabla 6.23 Puntuación Media Conocimientos y Actitudes. Grupo Exp.y Control. Localidad ...	229
Tabla 6.24 Prueba T de Student Pruebas Emparejadas. Localidad. Grupo Exp. y Control.....	231
Tabla 6.25 Puntuación Promedio .Conocimientos.	233
Tabla 6.26 Puntuación Promedio .Actitudes.	241
Tabla 6.27 Porcentaje de Respuestas Encuesta de Satisfacción. Grupo Experimental	251
Tabla 6.28 Porcentaje de Respuestas Encuesta de Satisfacción. Grupo Control	252
Tabla 6.29 Puntuación Hoja Resumen de Observación. Grupo Experimental	253
Tabla 6.30 Puntuación Hoja Resumen de Observación. Grupo Control.	254
Tabla 6.31 Prueba T de Student Para Pruebas Emparejadas. Edad. Grupo Exp. Y Control....	339
Tabla 6.32 Media de Respuesta Pre-Post-Test. Varón. Grupo Exp. Y Control. A.S.K.A.S. Conocimientos	341
Tabla 6.33 Prueba T de Student en Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test .Varón. Grupo Experimental y Grupo Control. A.S.K.A.S. Conocimientos.	343
Tabla 6.34 Media De Respuesta En Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test. Mujer. Grupo Experimental y Grupo Control. A.S.K.A.S. Conocimientos.	345
Tabla 6.35 Prueba T de Student en Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test .Mujer. Grupo Experimental y Grupo Control. A.S.K.A.S. Conocimientos.	347
Tabla 6.36 Prueba T de Studente en Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test .Varón. Grupo Experimental y Grupo Control. A.S.K.A.S. Actitudes.	349
Tabla 6.37 Media de Respuesta en Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test. Varón. Grupo Experimental y Grupo Control. A.S.K.A.S. Actitudes.	350
Tabla 6.38 Prueba T de Student Pre-Post-Test .Mujer. Grupo Exp. y Grupo Control. A.S.K.A.S. Actitudes.	351
Tabla 6.39 Media de Respuesta en Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test. Mujer. Grupo Experimental y Grupo Control. A.S.K.A.S. Actitudes.	352
Tabla 6.40 Media de Respuesta en Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test. Grupo Control. Grupo Presencial Versus Grupo On-Line. Conocimientos.....	353

Tabla 6.41 Prueba T de Student Para Pruebas Emparejadas Pre-Post-Test. Grupo Control. Grupo Presencial Versus Grupo On-Line. Conocimientos.....	354
Tabla 6.42 Media de Respuesta en Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test. Grupo Control. Grupo Presencial Versus Grupo On-Line. Actitudes.....	355
Tabla 6.43 Prueba T de Student Para Pruebas Emparejadas Pre-Test -Post-Test. Grupo Control. Grupo Presencial Versus Grupo On-Line. Actitudes.	356
Tabla 6.44 Prueba de Homogeneidad	357

INDICE DE FIGURAS

Índice de Figuras

Figura 2.1	Principales Diferencias entre Pedagogía y Andragogía	66
Figura 2.2	Principios de la Andragogía.....	70
Figura 2.3	Jerarquía de Necesidades de Maslow	72
Figura 2.4	Mapa Conceptual Aprendizaje Significativo	76
Figura 2.5	Etapas del Aprendizaje Significativo	78
Figura 2.6	Características de una Sociedad Sexualmente Sana	81
Figura 3.1	Lista de Comportamiento de Vida de un Adulto Sexualmente Sano	98
Figura 3.2	Valoración de la Información Sexual.....	106
Figura 3.3	Finalidad de la Sexualidad	107
Figura 3.4	Importancia de la Sexualidad en su Vida	108
Figura 3.5	Prácticas Sexuales	109
Figura 3.6	Limitación por Enfermedad.....	110
Figura 3.7	Aumento de Población Mayor de 65 Años en España	112
Figura 3.8	Esperanza de Vida al Nacer en España	113
Figura 3.9	Pirámides de Población a Largo Plazo	114
Figura 3.10	Tasas de Dependencia. Población a Largo Plazo.....	115
Figura 3.11	Saldos y Crecimiento por Mil Habitantes	116
Figura 3.12	Grado de Satisfacción con la Vida Sexual Mantenida en Mujeres	120
Figura 3.13	Grado de Satisfacción con la Vida Sexual Mantenida en Varones.....	121
Figura 3.14	Edad de la Primera Información Sexual	123
Figura 3.15	Gusto por el Sexo en Varones y Mujeres	124
Figura 3.16	Prácticas Sexuales	126
Figura 6.1	Grupo Experimental y Grupo Control.....	199
Figura 6.2	Participación por Asociación.....	201
Figura 6.3	Distribución por Sexo en Grupo Experimental	202
Figura 6.4	Distribución por Sexo en Grupo Control	203
Figura 6.5	Distribución según Edad. Grupo Experimental. Varón.....	205
Figura 6.6	Distribución según Edad. Grupo Experimental. Mujer.....	206
Figura 6.7	Distribución según Edad. Grupo Control. Varón	206
Figura 6.8	Distribución según Edad. Grupo Control. Mujer.....	207
Figura 6.9	Distribución según N.º de Hijos. Grupo Experimental	212
Figura 6.10	Distribución según N.º de Hijos. Grupo Control	213
Figura 6.11	Variación de Conocimientos en Grupo Experimental y Grupo Control.....	216

Figura 6.12 Variación de Actitudes en Grupo Experimental y Control.....216

INTRODUCCIÓN

Introducción

Los cuidados recibidos hacia un hijo por su madre, desde tiempos ancestrales, han formado parte de la supervivencia del ser humano. Es el comienzo de un aprendizaje natural, elaborado desde las primeras experiencias y sensaciones de vida. La protección materna asegura unas necesidades básicas absolutamente necesarias para el inicio de la vida. El afecto maternal enseña sentimientos agradables y positivos para un crecimiento humano con posibilidades de desarrollo personal en una sociedad competitiva. Los sentimientos aprendidos a través del desarrollo evolutivo de la personalidad se convierten en valores que a lo largo de la vida acompañan al ser humano. La personalidad evoluciona y llegando a la madurez las necesidades básicas han sido superadas, pudiendo conseguir completar otro tipo de necesidades no necesarias para la supervivencia, pero sí para la obtención de una buena calidad de vida. El sentimiento del cariño, de sentirse querido, de sentirse amado, la complicidad con otro ser humano, el entendimiento, las buenas relaciones, el erotismo, el disfrute del placer, hace que la persona sea consciente del valor de la atención de estas necesidades. Siguiendo los postulados de Dorotea Orem intentamos aportar conocimientos para mejorar los autocuidados de necesidades sexuales en el momento de la madurez. El bienestar y la salud del individuo requiere un aprendizaje de la promoción y la conservación de su salud sexual. La investigación en conocimientos actitudes y comportamientos de la salud sexual en personas mayores, creemos que puede aportar soluciones para el aumento de la calidad de vida sexual. Las personas en su parte final de la vida deben estar preparados para vivir más años con capacidades plenas de satisfacción afectivo-sexual.

Nos planteamos la posibilidad de que un programa de intervención educativa afectivo sexual implementado en un grupo de personas mayores de 60 años, pueda ser útil para adquirir destrezas conocimientos y habilidades, consiguiendo un cambio de actitudes necesarias para

Introducción

poder aumentar su salud sexual y por ello mejorar también su calidad de vida. Para el estudio de la mejora de la calidad de vida sexual hemos de sumergirnos en el conocimiento del envejecimiento y la sexualidad de esta etapa vital.

Dividimos la tesis en tres partes principales: primera parte marco teórico, segunda parte programa educativo SEXMA (Sexualidad para Mayores) y tercera parte investigación empírica. En la primera parte incluimos tres capítulos principales. En el capítulo primero presentamos la revisión sistemática realizada con dos objetivos. El primero es encontrar la mejor evidencia disponible sobre la situación actual de la temática afectivo sexual en mayores. El segundo objetivo es encontrar la mejor evidencia disponible sobre recomendaciones en vida sexual saludable para personas mayores de 60 años. En el capítulo número dos nos centramos en el marco teórico del que partimos en nuestra investigación. Elegimos varios enfoques integrados en una misma distinción conceptual. Dividimos el planteamiento de este marco en tres contextos diferentes; contexto pedagógico, contexto social y contexto biológico. Definimos el paradigma del constructivismo, como proceso dinámico de aprendizaje. Estudiamos la andragogía por su aplicación en el ámbito de la educación del adulto con un aprendizaje diferente a la etapa evolutiva de la infancia y la juventud. Mostramos la importancia de la motivación y el deseo sexual para el afrontamiento y obtención de buenos resultados en la evaluación del aprendizaje propuesto. Finalmente, en este contexto proponemos el diseño del programa educativo basándonos también, en la metodología del aprendizaje significativo. Dentro del contexto social planteamos el paradigma del envejecimiento satisfactorio promovido por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) considerando la salud como un proceso continuo de adaptación. Reflejamos la importancia del envejecimiento activo para usarlo como proceso de optimización de las oportunidades de salud para mejora de la calidad de vida. Finalmente, en el contexto biológico nos orientamos hacia el modelo del autocuidado de Dorothea Orem y el modelo biopsicosocial de Engel.

En el tercer capítulo de esta tesis, a modo de conclusión de la primera parte de la investigación, desarrollamos conceptos fundamentales para el enfoque biopsicosocial del inicio de esta materia. Varias definiciones refrendadas por organizaciones internacionales abalan posicionamientos incipientes hacia la sexualidad en la persona de edad avanzada. Estudiamos la afectividad como parte intrínseca de la propia sexualidad del mayor. Definimos la calidad de vida cómo objetivo a alcanzar observando las distintas formas de medida de este indicador. Repasamos los derechos sexuales declarados por varios organismos internacionales y por último actualizamos la situación de la salud sexual en nuestro entorno. Es necesario identificar en este capítulo la sexualidad activa relacionada con el envejecimiento activo, atendemos al concepto de educación sexual aportando la metodología de la educación para la salud. Por último, observamos las actitudes y comportamientos en sexualidad en España para finalizar con la situación de los profesionales respecto a la atención de la salud sexual.

Pasamos a desarrollar la segunda parte de la investigación donde se propone el diseño del Programa-Servicio SEXMA. Se plantean los objetivos de este, los contenidos en unidades didácticas y la metodología a emplear en el programa.

La implementación de la intervención educativa se realiza en la tercera parte de investigación empírica con cuatro capítulos: Intervención educativa, resultados, discusión y conclusiones. En el capítulo quinto de esta tesis se realiza la intervención educativa en las asociaciones participantes. Se expone el cronograma realizado y presentación de las actividades implantadas.

En el capítulo sexto se presentan los resultados de la investigación de la intervención educativa realizada divididos en apartados útiles para el estudio.

En el capítulo séptimo realizamos una discusión aportando las diferencias entre nuestros resultados y los estudios ya realizados sobre educación sexual en mayores.

Introducción

Exponemos finalmente las conclusiones obtenidas con nuestra investigación, mostrando las limitaciones del estudio y se proponen futuras líneas de investigación para la mejora de la calidad de vida de la persona mayor en el desarrollo de su vida sexual saludable.

La gerencia regional de salud de Castilla y León en su plan de gestión dentro de la línea estratégica 6 sobre innovación plantea el objetivo de potenciar la investigación del personal especialmente en la aplicación de la práctica clínica de la evidencia científica disponible. Nos ponemos como objetivo en la tercera fase de esta investigación el diseño y publicación de información objetiva y veraz, en forma de consejo breve, basada en evidencia científica de calidad en el aula de pacientes de Castilla y León (SACYL). Está orientado a promover estilos de vida saludables para el cuidado de salud sexual en mayores. (SACYL, 2022).

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Capítulo Primero
Revisión Sistemática

Primera Parte. Fundamentos teóricos

1.Capítulo Primero. Revisión Sistemática

1.1 Introducción

Dentro del afán de descubrir el problema principal de esta tesis, nos marcamos el objetivo primordial de contribuir a la mejora de la calidad de vida sexual en los mayores. En un primer acercamiento hacia este objetivo final intentamos definir las características de nuestro tema basándonos en la mejor evidencia disponible y difundida en la actualidad. Tenemos un gran interés por encontrar el estado de la sexualidad en el mayor, experiencias de educación con adultos sobre sexualidad y la repercusión de distintas patologías sobre la vida sexual de la persona con edad avanzada. Como parte inicial del programa SEXMA (Sexualidad para Mayores) hemos realizado una revisión sistemática de la educación para la salud sexual en mayores de 60 años, para comenzar a dar respuesta a los métodos de aprendizaje e instrumentos de medida más efectivos para el posible aumento de la calidad de vida sexual del mayor. Una de las intenciones con las que iniciamos esta revisión fue el encuentro de recomendaciones sexuales basadas en evidencia científica de calidad, para la confección de un documento de asesoramiento sexual para la persona mayor. Este documento tiene el objetivo de la mejora de la práctica clínica diaria en la atención de la sexualidad en consultas de atención primaria basadas en evidencias contrastadas. Desde el campo de la atención directa de enfermería en atención primaria se desarrollan a diario consultas de educación para la salud, tanto con técnicas de consejo breve como con técnicas de educación en grupo. La capacidad que esta profesión demuestra para acometer esta labor educativa está ciertamente demostrada (Soto et al., 2018).

Investigamos en la búsqueda de nuestros descriptores de salud con el formato P.I.C.O. (Sackett, 1997) sobre las intervenciones educativas sexuales, la terapia sexual, la conducta

sexual, el desarrollo psicosexual, la libido, la satisfacción sexual, la calidad de vida y el placer, en persona mayor y con un resultado de aumento de calidad de vida.

Tabla 1.1

Formato PICO

Palabra natural		Decs	Mesh
Paciente	Persona mayor	Anciano	Aged Senescent Elderly People Older Adults
Intervención	Educación sanitaria Cuidados enfermería Terapia sexual Conducta sexual Educación sexual Sexualidad Desarrollo psicosexual Sexo Libido Programa educacional Función sexual Satisfacción sexual	Educación en salud Cuidados enfermería Terapia sexual Conducta sexual Educación sexual Sexualidad Desarrollo psicosexual Sexo Libido Programa educacional Función sexual Menopausia Satisfacción sexual Senectud Disfunción sexual Medicina sexual Orgasmo Excitación sexual Masturbación Salud sexual	Health education Nursing care Therapy sexual Sexuality Psychosexual Development Sexual Behaviour Sex Education Sex Libido Pleasure Educational program sexual function Menopause Sexual satisfaction Sexual dysfunction Sexual medicine Orgasm Sexual arousal, Sexual touching Sexual health
Comparador		No procede	
Resultados	Calidad de vida Satisfacción paciente Placer	Calidad de vida Satisfacción paciente Placer	Quality of life Patient satisfaction Pleasure

Fuente: Elaboración propia a partir de Sackett (Sackett, 1997)

El trabajo de búsqueda inicial fue realizado entre los meses de febrero a agosto del 2017. Posteriormente se amplía la búsqueda con bibliografía referencial de los artículos seleccionados. Establecemos unos criterios de inclusión generales para la búsqueda de los artículos como son fecha de publicación posterior al 2002 y artículos escritos en español, inglés, portugués o alemán. En cuanto al tipo de estudios, buscamos artículos de estudios con diseño de ensayos clínicos aleatorios, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, guías de práctica clínica y estudios observacionales de intervención educativa. Nos fijamos en unos criterios de exclusión definidos por la no exposición de nuestros intereses de búsqueda. Descartamos entonces los artículos no relacionados con nuestras intervenciones sobre sexualidad y educación en mayores de 60 años. La primera selección es de 276 artículos relevantes por título y resumen. Posteriormente, se eligen 46 de los que obtenemos 37 versiones de artículos completos. En una tercera selección, como muestra la tabla 1.2, descartamos aquellos que no eran pertinentes por no seguir nuestros criterios establecidos de inclusión, eligiendo finalmente 10 artículos para la aplicación de la evaluación con herramienta de lectura crítica. La calidad interna y la homogeneidad metodológica de los artículos se evaluaron mediante la herramienta de lectura crítica; Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) (García, 2014) y la herramienta Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) (Brouwers et al., 2017) para la valoración de guías de práctica clínica. Esta evaluación fue realizada de forma independiente por dos revisores pertenecientes al grupo de colaboradores del grupo de trabajo SEXMA.

Tabla 1.2

Búsqueda de artículos¹

Artículos encontrados							
Base de datos	Frase de búsqueda	Total	Por resumen	Selección	No disponible	Excluidos Causa	Incluidos
Pubmed	"Senescence" And "Sexuality"2017/02/06	12	5	3	2	2 artículos de opinion.	Beckman, N.et al.(2014)
Pubmed	"Sexual Behaviour" And "Aged" 017/02/16"[Pdat]	48	16	8	0	6 sin eps 2 < 65 ^a .	0
Pubmed	"Elderly People" And "Psychosexual"2017/2/2	33	5	4	1	1 tto. solo 1 < 65a.	Hosseini N.et al.(2016)
Pubmed	"Elderly People "And "Psychosexual Development"2017/02/2	24	4	3	1	1tto hormonal	Dogan (2008)
Pubmed	"Sexual Dysfunction" And "Older Adult" Or "Ederly People"2017/4/3	53	13	7	2	3 no eps 1 estudio Hormonal	Shabsigh, R. et al. (2009)
Pubmed	("Sex Education" Or "Sex" And "Education"[All Fields] Or "Aged" And ("Nursing"[Subheading] Or "Nursing"[All Fields] 2017/05/26	40	4	4	0	1sexualidad adolescente 2 sin eps.	Ballester-Arnal et al. (2016).
Cochrane	"Aged And Sexuality" 2017/06/16	28	12	7	1Viagra repetido	5 tto medicación	Nelson, C. et al. (2014)
Cochrane	"Educational Program" And" Sexual Function" 2017/06/26	7	5	5	1	4 no Eps en Mayores	0
Cinahl	(Sexual Health) And (Old People) 2017/06/27	11	8	5	1	1tto Sida 1 no eps estructurada	Dabouza, S. (2016) Michael Bauer, B. et al. (2016)
Cuiden Plus	« Sexual Health » And « Orgasm » 2017/07/06	22	3	3	1	1 entrevista clinica enfermería	Adena, M.et al.(2012)
Dialnet	<Programa educacional and educacion en salud>	66	8	5	3	2 no aplicable a sexualidad	Pérez et al.(2006)

Fuente: basado en (Aragón et al., 2017)

Las discrepancias entre los revisores se resolvieron por consenso mediante correo electrónico y a través de sesiones presenciales periódicas. Finalmente se clasifican los niveles de evidencia y grados de recomendación utilizando la referencia del Instituto Joanna Briggs (Marcos, 2010). Una de las fuentes de información analizadas en la búsqueda de datos, es la clasificación internacional de intervenciones enfermeras realizada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para el diseño de cuidados estandarizados en educación para la salud. Se analizan especialmente las intervenciones enfermeras relacionadas con la educación sexual como son el asesoramiento sexual y la enseñanza sexual, para la atención del diagnóstico patrón sexual ineficaz y disfunción sexual (Bulechek y McCloskey, 1995).

1.2 Resultados de la Revisión Sistemática

Una vez superada la fase de la estrategia de búsqueda, recopilamos los datos obtenidos para su análisis e interpretación. En primer lugar, exponemos los resultados obtenidos por cada artículo seleccionado, después de haber realizado una valoración crítica con la herramienta Caspe, las recomendaciones del instituto Joanna Briggs y la herramienta de evaluación de guías clínicas AGREE II. Agrupamos los resultados por títulos de información específica como etiquetas con categoría de dato principal para tener en cuenta en la Tabla 1.3.

1.2.1 Actitudes de los Profesionales

En el estudio de Shabsigh et al.(2009) se compara la intervención educativa realizada sobre 120 médicos. La muestra estaba compuesta por 12 mujeres y 108 varones con una edad media entre 50,6 y 53,1 años respectivamente. Los participantes tenían unos 20 años de práctica clínica. Los conocimientos y las actitudes sobre la mejora en el tratamiento de la función eréctil fueron la temática de la intervención educativa. Se comparaban dos grupos de profesionales sanitarios: los que trabajaban en atención primaria y los que trabajaban en atención especializada en servicio de urología. Finalmente existieron diferencias

estadísticamente significativas con efecto positivo del curso reduciendo la brecha de conocimientos entre los facultativos de atención especializada y los médicos de atención primaria. En cuanto al cambio de actitudes las respuestas fueron significativas de 8,15 para especialistas a 10,82 para atención primaria, $p < 0,05$. La formación sobre atención de problemas sexuales demuestra un impacto positivo en el conocimiento y actitudes hacia la mejora en el tratamiento.

Dentro de las líneas estratégicas y los planes de acción del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), han sido estudiadas las profesiones sanitarias en el tratamiento de la sexualidad. En su política de salud para Euskadi, programada desde el año 2013 al 2020, se realizó un estudio para saber la influencia de las actitudes de los profesionales hacia la sexualidad en el abordaje de la consulta de atención primaria. También se estudió el interés por recibir formación específica sobre sexualidad (Dabouza, 2014). La muestra del estudio estaba compuesta por 110 profesionales, 47 facultativos (42,7%) y 63 enfermeros (57,3%). Participan en total 16 centros de salud del área de atención primaria, el instrumento de medida fue la prueba Derogatis Sexual Function Inventory (DSFI). Solo el 40,9% de los participantes tratan la sexualidad en consulta y el 73,3% ve interesante recibir formación al respecto. Se demuestra que la actitud frente a la sexualidad sí que influye en el abordaje relacionando un nivel mayor de liberalismo con un nivel alto de abordaje.

1.2.2 Efectividad de la Educación para la Salud Sexual

Hosseini et al. (2016) aplican en su estudio un análisis del comportamiento sexual con el modelo educativo PRECEDE (predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation). Fue diseñado por Green y Crouter como una forma de valoración de las necesidades de educación para la salud de un grupo. Es un ensayo aleatorizado desarrollado con 48 mujeres intervenidas quirúrgicamente de histerectomía, que fueron seleccionadas bajo un muestreo de conveniencia y divididos aleatoriamente en dos grupos

iguales denominados grupo experimental y grupo control. El grupo experimental recibió un programa educativo basado en el modelo PRECEDE mientras que el grupo control recibió intervenciones rutinarias. El cuestionario usado en este estudio fue el índice de función sexual femenina de Rosen (Rosen et al., 2000), analizando los dominios de variables como el deseo, la lubricación, la satisfacción, el orgasmo, la excitación y el dolor durante las relaciones. A las cuatro semanas se repitieron los cuestionarios después de la intervención y se compararon los resultados entre el grupo control y el grupo experimental. Los temas tratados en la intervención educativa estuvieron relacionados con la histerectomía, los problemas sexuales, las actitudes sexuales postquirúrgicas y las estrategias y habilidades para mejorar la función sexual. Como punto fundamental se insistió en compartir todo lo aprendido con los maridos. Finalmente, la puntuación media de la función sexual aumentó en mayor medida en el grupo experimental (16,95/-6,33) frente al grupo control (4,35 /-1,94; $p < .001$).

En el artículo sobre la eficacia de una intervención de educación en salud sexual de Nelson et al. (2014), se analiza la educación sexual en un grupo de pacientes con cáncer rectal masculino. La muestra la componen 71 varones asignados al azar, varones de mediana edad, caucásicos y casados. Estaban siendo tratados mediante cirugía, radiación y quimioterapia con cáncer en estadio III. En el grupo experimental se realizó una intervención de cuatro sesiones de educación sobre salud sexual de una hora de duración y posteriormente recibieron tres llamadas telefónicas de seguimiento. En estas llamadas un psicólogo asesora sobre estrategias para aumentar la comunicación con la pareja, maximizar el cumplimiento con el tratamiento y reducir la ansiedad. En el grupo control se reparte solamente un folleto informativo de la Sociedad Americana contra el Cáncer titulado "Sexualidad para el hombre con cáncer". La evaluación de la intervención se realiza a los cuatro y ocho meses después del comienzo de las sesiones. El instrumento utilizado para la medición de resultados fue el índice internacional de función eréctil, *International Index of Erectile Function (IIEF)*, el cuestionario de autoestima y

relación sexual, *Self-Esteem and Relationship Questionnaire* (SEAR) y un cuestionario sobre problemas sexuales. Se obtuvieron mejoras en función eréctil en el deseo sexual y en satisfacción plena a los cuatro meses y ocho meses. Este estudio demuestra mejoras positivas gracias a la realización de una intervención educativa en población masculina con cáncer rectal.

1.2.3 La Actividad Sexual en Mayores

Beckman et al. (2014) realizan un estudio sobre los determinantes de la actividad sexual en cuatro cohortes de nacimiento de suecos de 70 años examinados entre 1971 y 2001. Una de las condiciones del estudio es que la población no tenía que padecer ningún tipo de demencia. Obtienen datos transversales de cuatro muestras de población de Gotemburgo, Suecia. La muestra de 1407 personas se obtiene del registro de población sueco. Son 30 años de estudio sucesivo, donde la actividad sexual entre los varones obtuvo un aumento del 47% al 66% y en las mujeres del 12% al 34%. El aumento de actividad sexual estuvo relacionado con mantener una actitud positiva hacia la sexualidad, tener un inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años, tener una relación de pareja descrita como muy feliz, tener pareja física y mentalmente sana, disfrutar de un buen estado de salud, estar casado o en convivencia, y tener un patrón de sueño y descanso satisfactorio. Otro de los factores en estudio fue la ingesta de alcohol, teniendo relación con una buena sexualidad el beber alcohol no más de 3 veces a la semana.

Una de las investigaciones consultadas sobre la sexualidad en mayores, es el estudio de Bauer et al. (2016). El título en sí "Hablemos de sexo: las opiniones de las personas mayores sobre reconocimiento de la sexualidad y la salud sexual en el entorno del cuidado de la salud" ya busca una implicación personal de las personas participantes en la búsqueda de experiencias sobre su vida sexual. Explora la opinión de personas mayores de 65 años y también la actitud que toman los profesionales de la salud frente a la educación sexual. También indaga sobre si existe la incorporación del autocuidado de la sexualidad, en su vida diaria. Distribuyen las opiniones en 14 categorías destacando: la importancia de la sexualidad

para la persona, el lenguaje usado en la expresión de la sexualidad, la incomodidad a la hora de abordar los temas sexuales, el tipo de educación recibida, el tratamiento de la salud sexual y la comunicación con los profesionales de la salud. Resumen los resultados en 43 hallazgos basados en que la sexualidad sigue siendo importante para muchas personas mayores y que no existe un interés dominante de los profesionales de la salud en la educación sexual.

Existe una investigación muy relevante sobre las caricias sexuales, las dificultades con la excitación sexual y el orgasmo entre los adultos mayores (Galinsky, 2012). Se usaron los datos del Proyecto Nacional 2005- 2006 de Salud y Envejecimiento de la Vida Social de los Estados Unidos. La muestra utilizada fue de 3500 mujeres y varones con edades comprendidas entre los 57 y 85 años que viven en hogares de los Estados Unidos. El objetivo del estudio fue demostrar si es cierta la teoría que apoya la existencia de un vínculo entre las caricias sexuales no genitales y las dificultades con la situación sexual y el orgasmo. Se estudiaron las siguientes variables: problemas para mantener la erección en el hombre, problemas para lubricar en mujeres, frecuencia de contacto sexual, dificultades para llegar al clímax. Los resultados de esta investigación indicaron que realizar caricias sexuales con más frecuencia ayudan a experimentar menos dificultades con la excitación sexual, el placer y el orgasmo.

En la Universidad Jaime I de Castellón se realiza un estudio sobre una intervención educativa para estudiantes de la universidad de mayores. Se imparte un módulo de educación sexual de 3 horas en la asignatura de educación para la salud y que refleja los siguientes resultados: manifiesta falta de interés sexual el 46,7% de mujeres y el 53,6 de varones, presentan problemas para excitarse el 53,7 % de mujeres y 47,4% de varones, poseen problemas para alcanzar el orgasmo el 58,6% de las mujeres y el 56,3% de los varones, y sienten dolor durante las prácticas sexuales el 17,3% de los varones y el 25,5% de las mujeres. Existe una categoría analizada en este estudio que se denomina comunicación, en el que el 70,9% de las mujeres y el 79,2% de los varones manifiestan que deberían cambiar la

comunicación con su pareja. Y en el apartado de afectividad el 40,3% de las mujeres y el 28,2% de los varones contestaron no recibir suficiente afecto (Ballester-Arnal et al., 2016).

1.2.4 Métodos e Instrumentos de Medida de la Educación Sexual

Una de las guías con datos más fundamentales para nuestra tesis es la guía de educación para la salud publicada por el Gobierno de Navarra. Su objetivo principal es ejercer como manual consensado para educar en salud. Está basado en recomendaciones avaladas por el modelo teórico y operativo creado por el Instituto de Salud Pública de Navarra en su sección de promoción de la salud. Se dirige a profesionales de servicios sociosanitarios y de atención primaria de salud y sus objetivos son los siguientes:

- *Colectivizar la amplia experiencia de trabajo en este tema*
- *Motivar la puesta en práctica de estos tipos de intervenciones*
- *Facilitar la programación, realización y evaluación de intervenciones*
- *Servir de recurso de apoyo a la formación en educación para la salud*

Establece un modelo de educación biopsicosocial, con desarrollo personal y social y un enfoque de pedagogía activa. Se postula con la teoría del aprendizaje significativo e indica: *“Cuando nos referimos al aprendizaje significativo hablamos de aprendizajes eficaces, permanentes y reales, que la persona, se los quede, que para ella tengan significado, que le sirvan para la vida y para afrontar el tema que se esté abordando, y también que sean procesos que se construyan por etapas, con secuenciaciones útiles y lógicas, de asimilación y construcción consciente, voluntaria y autónoma”*. Considera la atención primaria de salud como espacio de promoción de la salud y de educación (Pérez et al., 2006, p.58).

El modelo PRECEDE (Predisposición, Reforzamiento, Habilitación, Causas, Educación, Diagnostico Y Evaluación) de análisis del comportamiento es usado en varias investigaciones sobre educación, buscando el objetivo de adoptar voluntariamente conductas saludables. Propone tres tipos de factores que influyen en el cambio de comportamiento. Son los factores

predisponentes, los factores facilitadores, y los factores reforzadores.

En los factores predisponentes incluimos los que influyen sobre la motivación de la persona. Son las necesidades percibidas, los conocimientos, las actitudes, las habilidades, las creencias y los valores. En los factores facilitadores incluimos las nuevas habilidades y los recursos disponibles. Por último, en los factores reforzadores encontramos factores posteriores a la conducta y son consecuencia de la acción realizada (Hosseini et al., 2016b).

Dentro de la búsqueda de datos, ha sido esencial para esta investigación, encontrar instrumentos de medida para observar los resultados de la intervención educativa. Varios artículos encontrados corroboran la efectividad de la escala de medición de conocimientos y de actitudes de la sexualidad en la persona mayor (Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale, ASKAS), (White, 1982). Lo forman 61 elementos divididos en dos subescalas: la subescala de conocimiento con 35 preguntas y la subescala de actitudes con 26 preguntas. Estas subescalas proporcionan buenos índices de confiabilidad, de 0´97 a 0´72 según el método Alfa de Cronbach. Se obtiene un punto significativo de la actividad sexual y la satisfacción de las personas mayores que habían recibido educación sexual. Varios estudios han confirmado que para evaluar a las personas mayores, a sus familiares y a profesionales del entorno de la salud esta prueba puede ser usada (Dogan et al., 2008 ; Cybulski et al., 2018).

Tabla 1.3

Resumen de resultados y calidad de los artículos²

Título, autor, año, tipo de estudio	Resultados	Calidad
Determinantes de la actividad sexual en cuatro cohortes de nacimiento de suecos de 70 años examinados entre 1971-2001 Beckman et al. (2013) Estudio observacional de cohortes	Relación con actitud positiva sexual, debut sexual temprano, relación feliz, pareja sana y salud.	CASPE 8 N.E. 3 G.R. A
Aplicación del modelo PRECEDE en la mejora de la función sexual de mujeres con histerectomía. Hosseini (2016) Estudio cuasiexperimental aleatorizado	Mejoran conocimientos, actitudes, estrategias y habilidades para función sexual Muestra pequeña.	CASPE 6 N.E. 2 G.R. A
Impacto de una iniciativa educacional sobre el conocimiento y actitudes de médicos que tratan disfunciones sexuales Shabsigh (2009) Estudio cuasiexperimental de Intervención educativa	Muestra no representativa. Solo 23 de atención primaria y 12 mujeres.	CASPE 5 N.E. 2 G.R. B
La eficacia de intervención de educación sexual para pacientes con cáncer rectal masculino. Nelson et al. (2014) Estudio cuasiexperimental Intervención educativa.	La educación sexual mejora la función eréctil, la libido, la satisfacción sexual, reducen las molestias sexuales.	CASPE 7 N.E..2 G.R. A
Actitudes de los profesionales sanitarios hacia la sexualidad "Políticas de Salud para Euskadi" 2013-2020, Osakidetza. Dabouza (2016) Estudio observacional	La forma liberal está relacionada con mayor atención sexual.	CASPE 8 N.E. 3 G.R. A
Hablemos de sexo: las opiniones de las personas mayores sobre reconocimiento de la sexualidad y la salud sexual en el entorno de los cuidados de la salud. Michael et al. (2015) Revisión Sistemática	Los servicios de atención de la salud deben adoptar estrategias más efectivas en la educación sexual. La calidad de los estudios fue variable.	CASPE 7 N.E. 2 G.R. A
Caricias sexuales y dificultades con la excitación sexual y el orgasmo entre los adultos mayores de EE. UU. Universidad de Chicago. Adena et al. (2006) Estudio observacional	Se estudian los preliminares muy importantes en edad avanzada.	CASPE 8 N.E.3 G.R. A
Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra Pérez et al.(2006).Guía de práctica clínica	Facilita la programación, realización y evaluación de intervenciones educativas	>85% en 6 dominios Calidad 6 G.R. Si
La educación sexual dirigida a personas mayores: retos, dificultades y propuestas Ballester-Arnal et al. (2016).Estudio cuasiexperimental Intervención educativa	Los contenidos en educación sexual para mayores deben ajustarse a sus intereses	CASPE 8 N.E. 2 G.R. A
Conocimiento y actitudes de los médicos hacia la sexualidad de las personas mayores en Turquía Dogan (2008) Observacional	Herramienta válida para medir conocimientos y actitudes en sexualidad para profesionales, personas mayores y familiares	CASPE 8 N.E.3 G.R. A

Fuente: adaptado de Aragón et al.(2017)

Nota. N.E.: Nivel de evidencia, G.R.: Grado de recomendación

1.3 Conclusiones de la Revisión

A modo de resumen de las conclusiones de esta revisión podemos hacer referencia a la existencia de un desinterés por parte de los profesionales sanitarios hacia el abordaje activo de la educación sexual en las consultas de atención primaria. La evidencia científica nos demuestra cómo menos de la mitad del personal sanitario en las consultas de atención primaria realiza una entrevista clínica activa hacia la sexualidad en general y sobre todo de los mayores. No existe por parte de las administraciones sanitarias un interés demostrado por la priorización de la educación sexual en mayores, en sus planes de salud, apoyando la formación y la difusión de herramientas útiles para este cometido. Una actitud más liberal en el desempeño de la práctica clínica diaria demuestra mejores resultados en la atención del paciente de edad avanzada, en consulta de sexualidad.

Encontramos que el comportamiento sexual de las personas mayores sigue teniendo importancia para muchos de ellos. Existen condicionantes negativos como la insatisfacción con los tratamientos, la vergüenza social, la falta de estrategias para abordar los problemas sexuales de la edad, que no favorecen el aumento de la calidad de vida sexual. Existen diferencias entre los problemas sexuales de las mujeres y los varones. Las mujeres asocian los problemas de su salud sexual a la pérdida del deseo y a las crisis de la pareja. Los varones se preocupan más por la inseguridad, por la falta de confianza y por no disponer de pareja sexual. Las personas mayores dan más importancia a la intimidad y al compromiso que las personas más jóvenes en las relaciones sexuales. La satisfacción sexual a lo largo de la vida se puede relacionar con el comportamiento positivo y saludable. Consideramos fundamental el estudio de las caricias sexuales preliminares, como técnica que aporta beneficios en salud sexual demostrados en menos dificultades con el orgasmo, el placer y la excitación sexual. El campo afectivo sexual debe ser resaltado como punto de partida al enfocar aprendizajes y estrategias de mejora de la salud sexual en personas de edad avanzada.

El hecho de que una persona o la propia pareja padezca una enfermedad hace que la relación sexual se modifique negativamente. Encontramos bastante patología sexual con la que los mayores de 60 años deben convivir. Podemos hablar de patologías como disfunción eréctil, cáncer rectal, mastectomía, histerectomía, por ejemplo. Una intervención de educación sexual dirigida hacia cambios de vida saludable demuestra beneficios. Son beneficios que cubren necesidades como la excitación, el orgasmo, la lubricación, el deseo y la satisfacción. En otro tipo de categorías como la función eréctil y aumentos de autoestima también existen cambios positivos.

Como herramienta de trabajo para medir conocimientos y actitudes frente a la sexualidad en el mayor observamos cómo la escala validada A.S.K.A.S. puede tener mucha utilidad para nuestro estudio.

Para el diseño de nuestro programa de educación SEXMA usaremos la teoría del aprendizaje significativo como marco teórico de nuestra investigación.

Observamos cómo en la literatura científica se hace referencia a la importancia de la sensibilización y concienciación social para la mejora de unas relaciones sexuales necesarias en el desarrollo vital del mayor (Ballester-Arnal et al., 2016). Es importante el diseño de programas de educación sexual que potencian la comunicación las relaciones humanas y la ponderación de la persona mayor.

Esta revisión recoge datos de importancia sobre 10 artículos seleccionados con una participación total de 4968 personas y 158 artículos. Hemos encontrado limitaciones a la hora de plantear el realizar un procedimiento de análisis más exhaustivo, cómo un metaanálisis, pues tanto las poblaciones diana, como los temas específicos de cada artículo son diferentes y no han abordado objetivos comparables.

Capítulo Segundo

Marco Conceptual

2. Capítulo Segundo . Marco Conceptual

2.1 Introducción

Los conceptos fundamentales para el desarrollo de esta investigación se basan en distintas teorías y diferentes contextos de las ciencias psicopedagógicas, ciencias sociales y ciencias biológicas. Nos centramos en la búsqueda de una distinción conceptual con ideas multidisciplinarias, bajo el objetivo general de la mejora de la calidad de vida sexual de las personas mayores.

El estudio de la educación en salud como realidad multidimensional y compleja podemos realizarlo desde muchas perspectivas y enfoques diferentes. En los últimos 30 años han existido distintos modelos de educación pertenecientes a diferentes paradigmas psicoeducativos y de ciencias de la salud. Elegimos la integración de varios enfoques y modelos para la búsqueda de nuestra distinción conceptual. En salud desarrollamos un modelo de autocuidado biopsicosocial y en educación un enfoque psicopedagógico activo. Consideramos los factores determinantes de la salud según Lalonde, los estilos de vida, la biología, los servicios sanitarios y el medio ambiente como condicionantes de una vida saludable. Las personas mayores, en su tercio final de vida, son los protagonistas de adquirir el control sobre su salud y ejercer el derecho a mantenerla. Las experiencias personales adquiridas durante toda la vida están llenas de conocimientos, actitudes, creencias, habilidades y sentimientos. Este conjunto de valores acumulados son la base para un crecimiento y desarrollo personal, pudiéndose beneficiar de una educación para la salud participativa, activa y de calidad. Los procesos de educación para la salud fomentan el desarrollo comunitario y la acción social donde participan grupos y comunidades, en la labor de mejorar la salud colectiva. Creemos en la implicación fundamental de los servicios sanitarios y en la colaboración intersectorial de todos los organismos sociales como escenario educativo para promocionar la salud sexual.

2.2 Contexto Pedagógico

La concepción del aprendizaje ha sido tratada por diferentes paradigmas de la psicopedagogía como el conductismo, cognitivismo, constructivismo y la psicología sociocultural. Estos paradigmas educativos tienen unos elementos fundamentales como son sus principios centrales, sus métodos, técnicas, recursos didácticos, planteamientos sobre el aprendizaje, objetivos, contenidos, rol del educador, relaciones educativas, plan de programación y evaluación. Las características principales de los paradigmas de la pedagogía tradicional se basan en los métodos expositivos y en el rol del educador experto. Los objetivos y contenidos tradicionales se relacionan fundamentalmente con el área cognitiva, la programación educativa es escasa y la evaluación es habitualmente final. En un principio la pedagogía de adultos se conceptualizó como un *proceso de conocimiento ligado al mundo vital*, rompiendo con las concepciones conductistas describiendo un nuevo aprendizaje de la experiencia. En los años 90 este aprendizaje del adulto evolucionó hacia la apropiación subjetiva de conocimientos, interpretaciones y experiencias, transformándose en patrones de interpretación de sus experiencias biográficas y vitales (Arnold, 2004).

2.2.1 Constructivismo

Desde las nuevas tendencias de los años 90 en ciencias de la cognición, las nuevas teorías de sistemas, la biología y el constructivismo ayudan a reconceptualizar las fuerzas del aprendizaje de los individuos adultos. El constructivismo es una corriente pedagógica que se basa en la teoría del conocimiento constructivista. Busca las herramientas necesarias para que el alumno construya procedimientos para resolver problemas con ideas modificables. Es un paradigma con un proceso de enseñanza dinámico, participativo e interactivo del sujeto, con un conocimiento desarrollado por el sujeto cognoscente. El constructivismo en pedagogía se aplica como concepto didáctico en la enseñanza orientada a la acción. La didáctica del constructivismo tiene como objetivo superar la simple adquisición de conocimientos y obtener

procesos para conseguir construir un conocimiento nuevo. Se construye con la experiencia y el desarrollo cognitivo. La didáctica se implementa con esquemas conceptuales originales. Se usan técnicas como discusiones, debates y actividades investigadoras, que “promuevan experiencias de aprendizaje ligadas a la investigación” (Schunk,2012).

Los dos pensadores clave del constructivismo son inicialmente Jean Piaget y Lev Vygotsky. Piaget se centra en la construcción del conocimiento desde la interacción con el medio. Vygotsky se centra en la reconstrucción interna del conocimiento con el medio social. Según Jean Piaget, el mundo no tiene por qué tener el mismo significado para todas las personas, una misma situación puede tener diferentes lecturas. Descubrió cómo la inteligencia, el ambiente e incluso la genética, eran capaces de crear un mundo diferente para cada individuo. En sus investigaciones se dio cuenta de que había una serie de rasgos que diferenciaban la manera de entender el mundo entre niños y adultos. Los rasgos eran no solo la influencia de los factores genéticos, sino también de los factores socioambientales que repercutían en el aprendizaje. Su teoría explica dos procesos: la asimilación y la acomodación. La asimilación consiste en interiorizar un evento y relacionarlo con algo ya preestablecido. La acomodación es la modificación de los esquemas previos para entenderlo con más datos. La búsqueda de un equilibrio entre lo que sucede y lo que entiende una persona es lo que trata esta teoría de aprendizaje. El adulto es capaz de tener pensamientos abstractos y esquemas complejos para enfrentarse al nuevo aprendizaje, influenciado por los factores extrínsecos socioambientales (Beilin y Fireman,1999).

Vygotsky plantea que las interacciones con el entorno ayudan al aprendizaje. Destaca la importancia de los factores interpersonales sociales, los históricos, culturales y los individuales como la clave del desarrollo (Kravtsova, 2017). El trabajo en grupos de aprendizaje estimula procesos de desarrollo y crecimiento cognoscitivo. En el sentido tradicional la clave era proporcionar información, sin embargo, en esta nueva teoría, se transforma las experiencias del

sujeto en base a sus conocimientos y características. No es posible separar el aprendizaje y el desarrollo del contexto en el que suceden. El significado de los conceptos cambia cuando se vincula con el mundo (Gredler, 2009).

Se establece el término “aprendizaje autodirigido” asignando una importancia fundamental a la actividad del que aprende (Reischmann, 1997). En el artículo de Ribeiro et al. (2001) escriben sobre la idea de que la construcción del conocimiento, por el alumno, se realiza con actividades que consiguen dar significado a los contenidos que se les ofrecen. Creemos que el adulto mayor ya posee experiencia con un potencial acumulado para construir nuevos conocimientos, pudiendo desarrollar un aprendizaje autodirigido en algún momento de su formación.

Según el autor norteamericano Geary (1995) el aprendizaje de los adultos necesita un ambiente que favorezca la participación, puesto que el conocimiento viene de la propia experiencia de las personas. Es la persona mayor la que debe descubrir y expresar sus necesidades reales. El mayor consigue una imagen de sí mismo bajo la influencia de sus capacidades cognitivas y le permite acercarse a la tarea de aprender, atendiendo y tomando conciencia de ella. El adulto se encuentra en disposición de elaborar aprendizajes significativos aportando sentido a sus nuevos aprendizajes. La consecuencia será el compromiso verdadero con la tarea atractiva, interesante para que finalmente cubra su necesidad expresada. El alumno adulto debe sentir que el aprendizaje está al alcance de sus posibilidades, aún con esfuerzo.

En el estudio de Reinmann y Mandl (1996) reflejan los criterios para un aprendizaje de por vida, analizando el aprendizaje y la capacidad de aprender de los adultos, basándose en 5 puntos fundamentales que exponemos en la Tabla 2.1. Destacamos la existencia de un aprendizaje activo perdurable que es posible con la participación del sujeto. La motivación para aprender y el interés por lo que hace y cómo lo hace es fundamental en el desarrollo del

aprendizaje. El sujeto asume los procesos autodirigidos y el aprendizaje es siempre constructivo en interactivo.

Tabla 2.1.

El aprendizaje y la capacidad de aprender de los adultos. Constructivismo.

Criterios Para un Aprendizaje Perdurable	
Activo	El aprendizaje solo es posible con la participación activa del sujeto
Autodirigido	En todo aprendizaje el sujeto asume los procesos de dirección y control
Constructivo	El aprendizaje es siempre constructivo con un bagaje individual de experiencias, conocimientos e interpretaciones propias
Situado	El aprendizaje se produce siempre en contextos específicos
Social	El aprendizaje es un proceso social expuesto a influencias socioculturales

Fuente: Reinmann-Rothmeier y Mandl, (1996)

El papel del profesor, en su postura de apoyo a los participantes de la intervención educativa, debe potenciar positivamente las cualidades de los participantes aportando respeto y aumento de la autoestima del alumno. Debe fomentar el interés y plantear desafíos alcanzables. Proporcionar ayuda para conseguir imagen positiva del aprendizaje en sí y plantear la enseñanza como algo compartido, siendo el alumno un interlocutor con apoyo de un experto. En esta dinámica se debe conseguir que el alumno sea autónomo en el establecimiento de objetivos, en la planeación de acciones, educando en la autonomía y la responsabilidad. Las ideas principales de la relación positiva en el aprendizaje son el respeto

mutuo, el afecto, la exigencia, la responsabilidad, la solidaridad, el esfuerzo, el compañerismo y la activación de conocimientos previos. Según la escuela existen tres pilares principales que son la disposición para llevar a cabo el aprendizaje, las capacidades, instrumentos, estrategias y habilidades de que disponen los alumnos y por último los conocimientos previos (Schunk,2012).

Hemos de considerar que el constructivismo también posee unas críticas respecto a sus teorías. No es una teoría psicopedagógica solo, sino que es un enfoque complejo y diverso. El enfoque del papel del docente ha generado diferentes opiniones, con limitaciones tanto a nivel pedagógico como didáctico y han servido como discusión. A nivel pedagógico no se establecen claramente las diferencias entre el proceso de enseñanza y el proceso de aprendizaje, aunque estén mutuamente relacionados. No se da la suficiente importancia al papel de los aspectos afectivos y motivacionales de los estudiantes relacionados (Perafán, 1994).

2.2.2 La Andragogía

Tradicionalmente se ha asociado el aprendizaje a las etapas evolutivas de la infancia la adolescencia y la juventud, pero sabemos que la capacidad del ser humano para aprender se mantiene durante toda la trayectoria vital. El envejecimiento, a lo largo de la historia, ha sido identificado con ideas negativas sobre deterioro en el desempeño eficaz de roles desarrollados durante la vida anterior a la vejez. La corta esperanza de vida con una calidad de vida insuficiente apoyaba el menosprecio y el poco cuidado de la salud en esta etapa. El desarrollo del estado de bienestar, los avances en tecnología, medicina, conocimiento, derivados de la investigación científica han llevado a un aumento de la calidad de vida junto con la aplicación de hábitos de vida saludables. Hoy en día cuando una persona inicia su vejez (alrededor de los 60 años) tiene por delante un largo recorrido vital, con posibilidad de obtener nuevos aprendizajes, y vivir nuevas experiencias personales y sociales satisfactorias.

En las últimas décadas del siglo pasado se ha desarrollado la teoría y la experiencia

práctica de la educación de adultos. La evolución demográfica, económica, de las ciencias psicopedagógicas y especialmente de la psicología evolutiva de la edad adulta y anciana, han influido primordialmente en la implantación del paradigma de la andragogía (Lopez,2019).

La andragogía se define como la disciplina que estudia el ámbito de la educación en el individuo adulto, correspondiendo con el aprendizaje en la edad adulta, madurez y senectud. La andragogía aparece como un cambio en la forma de definir el aprendizaje, diferenciándolo de la juventud y de la infancia. Este paradigma se adapta a las necesidades sociales del adulto, usando una metodología que tiene en cuenta los estilos diferentes de aprendizaje, respetando el nivel de capacidad y experiencia adquiridos anteriormente (Randall, 1976).

La educación para adultos es una disciplina relativamente reciente pues casi siempre se ha dedicado mucho tiempo a la investigación y a la reflexión sobre la educación de niños con la pedagogía, desde los siglos XVII y XVIII. Se considera una idea clave comprender que los adultos aprenden de una manera diferente y por motivos diferentes, que los jóvenes y niños. Los diseños educativos para los adultos requieren unas modalidades y unos enfoques muy diferentes de los que se desarrollan para los niños. Si aplicamos solo los principios pedagógicos a una audiencia adulta desperdiciamos una gran parte de nuestros esfuerzos, por ello es importante conocer los principios básicos del diseño educativo para adultos.

El investigador Malcolm Knowles (1913-1997) fue la primera persona que, en Estados Unidos, desarrolló una teoría que estaba relacionada con la educación de adultos, alejándose del concepto tradicional de la educación conductivista. Se considera el padre de la andragogía y la define como “el arte y la ciencia de ayudar a adultos a aprender”. Los adultos necesitan participar activamente en su propio aprendizaje y los educadores deben usar un proceso diferente para facilitar el aprendizaje. En su obra “*La práctica moderna de educación de adultos: andragogía versus pedagogía*” de 1970 presentó su modelo andragógico. Si nos preguntamos cuales son las diferencias entre pedagogía y andragogía podemos especificar diferencias

bastantes relevantes. En la pedagogía el proceso de aprendizaje está dirigido por un maestro, una persona que constituye una figura de autoridad mayor, casi inapelable. En la andragogía el proceso de aprendizaje se dirige por una persona que facilita el proceso de aprendizaje, actúa como un facilitador. La pedagogía está dirigida a niños que manifiestan una credibilidad por sus maestros extraordinaria. La andragogía se dirige a adultos, por tanto, son personas que ya traen conocimientos previos y experiencias con las cuales van a cotejar lo que les vamos a brindar. Desde el punto de vista de la pedagogía se considera la mente del niño como un tablero en blanco, que se debe ir llenando poco a poco. En cambio, la mente del adulto tiene unos contenidos previos que en muchas maneras obstaculizan la llegada de nuevos contenidos. Finalmente, en el caso de la pedagogía se aplica un balance entre el aprendizaje mecánico y el aprendizaje constructivista, bastante usado en nuestro entorno. La andragogía se basa en un aprendizaje significativo relacionado con conocimientos previos. El adulto decide por sí mismo qué incorporar a su nuevo conocimiento. Los adultos se motivan a aprender cuando tienen necesidades que pueden ser cubiertas por un proceso de aprendizaje.

Una condición muy importante para que el adulto decida aprender es la utilidad para la vida de lo aprendido. Los adultos tienen una profunda necesidad de auto dirigirse, necesitan sentir que ellos dominan y controlan el proceso. Esta sensación se considera normal pues un adulto siente que su mente ya está suficientemente madura para asumir la responsabilidad de los retos de un conocimiento nuevo. Los conocimientos nuevos han de relacionarse con necesidades relativas a avances sociales, avances imaginativos y avances en innovación, particularmente atractivos para su vida. Las diferencias individuales se incrementan con la edad, es decir que cuanta más edad tenemos, más importantes son las diferencias entre adultos jóvenes y adultos mayores. Se tiene en cuenta que cada alumno adulto presenta unas particularidades concretas y unos objetivos de desarrollo personal dispares (Shannon, 2003).

En la siguiente figura comparativa, Figura 2.1, vemos resumidas algunas diferencias

entre la pedagogía y la andragogía. En la pedagogía el estudiante es dependiente del profesor, el profesor asume sus responsabilidades en cuanto a la enseñanza y la evaluación de lo aprendido. En andragogía es el adulto el que dirige su aprendizaje, aprendizaje auto dirigido, también se responsabiliza de su autoevaluación. La experiencia previa del estudiante en la pedagogía no tiene tanta importancia como en la andragogía. El estudiante comparte su grado de experiencia y construye un conocimiento para el grupo.

La orientación hacia el aprendizaje en la pedagogía es un proceso donde se adquieren nuevos conocimientos de aprendizajes en formación, en contrapartida, en los adultos el aprendizaje debe ser relevante para las tareas del día a día. La motivación hacia el aprendizaje es extrínseca en la pedagogía. Las notas y los premios van a definir la motivación. En los adultos la motivación va a ser intrínseca valora los contenidos que obtiene.

Según el estudio de Hernández (2018) existe cierta crítica hacia la diferencia entre andragogía y pedagogía, cree que la diferencia es más que nada de tipo artificial. No se puede hacer una diferencia tan tajante entre la pedagogía de niños y de adultos. Refiere que es mucho más preciso pensar en un continuo de aprendizaje que se expande a través de la vida con diferentes énfasis, problemas y estrategia, en diferentes tiempos y momentos.

Figura 2.1

Principales diferencias entre pedagogía y andragogía

Pedagogía y Andragogía		
Principales diferencias entre Andragogía y Pedagogía		
	Pedagogía	Andragogía
Propósito de Aprendizaje	Se recoge la información que entrega el profesor.	Orientada a objetivos o metas claramente definidos.
Rol del Docente	Conducir el aprendizaje y definir contenidos y objetivos.	Facilitador y guía según las necesidades de los aprendices.
Experiencia	Etapa de Formación y Desarrollo.	Poseen experiencia y necesitan conectarla con los nuevos.
Demandas de Aprendizaje	Disponen de Mayor tiempo para dedicar al aprendizaje.	Requieren equilibrar sus responsabilidades sociales con las demandas del aprendizaje.

Fuente: Fasce. Eduardo. Andragogía. Rev.Edu. Cienc.Salud. (2006)

2.2.2.1 Principios de la Andragogía

Los factores determinantes en el aprendizaje de personas adultas pueden venir determinados por aspectos externos o medioambientales y por aspectos internos o personales. Las condiciones vitales que envuelven al individuo, la distribución de su tiempo, los factores relativos al contexto social y la clase de objetivos que se plantea al participar en una intervención educativa, son aspectos externos. Entre los factores personales podemos apreciar la competencia y la habilidad para el aprendizaje, el nivel de capacidad, el nivel de tolerancia al fracaso, el interés y la motivación en el contenido, la estabilidad emocional para enfrentarse a

preocupaciones sobre los resultados obtenidos. También podemos observar aptitudes cognoscitivas, como el lenguaje, la memoria, la atención, la concentración y la existencia de hábitos conductuales y adaptativos (Alcala,2012).

Los principios de la andragogía son tres muy relevantes: la horizontalidad, la participación y la flexibilidad.

En primer lugar, en la horizontalidad el educador facilitador y el estudiante tienen características similares. Son los dos adultos, cuentan con experiencia y están auto motivados. Se considera muy importante que el educador mantenga una relación con el auditorio muy cordial y horizontal, a eso se refiere este principio. El educador actúa como un asesor y guía, ofreciendo su apoyo y facilitando el proceso de aprendizaje de forma no instruccional. El adulto comparte sus experiencias, una vez que planteamos la propuesta cognitiva, el adulto compara sus experiencias y su conocimiento previo y válida o desecha el contenido que le estamos ofreciendo. Es trabajo del educador el respetar y valorar las experiencias y conocimientos de sus alumnos.

En segundo lugar, un punto crucial para tener en cuenta es la participación del adulto, no es un mero receptor como consideramos al niño, el adulto es un receptor activo. Es capaz de interactuar con el educador y es capaz inclusive de contradecir, intercambiar experiencias que un educador no tiene. Puede tomar decisiones en cuanto al contenido decidiendo si lo recibe y lo incorpora a su acervo, es decir, si lo cree y lo acepta, o si no. Es en ese punto de la participación donde el trabajo del educador debe esforzarse en abrir espacios intencionales de participación, para que los alumnos sientan que están dentro del dominio del proceso de aprendizaje que ellos mismos conducen, modifican, aceleran o ralentizan. De esta manera favorecemos el desarrollo de una forma de trabajo más cooperativa y colectiva.

Por último, en cuanto a la flexibilidad los adultos ya presentan claramente unas diferencias muy profundas en su estilo de aprendizaje, unos más visuales, otros más auditivos,

hay otros que son más activos, hay otros que son más reflexivos. También nos podemos fijar en sus inteligencias, sus preferencias, sus aptitudes, sus destrezas, ellos necesitan herramientas de aprendizaje. El educador debe estar dispuesto a proponer diferentes alternativas para que el adulto pueda escoger y aprender por la vía que más le convenga.

Es necesario contar con diferentes estrategias didácticas que estén acordes a las inteligencias que detectemos en los participantes. Es adecuado buscar una elevada participación en el aula, una mayor relación con el contexto de interacción de problemas y situaciones particulares. El aprendizaje debe de estar más orientado a la aplicación práctica de los contenidos interiorizados generalizando los aprendizajes trabajados (Oñate,2019).

El diseño educativo de la andragogía presenta tres fases diferenciadas. La primera de esas fases es la de concienciar, despertar una conciencia en el adulto de que existe una situación que le afecta y que él necesita respuestas. El objetivo de la concienciación no se centra en la memorización de conceptos teóricos y abstractos, sino en la estimulación del interés por contenidos que están unidos a la resolución de problemas reales, actuales e importantes para el participante. Hemos de invitar a la reflexión con una metodología de preguntas abiertas que pueden evaluarse de manera efectiva.

Una vez hayamos despertado esa conciencia, en segundo lugar, se debe brindar una propuesta cognitiva por parte del educador facilitador, pero facilitando que sea el alumno el que construya su propio conocimiento expresándolo.

La tercera fase es entrar en un proceso de contextualización, donde el alumno pueda llegar a ver, en la práctica, el uso específico de los conocimientos que le estamos brindando. El objetivo es que resuelva aquello que propusimos en la concienciación. Debe establecer cómo se aplican esos conocimientos en general y cómo lo aplica él en su vida y en su problemática personal (Evers y Sigman,2013).

La evaluación la realizamos con la evidencia del aprendizaje. Lo que intentamos es establecer si realmente los conceptos se captaron y están organizados y ordenados de forma correcta en el acervo del participante. Nos planteamos cuatro objetivos, estudiando los conocimientos, actitudes, comportamientos y habilidades. El primero de ellos es establecer si ha obtenido nuevos conocimientos y debe responder a algunas preguntas intencionales sobre conocimientos en el transcurso o al final de la sesión. Si lo que hemos intentado es cambiar actitudes, vamos a aplicar estímulos para ver si esas actitudes responden a los estímulos que planteamos. Si nuestro objetivo ha sido modificar algunos comportamientos, vamos a enfrentar a los participantes a situaciones donde observemos claramente sus actuaciones. Finalmente, si hemos pensado en desarrollar habilidades entonces lo vamos a llevar a cabo estableciendo acciones para ver el cumplimiento de estas (Dacre,2001).

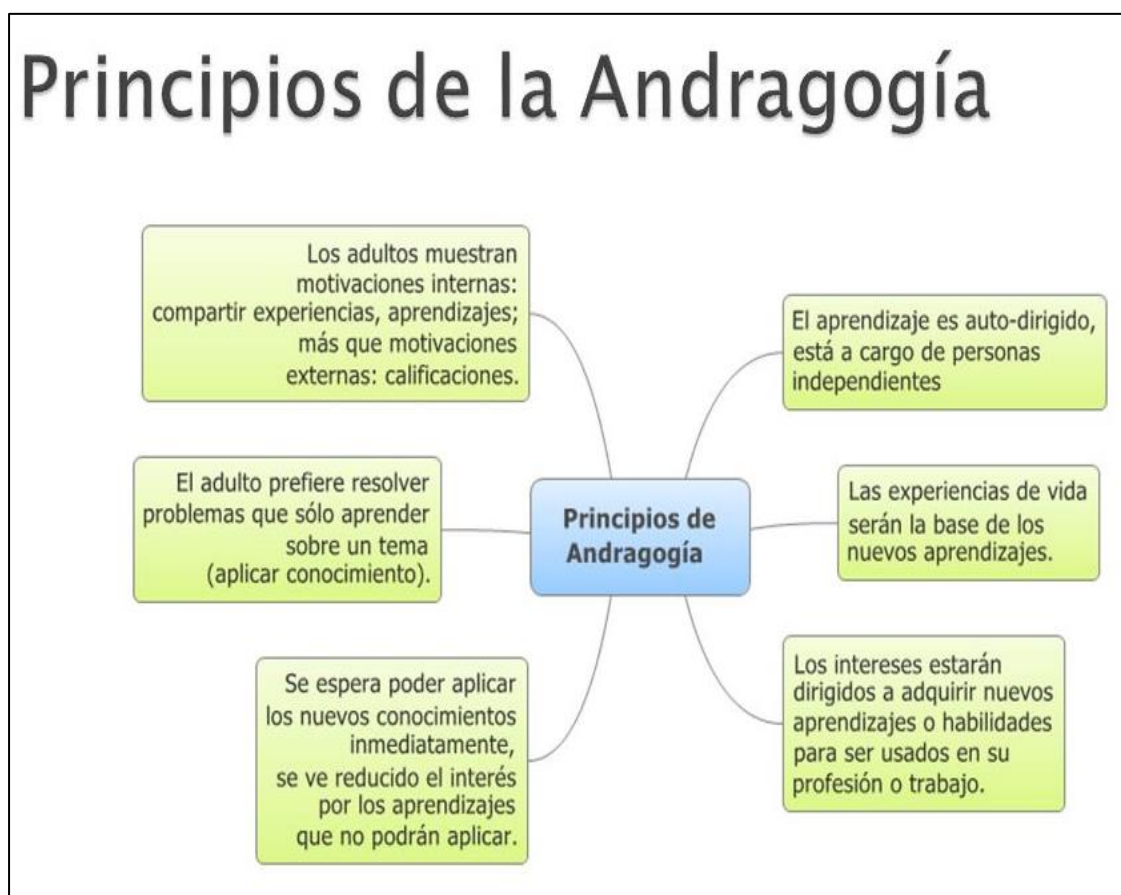
¿Cómo podemos aplicar en la práctica estos principios de la andragogía?

Primero, es importante crear un clima de aprendizaje confortable. Debemos cuidar el aspecto emocional y el aspecto físico, para evitar actitudes de juicio de valor. Segundo, debemos involucrar a los estudiantes en la planificación de métodos de aprendizaje donde colaboren en la búsqueda de las necesidades del participante. Se genera un sentimiento donde el alumno se siente partícipe y responsable de su propio proceso de aprendizaje. Tercero, debemos asegurar y aumentar el valor y significancia de la motivación intrínseca. Cuarto, se busca fomentar la autoevaluación, la reflexión y la efectiva integración del aprendizaje efectivo. Quinto, se debe ayudar a los estudiantes a llevar a cabo su plan con expectativa de éxito. Deben sentirse competentes, y no caer en la desmotivación con tareas muy difíciles. El aprendizaje de los alumnos puede ser perjudicado por una excesiva exigencia.

Finalmente, en la autoevaluación el alumno realiza una reflexión crítica con el aprendizaje auto (Orsini et al.,2016). Podemos resumir los principios de la andragogía con la Figura 2.2.

Figura 2.2

Principios de la andragogía



Fuente: E-DUTECA. Andragogía (2019)

A modo de resumen podemos decir que la andragogía está dirigida a mayores de edad, ellos toman sus propias decisiones y no aceptan obligatoriamente las enseñanzas impartidas. Los participantes solo se mantienen en la actividad si están cómodos. La memorización no es el objetivo de la actividad, sino saber cómo utilizar la información y dónde encontrarla. Se realizan principalmente actividades grupales donde no existe el castigo. Los acontecimientos negativos se utilizan como un medio de aprendizaje, no existe la amenaza al estudiante. El docente pasa a llamarse facilitador y se iguala con el estudiante. El estudiante adulto tiene trabajo y familia a

la que atender por lo que no tiene tiempo que perder, tiene la necesidad de asimilar inmediatamente los conocimientos para su desarrollo personal. Al ser adultos en principio son tolerantes y comprensivos y no requieren supervisión. El grupo y también el profesor aprenden con las capacidades y actividades diferentes. La apreciación en el grupo es común y pueden darse lazos de amistad. Corresponde diseñar un lugar con mesas y sillas para trabajo en grupos, no existe la tarima para dictar cátedra, se desarrolla una participación activa bajo una enseñanza voluntaria (Flores,2018).

2.2.3. La Motivación y el Deseo Sexual

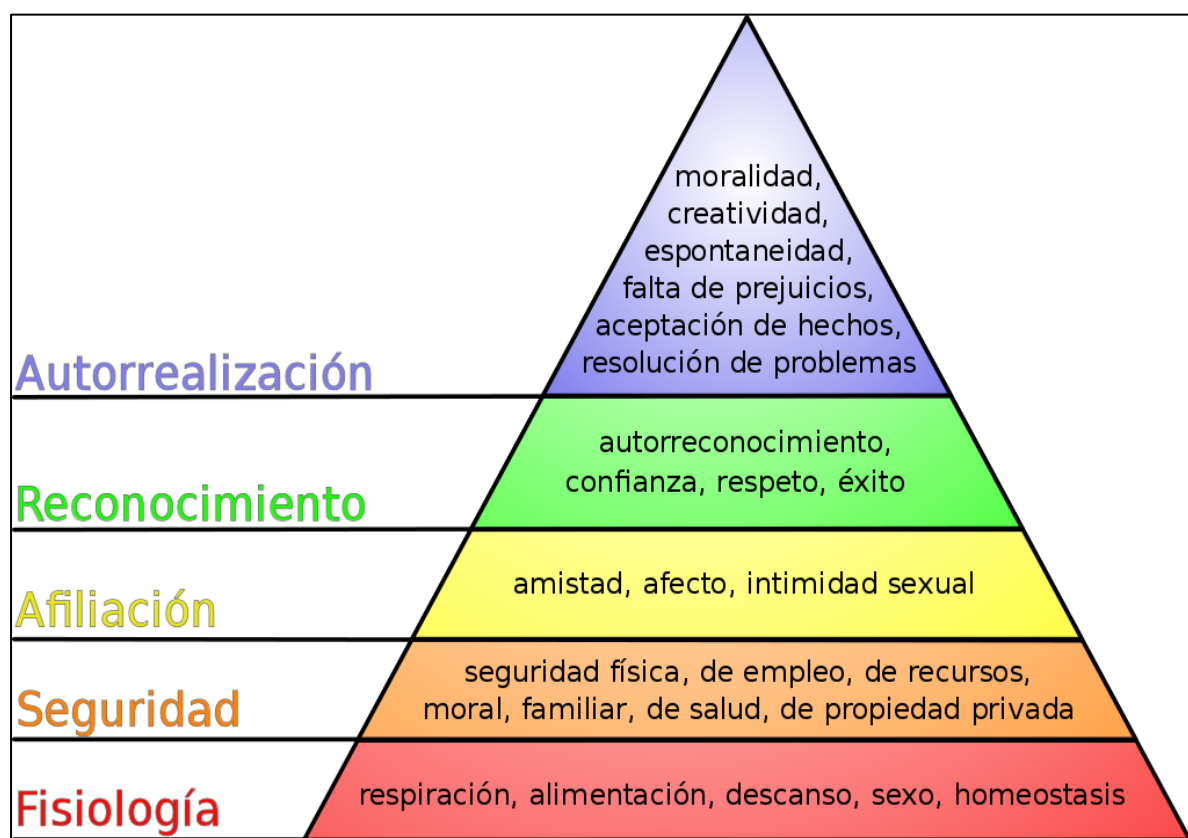
La motivación tiene un papel crucial en el campo de la psicología educativa respecto al aprendizaje de los estudiantes. La motivación es la fuerza que explica por qué se inicia, continúa o termina el comportamiento de las personas. El paradigma psicológico que proporciona motivación es el deseo, las creencias y las intenciones sobre lo que se debe hacer. Se ha prestado atención especial a favor de la idea de que la motivación intrínseca tiene resultados más beneficiosos que la motivación extrínseca (Radel et al.2016).

Respecto al contenido de los estados motivacionales podemos describir cuáles son los objetivos que motivan a las personas a tomar decisiones. Se han propuesto varias teorías destacando la de la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow, que en su obra *Una teoría sobre la motivación humana* de 1943 postula que los seres humanos tienen necesidades responsables de la motivación. En la Figura 2.2 se puede observar por colores las diferentes partes de la pirámide. Las más básicas como comer o dormir forman parte de la zona baja y las necesidades superiores solo pueden alcanzarse una vez que se han satisfecho las necesidades inferiores. En la última fase en la parte superior de la pirámide, se encuentra la autorrealización, la plena felicidad o armonía (Wasserman y Wasserman,2020). Esta teoría aporta unas características generales muy interesantes para el estudio de la motivación. Solo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de las personas, pues la necesidad

satisfecha no genera comportamiento alguno. Con el transcurso del tiempo, las necesidades que no son fisiológicas surgen posteriormente. No todos los individuos sienten necesidades de autorrealización ya que la autorización se considera como una conquista individual. Las necesidades básicas predominan sobre las necesidades superiores. Las necesidades básicas necesitan para su satisfacción un ciclo motivador relativamente corto, en contraposición con el ciclo más largo de las necesidades superiores (Sáinz y Sáinz, 1990).

Figura 2.3

Jerarquía de necesidades de Maslow



Fuente: <http://psiquehumanista.blogspot.com>(2009)

Una característica muy significativa y determinante en la educación del adulto es el nivel de motivación intrínseco, en el proceso de aprendizaje. El adulto presenta una concepción

autodirigida del aprendizaje, una experiencia previa, un interés por un aprendizaje aplicado a situaciones cotidianas, pero sin motivación todo el proceso no se puede llevar a buen término. La motivación del adulto es una motivación de tipo intrínseco que busca su interés en lo que estudiará. Las razones externas o extrínsecas toman un papel muy disminuido no dando importancia a recibir un premio o una nota.

Más allá de las situaciones objetivas de enseñanza y aprendizaje, lo que nos interesa saber es cómo las perciben los alumnos adultos. Esa interpretación influye en la forma de cómo van a abordarlas y las estrategias de aprendizaje que van a utilizar. El que el alumno se encuentre o no motivado no es responsabilidad únicamente suya, también juegan un papel importante las relaciones con los compañeros y el profesor.

La capacidad de cambio que tienen las neuronas en el cerebro decrece con el tiempo. Esta realidad fisiológica ya experimentada no es la razón por la que un adulto no puede incorporar aprendizajes nuevos a su vida. Los niños dedican muchas horas del día a aprender, es casi lo único que hacen, pues el juego también forma parte del aprendizaje diario. Los adultos tienen siempre el problema del tiempo, un tiempo del que ya no disponen, poseen la necesidad de aprender rápido, sin esfuerzo y han de ser cosas útiles. El tiempo que un adulto dedica a aprender es muy pequeño, a lo largo del día. La opción que un adulto posee para fomentar su aprendizaje, aun con esfuerzo, es la motivación (Steven,2003).

Los deseos son actitudes proposicionales que conducen a acciones que tienden a producir placer. En el estudio de Schroeder (2010, p.1) hay un amplio acuerdo sobre las características de los deseos, en términos de disposiciones a causar acciones o con la tendencia a producir placer al ser cumplidos. Define el deseo como un acto donde “Desear algo es quererlo, desearlo, anhelarlo, desear algo no es más que inclinarse a tomar acciones que obtengan esa cosa”.

Algunas de las acciones que determinamos en nuestra vida, pueden estar motivadas por

unos deseos relacionados con la zona media de la pirámide de las necesidades de Maslow, la intimidad sexual. El producir placer es una necesidad de la intimidad sexual, que está dentro de los deseos de la personalidad. Atendiendo a la teoría de los 16 deseos básicos de Steven (2003), reflejada en la Tabla 2.2, encontramos resultados de su estudio con más de 6000 personas, donde el romance y la necesidad sexual es una de ellas.

Tabla 2.2

Teoría de los 16 deseos básicos

16 deseos básicos
1. Aceptación, la necesidad de sentirse aprobado.
2. Curiosidad, la necesidad de aprender.
3. Comer, la necesidad de alimentarse.
4. Familia, la necesidad de tener hijos.
5. Honor, la necesidad de ser leal a los valores tradicionales de nuestro grupo étnico
6. Idealismo, la necesidad de buscar justicia social.
7. Independencia, la necesidad de asegurar la individualidad.
8. Orden, la necesidad de tener un ambiente organizado y estable.
9. Actividad física, la necesidad de hacer ejercicio.
10. Poder, la necesidad de influenciar.
11. Romance, la necesidad sexual.
12. Ahorrar, la necesidad de guardar.
13. Contacto social, la necesidad de tener amigos.
14. Posición social, la necesidad de destacar socialmente.
15. Tranquilidad, la necesidad de sentirse seguro.
16. Venganza, la necesidad de obtener un desquite

Fuente: Steven Reiss (2003).

En el estudio de Sánchez y Bote (2007) se confirma la opinión de que el deseo sexual no disminuye en los mayores por culpa de la jubilación o la menopausia. Existe deseo sexual, pero está condicionado por la necesidad de compañía. Se refleja una nueva formación de parejas por razones de soledad, prefiriendo el noviazgo al matrimonio. El interés por la compañía está muy por encima del interés económico o de búsqueda del amor. Para el deseo sexual, la edad no aparece como barrera si no se asocian factores como los problemas de salud o la viudedad.

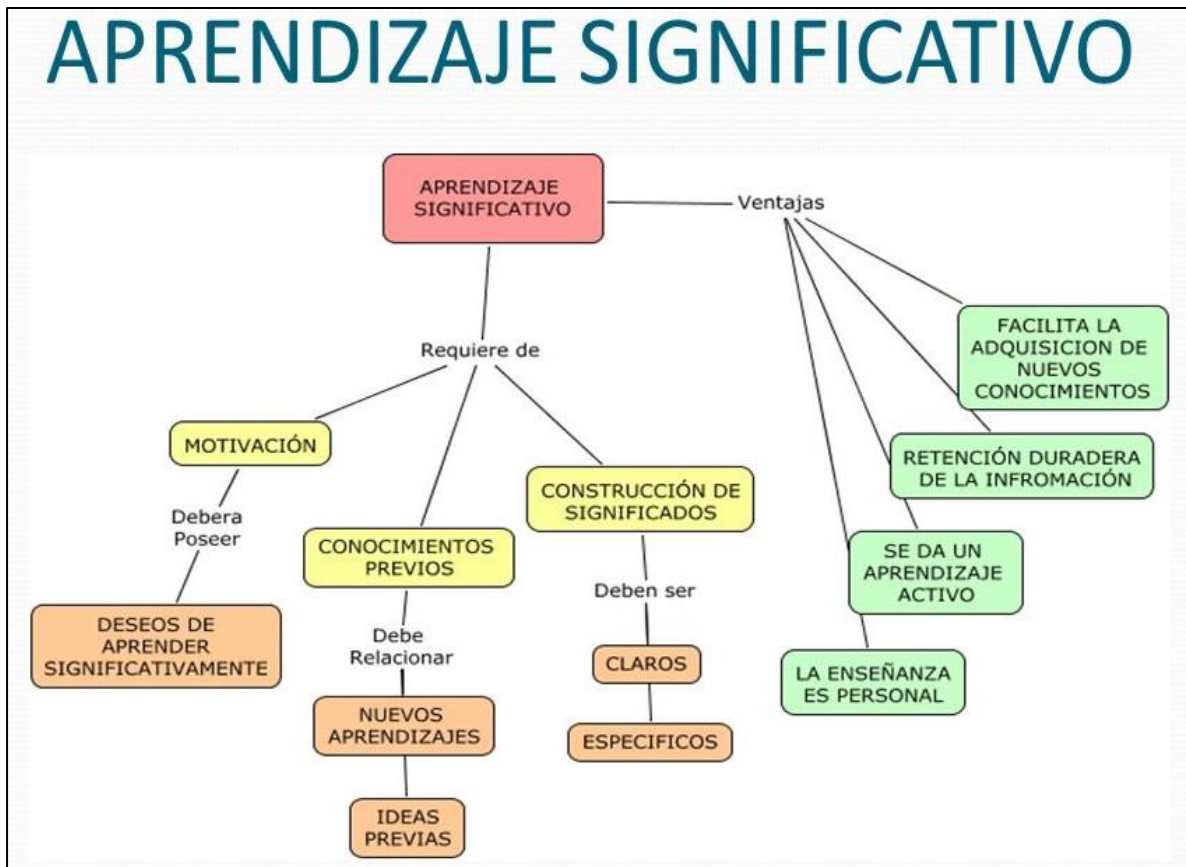
2.2.4. El Aprendizaje Significativo

Para el diseño de la intervención educativa de promoción de la salud sexual, empleamos una metodología basada en el modelo teórico del aprendizaje significativo, participativo y activo. Aprender significa adquirir información, retenerla y recuperarla en algún momento. Basa sus fundamentos en el aprendizaje y el alumnado, a través del área emocional cognitiva y de las habilidades de la persona. En el aprendizaje significativo las personas asimilan los nuevos conocimientos a los conocimientos previos. David Ausubel, psicólogo y pedagogo estadounidense, fundamentó en 1963 esta teoría, que se encuentra dentro de la psicología constructiva. Según el propio Ausubel este aprendizaje es una forma completa de aprender, pues explica temas como la cognición, las emociones y la motivación. La secuencia del aprendizaje de la información nueva se fundamenta en acciones concretas: seleccionarla, organizarla, y finalmente crear relaciones con el conocimiento previo. El aprendizaje significativo desarrolla un tipo de asimilación diferente al aprendizaje basado en la memoria. En el aprendizaje propuesto el nuevo conocimiento debe interactuar con los conocimientos ya fijados en la memoria. Los conocimientos incorporados de esta manera son transferidos a la memoria de largo plazo. El elemento más importante del aprendizaje significativo es entonces la nueva información, que se integra en la estructura de conocimientos. Ausubel considera que el

conocimiento está organizado jerárquicamente, con diferentes informaciones, unas nuevas y otras antiguas que deben relacionarse. Siguiendo esta teoría podemos clasificar el aprendizaje en cuatro categorías diferentes. La primera es la intrapersonal. Son los conocimientos previos, la disposición, la motivación, la actitud, el interés, y también hace referencia a la capacidad intelectual. La segunda categoría es la situacional respecto a las condiciones sociales y culturales. La tercera categoría es la cognoscitiva y se refiere a elementos intelectuales, y a la práctica de todos los conocimientos que se van adquiriendo con el tiempo. La cuarta y última categoría es la afectivo-social y es la categoría que se refiere a factores con el grupo social (Ausubel,1976).

Figura 2.4

Mapa Conceptual Aprendizaje Significativo



Fuente: Bing images (2017) <https://www.bing.com/>

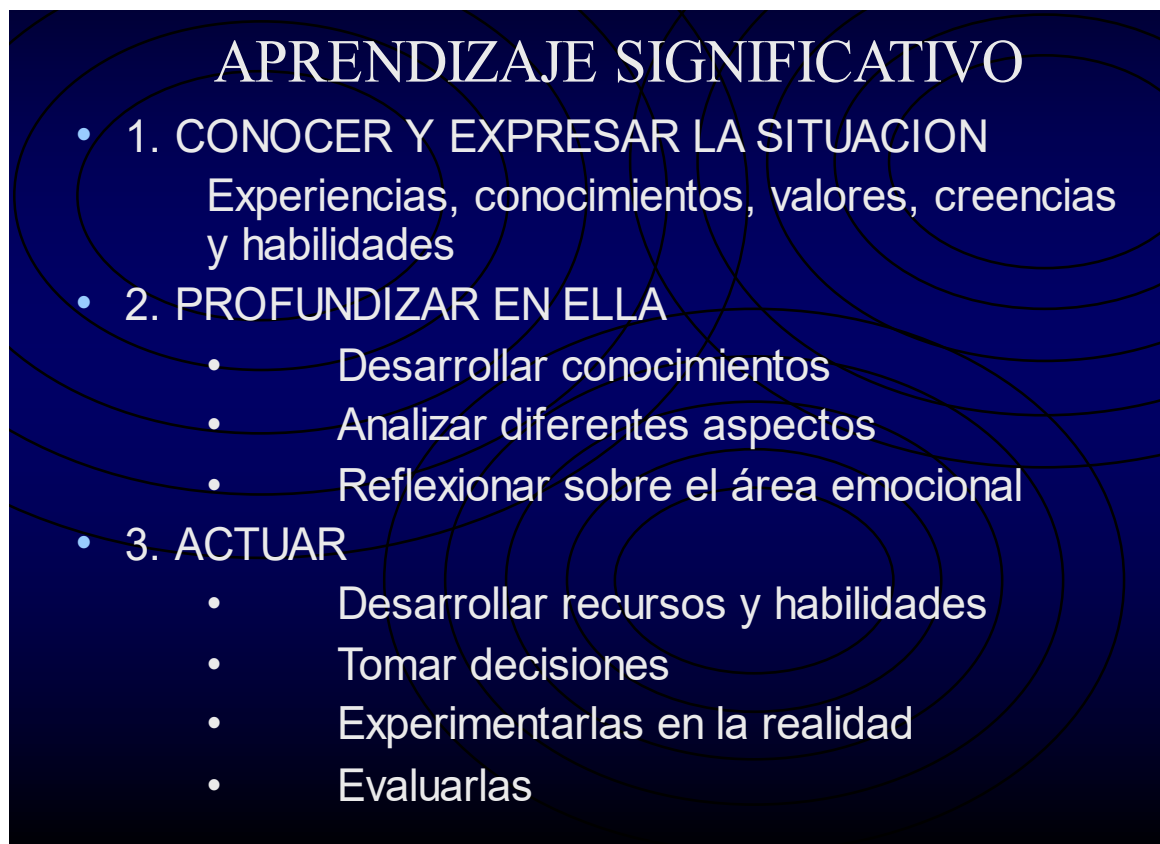
Los docentes deben adoptar un papel facilitador hacia el aprendizaje significativo aplicando tareas relevantes. Deben identificar el conocimiento que posee el alumno previamente con entrevistas test o técnicas de grupo participativo. El objetivo es que se produzca una transmisión de conocimiento efectivo entre el profesor y el alumno y el lograr compartir significados en común. El profesor debe permitir que el alumno tenga contacto directo con él y que haya una relación cordial y de confianza entre ambos. La finalidad de todo esto es enseñar al estudiante a llevar a la práctica todo lo que aprende porque así va a asimilar completamente todos los conocimientos (Santos,2019). Podemos resumir la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel con su frase sobre el aprendizaje: “El factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averígüese esto y enséñese consecuentemente” (Ausubel, 1980,p.7)

En el inicio de este apartado hemos hecho referencia a nuestro seguimiento del modelo del aprendizaje significativo, activo y participativo. Las metodologías activas tienen como objetivo desarrollar el saber conceptual, el saber hacer y saber ser. El alumno debe asumir una mayor responsabilidad y autonomía para la obtención de competencias óptimas, para la aplicación práctica del conocimiento (García,2017). Este paradigma activo se ve apoyado por metodologías renovadoras, que tienen como objetivo primordial aumentar el interés de los participantes en la intervención educativa. La metodología renovadora la incluimos en el marco teórico de una pedagogía activa. Son metodologías con técnicas, estrategias y métodos que colocan al alumno en el centro del aprendizaje, incentivan el espíritu crítico y generan el trabajo en equipo, abandonando los procesos memorísticos de repetición. El objetivo de estos métodos activos es preparar al participante para situaciones de la vida real. En el estudio de Robledo et al. (2015) proponen cinco métodos activos de enseñanza aprendizaje. Son el aprendizaje basado en problemas, el estudio dirigido, el estudio de casos, el estudio compartido y el método de expertos, con el objetivo de obtener competencias transversales instrumentales.

Bajo las indicaciones de la Guía de Educación para la Salud Del Gobierno de Navarra (2006, p.59), seguimos las etapas como proceso de enseñanza de aprendizaje significativo. Exponen que en el trabajo con grupos “no se trata de prescribir comportamientos sino de promoverlos”. Para abordar los factores relacionados con la salud primero realizamos un análisis de la situación de salud del grupo compartiéndolo con los participantes. Reflejamos en la Figura 2.4 las etapas del aprendizaje significativo. Se pretende ayudar a pensar y no dar soluciones, sino que sea el grupo el que disponga de las suyas propias.

Figura 2.5

Etapas del Aprendizaje significativo



Fuente: basado en Aragón et al.(2017)

El colectivo de personas mayores son parte de una población muy heterogénea. La

visión de las vivencias de estas personas puede ser muy pesimista, reflejada en situaciones de deterioro físico y cognitivo. La visión de sus vivencias positivas y optimistas estará reflejada por las ganas de vivir y la satisfacción de la autonomía personal (Villar, 2006).

Para finalizar nuestro marco conceptual pedagógico, queremos resaltar que cuando se habla de aprendizaje significativo, hacemos referencia a aprendizajes que vayan a ser eficaces, permanentes en el tiempo, reales, con significado propio. Resaltamos que el conocimiento sexual se va aprendiendo a lo largo de la vida. Así, creemos que el modelo del aprendizaje significativo es totalmente factible, pues propone un proceso básico de enseñanza y aprendizaje, que parte de la experiencia, lo que posibilita a la persona o al grupo ser capaces de desarrollar capacidades para afrontar los contenidos a tratar (Aragón,2018). La visión de vivencias optimistas y positivas son las que buscaremos para que aporten valor a nuestra intervención educativa. Definitivamente en nuestro estudio tendremos muy presente la motivación intrínseca y el deseo sexual de la erótica. Creemos en el fomento del envejecimiento activo, complementado con motivaciones y deseos naturales para la edad. La construcción de procedimientos para resolver problemas de la vida sexual será otro objetivo de trabajo con el grupo de educación asimilando ideas nuevas modificables. Las experiencias preestablecidas les ayudarán a acomodarse a los nuevos conceptos y actitudes que pretendemos enseñar.

2.3 Contexto Social

Consideramos que para la interpretación de la sexualidad en edades avanzadas es necesario un planteamiento dentro del contexto sociocultural. Nuestro paradigma es el envejecimiento satisfactorio promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Consideramos la salud como un proceso continuo de adaptación para conseguir buenos niveles de salud y habilidades funcionales basadas en la participación social y familiar (Rodríguez,2016).

Es fundamental hacer mención a la influencia del entorno en los procesos de socialización donde la sexualidad se desarrolla. Las condiciones culturales, la familia, las condiciones económicas, los medios de comunicación, en definitiva, agentes socializadores, condicionan el éxito o el fracaso del mantenimiento de salud sexual en un medio socializado. Existen cambios sociales observados que conllevan un mayor interés por el tratamiento de la sexualidad en los mayores, podemos destacar las mejoras económicas y políticas con inversiones y mejoras sociales que han aumentado la calidad de vida de los mayores.

Otro cambio importante son los avances científicos que han aportado novedades positivas en el campo de la sexualidad y el desarrollo de investigaciones de disfunciones sexuales. Por supuesto, los cambios demográficos experimentados con un aumento de personas de edad avanzada, junto con el aumento de esperanza de vida. Hay un mejor estado de salud en el momento de la vejez. Disfrutar de la afectividad y de la sexualidad durante toda la vida puede ser un elemento que enriquezca positivamente las relaciones de los mayores (Carmuca,2011).

En el documento consensuado entre la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Asociación Mundial de Sexología (AMS), se exponen las características que debe tener una sociedad para ser sexualmente sana. Poniendo atención a la Figura 2.5 podemos observar cómo desarrollan ocho características importantes: el compromiso político hacia un derecho fundamental, con políticas explícitas y leyes vigentes que protejan los derechos sexuales, el acceso universal a la educación sexual integral a lo largo de toda la vida, el apoyo a la investigación como sociedad comprometida con la salud sexual además de ejercer una vigilancia de los problemas de salud sexual (Organización Panamericana de La Salud, 2000).

Figura 2.6

Características de una sociedad sexualmente sana

Características de una Sociedad Sexualmente Sana

Las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros muestran las siguientes características:

Compromiso político. El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.

Políticas explícitas. Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.

Legislación. Para la promoción de la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (por ej., prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (por ej., protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (por ej., legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (por ej. legislación relativa a la igualdad de oportunidades).

Buena educación. Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.

Infraestructura suficiente. A objeto de garantizar el acceso de las personas a los servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales y paraprofesionales especializados en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Esto incluye ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.

Investigación. Una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (por ej., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (por ej., tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etc.).

Vigilancia adecuada. La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.

Cultura. Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a ésta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública atinentes a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura.

Fuente: OMS (2000)

Algunos de los aspectos sociales se han convertido en barreras para un desarrollo saludable de la sexualidad. El principal obstáculo para no conseguir una sexualidad activa y placentera no está en la fisiología sino en el tabú y las falsas creencias (López,2020). Los mayores de hoy en día han sufrido una socialización represora marcando su historia sexual. Recordemos el contexto legislativo que había en España, por ejemplo, el adulterio estuvo penalizado hasta 1978, también se prohibió el uso de métodos anticonceptivos, el divorcio no llegó hasta 1981 y la homosexualidad estuvo perseguida hasta 1995. Este fue el contexto legislativo donde se desarrolló la sexualidad de los mayores de hoy en día. Podemos entonces imaginar la brecha social que todas las personas de esta generación deben superar en sus últimos años de vida.

El modelo social de sexualidad actual es un modelo eminentemente juvenil, genital, coital, reservado a cuerpos perfectos. En el estudio de Sáez (2022) señala que en la actualidad en ningún momento en nuestros medios de comunicación podemos ver referencias o escenas sexuales de personas por encima de 60 años. Opina que los mayores han sido apartados del reino de la estética.

Introducimos en este apartado el concepto de edad, siguiendo los postulados del triple enfoque de Arbers (1996), edad cronológica, edad social y edad fisiológica. Consideramos que, para el tratamiento de la sexualidad en mayores, la edad social y fisiológica se revela como la más importante. En primer lugar, la edad cronológica nos indica los años que una persona ha estado viva. Vemos un aumento en la cantidad de mayores de 60 años, un mayor número de mujeres que de varones. La edad social está definida por las actitudes y conductas adecuadas socialmente a esa edad, son percepciones subjetivas. Por otro lado, la edad fisiológica es la que tenemos atendiendo a nuestro estilo de vida. Es posible que dos personas con una edad cronológica de 70 años tengan el desgaste de sus articulaciones de distinta manera, dependiendo del uso realizado durante toda la vida. Aparece entonces una doble dimensión:

una de vejez joven con representación social favorable y otra de vejez vieja que seguiría enclavada en una imagen negativa de la vejez (Illsley, 1991). Por este motivo, el concepto de edad social y fisiológica aparece como más cualitativo y gracias a él podemos diferenciar a una persona de 65 de otra de 80 años. En esta primera vejez de los 65 se abandona el mundo laboral, es el final de la crianza de hijos y se produce una reestructuración vital volviendo a tener más protagonismo la pareja. En la edad avanzada existe la posibilidad de la pérdida de la pareja, la viudedad lleva a un nuevo estado general de salud donde se puede necesitar e incluso reestructuraciones de las relaciones sociales.

Todo este modelo social no ayuda al aumento de la calidad de vida sexual. El ajuste a los patrones sociales de los que hemos ya hablado, las condiciones de vida, la escasez de ingresos, las condiciones de la vivienda, la censura, la vergüenza y la desaprobación social no favorece el desarrollo de una sexualidad satisfactoria en la vejez. Los autores fundamentales de la sexología Máster y Johnson, reflejaron la importancia de la calidad de vida como bienestar subjetivo: “la actividad sexual contribuye al bienestar subjetivo de las personas cuyo efecto, al mantener una actividad sexual regular, contribuye a retardar el declive relacionado con la edad y que algunas pérdidas fisiológicas supuestamente inevitables del envejecimiento sean más reversibles de lo que imaginamos” (Máster y Johnson, 1988, p.72). Creemos que existe una relación definitiva entre sexualidad y calidad de vida. Las distintas dimensiones del ser humano se ven beneficiadas con una actividad sexual gratificante pues una persona sexualmente satisfecha se siente más atractiva y competente.

2.3.1 Envejecimiento Activo

El concepto de envejecimiento activo según la OMS se define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud con el fin de mejorar la calidad de vida, a medida que las personas envejecen”. En el informe sobre el año europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, Cordero (2012, p.103), indica que el Consejo Europeo “invita a

toda la sociedad a tomar conciencia de la nueva realidad europea: el envejecimiento acelerado de la población, y a buscar soluciones para que el logro de la mayor esperanza de vida sea una oportunidad para seguir activos y no un problema para la sociedad". También hace referencia a los diferentes modelos de envejecimiento activo: "unos se centran en el carácter productivo, económico y social de las personas mayores, otros en asegurar la calidad de vida y la salud de los mayores" (Cordero,2012, p.116).

Últimamente dentro de las políticas de acción social, se está desarrollando la perspectiva del envejecimiento activo bajo un marco político amplio. Se hace hincapié en la participación social, económica, cultural, espiritual y cívica. "El envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia, por ello la interdependencia y la solidaridad intergeneracional, dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes son principios importantes del envejecimiento activo" (2002, p.79). En la propuesta política para abordar los 3 pilares del envejecimiento activo la salud sexual puede ser abordada en el pilar de la salud y la participación. En la salud se desarrolla una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, que trata las necesidades y los derechos de las mujeres y los varones a medida que van envejeciendo. En el apartado de participación se propone participar en la educación y aprendizaje durante el ciclo vital. En el estudio sobre envejecimiento activo de Bermejo (2010,p.10) se especifica que "El envejecimiento activo requiere que la sociedad garantice que los ciudadanos mayores puedan continuar informados, a la vez que vela por que sean reconocidos todos sus derechos. Asume un enfoque intergeneracional al reconocer la importancia de las relaciones y de la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros de una y otra generación, requiere un enfoque integral pues ofrece una visión más completa y global de las personas y de su proceso de envejecimiento".

La utilidad del adulto mayor para la sociedad aparece con un papel fundamental como

ciudadanos de una sociedad participativa. A la persona mayor activa se le puede considerar potencialmente como un mejor ciudadano para el conjunto de la sociedad. Tiene un mayor autoconocimiento sobre sus necesidades, sus motivaciones e intereses, respeta opiniones diferentes con una actitud más positiva y sabe aceptar los cambios necesarios para una actitud más positiva hacia cambios en la sexualidad. El envejecimiento activo puede plantear un cierto cambio en la naturaleza humana con el desarrollo de valores personales para transformar la vida del mayor y la de vida de los que comparten el tiempo y los mismos intereses de esa edad.

En la actualidad en la dimensión social se hace necesario desarrollar la capacidad de los participantes para responder a los problemas de sexualidad desde las tecnologías y tomar parte en las redes virtuales de investigación social. Deben comprender, los mayores, la necesidad de una futura innovación que ya está presente, superando posibles resistencias al cambio. La inteligencia social se plantea para que las personas lleguen a tener competencias para satisfacer sus necesidades (Scharstein,2006).

La brecha digital ha de ser superada poco a poco, solventando los problemas prácticos y técnicos adaptados a los mayores. La resistencia a este cambio ha de entenderse como un rechazo que se observa en los mayores que se oponen a la creación de una innovación. Todo cambio produce crisis y amenaza, puede provocar la no participación en los procesos de innovación. La sociedad del conocimiento ha conseguido que los individuos se puedan comunicar sincrónica y diacrónicamente. La velocidad con la que se recibe información tiene el protagonismo sobre el tiempo y el espacio, a la hora de usar las técnicas de la información (Cabero, 2008).

Como afirma Ortega (2012) la innovación puede ser un cambio de mejora que consista en una práctica, un contenido, una metodología, una idea, un valor, una creencia que aparece contra una insatisfacción percibida. En esta sociedad es necesario la adaptación al cambio y es necesario aceptar las innovaciones en lugar de oponerse a ellas. Este autor propone las

siguientes ocho fases para establecer una innovación según describimos en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3.

Fases del establecimiento de la innovación

Establecimiento de Innovación
<i>1. Comprender la innovación: implica información sobre el contexto y sobre las necesidades de formación.</i>
<i>2. Analizar la información: surgen fortalezas y debilidades de la situación.</i>
<i>3. Establecimiento de prioridades: elección de todos los problemas al que se le va a dar respuesta.</i>
<i>4. Visualización de la situación: descripción basada en datos de lo logrado desde la situación original.</i>
<i>5. Definición de estrategias: obtenidas desde los indicadores percibidos.</i>
<i>6. Organización de un plan: organización en redes y con flexibilidad.</i>
<i>7. Evaluación: acompaña todo el proceso y no sólo al final.</i>
<i>8. La gestión del cambio: éste se integra totalmente a la institución.</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de Ortega (2012)

En nuestro programa estudiar la aceptación de la innovación es fundamental, pues proponemos nuevos valores de sexualidad donde la libertad y el respeto en el campo afectivo forma parte del proceso de aceptación de nuevas técnicas y prácticas sexuales, que puede ser que no pertenezcan a la vida sexual de algunos de los participantes.

En el estudio de Matesanz (2009) plantea la validez de la sociedad del conocimiento como gran reto para nuestro tiempo. El interés del grupo con el que vamos a trabajar en esta investigación puede estar relacionado con las demandas de aprendizaje de la sociedad del

conocimiento. Es un conocimiento donde el participante tiene interés en aprender a querer, a sentir, a disfrutar, a convivir, en definitiva, a conocer su nueva sexualidad.

Una parte del desarrollo de este proyecto se ve completado con las actividades realizadas online. La innovación de la educación online está ya implantada como opción educacional que favorece el estudio independiente y el autoaprendizaje. Debemos cambiar la mentalidad de una educación tradicional, con solo enseñanza magistral, usando y combinando el modelo presencial y el modelo a distancia. No existe el objetivo de sustituir el papel del formador, la tecnología no va a reemplazar al formador, pero sí que surgirá alguna transacción hacia un cambio de roles por la introducción de las tecnologías de la información (Cabero,2008).

2.4 Contexto biológico

Nuestro paradigma biológico está orientado hacia el modelo del autocuidado de Dorotea Orem y el modelo biopsicosocial de Engel. Mantenemos el sentido, de carácter positivo, de la definición de salud de la OMS de 1946. El término salud fue definido como “un estado de completo bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Posteriormente Milton Terris en 1980 introduce en la definición, la capacidad de funcionamiento y adaptación. En 1998 aparece el glosario de términos de promoción de la salud de la OMS. Establece que llevar una vida individual, social y económicamente productiva, es un medio y recurso para un fin, la salud.

El modelo de Dorothea Orem (1993) es un modelo de suplencia o ayuda y comparte la base teórica de las necesidades humanas de Maslow y la teoría general de sistemas. En su teoría, la salud es un estado que implican integridad estructural y funcional. Los autocuidados los define como acciones universales. Esta acción universal es una necesidad humana que se realiza por medio de creencias y valores con un fin: para mantener la vida. Razona que la salud y el bienestar son acciones que requieren aprendizaje. Los autocuidados que proponemos en

esta investigación son los derivados de las necesidades específicas que se plantean en el momento de la madurez. Siguiendo los postulados de este modelo, el objetivo de esta tesis es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar o mejorar la salud sexual, para una buena calidad de vida. Los cuidados de enfermería de este modelo se agrupan en tres sistemas asistenciales: el sistema de compensación total, el sistema de compensación parcial y el sistema de apoyo educativo. Nos centramos en la asistencia del sistema de apoyo educativo que se realiza cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo algún autocuidado. Para el encuentro con la persona a cuidar, nos acercamos a la corriente filosófica holística. Nos oponemos consecuentemente a la reducción del ser humano como un ser solo biológico. Debemos tratar al paciente como un todo, lo estudiamos en su conjunto y no como la suma de las partes que lo componen.

El modelo biopsicosocial de Engel (1977), también prioriza los conceptos emocionales y sociales de la salud además de los biomédicos tradicionales. Actualmente, según la Organización Mundial de la Salud, la principal causa de muerte son los problemas cardiovasculares, las enfermedades crónicas y las enfermedades neoplásicas, y no son las enfermedades infecciosas las primeras causas de muerte. Hemos pasado de una mortandad causada por problemas infecciosos, a muertes relacionadas con los estilos de vida. Es por esta razón, entre otras, por la que la aparición del modelo biopsicosocial tiene sentido, pues son los factores biológicos, sociales y psicológicos los determinantes de la salud. La definición de salud se convierte en un proceso con distintas características dinámicas. El concepto de prevención se enfatiza para conseguir unos mejores niveles de salud en la sociedad.

La definición de salud sexual aportada por la OMS en 1975 es “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

Aporta una concepción integradora de características que influyen sobre la sexualidad del individuo. La salud sexual es el resultado de un proceso con factores interrelacionados y que depende de las emociones, de la sociedad y de las necesidades fisiológicas de la persona.

Posteriormente es también la OMS la que, en su acta de reunión de consulta convocada por la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS) celebrada en Antigua, Guatemala, en el año 2000, expone una serie de definiciones claves para el estudio de la sexualidad en mayores. En la Tabla 2.4. quedan reflejados los que consideramos más relevantes para nuestra investigación.

Tabla 2.4

Definiciones sobre sexualidad en mayores

Definiciones sobre Sexualidad
<i>Sexo:</i> " Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos".
<i>Sexualidad:</i> "una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano...la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos".
<i>Erotismo:</i> " La capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo que, por lo general, se identifican con placer sexual".
<i>Vínculo Afectivo:</i> "La capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones".
<i>Actividad Sexual:</i> "Expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente".
<i>Prácticas Sexuales:</i> "Patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles".

Fuente: Elaboración propia a partir de Cysneiros (2011, pp.6-8)

El modelo biopsicosocial de la salud sexual está propuesto por Lindau (2003) y explora el comportamiento sexual en la vejez y la expresión de la sexualidad como parte primordial de la calidad de vida y el bienestar.

2.4.1 La Educación para la Salud Sexual

La Educación para la Salud (EpS), según Figueroa (2004, p.45), constituye "la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias de la Educación y la Salud". Se formaliza como parte de la ciencia, como campo de acción y como doctrina. En un principio la educación para la salud también tuvo la secuencia evolutiva del cambio en la definición de la salud. Evolucionó desde el predominio de las teorías conductistas, a elementos socio constructivistas. Superó el protagonismo en el aprendizaje de la conducta y rebasó los conceptos de salud meramente biológicos (Villaseñor, 1995, p.37). La OMS define la educación para la salud como las "Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud" y "Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud" (OMS, 1998,p.13). Partiendo de estas premisas vemos cómo la evolución de la educación para la salud partió de ejercer solo transmisión de conocimientos. Fueron formas de educación donde los pacientes ejercían un papel pasivo. Dentro de la educación para la salud a grupos debemos considerar la educación para adultos. Este grupo tiene unas características distintas que los grupos escolares y de jóvenes. La autonomía, la madurez, sus sentimientos, sus experiencias hacen que estén en una etapa vital en proyectos de vida, con calidad de vida desiguales motivados

por la edad. Esta edad avanzada que el aprendizaje sea muy opuesto al aprendizaje de la infancia. Su aprendizaje es a corto plazo con necesidades sentidas diarias. Tenemos en cuenta la experiencia previa de estas personas mayores, su situación cognitiva, y el desarrollo de técnicas activas para perfeccionar el aprendizaje en las intervenciones educativas de vida sexual.

La política de la región europea de la OMS referente a la salud en la agenda salud 21 *Salud para todos en el siglo 21* (OMS,1999), promociona la salud y la prevención de las enfermedades. Dentro de la promoción de estilos de vida saludables hace hincapié en el abandono del tabaco, el ejercicio físico, la alimentación sana y la salud sexual. También se ocupa del abordaje de las transiciones vitales y dentro de las transiciones vitales el envejecimiento (Palomo,2001).

Las intervenciones de educación para la salud, según la guía de educación para la salud del Gobierno de Navarra (1998) se pueden afrontar agrupándolas en tres áreas: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Nuestra tarea principal es centrarnos en el manejo de los estilos de vida, relacionados con la sexualidad. Hemos de tener en cuenta que tanto la alimentación, como el ejercicio físico, el sueño, el reposo y la salud mental pueden tener un importante papel en el desarrollo de la calidad de vida sexual. Respecto a la atención de las transiciones vitales nos centraremos en la madurez y el envejecimiento. Nuestros ámbitos de educación para la salud serán centros de educación no formal relacionados con el ocio y el tiempo libre de los mayores.

La tendencia de la educación para la salud integrada en políticas de prevención, para generar cambios positivos, es un estilo de educación a desarrollar en esta investigación.

Capítulo Tercero
Envejecimiento Saludable y Sexualidad

3. Capítulo Tercero. Envejecimiento Saludable y Sexualidad.

3.1 Introducción

Una vez elaborada una revisión sistemática sobre la sexualidad en los mayores y habiendo establecido nuestro marco conceptual, del que partimos para esta investigación, nos decidimos a ampliar la búsqueda de los datos encontrados, basados en la mejor evidencia disponible. Existen varios estudios que pasamos a desarrollar en este tercer capítulo donde queremos encontrar más ideas clave sobre nuestra línea de investigación, la idea fundamental del envejecimiento saludable activo.

La sexualidad y el envejecimiento son dos componentes de la personalidad humana, que evolucionan de diferente manera a lo largo de la vida. Bajo una perspectiva biocultural evolutiva, los humanos demostramos una cierta disminución del comportamiento sexual de forma fisiológica. El contexto sociocultural interviene de una manera primordial sobre la manera en la que los mayores expresan su sexualidad (Gray y García, 2012).

La investigación científica sobre la sexualidad humana es más extensa ahora que hace unos años. La mayoría de las investigaciones están enfocadas hacia conductas de riesgo como los embarazos no deseados, la infección por VIH, las enfermedades de transmisión sexual, el cibersexo, las parafilias, todas con la intención de evitar peligros hacia la sexualidad. Este enfoque heredado del modelo de educación sexual de riesgos, de los años 80 y 90 a su vez fue heredado de principios del siglo XX.

Los efectos de la Primera Guerra mundial respecto a embarazos no deseados desencadenaron un enfoque de los peligros de la sexualidad. Posteriormente con la aparición del virus VIH otra vez el modelo de riesgos de la sexualidad inició una educación basada solo en la prevención de estos.

En las investigaciones de los mayores de 30 años solo interesa la salud reproductiva, la menopausia entendida como un periodo de declive, los problemas de erección y cómo prevenir el cáncer de próstata y de mama. Todos estos estudios están orientados a que solo los jóvenes puedan ejercer el derecho a la sexualidad. Aun así, no se desarrollan aspectos relacionados con el disfrute o el placer sexual, solo se tratan los peligros de la sexualidad.

En mayores de 55 años las investigaciones son paupérrimas, condenando a las personas mayores al ostracismo. La sexualidad del mayor ya no es reproductiva, se supone que pertenecen a una población felizmente casada y con vida sexual inexistente (Ballester-Arnal et al., 2016).

3.2 La Sexualidad y la Salud Sexual

En la definición de sexualidad de la Real Academia de la Lengua (RAE), podemos observar cómo aparece una idea ya establecida, el placer sexual. Define la sexualidad como: “El conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual” (RAE, 2022). Aunque esta definición se puede considerar demasiado escueta para el enfoque biopsicosocial que queremos alcanzar en esta investigación, observamos cómo el placer sexual ya aparece en la definición relacionado con la sexualidad.

A lo largo de la historia la sexualidad ha tenido un desarrollo evolutivo muy marcado por las ideas de la fertilidad y la procreación. El enfoque genital de la expresión de la sexualidad ha dominado durante mucho tiempo frente al disfrute del placer, de la intimidad y de la afectividad.

Morgade (2011, p.10) en su libro lo expresa de la siguiente manera: “La sexualidad estaba y está en todas partes porque es una dimensión de la construcción de la subjetividad que trasciende ampliamente el ejercicio de la genitalidad o una expresión de la intimidad”.

El bienestar en salud y la calidad de vida de un individuo se relaciona con la salud sexual. La salud sexual, el cuidado y la atención hacia la salud sexual comienza cuando

nacemos y desaparece al final de la vida. A lo largo de la vida expresamos nuestra actividad sexual, somos seres sexuados, a través de las diferentes maneras de vivir el deseo y la excitación.

La actividad sexual nos lleva a tener relaciones afectivo-sexuales con otros individuos de nuestra especie. Las actividades y el comportamiento sexual están relacionadas con el cuerpo humano y la inteligencia, la personalidad, los valores, las emociones y la edad.

En el documento titulado *Promoción de la salud sexual- Recomendaciones para la acción* del año 2000 ya referenciado se habla de la sexualidad como “un resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales” (O.P.S./O.M.S.,2000,p.6).

Según expone el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS) la salud sexual aparece como una sexualidad sana cuando existen unos comportamientos de vida acordes con la siguiente lista de la Figura 3.1. Es una propuesta validada en varios países y ofrecida por el SIECUS.

Posteriormente en el año 2006 la OMS aporta otra definición más resumida definiéndola así: “La salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (World Health Organization,2006). En la 57 Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004 tuvo lugar el inicio de la estrategia de salud reproductiva de la OMS.

Figura 3.1

Lista de comportamiento de vida de un adulto sexualmente sano

- Lista de SIECUS³¹ sobre Comportamientos de Vida del Adulto sexualmente sano. Una persona adulta sexualmente sana:**
- Valora su propio cuerpo.
 - Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
 - Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
 - Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
 - Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
 - Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
 - Establece y mantiene relaciones significativas.
 - Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
 - Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
 - Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
 - Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
 - Es responsable de sus propios actos.
 - Practica la toma de decisiones eficaz.
 - Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
 - Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
 - Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
 - Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
 - Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
 - Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
 - Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
 - Evita el abuso sexual.
 - Busca atención prenatal oportuna.
 - Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
 - Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
 - Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales;
 - Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
 - Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
 - Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
 - Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
 - Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Fuente: "Promoción de la salud sexual- Recomendaciones para la acción" (OPS/OMS,2021, p.12).

Este organismo reconoce entonces los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y los objetivos del Desarrollo del Milenio del 2000. Estos ocho objetivos y 21 metas cuantificables

fueron una declaración efectuada por 89 países bajo el auspicio de las Naciones Unidas, con el objetivo de reducir la pobreza, sus causas y manifestaciones (OMS, 2022).

El documento “Salud sexual para el milenio” (WAS y OPAS, 2009) define la salud sexual como multidimensional y enfatiza la promoción de la salud como función clave en el desarrollo de los objetivos del documento. Afirma que las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparados para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Los objetivos de educación y atención sanitaria sobre salud sexual son los siguientes:

- Abordar y tratar las preocupaciones las disfunciones y los trastornos sexuales
- Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total
- Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad
- Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos

Podemos afirmar que la tendencia de los objetivos sexuales de este documento va en dirección de la protección de la salud reproductiva y de las enfermedades de salud sexual, sobre todo el VIH. No se observa alguna especificidad en el tratamiento de la sexualidad en la persona de edad avanzada. Estos objetivos se marcaron para el año 2015 y fueron alcanzados en parte. Posteriormente se han propuesto los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con 17 objetivos nuevos, sustituyendo a los antiguos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y añadiendo más importancia en aspectos medioambientales. En el objetivo número tres de salud, se pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. Uno de los avances que sí se ha demostrado a lo largo de estos años ha sido el aumento de la esperanza de vida y la mejora de la salud de millones de personas (Botero Pulgarín, 2019).

Seguimos sin observar algún objetivo más concreto para la atención de los mayores en estos objetivos, relacionada con la vida sexual.

3.2 La Afectividad

La afectividad es la capacidad del individuo para reaccionar a emociones y sentimientos, son muestras de amor que se manifiestan entre personas. Dentro de las necesidades afectivas se encuentran la seguridad emocional, la red social y la vinculación amorosa. Estas necesidades se encuentran totalmente relacionadas con las vivencias en la pareja, con los amigos y con la familia. La seguridad emocional está vinculada a la necesidad de aceptación de los demás, la necesidad de cuidados por parte del entorno, la estima expresada por sus allegados y el afecto demostrado. El pertenecer a una red social agradable, empática y positiva es otra necesidad afectiva demostrada. El último término del nivel máximo de afectividad es la vinculación amorosa donde la esfera del amor y todo lo que conlleva se despliega hacia los máximos de la autoestima (Aznar, 2017). La afectividad en el mayor es absolutamente necesaria pues posee viva la opción de relacionarse. El deterioro fisiológico experimentado en estas edades hace que la autoestima disminuya por la dificultad de poder asimilar el cambio. Al deterioro físico podemos sumar las dificultades económicas, las incapacidades, la posible dependencia de los hijos, la pérdida de personas queridas, etcétera. El rechazo a las relaciones sexuales suele estar motivado por la no aceptación del viejo que se es y el joven que ya no se es; la imagen corporal ha cambiado y debe aceptarse. El desarrollo de su sexualidad puede ser un buen enfoque para el necesario aumento de la autoestima. Los lazos afectivos de las personas mayores están directamente formados por el aprendizaje almacenado en los años de experiencia. La caricia erótica y el contacto físico es una comunicación relacionada con la intimidad de las personas. La relación afectivo sexual se convierte en el encuentro necesario para contrarrestar la soledad de este final de vida (Puerto Pascual, 2000). La unión de la afectividad y el placer sexual está para algunos autores incluido en un mismo término, la

afectividad es constitutiva de la sexualidad en sí misma (Heras et al., 2016).

Existe la demostración de que las personas mayores tienen un deseo de poder hablar naturalmente sobre la sexualidad en su círculo social. También expresan esa necesidad dentro de la consulta médica, el poder hablar de sus problemas sexuales sin tapujos y con normalidad (Ricart, 2021).

En este proyecto usaremos el término afectivo sexual pues consideramos que, aunque el término esté dentro de la misma sexualidad, se debe dar un enfoque principal a lo afectivo como parte primordial de la relación sexual en estas edades.

3.3 La Calidad de Vida

Una definición de calidad de vida sexual según una investigación de Dupras y Soucis (2008, p.136) dice: " La percepción de vivir de una persona, un estado de bienestar sexual que se expresa con la adopción de un estilo de vida individual y relacional que permite satisfacer sus necesidades en los planos físico, mental y social de una manera feliz". Es una definición que integra principalmente la noción de salud sexual. Plantean el enfoque de la calidad de vida respecto a los tres aspectos bio psico social de Engel y las tres dimensiones de salud del concepto de la OMS. Respecto al bienestar físico sexual expresan que la calidad de vida sexual está directamente asociado al estado de salud física. El uso de medicamentos, algunas enfermedades degenerativas tipo Alzheimer y la confusión mental con alteración del comportamiento influyen sobre la calidad de vida sexual. La calidad estaría expresada en términos de satisfacción sexual, actividad sexual y de deseo sexual. En el tratamiento de los problemas sexuales para un aumento de calidad de vida, existe el riesgo de una sobre medicalización de la sexualidad de los mayores. Un modelo solo biomédico puede llegar a perjudicar en el diagnóstico correcto, al no tener en cuenta el tratamiento de los aspectos psicosociales de la sexualidad. La asociación de Medicina sexual de Quebec propone la integración de las perspectivas biomédicas con las perspectivas holísticas más experimentadas

en los campos del autocuidado de enfermería. En el aspecto del bienestar psicosexual, medido bajo la perspectiva de obtener buenas condiciones de calidad de vida, van orientadas a la satisfacción de las necesidades sexuales. El interés por la vida sexual se ve favorecido por una visión positiva de la sexualidad junto con la adopción de una mente más abierta. Aunque los mayores aportan en la investigación seguir interesados por la actividad sexual, el adoptar actitudes conservadoras influye negativamente en el deterioro de esta.

Otras investigaciones reportan el cambio de las necesidades afectivas en personas de edad avanzada. El enfoque genital de las actividades sexuales se ve transformado a un segundo plano entrando en protagonismo las caricias extra genitales. Aparecen necesidades afectivas superiores para este rango de edad, como son expresar ternura, cariño, amistad e incluso amor (Galinsky, 2012).

En el último aspecto a tratar, el bienestar socio sexual, debemos hablar de buscar un espacio social donde se pueda expresar la sexualidad. Alguna investigación por ejemplo con viudos/as de más de 50 años mostró cómo el estar interesados en la sexualidad suponía, en la sociedad, soportar el miedo a ser juzgados como personas con anomalía sexual (Peñafiel, 1989).

Podemos resumir que en varios estudios sobre calidad de vida donde se trata la sexualidad en mayores el hecho de mantener relaciones sexuales y obtener un mejor bienestar físico y psicológico está comprobado punto la forma de vivir la sexualidad cambia, pero la satisfacción se puede mantener. Gran parte de los mayores son sexualmente activos. La vida sexual satisfactoria es un determinante de la calidad de vida de los adultos mayores (Dupras y Soucis, 2008).

Es aquí donde el interés por la educación sexual en estas etapas de la vida nos incita a nuevos enfoques para la obtención de un aumento de calidad de sexual. Mejorando los niveles de salud sexual del mayor, aún solo en términos de salud percibida, podremos alcanzar niveles

de calidad de vida muy aceptables para la edad.

3.4 Los Derechos Sexuales

Debemos recordar los Derechos Sexuales, como derechos humanos reconocidos por leyes nacionales y documentos internacionales. La OMS en el año 1975 organizó la primera reunión de expertos en sexología con recomendaciones donde los derechos sexuales aparecieron de manera implícita. En el año 2000 se publica el documento “Promoción de la salud sexual, recomendaciones para la acción” (OPS/OMS, 2021) donde los derechos sexuales ya son reconocidos explícitamente, los reflejamos en la Tabla 3.1.

En 1999 se aprobó la declaración de los derechos sexuales, en el XIV Congreso Mundial de sexología en Hong Kong, revisado por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), (WAS Y OPAS, 2009). La declaración incluye el derecho de todas las personas a alcanzar el mayor nivel posible de salud sexual. Contiene el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y el recibir información sin censura política o religiosa. Expresa el derecho a recibir educación sexual, conseguir respetar y hacer respetar la integridad del propio cuerpo, poder elegir la propia pareja y decidir si se es sexualmente activo o no. También poder mantener relaciones sexuales consentidas y poder decidir si tener hijos y cuándo tenerlos. En definitiva, tener el derecho a tratar de alcanzar una vida sexual placentera segura y satisfactoria.

Tabla 3.1

Derechos sexuales. WAS

Derechos sexuales
1. El derecho a la libertad sexual
2. El derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad sexual del cuerpo
3. El derecho a la privacidad sexual
4. El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual)
5. El derecho al placer sexual
6. El derecho a la expresión sexual emocional
7. El derecho a la libre asociación sexual
8. El derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables
9. El derecho a la información basada en conocimiento científico, sin censura religiosa o política
10. El derecho a la educación sexual general
11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual

Fuente. Elaboración basada en (OPS/OMS,2021)

3.5 La Salud Sexual en España

El Ministerio de Sanidad en España desarrolló en 2011 cuatro líneas de acción en la estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Existe una gran variabilidad en el tratamiento de las políticas de sexualidad en las diferentes Comunidades Autónomas.

El abordaje sexual en materia de envejecimiento aún no es prioritario, aunque el horizonte de la estrategia nacional haya sido la promoción de una salud sexual integral, con

iguales derechos, frente a roles de género y estereotipos tradicionales (Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

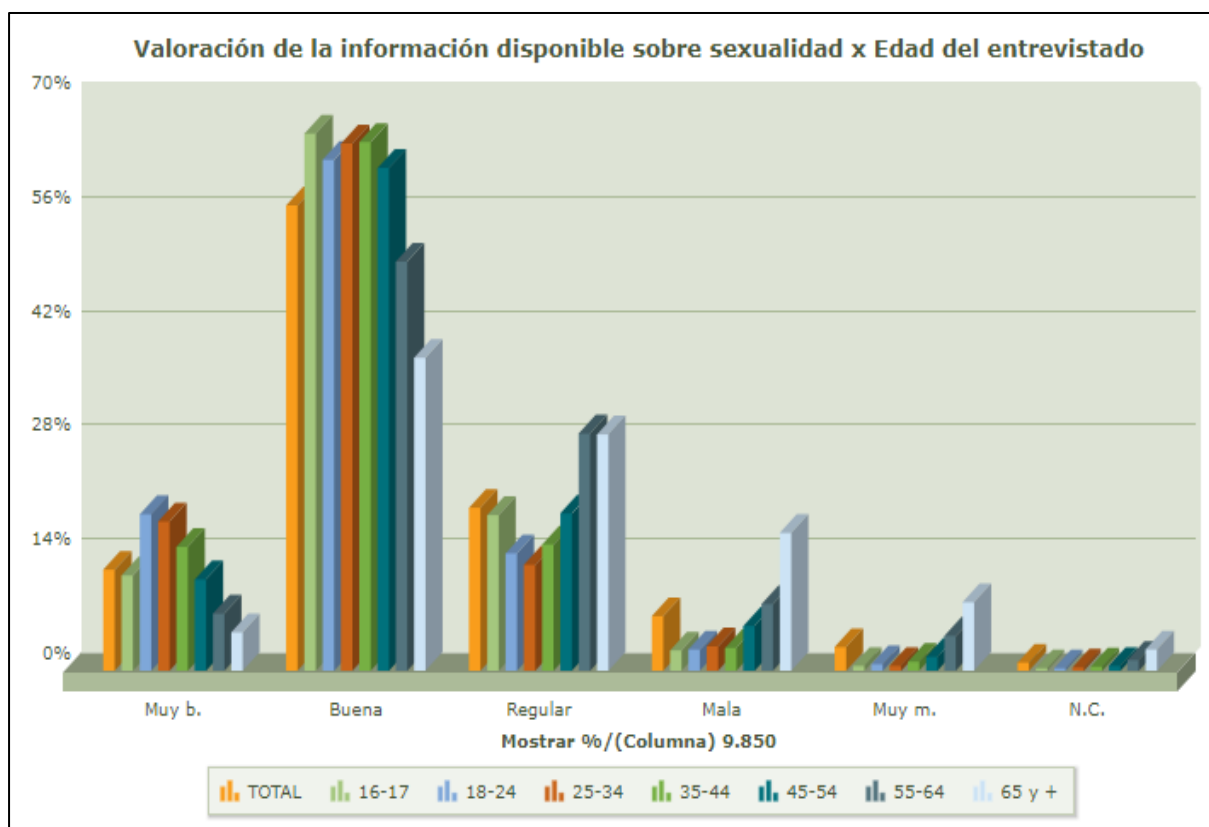
En 2009 tuvo lugar la encuesta nacional de salud sexual (ENSS). La ENSS fue realizada por el Centro de Informaciones Sociológicas (CIS) y fue encargada por el Ministerio de Sanidad. Nos aporta una información muy valiosa para reflejar la situación de la salud sexual en España. En esta encuesta se pueden diferenciar los resultados por 71 variables.

Para nuestra investigación nos interesan los resultados de las variables de sexo y diferentes cuestiones relacionadas con la salud sexual en los mayores, dejando a un lado la fertilidad, la reproducción y los métodos anticonceptivos. Tiene la encuesta una pequeña limitación para nuestro estudio, y es que divide la información en dos grupos de edad: 55 a 65 años y mayores de 65 años. Nuestro estudio incluye los mayores de 60 años, así que nos fijaremos más en el grupo de mayores de 65 aunque en alguna pregunta merezca la pena el análisis más exhaustivo de los dos grupos.

Podemos identificar, en la Figura 3.2, cómo la población mayor es la que considera la información disponible sobre sexualidad como muy mala, mala o regular en el grupo de 55 a 64 años y en el grupo de 65 y más años.

Figura 3.2

Valoración de la información sexual



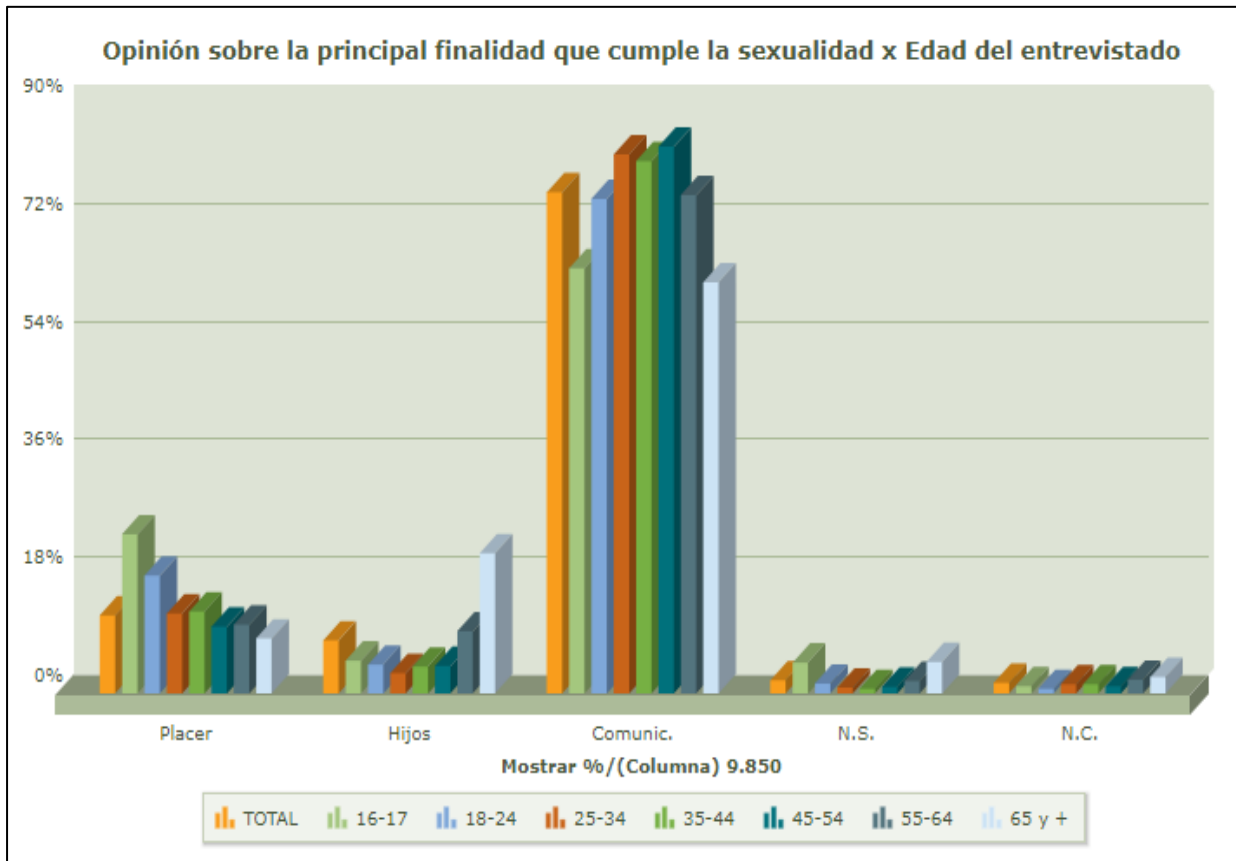
Fuente: ENSS-CIS (2009)

Una pregunta interesante de la encuesta es qué temas sexuales son sobre los que hubiera querido más información. Los más importantes y por orden de frecuencia son: el amor y las relaciones sentimentales, la prevención de infecciones de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, los problemas en las relaciones sexuales, las maneras de obtener y dar placer y la anatomía genital. Un 26% de la muestra ha recibido información regular, nada útil o poco útil y un 27% de la muestra no ha recibido ninguna información. En las preferencias sobre la atención de un asesor sexual un 35% prefieren que sea mujer. En la pregunta sobre si es necesario estar enamorado para tener relaciones sexuales un 44% de la muestra expresa que

está muy de acuerdo en que hay que estar enamorado. Un 86% de la muestra mayor de 65 años, en la Figura 3.3, opina que la sexualidad es principalmente un medio para buscar comunicación, placer, afecto y ternura; de estos el 21% opina que la sexualidad es para tener hijos/as.

Figura 3.3

Finalidad de la sexualidad

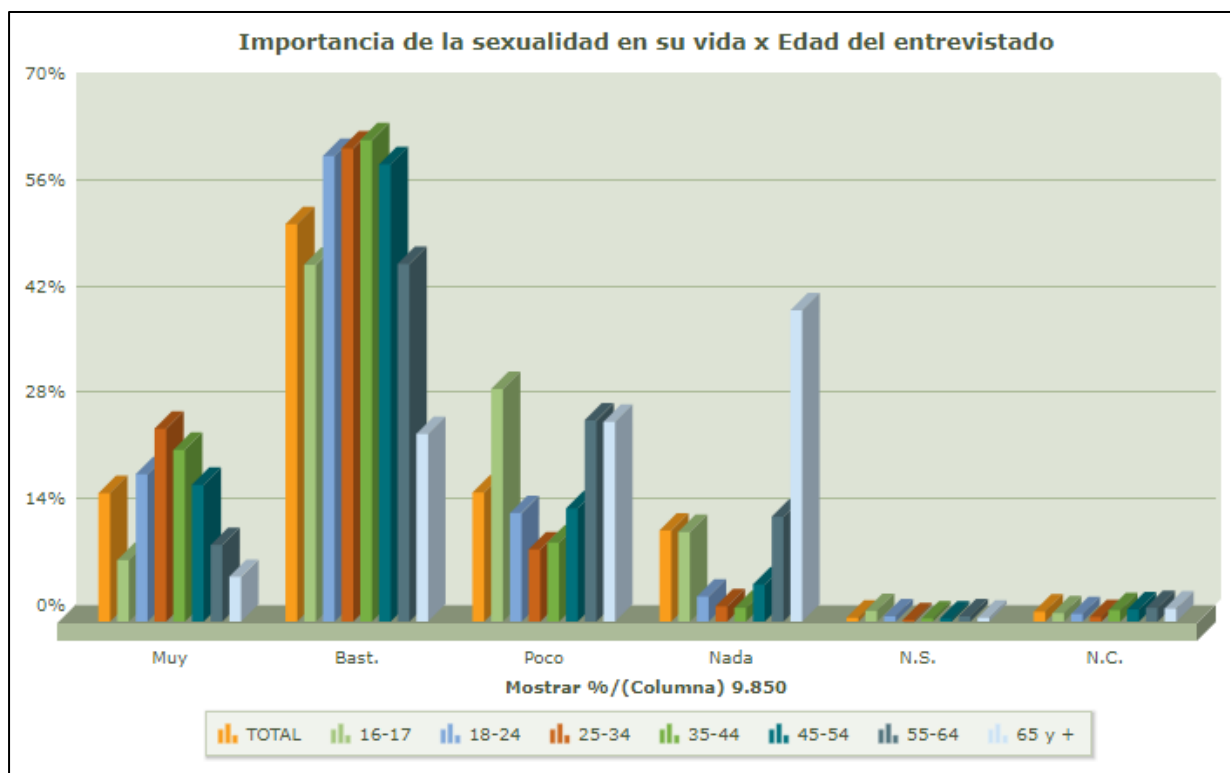


Fuente: ENSS-CIS (2009)

En la pregunta sobre cómo de importante es la sexualidad en su vida, en la Figura 3.4, el 30% opina que es muy importante o bastante importante para su vida, pero existe un 41% que especifica que es nada importante.

Figura 3.4

Importancia de la sexualidad en su vida



Fuente: ENSS-CIS (2009)

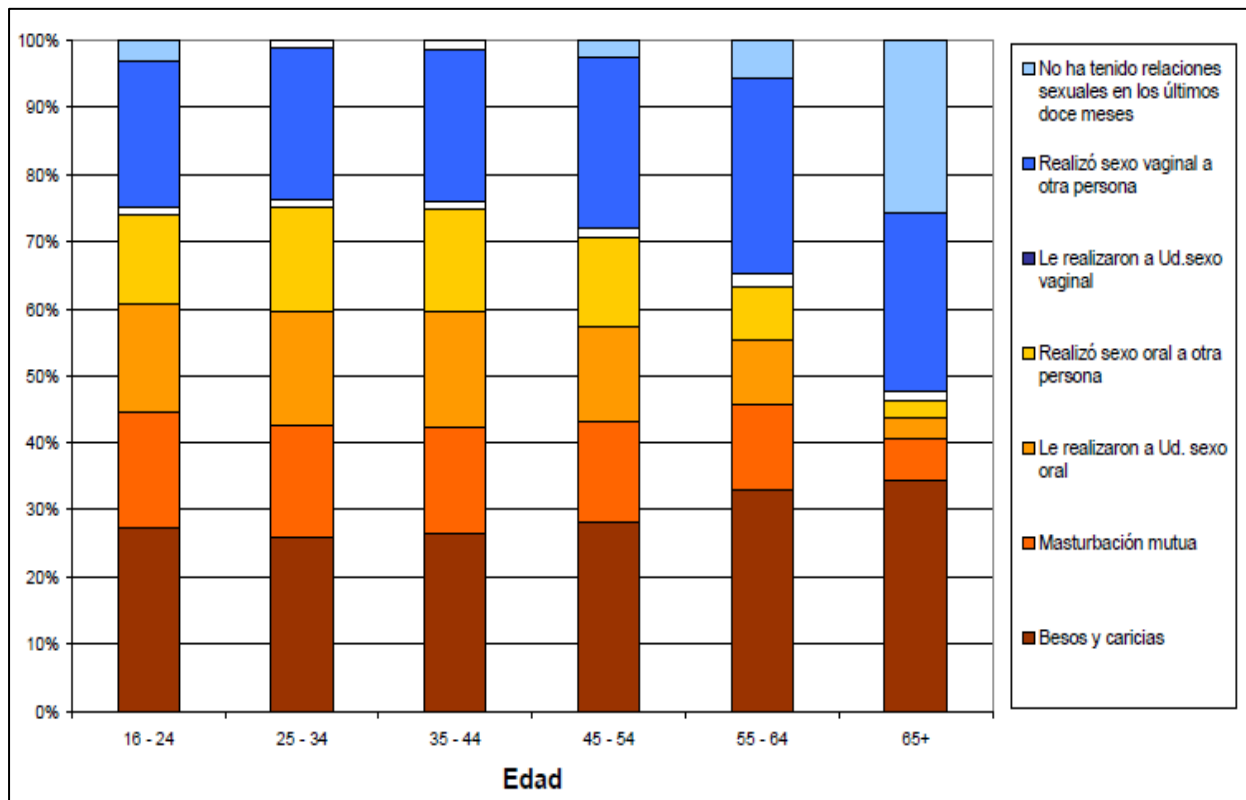
La pregunta en la que se habla sobre si el mayor se siente atractivo o no, atractivo se encuentra un 40% frente al 50,5% que no se encuentran atractivo. Nos interesa mucho la opinión que tienen sobre las posibilidades de recibir y aportar placer. Contestan que conocen perfectamente las posibilidades un 12,7%, bastante bien un 39,6, aproximadamente bien un 26,8% y apenas las conoció o no las conoce un 13%. Podemos comprobar como la proporción de la respuesta “aproximadamente bien” coincide con la respuesta en la edad de 16 y 17 años, un 26%.

El 56% de la muestra en mayores de 65 años opina que los motivos por los que la gente mantiene relaciones sexuales son por la necesidad de unirse y conectar con otra persona y por amar y ser amado. La razón de tener hijos queda en un tercer lugar con un 23% en respuestas

de la muestra. En cuanto a las prácticas sexuales realizadas en la Figura 3.5, en los últimos 12 meses en los mayores de 65 años, un 52% no ha tenido ningún tipo de relación sexual, un 36% besos y caricias, un 29% sexo vaginal, solo un 2,5% realizaron sexo oral y un 6% masturbación mutua.

Figura 3.5

Prácticas Sexuales



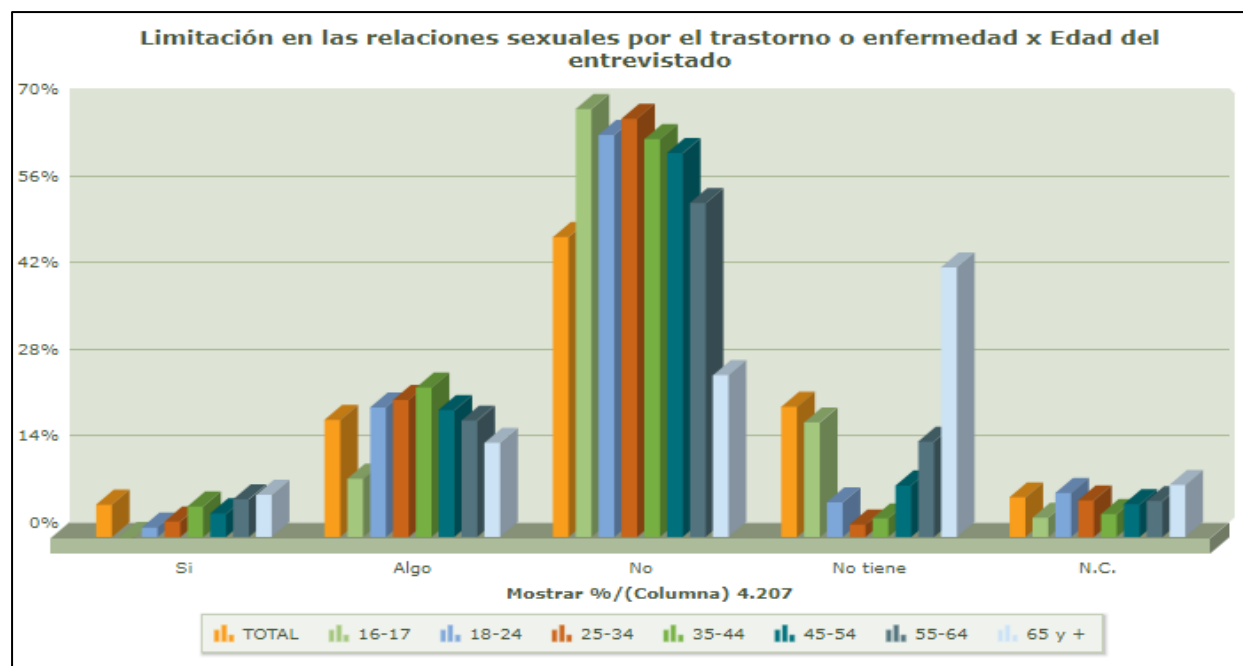
Fuente: ENSS-CIS (2009)

Los motivos por los que los mayores de 65 años no han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses son por orden de frecuencia: por viudedad, por falta de deseo sexual, por enfermedad de su pareja y porque tiene alguna enfermedad crónica. En la pregunta número 30 sobre la frecuencia con la que le gustaría mantener relaciones sexuales, un 43% está de acuerdo con la misma frecuencia que tiene, un 29% le gustaría con más frecuencia y un 18% le es indiferente. La pregunta 31 sobre el estado de ánimo después de mantener relaciones

sexuales en los últimos 12 meses, es bastante positiva pues todos los resultados en mayores de 65 años superan el 80%, refieren un estado de ánimo con sentimientos de confianza, satisfacción, placer, bienestar, tranquilidad y alegría. El 77% de la muestra está satisfecho con las relaciones sexuales mantenidas con la pareja estable. Los motivos por el que ha sentido preocupación por su vida sexual con mayor porcentaje son: por una enfermedad propia, por la pérdida del deseo sexual, por haber tenido en su día el miedo al embarazo, por haber tenido falta de experiencia, por no tener pareja sexual y por una enfermedad de la pareja. En la respuesta número 43c sobre la solicitud de ayuda cuando ha sentido preocupación por su vida sexual solo el 34% sí que la ha solicitado. Respecto a las limitaciones por enfermedad, en la Figura 3.6, un 48% no les afecta, hasta cierto punto sí un 18% y existe un 21% de participantes que no tienen relaciones sexuales.

Figura 3.6

Limitación por enfermedad



Fuente: ENSS-CIS (2009)

Resumiendo, este apartado sobre la situación de la salud sexual en España podemos resaltar los siguientes puntos:

- Un 53% de la muestra ha recibido mala o nula información.
- Un 86% de la muestra opina que la sexualidad es principalmente un medio para buscar comunicación, placer, afecto, ternura e intimidad
- El 30% opina que es muy importante o bastante importante para su vida
- Las prácticas sexuales realizadas en los últimos meses han sido, por orden de frecuencia, besos y caricias, sexo vaginal, masturbación mutua, sexo oral, y un 52% no ha tenido ningún tipo de relación sexual.
- Las relaciones sexuales les aportan sentimientos de confianza, satisfacción, placer, bienestar, tranquilidad y alegría.
- Solo el 34% sí que ha solicitado ayuda cuando ha sentido preocupación por su vida sexual.
- A un 48% de la muestra no le afecta la enfermedad en sus relaciones sexuales(CIS,2009).

3.6 El Envejecimiento

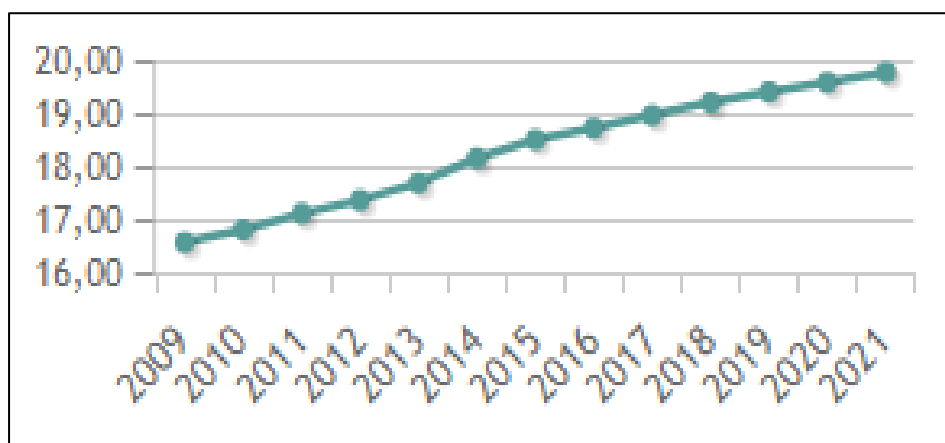
Según un estudio de población mundial de la OMS (2012) indica que el número de personas con 65 años o más se ha duplicado desde 1980. Se espera que para el año 2050 la población mayor de 65 años alcance más de 1500 millones de personas. La población mundial de mayores de 65 años actualmente es de 703 millones de mayores, lo que supone el 19,2% del total de la población. Podemos afirmar que en el futuro tendremos una sociedad en la que casi 1/3 de la población tendrá más de 65 años en 40 años. Se espera alcanzar un porcentaje de población mayor de 65 años del 25,6% en 2031 y del 34,6% en 2066. Mantenemos un

continuo envejecimiento de la población, resultado del aumento de la esperanza de vida y el efecto de la disminución de la natalidad.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) actualizados en enero de 2021, la población mayor de 65 años en España asciende a 9,38 millones de personas, un 19,7% de la población. Entre 2002 y 2021 en este rango de edad la población ha aumentado en más de 2 millones de habitantes como refleja la Figura 3.7.

Figura 3.7

Aumento de población mayor de 65 años en España.

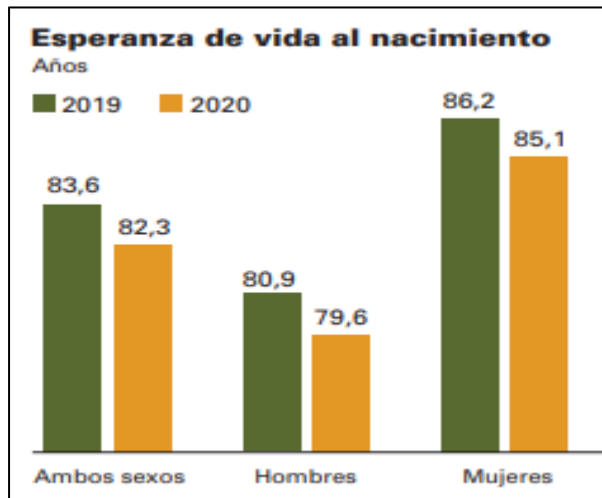


Fuente: INE (2022)

La esperanza de vida al nacimiento para ambos sexos es de 82.3. Podemos observarlo por diferencia de sexo en la Figura 3.8.

Figura 3.8

Esperanza de vida al nacer en España



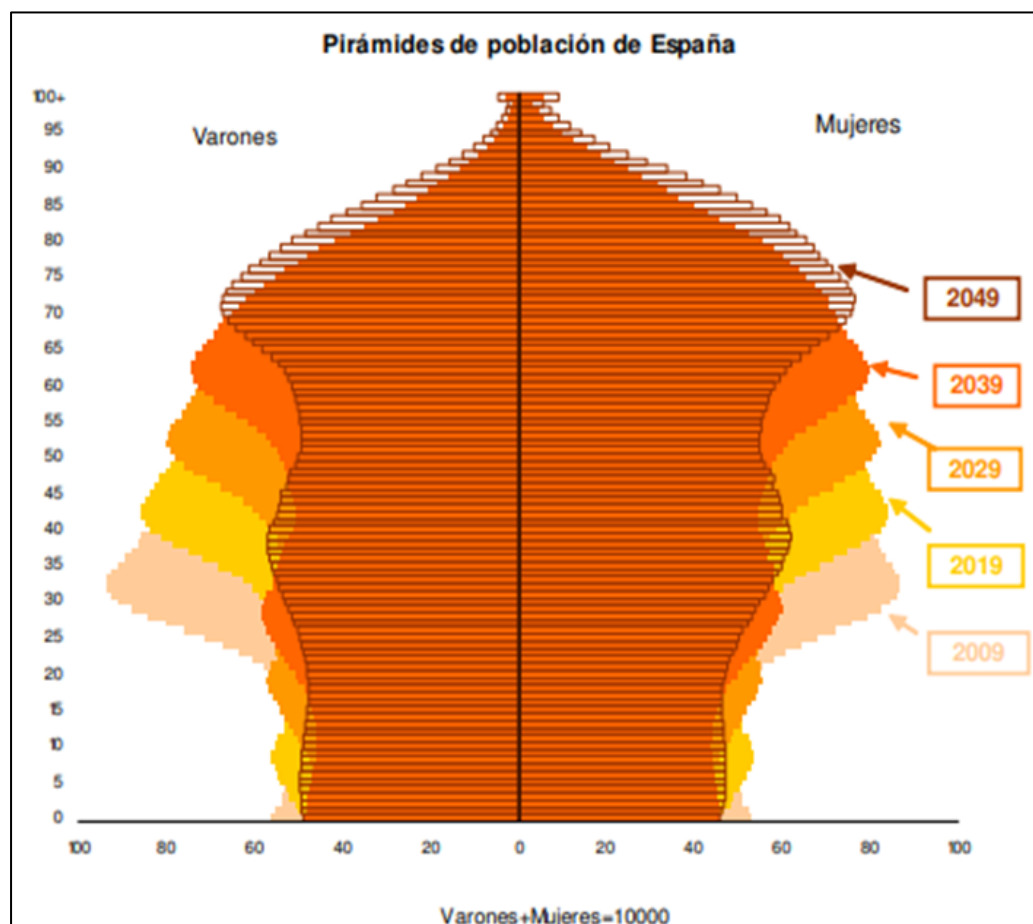
Fuente: INE (2022)

España, junto con otros países europeos, es uno de los países con mayor población envejecida. Analizando el documento editado por el INE sobre la proyección de la población española a largo plazo 2009-2049, vemos cómo los mayores crecimientos absolutos y relativos se concentrarán en edades avanzadas en los próximos 40 años. El 31.9% de la población total de España estará integrado por los mayores de 64 años, cifra que se duplica comparándola con la actual.

Observando las pirámides de población de España a largo plazo desde el año 2009 al 2049 vemos cómo el envejecimiento poblacional aumenta progresivamente.

Figura 3.9

Pirámides de población a largo plazo

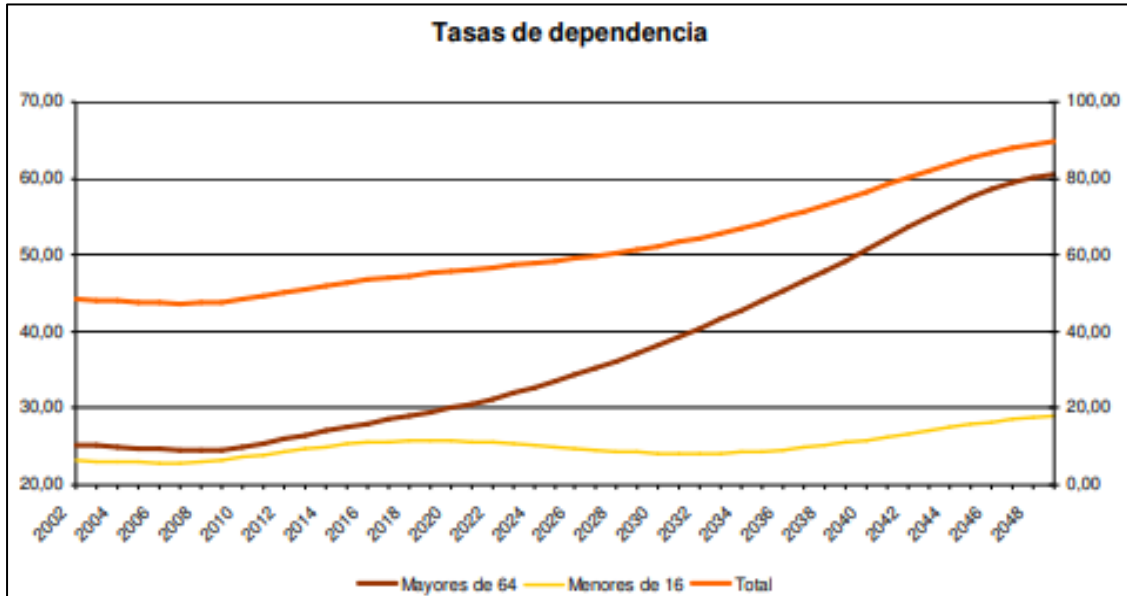


Fuente: INE (2022)

En cuanto a las tasas de dependencia, podemos ver en la Figura 3.10, en la proyección de la población española a largo plazo, se pasará de un 24.61 que había en el 2009 a un 60.60 que se conseguirá en el año 2049.

Figura 3.10

Tasas de dependencia. Población a largo plazo



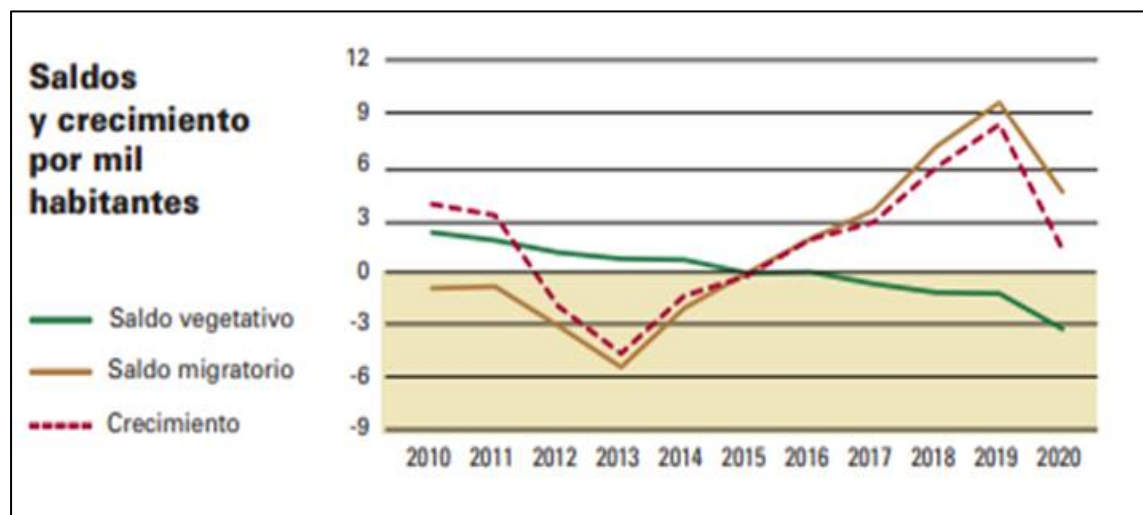
Fuente: INE (2022)

Nuestro país tendrá 48 millones de habitantes en 2049. El envejecimiento poblacional reduce el potencial de crecimiento demográfico. Obtenemos reducidas tasas de crecimiento poblacional motivado por la estructura demográfica actual y las tendencias demográficas. Supondrá entonces un incremento de 2.1 millones de habitantes en los próximos 40 años.

En las próximas décadas el crecimiento demográfico será progresivamente decreciente (INE, 2022)

Figura 3.11

Saldos y crecimiento por mil habitantes



Fuente: INE (2022)

Observando los datos de la encuesta europea de salud de 2020, vemos que cifran en un 54% la población con alguna enfermedad crónica o problema de salud crónico. El más frecuente es la hipertensión arterial (19%), seguido del colesterol elevado (15%), la obesidad (16%) y fumadores diarios (19%)(Ministerio de Sanidad y Centro de Publicaciones, 2020). De esta manera partimos de la necesidad de trabajar con un grupo de población cada vez mayor. Uno de los orígenes del aumento de la demanda en las consultas de atención primaria, son los problemas de salud crónicos, problemas que afectan a la calidad de vida de la persona mayor incluidos los problemas sexuales (Zurro, 2019).

Hemos de definir el límite de edad que proponemos en este estudio para trabajar con población envejecida. Según la OMS se asigna el término de adulto mayor al ser humano que tiene 60 años o más (OPS/OMS, 2022). Trataremos entonces personas pertenecientes a este

ciclo vital que se aproxima ya al final de la vida, pero que no por esto, tenga que ser desperdiciada como una etapa solo en espera de la muerte. En esta etapa final de la vida el aspecto sexual nos identifica y consideramos que debemos asignar la importancia que se merece para mejorarlo. Los términos para referirnos a las personas que van a formar parte de esta investigación serán palabras como *personas mayores*, *los mayores*, *personas en edad avanzada* o *personas con edad avanzada*, descartamos entonces las palabras *anciano*, *anciana* y *vieja* o *viejo*.

El envejecimiento y la sexualidad, estudiada en residencias de ancianos, está directamente relacionada con la capacidad de expresión de la sexualidad, con el intercambio afectivo, la relación íntima y la comunicación. Villar (2017, p.9) en su guía de actuación en residencias nos aporta un concepto sobre la duración de la vida sexual en el individuo: “En consecuencia, que alguien no sea sexualmente activo no quiere decir que carezca de vida sexual”. La vida sexual y afectiva de las personas mayores muy a menudo no se toma tan en serio como se toman las patologías propias de la edad. Existe un aspecto intrínseco del ser humano, como es la capacidad de sentir o amar, que no se debería de olvidar tanto en instituciones cerradas como en la sociedad en general. Actualmente la sociedad establece unos modelos normales e ideales de sexualidad. Se niega moralmente a las personas que no corresponde con el estereotipo hiper sexuado del adulto joven. La edad no cambia totalmente el patrón de conducta sexual, pero lo limita. Esta limitación está producida por las características físicas normales de la vejez y características sociales. En los aspectos sociales se crea una barrera que condiciona la vida sexual del mayor, llegando al extremo de ejercer la abstinencia sexual sin llegar a tener ninguna necesidad de tenerla. Algunas investigaciones mantienen que, aunque se mantenga el estereotipo del mayor asexuado la sexualidad sigue siendo importante para este rango de edad. En los mayores de 90 años solo el 15% es sexualmente activo aunque más de la mitad manifiestan interés sexual (Torres y Rodríguez, 2019). Para mantener

una salud sexual satisfactoria en edad avanzada, requiere un acercamiento respetuoso a las relaciones sexuales. No se debe descartar la posibilidad de tener relaciones sexuales, experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coacción. Se ha estudiado la relación entre la actividad sexual en personas mayores y la percepción de la propia salud, obteniendo una estrecha relación (Villar et al., 2005). Los mayores reducen sus actividades sexuales por factores socioculturales como la falta de compañero, la existencia de una relación matrimonial o de pareja deteriorada, por experiencias negativas al establecer nuevas relaciones como mujer viuda y en general, mitos y prejuicios establecidos por la sociedad. En el aspecto biológico podemos hablar de problemas de erección, eyaculación, vaginismo, dispareunia, deterioro del sistema respiratorio, del sistema cardiovascular, del sistema músculo esquelético, patologías, uso de fármacos, disminución del deseo sexual y disminución de la seguridad en sí mismo por cambios en el aspecto físico o sensorial. En cuanto a los factores ambientales nos referimos a la falta de intimidad por residir en instituciones cerradas o en casas compartidas (WHO,2006).

Actualmente existe una estrategia para construir una sociedad para todas las edades denominado, *El Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030*, declarado por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 2020. Esta estrategia es el resultado de otras anteriores, como por ejemplo la Estrategia Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento y la Salud, el Plan de acción Internacional de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, realizado en Madrid y los ODS agenda 2030 de Naciones Unidas, ya comentados. La nueva estrategia aborda la mejora de la vida de las personas mayores, de sus comunidades, de sus familias y la eliminación de la discriminación por edad. Instan a que los medios de comunicación, los gobiernos, la sociedad civil y las agencias internacionales, trabajen en esta dirección. La filosofía del envejecimiento saludable consiste en mantener el desarrollar las habilidades funcionales que lleven al bienestar en la vejez (OPS/OMS, 2022).

3.7 La Sexualidad Activa

La Organización Mundial de la Salud sostiene la importancia del envejecimiento activo. Considera que las personas en edad avanzada son un activo humano inmenso que hay que explotar. Todos creemos en la posibilidad de que el mayor contribuya a la sociedad con su sabiduría y experiencia el mayor tiempo posible. Cuando una persona mayor desarrolla una buena interacción social, participando en la vida local, obtiene mejor calidad de vida (WHO, 2022). Existen 3 teorías sobre la vejez y la sexualidad: el modelo del deterioro, el de la diversidad y por último el modelo joven. El modelo del deterioro cree que la sexualidad empeora con los años, el modelo joven que defiende la competición por una sexualidad juvenil eterna. El modelo con el que estamos más de acuerdo es la diversidad, en el que se persigue el mantenimiento de una sexualidad activa teniendo en cuenta las diferencias individuales de cada mayor. Una idea principal que resume esta teoría es la que nos escribe el propio autor: “quién puede decir que se goce más corriendo que paseando” (Lopez,2012, como citado en Aznar, 2017).

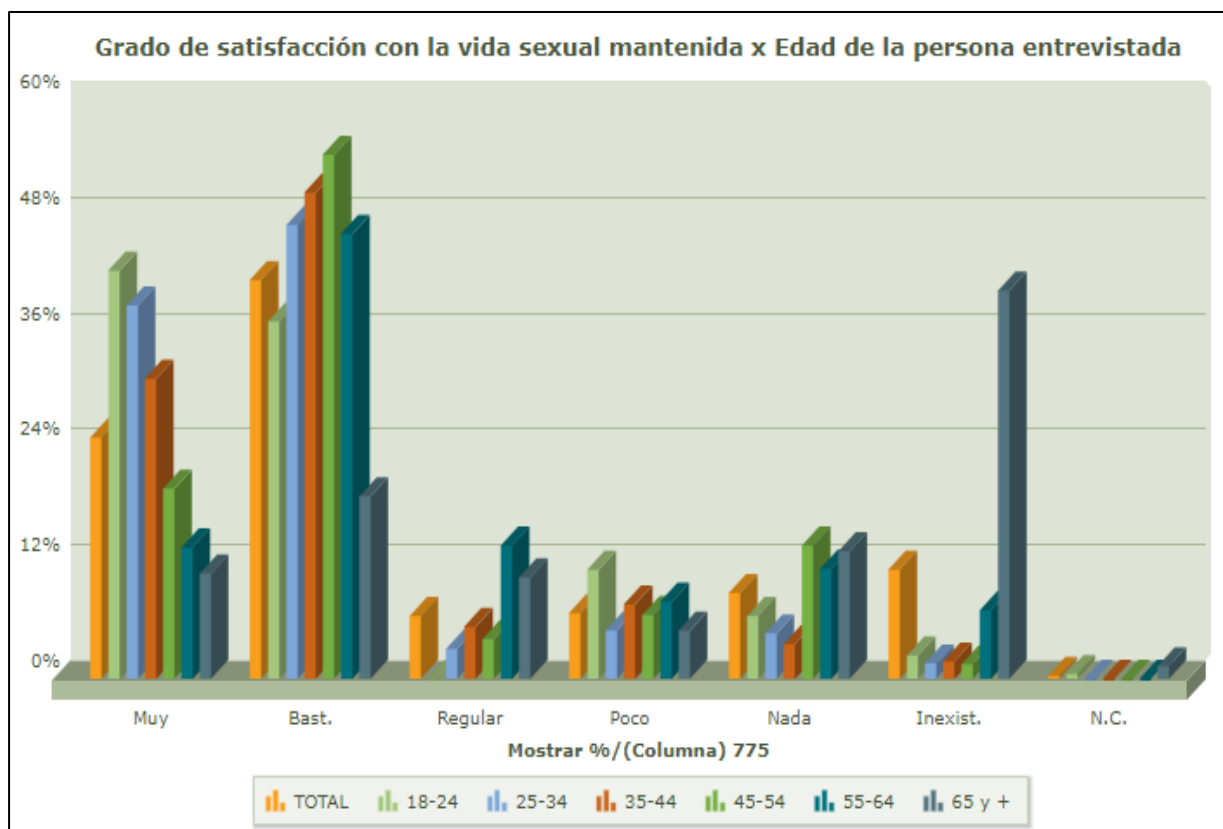
En nuestra investigación una de las premisas de las que partimos es este envejecimiento activo, un envejecimiento participativo, socialmente integrado con posibilidades de desarrollo de actitudes sexuales.

3.8 Actitudes y Prácticas Sexuales en España

Podemos realizar un acercamiento hacia el estado de las prácticas sexuales y actitudes de las personas mayores en España gracias a la encuesta realizada por el CIS en el año 2008. Se denominó Encuesta de Actitudes y Prácticas Sexuales (EAPS). Reflejamos a continuación las preguntas que consideramos más relevantes para nuestra investigación. En cuanto al grado de satisfacción, en la Figura 3.12, con la vida sexual mantenida observamos cómo en el grupo de mujeres, en mayores de 65 años, un 40% no tiene vida sexual, un 29% está muy satisfecha o bastante satisfecha y un 18,2% está poco satisfecha o nada satisfecha.

Figura 3.12

Grado de satisfacción con la vida sexual mantenida en mujeres

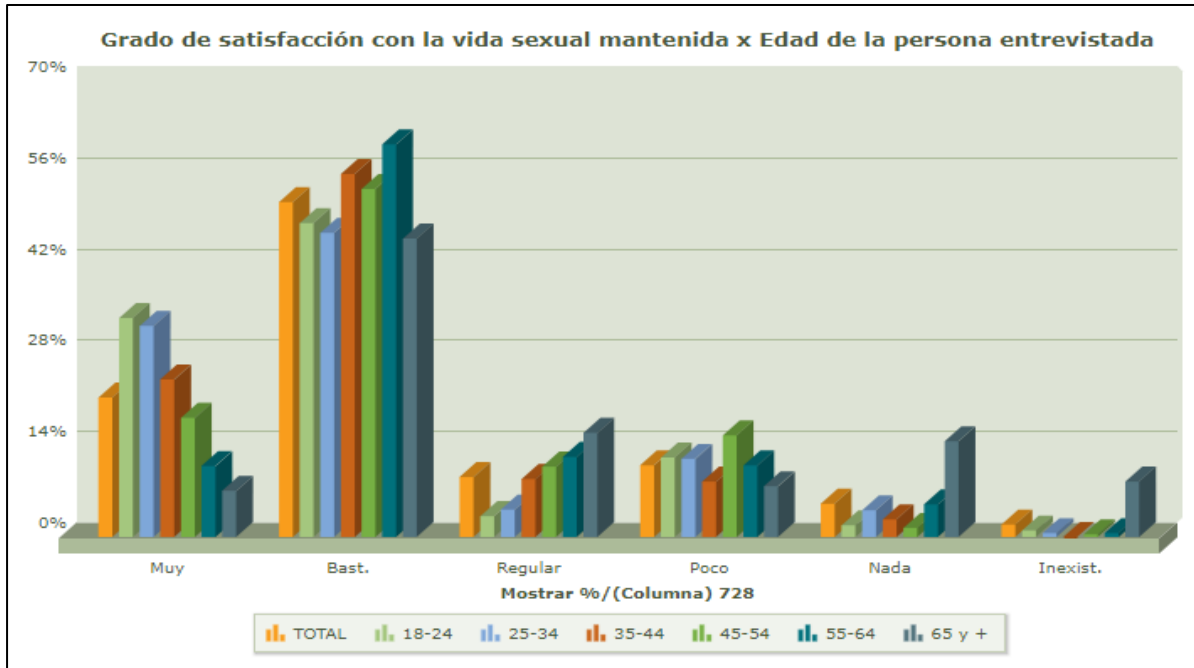


Fuente: EAPS-CIS (2008)

En el grupo de los varones sin embargo solo un 8.5% de sexualidad inexistente, un 53% muy satisfecho y bastante satisfecho un 16% regular, un 22% poco satisfecho o nada satisfecho. Podemos resaltar, en la Figura 3.13, cómo existe una gran diferencia entre mujeres y varones respecto a la existencia o no de vida sexual de 40% a 8.5%. Encontramos también diferencias, aunque en menor cantidad entre el 53% de satisfacción de los varones y el 29% del grupo de mujeres. En la opción poco o nada satisfecho son muy similares un 18.2% en mujeres y 22% en varones.

Figura 3.13

Grado de satisfacción con la vida sexual mantenida en varones



Fuente: EAPS-CIS (2008)

Analizando la educación sexual recibida en mayores de 65 años solo la reciben el 6.3% en mujeres y un 7.6% en varones. Nunca han recibido educación sexual el 93% de las mujeres y el 92.4% de los varones. Podemos afirmar que la sospecha que teníamos sobre la poca educación sexual recibida en los mayores es absolutamente cierta.

Dentro de la entrevista de actitudes del CIS existe una pregunta bastante interesante sobre la importancia que da la persona entrevistada a las relaciones sexuales en una relación de pareja. En mayores de 65 años la media de puntuación es 6.61 en mujer y en varones 7.42. Es una pregunta con puntuación inversa, en la que uno equivale a mucha importancia y diez puntos equivale a nada importante, con lo que la mujer mayor opina que es más importante la relación sexual en una pareja que el hombre.

Debemos apuntar que hay un 9.8% de entrevistadas que opina que la importancia de las relaciones sexuales en una relación de pareja es muy importante frente a un 1.7% en varones. Para un 25.9% de las mujeres y un 28.6% en los varones la sexualidad en pareja no tiene importancia. Si ampliamos el resultado 57% en mujeres y 66% en varones opina que la relación sexual en pareja tiene poca o nula importancia.

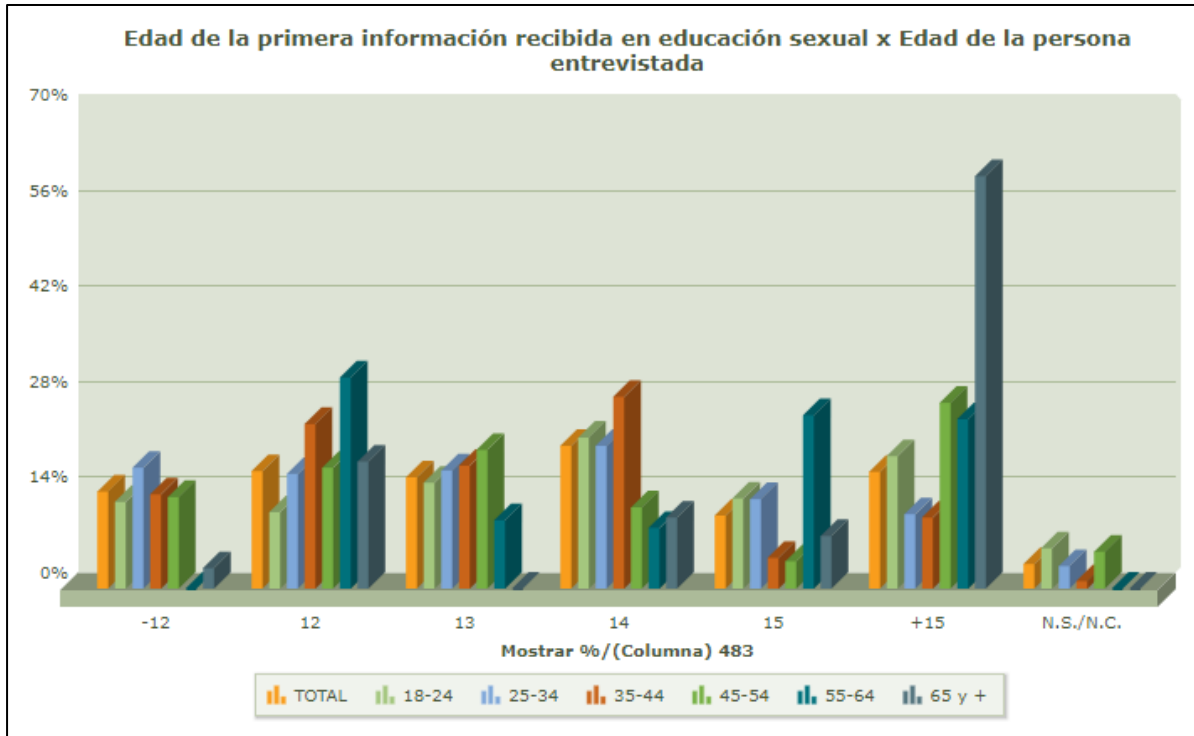
En cuanto a la edad de la primera información recibida en educación sexual es destacable como los entrevistados mayores de 65 años, más de un 56%, recibieron la información con más de 15 años, en la Figura 3.14.

El 84% de la muestra refiere estar de acuerdo con realizar la educación sexual en los colegios, frente a un 13% que no está de acuerdo. Si lo comparamos con las otras edades el porcentaje que está de acuerdo en realizar educación sexual en los colegios sube a un 93% y los que no están de acuerdo con realizar educación sexual a un 5%.

Los mayores han recibido información en educación sexual con más de 15 años.

Figura 3.14

Edad de la primera información sexual



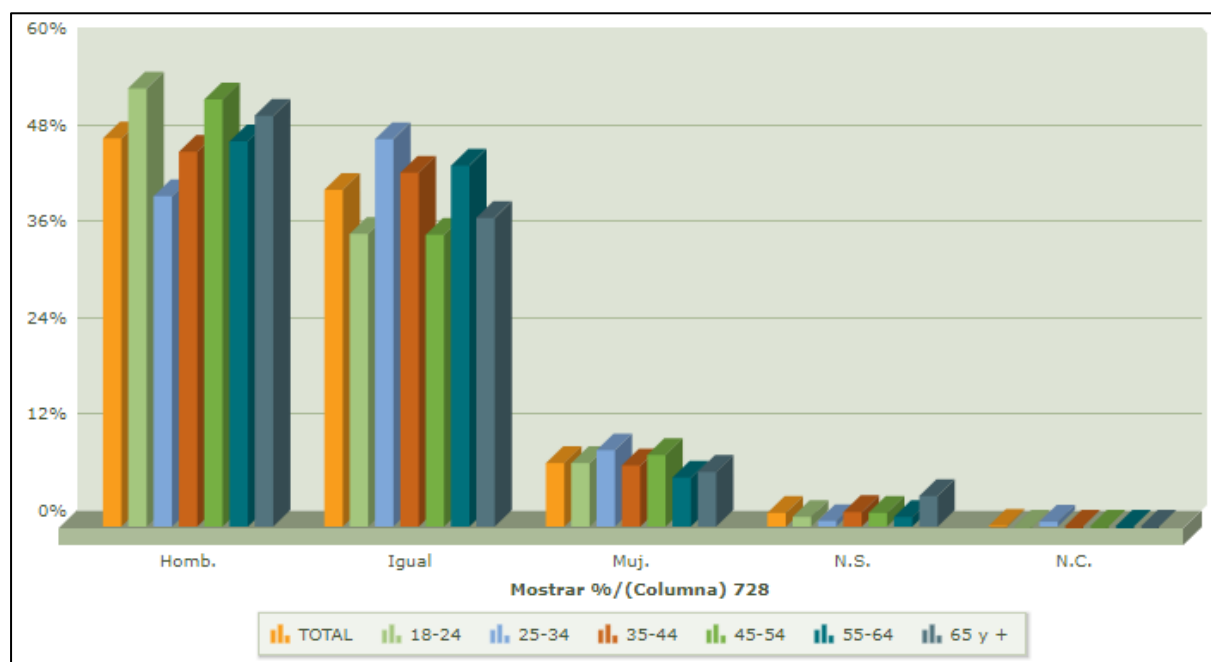
Fuente: EAPS-CIS (2008)

Los mayores opinan que la edad a la que debería empezar a impartirse educación sexual en los colegios es a los 11 años. El 57% de los mayores entrevistados, tuvieron su primera relación sexual con más de 21 años y un 21% con más de 24 años. El grado de satisfacción con la primera relación sexual, es diferente en mujeres que en varones mayores. En los varones un 57% contesta muy satisfactoria o bastante, sin embargo, en mujeres un 40% contesta que la relación fue muy satisfactoria o bastante satisfactoria. Hay un dato significativo en la satisfacción, que dice que en las mujeres un 27% opinan que la relación fue nada satisfactoria en la primera vez, frente a la opinión del varón que es nada satisfactoria en un 8%. Analizando el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, un 75% han tenido solo una

pareja y es de recalcar cómo un 13% han tenido más de cuatro parejas en personas mayores de 65 años (más de diez un 5.8%). Frente a la opinión sobre si el gusto por el sexo es mayor en varones o en mujeres, la mayoría de los entrevistados mayores de 65 años opinan que es mayor en varones o en los dos sexos a la vez (89.5%), podemos verlo en la Figura 3.15. Solo un 6.5% opina que es la mujer la que posee más gusto por el sexo.

Figura 3.15

Gusto por el sexo en varones y mujeres



Fuente: EAPS-CIS (2008)

En la pregunta acerca de la frecuencia de relaciones sexuales expuesta en la Tabla 3.2 responde un 24.3% de la muestra, que mantiene relaciones sexuales uno o dos días a la semana, un 12.7% uno o dos días al mes.

Tabla 3.2*Frecuencia de relaciones sexuales*

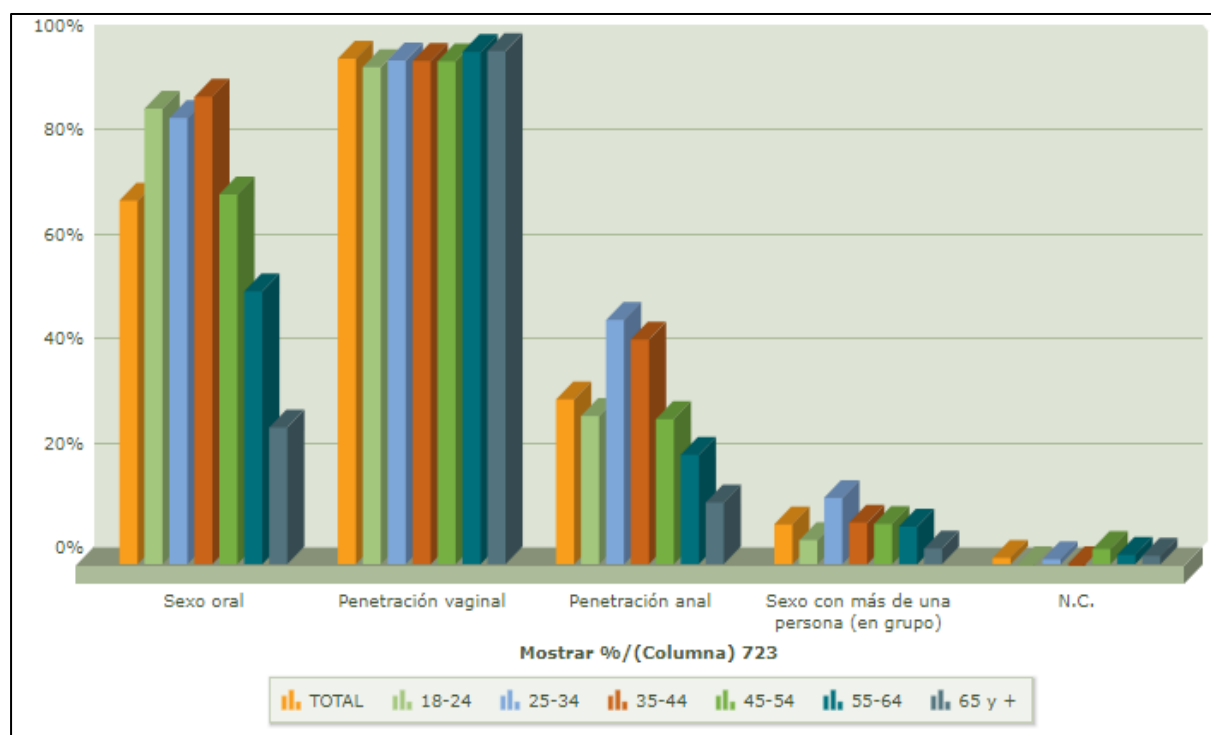
	TOTAL	De 18 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	65 y más años
A diario	3,7	7,2	7,3	4,1	1,9	0,8	1,3
Tres o cuatro días a la semana	25,5	37,2	38,3	37,5	19,3	14,6	6,4
Uno o dos días a la semana	39,1	34,2	35,2	40,3	55,1	50,2	24,3
Dos días al mes	7,2	5,4	5,3	6,3	5,9	5,9	12,7
Un día al mes	3,6	1,5	3,4	2,7	2,2	2,4	7,4
Con menos frecuencia	3,1	4,3	1,3	2,0	2,5	5,5	4,4
Muy ocasionalmente	4,3	6,2	5,8	2,7	3,1	3,8	4,8
Otros	0,2	-	0,3	-	-	0,7	0,2
Hoy en día ya no mantengo relaciones sexuales	10,7	4,0	1,2	2,4	6,5	11,7	35,0
No contesta	2,6	-	1,7	2,0	3,5	4,3	3,6
(N)	(1.486)	(145)	(309)	(303)	(245)	(184)	(300)

Fuente: EAPS-CIS (2008)

En cuanto a la idea de quién toma primero la iniciativa en la relación sexual, un 57% de los varones prefieren ellos tomar la iniciativa frente a un 10% que prefieren tomarlo ellas. En las edades más jóvenes como curiosidad este dato está más igualado. En la pregunta de prácticas sexuales en mayores de 65 años domina con un 98% la penetración vaginal bajando a un 26.2% el sexo oral. Este dato es bastante bajo comparado con la media del 70% en edades más jóvenes que podemos observar en la Figura 3.16.

Figura 3.16

Prácticas sexuales



Fuente: EAPS-CIS (2008)

El 75% de la muestra de las personas mayores de 65 años opinan que España, en la actualidad, es una sociedad muy tolerante en materia sexual. Solo el 4.4% en mujeres mayores y el 14% en varones mayores, visitan habitualmente páginas de contenido sexual en internet. Solo el 0.9% de mayores de 65 años y el 8% en mayores de 55 usan objetos de excitación sexual. El 71.3% de los que usan objetos de excitación sexual usan vibradores o consoladores. Un 13% de los mayores de 65 años, en esta muestra, han tenido relaciones iniciadas por un contacto en internet. El 51% de la muestra en mayores de 65 años, visualiza publicaciones o vídeos con contenidos sexuales o pornográficos.

En general esta encuesta refleja cómo la información percibida en grupos de edades de

mayores es mucho menor que en otros grupos de edad. Existe una gran variación entre los que interrumpen y no interrumpen la actividad sexual.

Podemos resumir la encuesta de actitudes y prácticas sexuales, realizada por el CIS, resaltando los siguientes resultados manifestados por los participantes de la muestra estudiada, en mayores de 65 años:

- No existe vida sexual para un 40% de las mujeres mayores de 65 años, y para un 8.5% de los varones.
- El grado de satisfacción con la vida sexual mantenida es de un 53% en varones y en un 29% en mujeres.
- Un 93% de los mayores no han recibido nunca educación sexual.
- El 27% de los entrevistados no dan importancia a las relaciones sexuales en una relación de pareja.
- Los mayores están de acuerdo en que hay que realizar educación sexual en los colegios. Solo un 13% no lo considera oportuno.
- El 80% de los encuestados no usan métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual con parejas no estables.
- El 72% afirma tener experiencia en masturbación en el grupo de varones; en el grupo de mujeres solo un 12%.
- El 36% de los mayores usaron la masturbación como primera experiencia sexual.
- El 82% de la muestra contestan que no tienen ningún problema para hablar asuntos sexuales con su pareja.
- La práctica sexual más realizada en mayores es la penetración vaginal y en segundo lugar el sexo oral.

- El 75% de la muestra de las personas mayores de 65 años opinan que España, en la actualidad, es una sociedad muy tolerante en materia sexual.
- Solo el 0.9% de mayores de 65 años y el 8% en mayores de 55 usan objetos de excitación sexual (CIS, 2008).

3.9 Profesionales de la Salud

En 1975 la OMS presentó un documento histórico denominado *Instrucción y Asistencia en Cuestiones de Sexualidad Humana: formación de profesionales de la salud*. Se buscó la capacitación de los profesionales de salud para ofrecer terapias sexuales y educación.

Posteriormente la OMS en el año 2000 organizó una reunión de consulta en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Se promovió en la estrategia 3.1, el proporcionar educación y capacitación en salud sexual para los profesionales de salud con participación en programas de educación y un enfoque multidisciplinar (Cysneiros, 2011) .

A lo largo de las últimas décadas la educación sexual se ha incorporado a las disciplinas sanitarias curriculares. El objetivo de estas disciplinas es el desarrollo de habilidades de enseñanza sexual bajo las necesidades de prevención y promoción de la salud. Los rápidos avances tecnológicos generan una formación, que debe estar actualizada para superar los retos del éxito en los programas de salud, con personas mayores. El personal sanitario se puede ver beneficiado por los conocimientos y la experiencia de las generaciones de mayores.(Carrera, 2015). La puerta de entrada del sistema sanitario la forman todos los profesionales de la salud de atención primaria. Se pretende realizar una atención integral con perspectiva biopsicosocial y debe estar integrada en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en el tratamiento efectivo, en la rehabilitación y reinserción social. Se busca una atención a lo largo de toda la vida de la persona en cualquier circunstancia sexual. La atención de las personas mayores y con algún tipo de discapacidad se nos presenta como una atención que a veces mantiene una exclusión social relativa. En este enfoque biopsicosocial ponemos énfasis en la

concienciación social para una actitud más positiva hacia la salud sexual en la ciudadanía (Ocariz,2010).

Aun sabiendo la responsabilidad del personal sanitario en esta función y atención a la sexualidad de la persona mayor, en atención primaria alguna investigación sugiere que existen desinterés de los profesionales en la educación sexual y en su abordaje. En el estudio Dabuza (2017) entre los profesionales de la salud de atención primaria, médicos y enfermeras, sobre la influencia de las actitudes en las consultas, se obtienen algunas diferencias de atención sexual a los mayores. La cercanía hacia el paciente y su familia sin prejuicio estereotipado, puede ser una condición positiva que favorece el abordaje de esta prevención de una manera más íntima. La actitud más liberal del sanitario frente a la búsqueda activa en la secuencia de la entrevista clínica demuestra un tratamiento más efectivo, en la prevención de problemas sexuales en atención primaria. Analizando a los profesionales de la educación en la investigación de Galinsky et al.(2008), se estudia la influencia de las creencias estereotipadas y actitudes de prejuicio sobre la educación impartida. Pueden llegar a aportar un impacto negativo sobre las intervenciones educativas. Se ha estudiado la amenaza del estereotipo como amenaza relevante sobre un grupo de estudio y se ha observado que el rendimiento de la actividad educativa puede ser perjudicado.

Es interesante estudiar la capacidad del manejo de los problemas sexuales por parte de los profesionales de la salud, en cuanto al conocimiento de la percepción y las actitudes desarrolladas en las consultas. Se ha observado cómo en los últimos años existe una mayor preocupación relativa en los profesionales sobre la salud sexual, aumentado por la enfermedad del VIH. En el ámbito de la salud pública se ha producido un inicio de sexualización de la sociedad. Esta sexualización se identifica con el concepto del deseo, como parte importante de la sexualidad en los mayores y sus formas de comunicarse con los profesionales sanitarios. Se identifica el peligro de la sobremedicalización para afrontar problemas sexuales como la

erección, por ejemplo. El manejo de la vida sexual de los pacientes en la consulta ha de ser algo pertinente y tratable. Se ha observado que no se discute con una comunicación proactiva los temas sexuales. La mayoría de las consultas realizadas en temas de prevención de enfermedades de transmisión sexual están enfocadas hacia la juventud. Se sigue considerando la sexualidad en la vejez como algo muy privado. La relación con el paciente se ve afectada simplemente por el hecho de temer la pérdida del paciente por intromisión personal (Gott et al., 2004a).

Los profesionales de la salud no están lo suficientemente formados para superar los mitos y prejuicios reconocidos frente a la sexualidad en la vejez. En la implicación para la práctica clínica diaria, debemos de considerar que el acercamiento hacia una consulta sexual efectiva no es tarea fácil. La formación continuada en materia sexual de la persona en edad avanzada para el personal sanitario está programada como formación postgrado, pero solo en pocas ocasiones. En la historia clínica existe registro de necesidades sexuales, pero todavía no está sistematizada y enfocada a la persona mayor. Vamos a afirmar que los servicios de atención sanitaria fomentan alguna política hacia el envejecimiento activo pero la atención de la sexualidad debería estar más desarrollada, casi todos los esfuerzos van enfocados hacia la población joven.

La disciplina enfermera, bajo una perspectiva de la atención al autocuidado de la persona y enfocada con una mirada global sobre el paciente, aborda la sexualidad formando parte de la teoría del cuidado. El personal de enfermería considera que, para la obtención de un trabajo en consulta de calidad, manejar habilidades y conocimientos especializados en sexualidad del mayor es necesario. Dentro de los temas priorizados por la salud pública se encuentran las enfermedades de transmisión sexual y la prevención del embarazo en los adolescentes, con lo que se dispone de menos tiempo para ocuparse de la sexualidad del mayor (Gott et al., 2004a).

El personal de enfermería para la atención de problemas de salud sexual en personas de edad avanzada dispone de instrumentos validados para desarrollar su plan de atención de enfermería. Partiendo de la valoración enfermera por patrones funcionales de M. Gordon, debemos analizar el patrón número nueve de sexualidad y reproducción. Las respuestas sexuales diagnosticadas que nos ofrece la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) son: patrón sexual ineficaz (00065) y disfunción sexual (00059). Dentro de las características definitorias el patrón sexual ineficaz que podemos aplicar a las personas mayores de 60 años están las dificultades con la actividad sexual, la alteración de la actividad sexual, la ausencia de personas significativas alrededor de su entorno, la conducta sexual y por último el conocimiento insuficiente de alternativas de solución. En la disfunción sexual la persona de edad avanzada puede experimentar un cambio en la función sexual, en las fases de deseo, excitación y orgasmo como cambios insatisfactorios. Se encuentran también conflictos de valores o percepción de delimitación sexual, disminución del deseo sexual, conocimiento deficiente de la función sexual y cambios de interés en la pareja y en uno mismo. Los nuevos roles sexuales relacionados con la edad desencadenan riesgos de inadaptación a los nuevos problemas. Son problemas de falta de habilidades para el ocio y tiempo libre y la ausencia de personas significativas por muerte de amigos y familiares. La aparición de problemas emocionales relacionados con la soledad, puede ser un verdadero problema de salud, pues el nivel alto como problema percibido en estas edades, pone de relevancia la mayor atención en la promoción de salud sexual y prevención de enfermedades psicosexuales (McCloskey,2015).

El cuidado de la pérdida progresiva del interés de la capacidad sexual acompañada de una insatisfacción general hacia la sexualidad es una consulta cada vez más extendida en atención primaria. Estudiar cómo mejorar la atención sanitaria de todos estos problemas relacionados con la calidad de vida diaria es un reto para el personal sanitario.

SEGUNDA PARTE

PROGRAMA EDUCATIVO

Capítulo Cuarto
Programa Educativo
SEXMA

Segunda Parte. Programa Educativo

4. Capítulo Cuarto. Programa Educativo SEXMA

4.1 Introducción

El sistema sanitario debe proteger y apoyar la participación de la comunidad en la mejora de la calidad de vida. Existen necesidades de salud que deben ser atendidas bajo la responsabilidad social que tiene el sistema. La Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de Castilla y León sigue las directrices del Real Decreto 1030/ 2006, de 15 de septiembre, donde se define la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. En este documento se afirma lo siguiente: “Es necesario reorientar nuestra práctica reconociendo como esenciales cuestiones como la participación comunitaria en salud, la implicación activa de personas, familias y comunidades en su cuidado más allá de su rol de paciente, la desmedicalización o la democratización”. Dentro de toda esta oferta de servicios se apoya la educación para la salud, tanto individual como en grupo, bajo un enfoque de promoción de la salud (Sacyl,2019,p.2). El cambio de concepción es clave, pasamos de una atención a personas con diversas patologías como pacientes, a una atención a personas sanas. Son personas con necesidades primarias básicas cubiertas, en busca de una mejora de necesidades superiores de afiliación como son la amistad, el afecto y la intimidad sexual (Aznar, 2017).

El programa que proponemos debe contribuir a una formación integral basada en relaciones afectivo-sexuales saludables. Desarrollamos la sexualidad desde una perspectiva del autocuidado donde la persona es responsable de su libertad sexual, desarrollando relaciones interpersonales basadas en el respeto afectivo mutuo. Las competencias que deben adquirir los participantes van dirigidas a la obtención de conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones relacionadas con los componentes del saber, saber hacer, saber estar y saber querer (Robledo et al., 2015;Lopez y Matesanz del Barrio, 2009).

Proponemos adquirir cinco competencias genéricas:

- Conocimientos generales sobre la sexualidad
- Capacidad de aprender necesidades sexuales
- Habilidades de relación interpersonal
- Capacidad de crítica hacia prejuicios y mitos
- Comprender las actitudes positivas hacia la sexualidad

Resaltamos la intención de que el programa pretende aportar estrategias de habilidades sociales positivas para el encuentro con personas mayores. El grupo o la asociación a la que pertenecen es un entorno adecuado para el cambio de impresiones y una buena forma de compartir experiencias acumuladas a lo largo de la vida (González, 2006, como citado en Barceló, 2016).

Es la intención de esta tesis, el diseño de un programa educativo con expectativas de servicio de promoción de la salud.

4.2 Objetivos

El Ministerio de Sanidad en el año 2011 publica la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Respecto al apartado de promoción de la salud sexual indica varios objetivos, de los cuales destacamos dos que están más relacionados con la etapa de edad que estamos estudiando:

- Facilitar a la población información y educación para la salud sexual desde una visión holística, considerando las relaciones de género además de las necesidades y/o situaciones específicas de los distintos grupos poblacionales.
- Promover y propiciar los canales de participación social en las políticas sanitarias relacionadas con la salud sexual.

A su vez establece unas recomendaciones básicas para el diseño de actividades de promoción de salud sexual:

- Se emprenderán acciones para promover una sexualidad saludable, placentera e igualitaria, a lo largo de la vida, considerando las diferentes circunstancias vitales de mujeres y varones.
- Se tendrán en cuenta en las acciones de promoción de la salud sexual los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, visibilizando los diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales.
- Se diseñarán estrategias de información que refuercen una salud sexual vivida de manera integral, autónoma, igualitaria, placentera y respetuosa, donde los derechos sexuales y reproductivos queden garantizados.
- Se diseñarán herramientas que recojan las necesidades y las distintas realidades de mujeres y varones, para mejorar la calidad de la intervención sanitaria, la promoción, la investigación y la formación en la salud sexual teniendo en cuenta los determinantes sociales y de género, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad.
- Se impulsará la información y educación sanitaria integral con perspectiva de género a todos los grupos poblacionales, para que, desde un conocimiento integral de la sexualidad, puedan manejarse responsablemente a lo largo de su vida (Ministerio de Sanidad, 2011, pp.60-62).

Proponemos entonces, para nuestro programa educativo unos objetivos adaptados a la edad avanzada. Dentro del objetivo principal del aumento de calidad de vida afectivo sexual favoreciendo la adquisición de habilidades, competencias emocionales y conocimientos en salud sexual para personas mayores, nos centramos en los más realistas y operativos:

1. Aportar conocimientos sobre la sexualidad y los cambios en la función sexual, propios de una edad avanzada.
2. Aprender a reconocer las necesidades sexuales propias y desarrollar actitudes de tolerancia hacia las necesidades de otras personas.
3. Fomentar la comunicación y las muestras de afecto hacia la pareja, desarrollando habilidades y competencias para favorecer la relación interpersonal.
4. Eliminar prejuicios y mitos acerca de la sexualidad en las personas mayores desarrollando actitudes positivas hacia la mejora de la vida sexual.
5. Identificar otras formas de vida saludable afectivo sexual, conociendo alternativas a los métodos y técnicas sexuales convencionales.

4.3 Metodología

4.3.1 Orientación Pedagógica

Diseñamos este programa educativo bajo la orientación psicopedagógica del modelo constructivista. Creemos en una metodología activa hacia una construcción del conocimiento de forma flexible, adaptada a las características del aprendizaje del adulto mayor. Buscamos la orientación del aprendizaje significativo bajo una perspectiva de gran utilidad práctica, para solucionar problemas sexuales de la vida diaria. Iniciamos el aprendizaje desde lo ya conocido gracias a la experiencia acumulada del mayor. Las ideas previas sobre la vida sexual experimentada a lo largo de la vida se van a ver contrastadas con los conocimientos nuevos que el proyecto les va a ofrecer. Las personas mayores que van a formar parte de este programa van a tener la oportunidad de participar y poner en común opiniones, reflexiones y pensamientos, sobre todos los contenidos pedagógicos expuestos. El objetivo memorístico de otros modelos educativos no es nuestro objetivo en este programa. El proceso de enseñanza del aprendizaje significativo según Rodríguez Palmero (1989) aplicado al grupo, comienza por un proceso para investigar su situación real; después propone reflexionar sobre aspectos del

área emocional y analizar temas personales o sociales y conocimientos; por último, plantea desarrollar los recursos y habilidades aprendidos en términos de acción, y evaluarlos. Para que este proceso estructurado tenga éxito, debe ser refrendado por la obtención de dos condicionantes esenciales: la motivación con predisposición intrínseca para aprender conocimientos nuevos y la presentación de un material didáctico atrayente para la edad con la que vamos a trabajar. Hemos de tener en cuenta que la motivación de la persona mayor está influenciada por las opiniones expresadas por otras personas cercanas. Aparece el miedo al ridículo y la resistencia al cambio, aunque la edad hace que exista una mayor responsabilidad e interés por el aprendizaje elegido (Ausubel, 1963). El objetivo final es que la estructura cognitiva de la persona reciba nuevos significados sobre vida sexual saludable.

4.3.2 Análisis de Situación

La intención de este programa es realizar un programa educativo sobre dos áreas principales de salud relacionadas con la sexualidad. En primer lugar, incidir sobre el área de los estilos de vida. El tipo de alimentación, el ejercicio físico, el sueño, el descanso, el estrés, son factores de estilo de vida que afectan en mayor o menor medida al desarrollo de una sexualidad saludable. La segunda área de atención es la transición vital de la madurez y el envejecimiento, donde la enseñanza del autocuidado es necesario en la adaptación a los nuevos problemas de salud sexual.

Siguiendo las indicaciones del modelo PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) sobre análisis del comportamiento nos disponemos a usar en este programa un estudio, de situación inicial. Hemos de explorar factores predisponentes del grupo de trabajo en transición vital de envejecimiento, al que va dirigida la información, analizando el nivel psicosexual de los participantes. Evaluamos los conocimientos, actitudes, habilidades, valores y necesidades percibidas, al principio de la

intervención. Como factores facilitadores usamos las propuestas de estrategias con nuevos recursos y habilidades hacia la mejora de estilos de vida saludables (Hosseini et al., 2016).

4.3.3 Tipos de Intervención

Desarrollamos en este programa dos tipos de intervención educativa: una intervención educacional grupal y una intervención educacional individual. La intervención grupal está formada por sesiones programadas, con el fin de aumentar los conocimientos sobre sexualidad y llegar a un cambio positivo de actitudes hacia una vida sexual saludable.

En cuanto al papel del educador en la intervención grupal creemos que es importante hacer una reseña especial. Ha de plantearse con la expectativa de apoyar un rol educativo de ayuda, facilitador y de apoyo más que de experto. Debe favorecer un clima de trabajo distendido y las experiencias de los participantes. Se busca un clima tolerante basado en actitudes alejadas del control y del enjuiciamiento. Se usa una comunicación bidireccional y multidireccional (Pérez Jarauta et al, 2006).

El otro tipo de intervención es una intervención individual en consulta de atención primaria. Es una intervención denominada *consejo breve sistematizado* partiendo de una intervención de información resumida. Se ofrece una propuesta motivadora de cambio en la práctica clínica diaria. Se aprovecha el contacto en consulta de atención primaria a demanda o programada.

Los pasos del *consejo breve sistematizado* son:

- Se pregunta sobre el comportamiento a trabajar y se registra.
- Se aconseja cambio: información + motivación.
- Se entrega material informativo educativo.
- Se oferta apoyo si lo necesita (Pérez Jarauta et al., 2006, p.63).

Nuestro comportamiento por trabajar es la mejora de la salud sexual. Indagamos sobre si la necesidad del paciente está en el área del conocimiento, el área emocional o en el de las habilidades. Nuestra línea de intervención breve anima a plantear, de manera respetuosa, los beneficios de una vida sexual sana. El primer planteamiento ayuda a que la persona reflexione sobre su situación sexual. Buscamos la personalización del tratamiento con la práctica del consejo breve durante menos de 10 minutos. Establecemos la fase de motivación en la que se encuentra el paciente, según las etapas del cambio que Prochaska y Diclemente describieron (Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla., 2004). Abordamos en siguientes consultas el apoyo al cambio, entregando material por escrito relacionado con consejos para mejorar la vida sexual.

El papel del personal sanitario en consulta no discierne demasiado del papel ya comentado como educador facilitador y de apoyo. En el desarrollo del autocuidado de la persona mayor debe apoyar, con una perspectiva integral, la solución a los problemas multifactoriales del bienestar sexual del mayor.

4.3.4 Técnicas Educativas

El inicio de una intervención educativa de calidad necesita de la práctica de técnicas educativas dirigidas a las relaciones. Se dividen en dos partes, la acogida al inicio de la intervención y la despedida al final de esta. El objetivo de estas técnicas es favorecer la implicación de los participantes, sea en grupo de intervención o en consulta. La acogida hacia el grupo o la persona atendida en consulta es fundamental para iniciar un encuentro de relación positiva y productiva. Es muy importante transmitir confianza para crear un clima de calidez. Es necesaria la presentación del profesional y de los participantes en el grupo de trabajo. Debe de existir un pacto contrato donde se describen los contenidos, plazos de consultas y tiempo de sesiones en grupo. Es el momento de hablar de la confidencialidad a exigir en el grupo, de los temas tratados, pues el estudio de la sexualidad requiere un gran respeto a las distintas

individualidades. La parte final de estas técnicas es la despedida donde se resumen los contenidos y se evalúan los aprendizajes logrados (Pérez et al., 2006).

Enfocamos las técnicas de educación grupales e individuales en el contexto del aprendizaje significativo y las reflejamos en la Tabla 4.1. Dividimos los métodos y técnicas grupales según en qué momento situemos el proceso de aprendizaje. Son cuatro momentos: la necesidad de expresar la situación, organizar informaciones, analizar, reflexionar y por último desarrollar habilidades.

Tabla 4.1

Métodos y técnicas activas dirigidas al aprendizaje

Métodos y técnicas activas dirigidas al aprendizaje		
Proceso de aprendizaje	Métodos y técnicas grupales	Métodos y técnicas individuales
Expresar su situación	<u>Investigación en el aula</u> Tormenta de ideas – Rejilla - Cuestionarios	<u>Métodos de expresión</u> Escucha activa - Preguntas
Reorganizar informaciones	<u>Método expositivo</u> Exposición - Lectura	<u>Método informativo</u> Información con discusión - Lectura con discusión
Analizar y reflexionar	<u>Método de análisis</u> Casos - Análisis de textos	<u>Método de análisis</u> Resumir y ordenar - ejercicios
Desarrollo y entrenamiento de habilidades	<u>Método de desarrollo de habilidades</u> Demostración con entrenamiento Ayuda para decidir - Simulaciones	<u>Método de desarrollo de habilidades</u> Demostración con entrenamiento Ayuda para decidir - Simulaciones

Fuente: *Elaboración propia a partir de* (Pérez et al., 2006)

Como técnicas de investigación en el aula usaremos en primer lugar la tormenta de ideas, donde los participantes solo con una palabra deberán definir el significado de una idea propuesta. Recogemos el resumen de lo expresado y lo exponemos al grupo. Otro procedimiento para realizar es la técnica del cuestionario como trabajo individual, con respuestas cerradas para observar conocimientos y actitudes sobre la sexualidad. La técnica de rejilla la usaremos para tratar el tema de los cambios físicos en la vejez intentando que se impliquen los participantes, compartiendo la experiencia personal, pero enfocándola bajo una perspectiva grupal.

Respecto a las técnicas expositivas usaremos las exposiciones teóricas y el video con discusión. Expondremos informaciones sexuales para un reconocimiento con conocimientos previos y contrastar y reorganizar todo lo mostrado. Buscaremos contenidos estructurados, útiles para el grupo participativo. En el video con discusión mostraremos un video actualizado sobre temática sexual comentada por personas mayores. Posteriormente se realizará el coloquio con discusión y dudas sobre el video visualizado.

Como técnica de análisis usaremos la discusión y la técnica de análisis de caso. Enfocaremos la discusión en busca de las opiniones del grupo sobre temas sexuales con posible conflicto, por diferencia de género. En el análisis de caso, mostraremos la historia de personas con edad similar al grupo.

En las técnicas de desarrollo de habilidades, trabajaremos la ayuda a la toma racional de decisiones. Buscamos que cada participante sea el protagonista de sus propias decisiones. Aplicaremos esta técnica en la enseñanza del aprendizaje del uso de los juguetes sexuales. Posteriormente utilizaremos la técnica de demostración con entrenamiento para explicar y desarrollar habilidad psicomotora. Consideramos que la participación en el taller de habilidades es una buena técnica para la capacitación permanente de nuevos descubrimientos ya que la capacidad de aprendizaje se mantiene a lo largo de toda la vida (Beauchamp et al., 1985).

Desarrollaremos técnicas de entrevista clínica recomendadas por Borrell y Bosch (2004), mediante el *consejo breve*. Realizaremos preguntas abiertas procurando no pasar la línea de la intromisión, teniendo en cuenta que en una consulta sexual debemos respetar, con más énfasis, la intimidad del paciente. Apoyaremos la expresión del paciente con la técnica de la escucha activa, recogemos el mensaje completo de estado de ánimo y lo que expresa verbalmente. Acudimos a la repetición de sus argumentos para facilitar el estímulo en la entrevista. Podemos usar, siempre bajo las normas del respeto y la educación, la citación de algún aspecto que tengamos que resaltar durante la entrevista. Tendremos en cuenta la técnica de repetición de contenidos para enfatizar lo importante y valoraremos su comprensión con la verificación de estos. Aportaremos material de apoyo escrito para su lectura y posterior discusión en siguientes consultas. Analizaremos en consulta los valores y sentimientos sobre la sexualidad intentando focalizar sobre los más importantes. En cuanto al desarrollo de habilidades, realizaremos la técnica de demostración, si es necesaria, en el uso de juguetes sexuales en consulta. La ayuda a la toma racional de decisiones la propondremos dependiendo de la problemática sexual a tratar.

4.3.5 Recursos Didácticos

Para desarrollar nuestro proceso de enseñanza para el aprendizaje hacemos uso de medios materiales de apoyo. Como material impreso usaremos folletos adaptados a la edad del mayor y hojas estructuradas de consentimiento y de evaluación. Haremos uso de pizarra blanca portátil tipo Vileda para técnicas de investigación en el aula y de exposición participativa. El material audiovisual para utilizar se compone de proyector y soporte informatizado en formato de video y diapositivas de PowerPoint con imágenes atractivas. Con el uso del video pretendemos mostrar vidas cotidianas estableciendo debates y reflexiones sobre los mitos y los problemas de la sexualidad en mayores. Otro recurso para tener en cuenta es el espacio donde se realizarán las intervenciones educativas. Buscaremos comodidad para los participantes y en

algún momento mantendremos la disposición circular por grupos de trabajo, para conseguir una mayor interacción (Espigares García et al., 2008).

4.4 Contenidos

Una de las posibles dificultades en el desarrollo del programa puede ser la falta de participación, motivado por el tratamiento de una temática que se sitúa dentro de la esfera de la intimidad. Podemos encontrar grupos más o menos participativos a la hora de introducir temas comprometidos para las relaciones cotidianas. Esperamos solventar estas dificultades con el diseño de unidades didácticas atractivas para esta época de transición vital.

Planteamos los contenidos de este programa educativo para el desarrollo del envejecimiento saludable. Se trata la educación para la salud con una perspectiva biopsicosocial. Buscamos conocimientos prácticos sobre comportamientos de estilo de vida sexual positiva y activa. Tenemos en cuenta las experiencias, las creencias y los valores que los participantes, como adultos maduros, pueden tener sobre la sexualidad.

Dividimos el contenido en tres unidades didácticas:

1. Nuestra sexualidad
2. ¡Vamos a entendernos!
3. Sexualidad de hoy

Exponemos a continuación en la Tabla 4.2, las diferentes unidades didácticas con objetivos y contenidos.

Tabla 4.2

Unidades Didácticas

<p>Unidad I</p> <p>NUESTRA SEXUALIDAD</p>	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Reconocer los cambios históricos sobre el concepto de sexualidad</i> • <i>Aportar conocimientos sobre los cambios en la función sexual</i> • <i>Aprender a reconocer las necesidades sexuales</i> • <i>Eliminar mitos y prejuicios sobre la sexualidad en mayores</i> • <i>Reflexionar sobre la elección libre de su propia sexualidad</i> <p>Conceptos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexualidad</i> • <i>Función sexual</i> • <i>Necesidades sexuales</i> <p>Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Descubrimiento de sexualidad en el pasado histórico</i> • <i>Descripción de los cambios fisiológicos en función sexual</i> • <i>Enumeración de mitos sexuales</i> <p>Actitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Interés por recordar la fisiología sexual</i> • <i>Respeto y tolerancia a la sexualidad del otro</i> • <i>Aceptación de los cambios en la sexualidad por la edad</i> • <i>Reconocer las necesidades sexuales</i>
<p>Unidad II</p> <p>¡VAMOS A ENTENDER NOS!</p>	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medir la comunicación y la afectividad en la pareja</i> • <i>Establecer tipos de relaciones sexuales</i> • <i>Reconocer las principales enfermedades sexuales</i> • <i>Explicar los efectos de los medicamentos en la sexualidad</i> <p>Conceptos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La manifestación afectivo sexual</i> • <i>La comunicación sexual</i> • <i>Enfermedad sexual</i> <p>Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Expresión de la afectividad</i> • <i>Búsqueda de distintos tipos de relaciones sexuales</i> • <i>Descubrimiento de los problemas de salud sexuales</i> <p>Actitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Relativización de la importancia del coito</i> • <i>Valoración de la comunicación con la pareja</i> • <i>Identificar las patologías sexuales cercanas</i> • <i>Reconocer los efectos de la medicación</i>

conceptos iniciales sobre sexualidad y mitos sexuales a superar. Informamos de la existencia de los derechos sexuales del mayor.

Actividad 1ª: Presentación y Acogida. Cuestionario Inicial

Realizamos una presentación de los responsables del programa y explicamos los términos del contrato moral de confidencialidad debido a la posible implicación personal en el desarrollo de las sesiones. Informamos de los contenidos sobre los que vamos a trabajar y los tiempos que vamos a dedicar a ellos. Pasamos a completar el cuestionario estructurado de evaluación inicial sobre datos demográficos personales, conocimientos y actitudes sobre la vida sexual en los mayores (Anexo A). Tratamos de conocer el punto inicial sobre conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en el grupo en el que vamos a hacer la intervención educativa. Intentamos disponer de un clima cálido donde los participantes estén cómodos y puedan hablar con confianza de sus dudas sobre la vida sexual del mayor.

Actividad 2ª: Visualización del Video “El Amor y el Sexo en la Tercera Edad”

Iniciamos un primer contacto con la intención simple de captar su atención, pidiéndoles su opinión con un cuestionario compartido sobre las siguientes preguntas: a) ¿Cuesta hablar de sexo?, b) ¿Son sinceras las respuestas?, c) ¿Se siente identificado con los participantes?, d) ¿Alguien se atreve a contestar a la pregunta, es posible el amor a los 80 años?

El objetivo de esta actividad es comenzar con un tratamiento inicial de la temática sexual a partir de la identificación con personas de su misma edad, a través de la pantalla. Consiguen de esta manera observar cómo se puede normalizar la conversación sobre el sexo en mayores y cómo puede haber personas con pensamientos sobre los afectos distintos a los nuestros. Comenzamos a romper algún mito como la no existencia de la sexualidad en los mayores.

Proponemos un listado de películas de acceso sencillo en internet y temática relacionada con las relaciones sexuales de los mayores, para visualización personal (Flores de

otro mundo, Kinsey, Tierra, Lady Chatterley, Los puentes de Madison, Sexo por compasión, La vida empieza hoy). También sugerimos la visualización de documentales de Televisión Española disponibles en su web (Toda una vida sin él, La erótica del otoño, Locos por el pene, Salir del armario a los 60- un amor singular).

Actividad 3ª: Repaso Histórico de la Sexualidad y Conceptos

Explicamos con técnica expositiva el cambio evolutivo de la sexualidad para el ser humano. Se expone una visión histórica a través de las civilizaciones poniendo atención en lo que ha sido la función sexual para distintas culturas. Partimos del concepto de sexualidad como un conjunto de emociones y conductas relacionadas con el sexo que nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida (OMS, 1998).

La visión de la sexualidad ha variado a lo largo de los años y debemos ubicar el concepto en el tiempo. Nos acercamos a la visión placentera de otras culturas alejadas de la función reproductiva asociada a la religión occidental. Explicamos cómo en la India con el Kama Sutra se inicia a los lectores en los secretos del erotismo. En la antigüedad, los chinos consideraban que la relación sexual era obligatoria hasta los 70 años y creían que el sexo era bueno para la salud. En la Edad Media el sexo es satanizado pues se considera el placer sexual como pecado. La única función sexual del varón es la procreación y dentro del matrimonio. Adelantamos el resumen histórico, para no extendernos demasiado, a los estudios de Kinsey, encontrando en su estudio del comportamiento humano ya en 1947, actividad sexual en mayores de 70 años en un 30% en varones y un 20% en mujeres (Kinsey, 1947). Intentamos aportar la visión de la sexualidad totalmente influenciada por nuestra cultura occidental, muy próxima a las creencias religiosas del cristianismo. Todo el grupo de mayores con el que vamos a trabajar ha nacido en una España donde el catolicismo formó personalidades y familias, con aportaciones hacia la sexualidad muy alejadas de una mínima libertad sexual y un disfrute del placer.

Actividad 4ª: Tormenta de Ideas Sobre los Cambios en la Respuesta Sexual

Aprovechamos la experiencia del grupo para debatir con respeto a la estigmatización de los comportamientos y cambios sexuales encontrados por género. Deben aparecer los cambios biológicos en la respuesta sexual. Se plantean los siguientes términos sobre los que los participantes, tienen que exponer el cambio en la respuesta sexual que produce la edad. Nuestro objetivo es llegar a la exposición de los cambios más significativos, que se pueden ver en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3

Cambios en la respuesta sexual

Mujer	Cambios en la respuesta sexual
Vagina	Menor elasticidad, menos lubricada
Rubor sexual	Menos frecuencia e intensidad
Excitación sexual	Tensión muscular decrece
Varón	Cambios en la respuesta sexual
Testículos	Elevan parcialmente
Eyaculación	Menor necesidad e intensidad
Periodo de recuperación (refractario)	Más prolongado
Erección	Menos firme y más tiempo de estimulación
Excitación sexual	Se reduce la tensión muscular
Escroto	Se relaja y arruga

Fuente: Elaboración propia basado en Herrera P. (2003)

Después de la exposición de los cambios en las respuestas sexual pasamos a presentar dos diapositivas importantes sobre el aparato genital femenino y masculino. Nos centramos en el gran desconocido de algunas personas mayores que es el clítoris. En una sola diapositiva, donde aparece el clítoris aislado del cuerpo humano, preguntamos cuánta gente de la sala sabe lo que es esa imagen. Desarrollamos las características del clítoris insistiendo en:

- Es el único órgano humano destinado únicamente para dar placer
- Se hace más grande con la edad
- Está hecho de tejido eréctil
- Mide entre 8 a 12 cm de largo
- Tiene 8000 terminaciones nerviosas, el doble que un pene
- Solo 1/4 de su tamaño es visible
- Cada clítoris es distinto.

Finalmente hacemos un comentario positivo refiriéndonos a que los cambios implican una modificación de las actividades sexuales, pero esto no tiene por qué llevar a una disminución total o eliminación de ellas.

Introducimos en esta actividad los resultados de la Encuesta Nacional de Actitudes y Prácticas Sexuales del CIS (2008). Exponemos en diagrama de barras el tipo de relaciones sexuales más comunes en las personas mayores de 65 años. Señalamos cómo en la encuesta más del 50% de las mujeres no han tenido relaciones sexuales en el último mes, frente a un 25% de los varones.

Actividad 5ª: Rejilla de Mitos

Con la aportación de todo el grupo elaboramos una lista de mitos y prejuicios, sobre pizarra portátil. Usamos la técnica de rejilla con la Tabla 4.4, los participantes expresan los mitos verdaderos y falsos, aunque lo hagan con un buen convencimiento o con dudas. Aprovechamos las dudas para realizar comentarios sobre cada uno de los mitos falsos. Finalmente, nuestro objetivo en esta tarea es desmontar falsas creencias y prejuicios que dificultan la posibilidad de disfrutar de la sexualidad sana.

Tabla 4.4

Rejilla de mitos

Mito	verdadero	falso
La función sexual solo sirve para procrear		
El interés sexual es solo para los jóvenes y desaparece en la tercera edad.		
Se ama solo cuando se es joven, el amor disminuye con la edad.		
El nivel óptimo sexual solo está en la juventud.		
El sexo solo se entiende con penetración.		
El sexo en la vejez es una perversión.		
La actividad sexual en la vejez es perjudicial para la salud.		
La masturbación en la vejez es signo de trastorno.		

Fuente: Elaboración propia a partir de presentación PowerPoint, Programa SEXMA.

En esta actividad introducimos nuestras diapositivas tituladas *verdades como puños*. La intención de las verdades es abandonar las falsedades y los prejuicios que hemos encontrado en la rejilla de mitos. Comenzamos por afirmar que la actividad en la sexualidad, en el último tercio de vida, está determinada por la actitud sexual que tuvo la persona en la juventud. La sexualidad no es sinónimo de sexo pues posee una conexión emocional muy clara con la relación humana. La sexualidad nos acompaña durante toda la vida, el sexo visto solo como relación coital no tiene por qué dominar las relaciones sexuales y no es absolutamente necesario. Existe disminución en la actividad sexual en las personas mayores motivado a veces por falsas creencias, por la desinformación social. Para el desarrollo de una plena sexualidad no es necesario ni una buena erección ni un buen cuerpo, solo es necesario, afecto, tiempo y deseo (Aragón et al., 2018). El cuerpo de una persona mayor también es bello. No tenemos por qué creer que la actividad sexual es solo parte de la juventud. La masturbación es saludable a cualquier edad. El placer femenino está muy relacionado con el buen conocimiento de las posibilidades de la excitación del clítoris. La sexualidad sobre todo en edades de mayores no debe centrarse solo en el coito. El tamaño del pene es de escasa importancia y pasan a tomar un gran protagonismo las caricias y la

demostración de afectos. La calidad de vida está relacionada con el mantenimiento de una vida sexual activa. La ideología machista que dice que los varones tienen intereses sexuales y las mujeres, es una opción obsoleta y abandonada por toda la evidencia científica (Ballester-Arnal et al., 2016).

Actividad 6ª: Elección Libre de Necesidades Sexuales

Repartimos un documento de lectura donde se refleja el decálogo de los derechos de la vejez (Acuña,1984), (Anexo C). Realizamos una lectura en común llevando el documento a discusión en grupo. Buscamos la interiorización de las ideas principales del decálogo:

- Desarrollar la sexualidad en los mayores es algo legítimo y saludable.
- Por ser mayor se sigue teniendo derecho a tener deseo sexual, lo único que lo puede impedir son enfermedades físicas o psíquicas.
- Se tiene derecho a cambiar las expectativas hacia la sexualidad.
- Se debe aceptar los cambios de la vejez para poder gozar de los placeres sexuales que puedan proporcionar el cuerpo.
- Se dispone de capacidad para expresar el afecto hacia las personas que te atraen.
- La elección homosexual en el mayor no desaparece cuándo se cumplen años. Para la salud sexual es inconcebible que una persona mayor tenga que ocultar su preferencia sexual, por no atreverse a expresar su sexualidad de mayor, motivado por las relaciones sociales cercanas.
- El mayor tiene derecho a atender sus necesidades afectivas y eróticas de distinta manera a como lo realiza la juventud.
- La vejez es un triunfo sobre la enfermedad y la muerte.

4.5.2 Sesión Segunda

En esta segunda sesión desarrollamos la unidad dos, donde nos centramos en la relación afectivo sexual definiendo la afectividad, la comunicación y los tipos de relaciones sexuales. Informamos en esta sesión de cómo afectan las enfermedades crónicas a las relaciones sexuales, dedicando una atención especial hacia los efectos secundarios de los medicamentos habituales sobre la vida sexual.

Actividad 7ª: Algo Sobre Afectividad, El Caso de Maribel

Podemos acercarnos a una definición mucho más sencilla de la sexualidad refiriéndonos a que es la conexión emocional que se puede realizar entre dos personas. La sexualidad no es sinónimo de acto sexual genital, sino que se refiere a toda la parte afectiva y emocional. Las personas mayores necesitan atender sus necesidades eróticas y afectivas. La Guía para el Envejecimiento Activo y Saludable del Gobierno Vasco (2017, pp.30-31) realiza una recomendación muy acertada sobre la importancia del diálogo afectivo antes de mantener relaciones sexuales: “La mayoría de los problemas que se nos presentan suele tener relación con la vida que nos rodea. Hablar de ello antes de pasar a una relación sexual, estar cerca, escucharnos, comprendernos, alentarnos, respetarnos, puede ser tan importante como hacernos el amor”.

El objetivo de esta actividad es llegar a la conclusión propia de que la relación sexual en edades avanzadas tiene una dimensión mucho más rica que solo una relación coital. Realizamos un estudio compartido de un caso de una pareja que muestra su experiencia sexual desde la cama de su hogar. La mujer nos muestra cómo gracias al conocimiento mutuo de la pareja consigue relaciones mucho más satisfactorias. Están conectados emocionalmente y aunque se tarda más a veces en que el deseo llegue, finalmente pueden tener una relación muy placentera. El uso de todo tipo de técnicas relacionadas con el masaje, con la excitación prolongada, con los besos y las caricias, el huir de las prisas, el darse tiempo, programar el

tiempo y dedicar tiempo al otro. Es el momento de no correr, de dedicarse a la pareja sin otro tipo de preocupaciones, ni familiares, ni sociales, es el momento de disfrutar del erotismo. Estamos abordando el área emocional de la sexualidad. Hemos de pensar en muestras de afecto y en cómo mejorar la comunicación con la pareja. Uno de los hándicaps con los que nos podemos encontrar es la herencia educativa recibida, que formó a los varones en valores de masculinidad en términos de dominancia y virilidad. La masculinidad es un concepto mucho más profundo que los genitales o la excitación de estos. En contra de estas tendencias machistas del pasado, existen muchísimas personas mayores con mentalidad abierta sin aferrarse a esquemas rígidos. La creatividad sexual no tiene por qué disminuir con la edad (Puerto Pascual, 1999).

Finalmente, el modelo de acto sexual como se practica en la juventud no es aplicable tal cual, en la vejez, en la que cobra mayor importancia la intimidad corporal y la cercanía afectiva.

Actividad 8ª: Exposición de la Tabla de Problemas Sexuales y Cuidados

Con una técnica de exposición intentamos organizar la información sobre la afectación de los principales problemas de salud sobre la sexualidad centrándonos en las enfermedades crónicas y otras. Informamos que en los varones la mayor prevalencia en problemas de salud sexual está en trastornos eréctiles, ansiedad, eyaculación precoz e incapacidad para alcanzar el orgasmo.

Por otra parte, entre las mujeres los problemas más frecuentes están en los problemas de lubricación, la imposibilidad de alcanzar el orgasmo, el dolor y la falta de interés por no encontrar el sexo placentero (Gómez Bueno y Bretín, 2011).

Entregamos una tabla con problemas de salud y cuidados que pueden afectar a la vida sexual. Los problemas de salud tratados son la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el hipercolesterolemia.

Realizamos también un repaso a las enfermedades de transmisión sexual que a veces se olvidan en este tramo de edad. Algunas personas mayores con patología crónica tienen miedo a tener relaciones sexuales por poder tener consecuencias negativas para su enfermedad. La vida sexual activa es beneficiosa para personas con problemas cardiovasculares, con dolor crónico o con otro tipo de dolencias. No existe evidencia sobre el aumento de muerte súbita en personas mayores con problemas de corazón así que no hay por qué evitar las relaciones sexuales. Simplemente hay que vigilar la falta de aire y el dolor en el pecho. La hipertensión leve o moderada no obliga a la restricción de relaciones sexuales.

La calidad de vida se mejora en las enfermedades neurológicas al tener actividad sexual. Con relación a las enfermedades osteoarticulares simplemente aportamos la indicación de que se debe tener cuidado con las posturas usadas en las relaciones. Se puede tomar algún fármaco analgésico básico a la hora de tener las relaciones sexuales. A mayor vida sexual activa existe mayor calidad de vida y se toma menos medicación para el tratamiento de las enfermedades crónicas (Brenes Vásquez et al., 2016) (Ballester-Arnal et al., 2016).

Abordamos también los problemas relacionados con la imagen corporal. Los pacientes que son portadores de sonda vesical permanente o personas ostomizadas con bolsa permanente, deben trabajar la mejora de la autoestima aceptando los cambios en su cuerpo. Una de las técnicas apropiadas para tener relaciones sexuales completas con sonda permanente es el uso de preservativo en los varones y pegado temporal, al abdomen con adhesivo hipoalérgico, en las mujeres. Respecto a las relaciones sexuales con bolsa de colostomía, antes de la relación, se debe cambiar la bolsa, limpiar la estoma y vaciar la vejiga. También se pueden utilizar accesorios como mini bolsas o cubre estomas. Hemos de comentar la importancia de la comunicación con la pareja y hablar entre ambos sobre las alternativas posibles, teniendo en cuenta las circunstancias nuevas de salud (Fundación Ayúdate, 2009).

Debemos reflejar los efectos secundarios de los medicamentos que perjudican a la salud sexual. Comenzamos explicando para qué sirve el Viagra. Nuestra intención es que reflexionen sobre la necesidad o no de usar un medicamento para mantener una erección que quizás no sea tan necesaria. Los grupos de medicamentos que más afectan a la función sexual son los antihipertensivos, los antidepresivos y los corticoides. En el grupo de los antihipertensivos los más usados son los diuréticos y betabloqueantes. En el grupo de los antidepresivos los inhibidores de la serotonina y de la noradrenalina. Casi en el 25% de los ancianos con disfunción eréctil la causa es medicamentosa. Casi todos los antihipertensivos se han relacionado con impotencia (Herrera P., 2003).

Aprovechamos la exposición de estos efectos secundarios para animarlos a acudir a las consultas de atención primaria para indagar en sus tratamientos. El conjunto de efectos secundarios es muy amplio y la aceptación depende mucho de cada caso concreto, pero la mayoría afectan a la libido. La falta de deseo es el efecto secundario más habitual. En la tabla 4.5 exponemos las alternativas en cuidados para paliar los problemas sexuales.

Tabla 4.5

Tabla de problemas sexuales y cuidados

Problema de salud sexual	Causas	Cuidados
Disminución de la libido	Tratamiento farmacológico de hipertensión, diabetes, depresión, ansiedad	Cambio de tratamiento Medidas higiénicas sobre nuevo estilo de vida
Miedo al infarto	Angina de pecho	Profilaxis de angina antes de la relación Evitar comidas abundantes Tener papel menos activo
Problemas de erección	Mental o física	Terapia sexual Tratamiento farmacológico
Dificultad respiratoria	Asma	Uso de inhalador antes de comenzar
Dolor en la relación	Sequedad vaginal	Lubricantes Uso de otra relación no coital
Dificultad en la relación	Sonda permanente	Hombre uso de preservativo con sonda doblada y mujer pegar la sonda al abdomen
Dificultad física	Hemiplejía	Posición de lado con la parte no afectada en parte superior
Dificultad postural	Obesidad	Usar posturas confortables
Eyacuación precoz	Mental	Terapia sexual
Dificultad de la imagen corporal	Colostomía	Usar cubreestoma

Fuente: Basado en Tabla de enfermedades (Taylor, 2006)

4.5.3 Sesión Tercera

Iniciamos la sesión tercera desarrollando la unidad tres. Perseguimos muestras de cambios en prácticas sexuales para apoyar la positividad de la renovación en la vida sexual. Entramos en la esfera de las habilidades realizando recomendaciones de autocuidado con técnicas sexuales apropiadas a la edad. Abordamos el uso de juguetes sexuales que aporten innovación en la relación sexual. Por último, se realiza la evaluación de resultados y satisfacción de los participantes.

Actividad 9ª: Testimonio de Jane Fonda

Realizamos una lectura en grupo del testimonio de Jane Fonda (Anexo D), sobre la importancia de la masturbación femenina. El objetivo de esta actividad es apoyar, con el argumento de una persona conocida, la realización de un cambio en la vida sexual a través de una técnica alternativa saludable como es la masturbación. Se leerá el texto donde Jane Fonda aborda su opinión sobre la sexualidad activa. Los participantes deberán reflexionar sobre las causas que le llevan a Fonda a defender la masturbación. Debemos llegar a la conclusión de que la masturbación es saludable en la persona mayor. No hay que ser joven para jugar con tu propio cuerpo no es una perversión, ni una práctica inmadura. Se tenga o no pareja la masturbación es una buena técnica de satisfacción sexual para afrontar la soledad.

Hablamos sobre las nuevas tendencias sexuales de los mayores, al poder disfrutar del ocio y tiempo libre en la jubilación. Existen lugares de ocio y de turismo de playa o de interior en balnearios, donde las relaciones de pareja se ven fomentadas. Dentro de instituciones cerradas como las residencias de ancianos, se apoya la vida sexual saludable entre parejas de mayores llegando incluso a suceder relaciones estables hasta llegar al matrimonio. Hay una visión positiva hacia las relaciones amorosas en el final de la vida, en muchas de estas instituciones (Villar et al., 2017).

Actividad 10ª: Tupper-sex. Taller Práctico de Juguetes Sexuales

Se muestra una colección de juguetes eróticos aportados mediante colaboración con una tienda especializada en productos eróticos. Con la técnica de demostración de habilidades buscamos el entrenamiento en el uso de estos objetos. Queremos conseguir que los participantes lleguen a palpar los nuevos materiales que existen en el mercado donde la mejora, tanto de la vibración más silenciosa como de la sensación táctil es muy evidente. Hablamos sobre los más usados en personas mayores y la incorporación del sexo femenino a la compra en mayor medida de las últimas tendencias, como la línea de productos Satisfyer y

los nuevos lubricantes. Insistiremos en la recomendación del uso de vibradores vaginales, con los que se consigue una mezcla placentera y terapéutica mejorando la sequedad vaginal y ejercitando los músculos de la zona (Felitti, 2006). En cuanto a los varones recomendamos el uso de anillos vibradores colocados en la base del pene para favorecer la retención parcial y temporal del flujo sanguíneo como prolongación de la erección.

Actividad 11ª: Recomendaciones Sexuales “El Deseo es Vida”

Con el lema “El deseo es vida” planteamos técnicas y recomendaciones sexuales avaladas por la comunidad científica, para la mejora de la calidad sexual de las relaciones en mayores. Aplicamos la técnica de desarrollo y entrenamiento de habilidades fomentando la *ayuda para decidir* cuál de las recomendaciones sexuales aportadas puede ser mejor para cada persona. En esta penúltima actividad, aprovechamos la relación de confianza afianzada después de dos sesiones de trabajo, para permitirnos dar consejos de autocuidados de contexto más íntimo. No abandonamos la propuesta constante de asesorar en la línea de la vida sexual activa.

Dividimos las recomendaciones sobre autocuidados en once habilidades a utilizar en las relaciones sexuales y las exponemos a continuación:

1. Fomentar la vida saludable. No alcohol y buen descanso

Debemos cuidar la salud, cuanto mejor sea nuestra salud mejor vida sexual podremos disfrutar. Hablamos de realizar autocuidados para el cuerpo como son: una dieta equilibrada, ejercicio físico semanal, relajación, higiene, descanso, aceptación de la imagen corporal y el cuidado de los sentidos y las sensaciones eróticas (Pérez et al., 2006). El descanso es parte fundamental para el ejercicio de una vida sexual sana. Si buscamos la sexualidad activa investigamos, en cierta manera, una actividad natural del cuerpo. Actividad física que necesita un descanso adecuado para la edad. La realización de diferentes técnicas sexuales necesita precisa movimiento muscular

motivado por la excitación y el deseo. Existe por lo tanto un gasto de energía que se debe recuperar con buen patrón de sueño y descanso. En nuestra cultura el consumo de bebidas alcohólicas está integrado en la vida social. El alcohol no ayuda nada a la vivencia de sensaciones sexuales agradables. Impide la plena satisfacción de las relaciones sexuales provocando la pérdida de las condiciones idóneas para la relación (Beckman et al., 2014).

Un apartado a revisar en el aspecto de la salud es el tratamiento de alguna enfermedad crónica. La persona mayor debe estar informada sobre la disminución de la libido provocada por efectos secundarios de la medicación habitual. Se debe acudir a la consulta de atención primaria para poner el tratamiento al día si existen problemas con la medicación.

2. Pensar en el sexo de forma positiva

El sexo puede mejorar a cualquier edad. Recomendamos la vida sexual activa pues la sexualidad es algo natural que todos poseemos y nos proporciona aumento de la calidad de vida. Aunque en la vejez se pueden padecer distintos problemas de salud estos pueden mejorar gracias a la salud sexual (Beckman et al., 2014). La experiencia acumulada en las relaciones sexuales es un valor de mejora a experimentar en edades avanzadas. Las cargas han desaparecido, los hijos, el tener poco tiempo, las prisas, el qué dirán. Estamos en un momento perfecto para que las relaciones sexuales mejoren. Debemos elaborar una aceptación crítica positiva hacia los cambios físicos y mentales sobre la sexualidad en esta etapa vital.

3. No tapar el cuerpo. Somos elegidos para compartir.

El cuerpo forma parte fundamental de nuestra existencia, es nuestra herramienta para socializar. Debemos olvidar prejuicios físicos y centrarnos en el hecho de compartir

con nuestro cuerpo. Somos como somos y debemos reconocer la realidad frente a la imagen ideal mostrada por los medios de comunicación. Es muy importante reconocer tu cuerpo y que la otra persona lo reconozca también, la pareja también ha sentido los cambios de la vejez. Siguiendo el concepto de sexualidad expandida García (2005, p.10) lo define de la siguiente manera: “una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a su disposición las personas para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías, afectos, acaricias o ternura” .

4. La comunicación es la clave para una intimidad real

Es ahora cuándo se da más importancia al cariño, a la complicidad, es decir, a los afectos. Se debe cuidar de la pareja, la relación afectiva es primordial (Nelson, Schuler, Philip, Mulhall, Jandorf, Reiner, Baser, Duhamel, et al., 2014). Hay que ponerse en el lugar del otro intentar complacerlo buscando lo que a la otra persona le guste. Conseguir el placer del otro provoca sensaciones placenteras en uno mismo. Estamos ante la relación más íntima entre dos personas que puede existir. El entendimiento mutuo ha de ser muy real y sincero para que la comunicación funcione.

5. Ser creativo y cariñoso con mente abierta

Nos debemos autocuidar emocionalmente manejando emociones y sentimientos sexuales de forma positiva y saludable. La mente positiva y abierta nos ayuda en la utilización de nuevas técnicas de excitación, es simplemente algo añadido a la relación no sustituye totalmente a la pareja.

Se recomienda crear nuevas formas de relación sexual con la pareja. El uso de todo tipo de juguetes eróticos está actualmente muy extendido. El juego con este tipo de aparatos puede ayudar a poner un toque de renovación en las relaciones de pareja o individualmente. Se recomienda iniciar con vibradores pequeños para experimentar

posibles sensaciones nuevas. Se combinan vibraciones y cambios de presión de manera constante con efectos sobre el orgasmo muy satisfactorios (Felitti, 2006). Para varones con mente abierta existe la posibilidad del uso de vibradores con masaje prostático. Dentro de la erótica sexual nace todo un mundo de creatividad que podemos imaginar con el uso de disfraces, juegos sexuales, simulación de escenas cotidianas, personajes de ficción etc. no tiene límites, los límites los pone cada pareja.

6. Recrearse uno mismo y disfrutar de la relación sexual

En la mayor parte de nuestra vida usamos la sexualidad no reproductiva. Es una sexualidad recreativa donde buscamos el placer sexual. Según Herrera (2003) analiza el hecho de disfrutar del tiempo y de la intimidad en la relación sexual del mayor. Ya no hay que atender a hijos y ha desaparecido, hace tiempo, el riesgo de embarazo.

Recomienda disfrutar de la relación sexual, pues se cambia el síndrome del nido vacío por el síndrome de misión cumplida. Para disfrutar de la relación sexual a veces tenemos que buscar activamente el deseo sexual. Somos seres sexuados e inteligentemente podemos encontrar un erotismo que esté de acuerdo con nuestras preferencias. Actualmente en el mundo de la información donde vivimos tenemos buen acceso a cualquier tipo de material erótico. No hablamos de la recopilación de pornografía sino de películas eróticas, comics, e incluso novelas recomendables para lectura en pareja.

7. Usar nuevas técnicas sexuales

Recordamos en este apartado el valor de la caricia no sexual o no genital. La caricia no sexual es la preferida de los mayores y tiene el objetivo de acariciarse no solo con el único objetivo de llegar al coito (Galinsky, 2012). Consiste en acariciar otras zonas, abrazarse, besarse, tocarse delicadamente y aplicar masajes sensuales en zonas menos usadas.

Mencionamos el hecho de que durante muchos años se ha insistido en la importancia de *los juegos preliminares*, antes del coito. Significaba para algunas personas algo de poca importancia, algo que daba paso a lo principal que era la penetración. Es el momento de no tener al coito de protagonista en el juego sexual, y dar paso al manejo, en modo de experta/o, de juegos sexuales basados en *los preliminares* de antes. Uno de los juegos para esta edad es la masturbación. La masturbación es sana y placentera. Está muy indicada para compartir en pareja o para momentos de placer sexual en solitario. Es muy interesante mantener la creatividad y explorar nuevas acciones huyendo de costumbres prefijadas.

8. Experimentar con posturas confortables

Deben ser posturas que encuentren confortables las dos partes de la pareja. Observamos características como la edad, el peso, problemas físicos, patologías relacionadas con las articulaciones, posibles secuelas neurológicas, problemas de erección y dolor en el coito. Puede haber posturas donde la persona mayor no se encuentra cómoda. En los problemas de erección es mejor que la mujer se sitúe encima del hombre. En personas con hemiplejía colocamos el lado afectado en la parte inferior de la postura elegida, sirviéndonos de apoyo la parte afectada.

9. Aumentar las relaciones personales

Dentro del ejercicio de la sexualidad, un componente a analizar es el estado del autocuidado de la relación personal. Se deben incrementar las relaciones personales buscando personas que enriquezcan nuestra vida. El fomento de la vida social con el disfrute del ocio y el tiempo libre nos asegura poder cubrir las necesidades de sociabilidad (Gómez Bueno y Bretín, 2011). Uno de los aspectos estudiados en personas mayores es la soledad sobre todo después de haber enviudado. El inicio de nuevas relaciones buscando la compañía y el afecto no se pueden obtener quedándose

en casa. Podemos encontrar oportunidades para compartir las vivencias personales simplemente al dar un paseo o al ir hacer la compra diaria. La disposición a conocer nueva gente, mantener una buena relación con los vecinos y las amistades es bueno para el estado emocional y la salud en general. Se necesita un entorno social saludable donde poder compartir experiencias y sensaciones (Gobierno Vasco, 2017). Es el momento de disfrutar de los últimos años de vida si es posible en compañía, con una mejor calidad de vida sexual saludable.

10. El uso de preservativo: ¿Por qué?

No podemos dejar nuestras recomendaciones sin hablar de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S): el sida, la gonorrea, sífilis, herpes simple, infección por clamidias y hepatitis B, son enfermedades sexuales comunes en todas las edades, también en los mayores. En personas mayores de 60 años ha aumentado un 23% el diagnóstico de enfermedades sexuales (Levine, 2020). El 10% de los casos nuevos de VIH en Europa suceden en mayores de 50 años. En los últimos años han aumentado un 40% los casos de VIH en mujeres mayores (Hanzeliková, 2006). El aumento de las relaciones sexuales con parejas no habituales se ha visto incrementado, entre otras razones, por el nuevo uso del ocio y el tiempo libre con la jubilación. Esta es la razón por la que es recomendable usar preservativo cuando se mantienen relaciones sexuales con parejas no conocidas, pues en el prospecto de uso del preservativo no indica límite de edad. Debemos evitar las E.T.S. en edades mayores (Hanzeliková, 2006).

Tabla 4.6

Recomendaciones sexuales

La mejor manera de conseguir una <i>VIDA SEXUAL ACTIVA</i> es llevar a cabo tareas para mantener una <i>BUENA CALIDAD DE VIDA</i>
1. Fomente la vida saludable: no alcohol y buen descanso. <i>“Cuanto mayor salud tengamos mejor vida sexual disfrutaremos”</i>
2. Piense en el sexo de forma positiva <i>“el sexo puede mejorar a cualquier edad”</i>
3. No tape su cuerpo <i>“nos eligen para compartir”</i>
4. La comunicación es la clave para una intimidad real <i>“ cuide a su pareja”</i>
5. Sea creativo/a y cariñoso/a con una mente abierta: <i>“ atrevase con juguetes eróticos”</i>
6. Disfrute y recréese en la relación sexual: <i>“ busque el deseo y el placer sexual”</i>
7. Use nuevas técnicas sexuales <i>“ acaricie, toce, abraze, bese... “</i>
8. Experimente con posturas confortables <i>“ placenteras para ambos”</i>
9. Aumente las relaciones personales <i>“ contra la soledad buenas compañías”</i>
10. En una relación con pareja no habitual <i>“use preservativo”</i>

Actividad 12ª Evaluación

Para finalizar pasamos a los participantes el cuestionario estructurado final idéntico al que utilizamos en la primera sesión (Anexo A). De esta manera podemos comparar los resultados en aumento de conocimientos y en cambio de actitudes frente a la sexualidad en el mayor después de participar en este programa educativo. A su vez repartimos una encuesta de satisfacción personal dirigida a la evaluación de las actividades realizadas y hacia la participación de los docentes (Anexo E). Medimos la satisfacción general con el programa, la duración de las jornadas, la utilidad de las actividades para su vida diaria, los recursos materiales y el grado de implicación del educador. Con una hoja de registro de observaciones el educador revisa criterios de evaluación continua como la participación, el uso de los recursos materiales, la accesibilidad a los locales, las condiciones de la sala en cuanto a temperatura y comodidad, el cumplimiento de horarios y la adecuación de las actividades (Anexo F).

TERCERA PARTE
ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo Quinto.
Implementación de la Intervención
Educativa

Tercera Parte. Estudio Empírico

5. Capítulo Quinto. Implementación de la Intervención Educativa

5.1 Introducción

Una vez realizada la revisión sistemática sobre la situación de la sexualidad en la persona mayor hemos descrito hallazgos científicos basados en estudios de calidad. Hemos encontrado las diferentes barreras que impiden el ejercicio libre de los derechos sexuales de las personas en edad avanzada y hemos descrito conflictos éticos hacia la práctica y el reconocimiento de una sexualidad activa (Villar et al., 2017). También hemos encontrado la importancia del fomento de la realización de intervenciones educativas a pacientes y a profesionales de la salud (Dabouza, 2016). Hemos realizado un diagnóstico de la situación de salud sexual de la población mayor, en términos de comportamiento, prácticas sexuales e ideas preconcebidas respecto a la sexualidad. Se han demostrado la existencia de diferentes iniciativas estudiadas sobre educación en el adulto en sexualidad (Torres, I., 2012). Esta tesis pretende comprobar los resultados de una intervención educativa diseñada con actividades formativas, con el objetivo de la mejora de la calidad de vida sexual, sobre población de edad avanzada. Desarrollamos un despliegue metodológico para la correcta verificación de las hipótesis propuestas y observamos los resultados de estas. Después del análisis e interpretación de los datos obtenidos, esperamos poder contribuir de manera positiva a la producción científica sobre educación para la salud del mayor.

5.2 Objetivos

El objetivo general de este estudio de investigación es analizar los conocimientos y las actitudes que adquieren sobre sexualidad las personas mayores participantes susceptibles de un aumento de calidad de vida afectivo sexual. Evaluamos la efectividad de una intervención

programada educativa, basada en el programa SEXMA, ya explicado en el capítulo cuatro. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Diseñar un programa-servicio de educación sexual, destinado a personas mayores de 60 años, que beneficie aumentando conocimientos y cambio de actitudes hacia un manejo de una sexualidad activa.
- Implementar el programa-servicio en un entorno social adaptado a las necesidades de la investigación.
- Evaluar el cambio de conocimientos y actitudes entre los participantes, hacia la sexualidad en la persona mayor, comparando los resultados en el grupo experimental y el grupo control.
- Evaluación del desarrollo del programa en términos de satisfacción por parte de los participantes, adecuación de la metodología y la pertinencia de las actividades y los materiales docentes utilizados.
- Difusión de los consejos de sexualidad para mayores, basados en la evidencia científica del programa SEXMA, en la plataforma digital de la Gerencia Regional de Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, en el apartado “ Ciudadanos/ Aula de pacientes/ Salud de los mayores”.

5.3 Hipótesis

Siguiendo la línea de investigación propuesta en esta tesis sobre el desarrollo de la actividad sexual de calidad en las personas mayores, basándonos en nuestros objetivos, creemos que esta intervención de educación sexual determinará un aumento de conocimientos sobre competencias afectivo-sexuales y un cambio de actitudes para una mejora en las destrezas y habilidades de la vida sexual. Se ayudará a superar la barrera de los prejuicios y representaciones estereotipadas de la sexualidad en los mayores.

Partimos de las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 1: las personas mayores participantes en el grupo experimental de la intervención educativa incrementarán los conocimientos globales sobre la sexualidad, respecto a los participantes del grupo control.*
- *Hipótesis 2: las personas mayores participantes en el grupo experimental de la intervención educativa mejorarán las actitudes globales, frente a la sexualidad, respecto a los participantes del grupo control.*
- *Hipótesis 3: después de la implementación del programa-servicio SEXMA los participantes reflejarán una buena aceptación y satisfacción con la intervención educativa, en grupo experimental y en grupo control*

5.4 Metodología

Se realiza un estudio cuasiexperimental, de diseño pre y pos-test con grupo control. Realizamos un muestreo no probabilístico de carácter incidental. El criterio de selección se determina por la disponibilidad de las asociaciones participantes. El estudio se lleva a cabo con dos grupos, uno experimental con las personas mayores que participan en el programa, y el segundo, grupo control que no recibe formación en un primer momento. Se realizan dos mediciones una antes y otra después de la intervención. Con este sistema de pre-test post-test avalado por investigaciones psicológicas (Dugard y Todman, 2006 ; Fierro, 1987) buscamos la relación causa efecto de la intervención. El tipo de estudio elegido cuasiexperimental obedece al objetivo de alcanzar un grado de fortaleza interna adecuado para llegar a un buen nivel de evidencia. Los trabajos de investigación cuasiexperimentales demuestran un buen nivel de evidencia. En alguna escala de jerarquización propuesta, los estudios cuasiexperimentales se muestran justo debajo de los ensayos clínicos aleatorizados (Manterola y Otzen, 2015).

Un apartado muy sustancial de nuestra investigación es el desarrollo metodológico de la evaluación de la intervención educativa. Para la evaluación del programa SEXMA elaboramos

una evaluación siguiendo el modelo de Avedis Donabedian. El modelo Donabedian es un modelo conceptual orientado a proporcionar un marco para evaluar la calidad de la atención médica y examinar los servicios de salud. Describió y analizó, en su artículo de 1966 titulado "Evaluación de la calidad de la atención médica", las metodologías para la investigación de los servicios de salud. Identificó tres dimensiones que serían su paradigma para evaluar la calidad de la atención: estructura, proceso y resultado. Este artículo es uno de los escritos relacionados con la salud pública más citados del siglo XX con una muy buena aceptación por los servicios sanitarios, siendo actualmente el paradigma dominante. En 1980 Donabedian publicó "Exploraciones en evaluación y seguimiento de la calidad vol. 1: Exploraciones en la evaluación y el monitoreo de la calidad" describiendo mejor el paradigma estructura- proceso - resultado (Donabedian, 1980).

El modelo analiza la dimensión del proyecto realizado, buscando los tres tipos de información que se recopilan de la evaluación del proceso, estructura y resultado, para obtener inferencias sobre la calidad de la intervención recibida. En su nivel más básico, el marco se puede utilizar para modificar estructuras y procesos dentro de grupos pequeños, para mejorar el intercambio de información, por ejemplo. La razón por lo tanto por la que elegimos este tipo de diseño de evaluación es porque está orientado hacia los servicios de salud. Nuestra investigación tiene entre sus objetivos la consecución del desarrollo del programa servicio SEXMA para alcanzar una mejora en la calidad de la vida sexual de los mayores.

El proceso mide la calidad de las actividades realizadas analizando cómo se han ejecutado, midiéndolo por medio de un guion de análisis observacional directo. Son responsables de esta observación los educadores que realizan la intervención educativa. Se pretende alcanzar el objetivo de mejora de la intervención gracias a la retroalimentación con la observación estructurada de las sesiones educativas.

La estructura describe el contexto donde se brinda la intervención: evaluamos la accesibilidad geográfica, la estructura física donde se han realizado las charlas, los recursos humanos utilizados, los recursos materiales y actividades docentes realizadas. En la sesión última de la intervención se añade un cuestionario de satisfacción con el programa a completar por los participantes con el objetivo de mejorar conceptos de estructura del programa, deteniéndonos en el grado de adherencia al programa de los participantes.

Por último, los resultados se refieren a los efectos de la intervención educativa recibida sobre el estado de salud de los participantes. Medimos los resultados en el aumento de conocimientos y en el cambio de actitudes en sexualidad, como indicadores de resultado. La calidad del proyecto viene avalada finalmente por el incremento o no de estos dos parámetros, para la mejora del estado de salud sexual del participante, como objetivo principal del proyecto. Obtenemos información por medio de un cuestionario de elaboración propia con datos sociodemográficos, sumado a la escala A.S.K.A.S 28 (*Aging Sexual Knowledge And Attitudes Scales*), se puede consultar en el Anexo A. Usamos la versión breve y validada para poder evaluar el conocimiento sobre la sexualidad y las actitudes relativas a la sexualidad en los ancianos (Viana Hh. citado en Madruga, 2010). Observando nuestros objetivos propuestos decidimos usar esta escala por su sencillez a la hora de aplicarlo como instrumento de medida de conocimientos y actitudes en personas mayores, después de implementar nuestra intervención. Las personas que pertenecen al grupo control reciben formación reducida en salud sexual después de haber cumplimentado el cuestionario de medida post-test.

Tras la recogida de datos se procede a la informatización y análisis con paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences 28 de IBM (SPSS Statistics 28.0.)* y tablas de recogida de datos con Microsoft Excel para Microsoft 365 MSO.

Comprobando la distribución normal de nuestros datos con la prueba Shapiro-Wilk y

Kolmogorov-Smirnov en subgrupo de conocimientos y en subgrupo de actitudes pre- post test, obtenemos una distribución normal desigual en grupo experimental y grupo control. Analizamos la distribución de la muestra según diferentes variables sociodemográficas, con pruebas descriptivas de frecuencia y porcentajes. Posteriormente realizamos análisis con pruebas paramétricas y no paramétricas utilizando principalmente diferencias de distribución de medias de pruebas emparejadas en muestra $n > 30$ (t de Student y coeficiente de correlación de Pearson) y $n < 30$ (Prueba de Rangos Wilcoxon) en el estudio de comparación entre grupo on-line y grupo presencial. Aunque parte de la distribución de nuestros datos no muestra una distribución normal, estamos de acuerdo con algunos autores que hacen referencia a la posibilidad del uso de la prueba t de Student con seguridad para muestras mayores de 30 individuos (Zimmerman y Zumbo, 1990). La prueba no pierde fuerza y es bastante robusta en este sentido, pues son datos que exhiben características encontradas en conjuntos de datos reales, pero se necesitan tamaños de muestras grandes (Kitchenham et al., 2017).

Otra comprobación que realizamos sobre nuestra muestra es su homogeneidad de varianzas. Trabajamos con el estadístico de Levene obteniendo homogeneidad en ambos grupos experimental y control (sig.>.05), lo reflejamos en la Tabla 6.44 del Anexo K.

5.4.1 Variables

Con la finalidad de conseguir una mayor claridad descriptiva y analítica de las variables establecidas en el cuestionario, las dividimos en tres grupos: variable independiente, variables dependientes y otras variables. Utilizamos variables cualitativas nominales dicotómicas (varón, mujer) y politómica (nivel de estudios o estado civil), variables cuantitativas discretas como el número de hijos.

Estudiamos en esta investigación la influencia que tiene el programa SEXMA como variable independiente, sobre los participantes. Las variables dependientes se obtienen de las respuestas a las 28 preguntas de la escala A.S.K.A.S. Las agrupamos en dos grupos: los

conocimientos sobre sexualidad y las actitudes hacia la sexualidad. Son los resultados que vamos a analizar cruzándolos estadísticamente con otras variables de carácter sociodemográfico: género, edad, número de hijos, estado civil, nivel intelectual y localidad. el sexo, la localidad y el estado civil son variables nominales, el nivel de estudios es una variable ordinal, y la edad y el número de hijos es una variable cuantitativa discreta.

Otra de las variables estudiadas es la satisfacción con el programa por parte de los participantes.

Con el afán de realizar un control de las variables definidas, para evitar alteraciones en los resultados, definimos medidas para la obtención de una buena validez interna y externa . Buscamos que los resultados de esta investigación sean llevados a cabo por el efecto de nuestro programa de educación sexual como variable independiente. La validez interna puede verse distorsionada por diferentes características que intentamos contemplar (Champagne, 2015):

- La distribución del pre-test y post-test se realiza en condiciones iguales para grupo experimental y grupo control. Realizamos una *instrumentación equitativa* evitando contaminación en las respuestas por una comunicación improbable entre los grupos participantes.
- Seleccionamos a los participantes por pertenencia a asociación de mayores de 60 años, buscando unas *características comunes* como grupo útil para nuestra investigación, en grupo control y grupo experimental.
- Para evitar la *familiarización* con los cuestionarios administrados, e impedir una posible desmotivación a la hora de responder, aplicamos el pre-test y el post-test con una diferencia de un mes, tanto en grupo experimental y en grupo control.

- La *selección* del grupo control y grupo experimental depende de las condiciones de disposición y participación de cada asociación. El hecho de realizar la intervención educativa a los dos grupos de estudio debe compensar la pertenencia a uno de ellos.
- Descartamos a los sujetos que no hayan podido realizar el pre-test y el post-test, asumiendo una *mortalidad experimental* posible. La pérdida de participantes será analizada con el estudio de la codificación anónima de los cuestionarios.

En cuanto al control de la validez externa buscando la generalización de los resultados obtenidos en otros contextos y poblaciones, nos proponemos atender las siguientes características (Argibay, 2009):

- La muestra de nuestro estudio es incidental, responde a los intereses de nuestra investigación. Conseguimos una validez poblacional obteniendo una muestra por conveniencia.
- Evitamos el efecto del *carácter novedoso* al formar parte de una investigación por los participantes, desarrollando la intervención en tres sesiones a lo largo de un mes.
- El efecto de *sensibilización* que puede producir el primer test se resuelve con la comparación del grupo control.
- La *validez ecológica* está representada por el lugar donde se realizan las intervenciones. Un lugar conocido para los participantes relacionado con su asociación.
- La *interferencia* con otros tratamientos múltiples es bastante improbable puesto que la temática sexual de nuestra intervención no es precisamente de las más presentadas en las asociaciones de mayores.

5.4.2 Muestra

Nuestro estudio pretende describir las características sociodemográficas de los participantes y comparar las medias de puntuación de respuesta en las 28 preguntas del subgrupo de conocimientos y actitudes del cuestionario A.S.K.A.S 28. Para el cálculo del tamaño muestral tenemos en cuenta la magnitud de la diferencia entre respuestas a detectar que tiene interés actualmente en la práctica de intervenciones educativas sobre sexualidad.

El porcentaje de mejora que queremos obtener es un 15% relacionado con la bibliografía encontrada (Hosseini et al., 2016; Soto et al., 2018; Cybulski et al., 2018). Proponemos un nivel de confianza $(1-\alpha)$ del 95% admitiendo una posibilidad de error (α) de 0,05 y planteamos el estudio de hipótesis bilateral no indicando por lo tanto una dirección de las diferencias. Con estas características calculamos la muestra estimada en: 107 sujetos en grupo control y 107 en grupo experimental.

Ajustamos el tamaño muestral y estimamos las posibles pérdidas por razones diversas (no respuesta al segundo test, abandono...) en un 15 %. Añadiendo esta proporción esperada de pérdidas, sumamos en total 126 sujetos en cada grupo. Usamos la siguiente fórmula propuesta por Pita (2018).

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = n (1/1-R)$$

$$n = \text{número de sujetos sin pérdidas. } R = \text{proporción esperada de pérdidas}$$

Intentamos con el estudio de nuestra muestra conseguir una validez externa siendo representativa de nuestra población de referencia. Debemos tener en cuenta que, en estudios relacionados con la psicología, algunas de las investigaciones no se llevan a cabo con muestras representativas, sino que se realizan con muestras incidentales (Marín S,1987). Como en

nuestro caso existe la dificultad de encontrar asociaciones dispuestas a participar en un estudio sobre sexualidad nos vemos forzados a realizar el estudio con muestra incidental, aproximándonos al tamaño de muestra probabilística calculada.

Investigamos si las variables sociodemográficas en cuanto a género, nivel de estudios alcanzado, edad, número de hijos y estado civil de los sujetos afectan a los resultados del estudio. Debemos poder generalizar la investigación a la población general de referencia y si observamos que las variables sociodemográficas no afectan en mayor medida a los resultados podremos generalizarlos con menos limitaciones.

Nuestro estudio trabaja con el análisis de una muestra dividida en muestras más pequeñas de distintas asociaciones. Aumentamos, de esta manera, la variedad de los sujetos que componen las mismas. Creemos que aumenta la probabilidad de que el conjunto de esta investigación se aproxime más a las características de nuestra población de referencia.

Argibay (2009) afirma que la realidad del problema de la validez externa de las muestras no probabilísticas no tiene que ver únicamente con la representatividad de las muestras, sino fundamentalmente con su validez ecológica. La validez ecológica se ocupa de la generalización ambiental que obtenemos si los hallazgos se pueden generalizar a entornos del mundo real. Nuestro mundo real en tiempo y en espacio, es la población mayor de 60 años que participa en asociaciones activas del entorno.

La disponibilidad de las asociaciones participantes determina nuestro criterio de selección. Son asociaciones con unas características similares de tipo sociocultural. Concretamente participan siete asociaciones y son asociaciones de vecinos, asociaciones de jubilados, asociación sindical y asociación de amas de casa. Buscamos el apoyo institucional, a nivel de ayuntamientos si es necesario, y el apoyo técnico de las propias asociaciones. Se

realiza la búsqueda de la muestra con petición formal de colaboración hacia las posibles asociaciones participantes. Finalmente, la muestra obtenida es de 246 personas 137 en grupo experimental y 109 en grupo control.

Las asociaciones que participan son las siguientes:

- Sección de jubilados UGT Castilla y León (Valladolid)
- Asociación de Mayores “Villadiego” (Villadiego)
- Asociación de la tercera edad “El desván” de Aguilar de Campoo” (Aguilar de Campoo)
- Asociación de jubilados de Villahizán de Treviño
- Asociación Amas de Casa de Aguilar de Campoo (Aguilar de Campoo)
- Asociación Amas de Casa de “Doña Mencía de Velasco” de Briviesca (Briviesca)
- Asociación “Las Cuatro Torres” de Vitoria (Vitoria)
- Sección de jubilados UGT provincial Valladolid (UGT Valladolid)

Además de las asociaciones completamos la muestra con un grupo de participación no presencial, que denominamos grupo online. Lo componen personas mayores de 60 años que tienen acceso a una encuesta enviada mediante un programa de mensajería instantánea, aspecto que consideramos como criterio de inclusión necesario. Realizamos un muestreo no probabilístico por redes (bola de nieve) en la que los sujetos del estudio buscan a otros para la participación.

Tabla 5.1

Muestra incidental

Participación			
Grupo experimental	Aguilar	n	18
	Briviesca	n	29
	UGT Va	n	28
	Valladolid	n	29
	Villahizán	n	15
	Vitoria	n	18
	Total		137
Grupo control	Aguilaramas	n	41
	On-line	n	30
	Villadiego	n	38
	Total		109
Muestra total			246

Realizamos una *muestra de cuota* para mejorar nuestro muestreo y decidir la elección de pertenencia al grupo control o grupo experimental. Nuestra cuota por alcanzar es 126 sujetos, pero dependemos de la disponibilidad de las asociaciones a la hora de presentar el cuestionario pre-test y post-test. (Clark-Carter,2002).

5.4.3 Instrumentos de Medida

5.4.3.1 El Cuestionario SEXMA (Anexo A)

El cuestionario está formado por 34 cuestiones divididas en dos grupos de preguntas principales. El primer grupo es un cuestionario de elaboración propia ad hoc, sobre datos sociodemográficos y el segundo grupo es el cuestionario reducido de la escala A.S.K.A.S. 28 .

El cuestionario sobre datos sociodemográficos consta de 6 preguntas sobre sexo, edad en años cumplidos, estado civil, número de hijos, nivel de estudios y localidad. En la variable “estado civil en la actualidad” nos interesa saber, si el sujeto es soltero, casado, viudo o con pareja estable. Investigamos la posible relación entre el estado civil y las preguntas sobre conocimientos y actitudes sexuales que se plantean. La pregunta sobre el nivel de estudios la dividimos en: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios o estudios superiores. Con el ítem de localidad distinguimos rápidamente a qué grupo de participantes pertenecen.

A estas primeras seis cuestiones sumamos las 28 de la escala A.S.K.A.S., formando las 34 preguntas del cuestionario SEXMA.

Para trabajar con una escala A.S.K.A.S. hemos utilizado la validación en lengua portuguesa de Viana,H. (Madruga, 2010) para mujeres y varones. Está compuesto por 28 ítems que evalúan conocimientos y actitudes relacionadas con la salud sexual. La escala A.S.K.A.S. original fue desarrollada por White(1982) constando originalmente de 61 ítems divididos en dos partes, una primera que evalúa los conocimientos y una segunda que evalúa las actitudes respecto a la sexualidad en personas mayores. Nos decantamos por el uso del cuestionario reducido por considerarlo más operativo para el trabajo con grupos de personas mayores. Obtenemos el permiso del autor Dr. Feliciano Villar del departamento de psicogerontología de la Universidad de Barcelona, para el uso del cuestionario en proyecto de validación en español .El autor desarrolla la línea de investigación del bienestar psicológico de los adultos mayores (Villar et al., 2010). Existen varias publicaciones del campo de la psicología y la medicina que recomiendan el uso de esta escala para medir los efectos de educación sexual en las personas mayores, y también se puede aplicar a familiares y profesionales que trabajan cerca de los mayores. Se miden los efectos de la educación sexual en los conocimientos y las actitudes de las personas mayores (Cybulski et al., 2018;Dogan et al., 2008).

La escala reducida A.S.K.A.S. 28 se compone de 20 preguntas que pertenecen a la subescala “conocimientos” con las posibles respuestas: “verdadero, falso y no sé”. Por otra parte, se compone de la subescala de actitudes con ocho preguntas calificadas con una escala Likert de siete puntos. Son siete posibles respuestas que van de la opción “totalmente en desacuerdo” a la opción “totalmente de acuerdo”, ordenadas de menor a mayor con puntuación máxima de siete. Se interpretan los resultados teniendo en cuenta que a mayor puntuación mejor actitud hacia la sexualidad

Ambas son escalas que han obtenido buenos índices de fiabilidad (de 0.97 a 0.72) para el método Alfa de Chrome. Se han medido en residentes de residencia de ancianos, personal trabajador de la residencia de ancianos y personas que trabajan con adultos mayores. Según la bibliografía la medida del Alfa de Cronbach es más fiel a la realidad en instrumentos que Están formados con un número inferior a 20 ítems. El instrumento mantendrá una consistencia baja si el coeficiente es inferior a 0.7 y se espera un valor de 0.9. Los valores superiores a 0.9 pueden mostrar una cierta redundancia en la medida existiendo ítems que miden elementos similares. Por lo tanto, consideramos que el valor de fiabilidad del cuestionario no debe llegar al límite de consistencia de 0.7.

Profundizando en la investigación del término fiabilidad, podemos plantear según Carvajal (2011) el estudio de la precisión de los resultados de un instrumento de medida con cuatro métodos: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. Nos fijamos en la consistencia interna del instrumento valorando la homogeneidad de sus enunciados. Lo calculamos estadísticamente mediante el Alfa de Cronbach, coeficiente que nos confirma la medida en que un concepto se encuentra presente en cada uno de los ítems en función de su correlación interna. La versión reducida de 28 ítems validada al idioma portugués desarrolla una evaluación basada en la validez de contenido. La validez de criterios y la validez del constructo no se ven reflejadas en el estudio de Viana H. Sí que evalúan la capacidad de

contemplar todos los elementos de objeto del estudio y comprueba la adaptación efectiva del instrumento a otra lengua (Oviedo, 2005).

Aun siendo conscientes de que en la actualidad el coeficiente Sigma es el más usado para encontrar como de constante es la medida del instrumento (Quintero, 2018), nos fijamos en el Alfa de Chrome, pues para realizar comparaciones con la bibliografía existente es la que debemos tomar como referencia para nuestro instrumento de valoración A.S.K.A.S. 28.

5.4.3.2 Cuestionario de Satisfacción (Anexo E)

Con el cuestionario de satisfacción evaluamos en primer lugar el aspecto general de satisfacción expresado por los participantes. En segundo lugar, analizamos los recursos humanos preguntando por la capacidad de dinamización, comunicación y empatía con el grupo, del educador. En cuanto a los recursos materiales con el cuestionario vemos la utilidad de los diferentes medios audiovisuales, la adecuación de los materiales educativos empleados y de las instalaciones utilizadas. También se pregunta por la utilidad de las actividades, dinámicas grupales y la duración de estas. Aplicamos a la encuesta una escala de Likert estructurada con cinco alternativas de respuesta que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de la pregunta realizada, desde el ítem muy insatisfecho con valor de un punto, hasta el ítem de 5 puntos muy satisfecho. Se añade a la encuesta tres puntos de texto abierto sobre aspectos de mejora, aspectos preferidos y observaciones particulares.

5.4.3.3 Hoja de Observación (Anexo F)

Seleccionamos las diferentes dimensiones a evaluar centrándonos en los aspectos que permitan identificar la utilidad y la contribución de cada una de las dimensiones estudiadas. En cuanto a la evaluación de la observación sistemática realizada por el profesional que imparte la intervención educativa, fue implementada con la hoja de observación. La hoja de observación sistemática de vaciado de datos se centra en la observación de la participación, la elección de

recursos materiales apropiados, la accesibilidad al lugar de formación, las condiciones de la sala en cuanto a comodidad iluminación y temperatura y la calidad general de las actividades. Aplicamos a la encuesta una escala de Likert estructurada con cuatro alternativas de respuesta que reflejan una observación en adecuación al proyecto o no, desde el ítem “poco adecuado” con valor de un punto, hasta el ítem de 4 puntos “muy adecuado”. Se añade a la encuesta un punto de texto abierto sobre posibles comentarios a añadir.

5.4.4 Recogida de datos

En cada una de las intervenciones educativas realizadas en las asociaciones participantes, recogemos los datos a través del cuestionario SEXMA pre y post-test, el cuestionario de satisfacción y la hoja de observación del educador. Hemos buscado procedimientos de registro de datos sencillos y fiables. Consiste en una recogida de datos sistematizada para la obtención de una base de datos ad.hoc.operativa. En los Anexos A,E y F podemos observar los ítems usados en cada instrumento de recogida de datos.

Se entrega el cuestionario SEXMA en la primera sesión de la intervención a cada grupo control y experimental. De igual forma se realiza la misma operación en la última sesión de cada intervención del grupo experimental. En el grupo control pasado un mes se distribuye, de igual manera, el cuestionario post-test antes de comenzar la intervención formativa. Se añade el cuestionario de satisfacción, también en la última sesión en ambos grupos. El educador tiene la responsabilidad de la recogida de datos en la hoja de observación al final de la última sesión de cada grupo.

5.4.4.1 Codificación y análisis de datos

Realizamos un análisis de datos cuantitativo. Comenzamos con un análisis estadístico descriptivo y posteriormente se realiza un análisis estadístico inferencial para determinar la asociación entre variables, calculando la magnitud de la asociación.

Utilizamos los siguientes estadísticos: frecuencias absolutas, frecuencias relativas y medidas de centralización y dispersión para aportar información sobre la distribución de los datos como son la media y la desviación estándar o típica interrogante. Realizamos un análisis descriptivo de variables cualitativas con frecuencias y porcentajes y en algunos casos los agrupamos por intervalos.

Dentro de la estadística inferencial realizamos el contraste de hipótesis para decidir si lo encontrado en nuestra muestra es atribuible o no al azar. Establecemos un análisis bivariante comparando medias de puntuaciones de respuesta a las preguntas sobre conocimientos y sobre actitudes.

Definimos la puntuación de cada pregunta con los valores acierto= 1, no acierto = - 0,5 y no sé =0. Encontramos lógico la fórmula conductista de penalización por pregunta fallada al relacionarlo con el número de opciones de respuesta que en nuestro caso son tres. Obtenemos una posibilidad de nota esperada que descarta las contestaciones realizadas al azar, por lo tanto, el error es cuantificado como - 0.5.

$$\text{Nota final} = \frac{\text{aciertos} - \text{errores}}{(n-1)} \times 10$$

La valoración codificada de las preguntas, siguiendo las indicaciones del autor de A.S.K.A.S.28, la realizamos de la siguiente manera:

- *Las preguntas de conocimientos con formulación inversa (1= -0.5, 2=1, 3= 0) son: 7,12,15,21 Y 22.*
- *Las demás preguntas de conocimientos de formulación no inversa (1=1, 2= -0.5, 3= 0) son: 8,9,10,11,13,14,16,17,18,19,20,23,24,25 y 26.*

- *Las preguntas de actitudes con formulación inversa (1=7,2=6,3=5 y 4=4) son: 27, 28 y 29.*
- *Las preguntas de actitudes con formulación no inversa (1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=6 y 7=7) son: 29, 30, 31, 32, 33 y 34.*

En el subapartado de conocimientos se puede obtener una puntuación máxima de 20 puntos y en el subapartado de actitudes se puede obtener una puntuación máxima de 63 puntos.

Como solución al problema de encontrarnos ítems sin contestar en el cuestionario, usamos como puntuación, la media de las puntuaciones obtenidas en el resto de los ítems del subgrupo conocimientos o del subgrupo actitudes. Consideramos que no tener en cuenta ese resultado y puntuar como cero, sesga el resultado real del sujeto. Los cuestionarios con más de 6 preguntas sin contestar serán eliminados de la muestra (Dieguez,2005).

Se elabora un código de claves de identificación anónima. Como podemos constatar nuestra población diana está compuesta por personas mayores de 60 años incluidos las de más de 75 años, donde habitualmente las condiciones de salud Pueden estar afectadas e influir en las condiciones para el aprendizaje. La destreza con el uso de claves complicadas no sería operativa para el buen funcionamiento de nuestra investigación. Optamos por un código sencillo del que no puedan olvidarse: la fecha de nacimiento con separación por guiones (xx-xx-xxxx). En caso de coincidencia de fechas de nacimiento dentro de la asociación participante, identificamos, por tipo de letra escrita, para aparejar el cuestionario pre -test y post-test. Archivamos en portafolios diferenciados todos los pre-test y post-test recogidos en cada asociación.

5.5 Procedimiento

Se realiza un procedimiento de intervenciones educativas en varias asociaciones que participan en el programa. Es el equipo de investigación SEXMA el que se encarga de impartir las intervenciones formativas y recoger los datos necesarios para nuestra investigación. Es un equipo interdisciplinar donde todos los componentes están relacionados con la educación para la salud. Forma parte de este equipo alumnos comprometidos con la línea de investigación del envejecimiento activo de los trabajos fin de grado de la Facultad de Ciencias de la salud en el Grado de Enfermería. Se procura impartir la formación afectivo sexual en las actividades por parejas para obtener una mejor calidad en la implementación y en la evaluación de las actividades.

Se desarrollan las intervenciones desde enero de 2018 a abril de 2021. En primer momento se contacta con las asociaciones para pedir permiso y acudir con la seguridad de una buena ejecución de horarios y actividades. Se pide la colaboración de relaciones en las condiciones adecuadas de la sala de trabajo en las condiciones confortables de la misma. Se preparan carteles por cada actividad de anuncio de sesiones, son las propias asociaciones las encargadas de recoger las personas interesadas.

Podemos observar la relación de intervenciones en la Tabla 5.2 del cronograma. Comenzamos las intervenciones formativas en el mes de febrero del 2018 realizando una prueba piloto con una asociación de mayores de 60 años (18 sujetos), asociación “El Desván” de Aguilar de Campoo. Nuestro objetivo es poner a prueba el programa educativo diseñado durante 2017. En 2018 comenzamos ya la implementación el programa en más grupos de asociaciones participantes. Se mejora el programa en cuanto a contenidos aumentando la documentación sobre la interacción de medicamentos en la sexualidad y completando la tabla de consejos sexuales con mayor evidencia disponible. Decidimos también cuál es la forma de codificación más efectiva para usar en nuestro estudio, una vez probado en la prueba piloto.

En enero de 2019 se imparten las 3 sesiones educativas en un grupo reducido de 15 personas en la asociación de jubilados de Villahizán de Treviño. En mayo de 2019 ampliamos la investigación sobre nuestro primer grupo control, obteniendo primero el permiso con la asociación de mayores de Villadiego para repartir en una de sus reuniones los primeros pre-test, y citarnos para un segundo post-test y comienzo de las intervenciones educativas al mes. El grupo experimental de Vitoria (18 sujetos, grupo experimental) de la asociación de vecinos “Las Cuatro Torres” desarrolla las sesiones los días 7,14 y 21 de marzo de 2019 (Anexo H). El 27 de junio de 2019 añadimos el grupo experimental de UGT provincial de Valladolid (28 sujetos),(Anexo G). El segundo grupo control lo forman los participantes del sindicato UGT de la sección de Castilla León con lo que acuden solo personas que no hayan participado en las jornadas del mes de junio. Desde la gran experiencia asociativa del sindicato les proponemos nuevas jornadas con grupo control para el mes de octubre. Trabajar con grupo control exige más dificultad a la hora de participar en la actividad, sin recibir en un primer momento la oferta formativa. Aplicamos el pre-test y el post-test en el mes de octubre del 2019 y usamos el mes de noviembre para impartir las sesiones de formación.

En enero de 2020 entran en el estudio la asociación de amas de casa “Doña Mencía de Velasco” de Bribiesca (29 sujetos, grupo experimental). En enero y febrero del 2020 aplicamos la intervención educativa en la asociación de amas de casa de Aguilar de Campoo (41) donde animamos a que participen también varones.

Tabla 5.2

Cronograma de intervenciones

Asociación	Año	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Asociación "El Desván" (Aguilar de Campoo) G.e. Prueba piloto	2018												
Asociación de jubilados Villahizán de Treviño G.e.	2019												
Asociación "Las Cuatro Torres" (Vitoria) G.e.	2019												
Sección de jubilados UGT provincial (UGT Valladolid) G.e.	2019												
Asociación de mayores "Villadiego" (Villadiego). G.c.	2019												
Sección de jubilados UGT Castilla y León (Valladolid) G.c.	2019												
Asociación "Doña Mencía de Velasco" (Briviesca) G.e.	2020												
Asociación Amas de Casa (Aguilar de Campoo) G.c.	2020												
Grupo on-line G.c.	2021												

Marca de color= fecha de sesiones G.e.=Grupo experimental G.c.= Grupo control

La actividad formativa con el grupo on-line se desarrolló en los meses de abril y mayo de 2021. Hemos de tener en cuenta que en esa fecha estábamos pasando por las difíciles circunstancias de las restricciones de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 y no estaba permitido la reunión de grupos para poder implementar la actividad de forma presencial. Se realizó una muestra no probabilística por bola de nieve y se mandaron unos cuestionarios mediante redes de mensajería instantánea. Se transformó la herramienta de la escala A.S.K.A.S. 28 a un formato de *Microsoft Forms* y se distribuye mediante un enlace que permanece accesible durante una semana desde los días 1 al 7 de marzo, se esperan 30 días y se vuelve a abrir el acceso el día 7 de abril. Se codifican los cuestionarios para garantizar el

anonimato de los datos y poder vincular los cuestionarios a una misma persona. Posteriormente en el mes de mayo siguiendo con las prohibiciones de reunión, optamos por facilitar el contenido del programa SEXMA por medio de un enlace de acceso a toda la información.

5.6 Aspectos Éticos y Legales

La investigación se ha desarrollado bajo las indicaciones de la legislación vigente respecto a la Protección de Datos, el respeto de la intimidad, el deber del secreto profesional y la confidencialidad. El artículo 18 de la Constitución española sobre el derecho a la intimidad familiar y personal y el secreto de las comunicaciones abala la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Esta es la ley que evita que los datos personales puedan ser usados para vulnerar la intimidad, derechos fundamentales y libertades de los ciudadanos.

El estudio cuenta con el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos (IR 9/ 2019, IR 02/21) y del delegado de Protección de Datos de la Universidad de Burgos (N. REF.UBU 011/2021), (Anexo I y J) Se informa a todos los participantes del objetivo del estudio, de la participación voluntaria y de la difusión de los datos, una vez sean analizados. Se solicita el consentimiento verbal para la realización de todos estos cometidos. Se cumple con las normas éticas de la declaración de Helsinki en la investigación con seres humanos. Se tiene en cuenta el ámbito de la intimidad y todos los aspectos que pueden estar implicados en el estudio de materia tan sensible.

Capítulo Sexto

Evaluación de Resultados

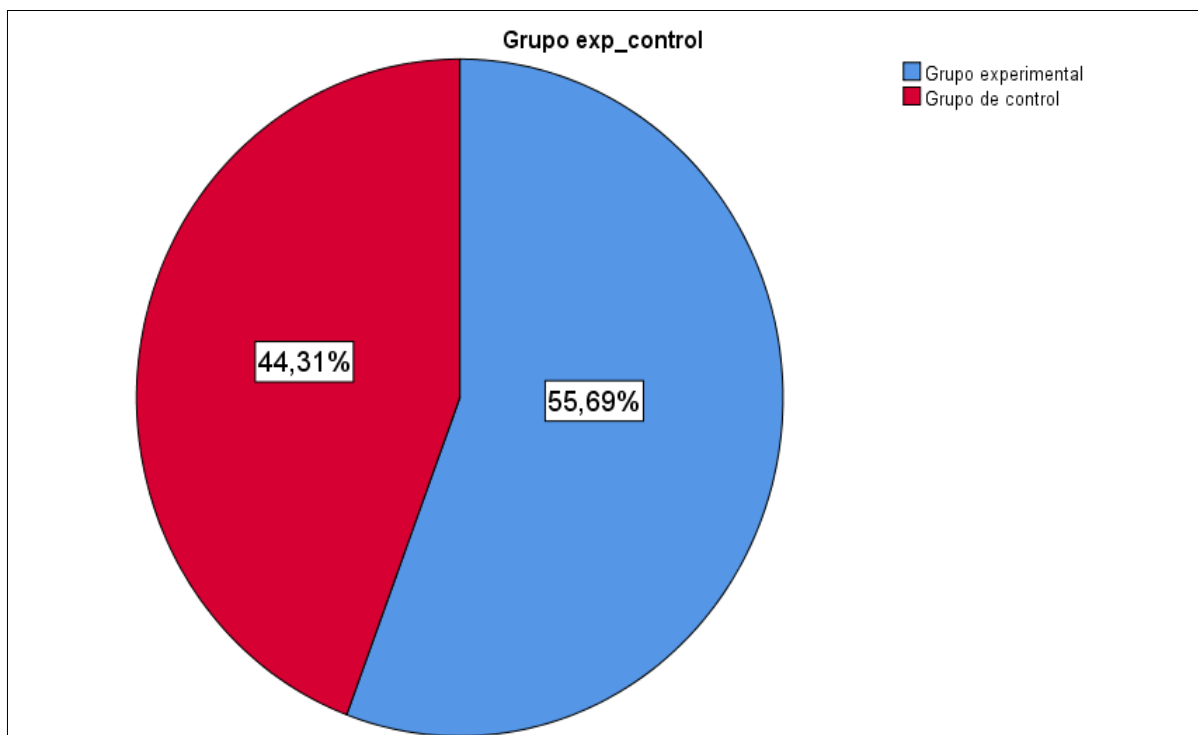
6. Capítulo Sexto. Evaluación de Resultados

Tomamos como eje central de la evaluación del programa la evaluación de resultados, del proceso y de la estructura de este. Buscamos el impacto del programa sobre aspectos de la salud en términos de conocimientos, actitudes y satisfacción de los participantes, analizando el nivel de cumplimiento de nuestros objetivos.

Observamos en primer lugar los resultados descriptivos de nuestra muestra estudiada. Podemos ver en la Figura 6.1 como la muestra final se compone de 246 participantes, 137 (55.69%) pertenecen al grupo experimental y 109 (44.31%) al grupo control.

Figura 6.1

Grupo experimental y grupo control



6.1 Resultados Descriptivos por Variables

Las asociaciones que participan son las siguientes:

- Sección de jubilados UGT Castilla y León (Valladolid)
- Asociación de Mayores “Villadiego” (Villadiego)
- Asociación de la tercera edad “El desván” de Aguilar de Campoo” (Aguilar de Campoo)
- Asociación Amas de Casa de Aguilar de Campoo (Aguilaramas)
- Asociación Amas de Casa de “Doña Mencía de Velasco” de Briviesca (Briviesca)
- Asociación “Las Cuatro Torres “de Vitoria (Vitoria)
- Sección de jubilados UGT provincial Valladolid (UGT Va)

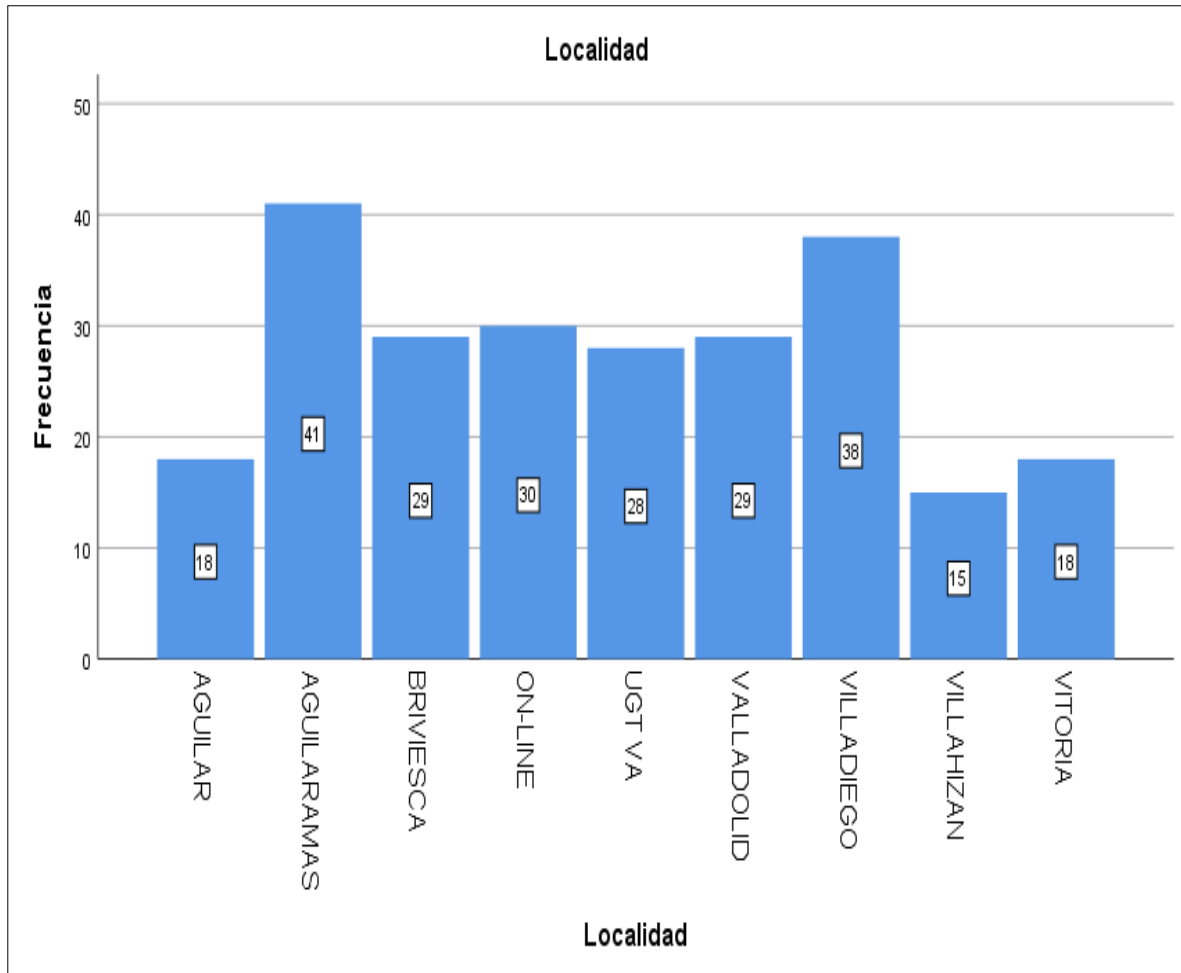
Debido a la aparición de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2.se completa el grupo control con la formación de un grupo de participación con 30 cuestionarios on-line .

6.1.1 Sexo

La participación por sexos varía dependiendo del tipo de asociación. Por ejemplo, en los dos grupos del sindicato U.G.T. (Unión General de Trabajadores), provincial y regional, la participación de varones es mayor que la de mujeres. En casi todas las asociaciones, toman parte más mujeres, 153 mujeres y 93 varones. En la asociación Amas de Casa de Aguilar de Campoo se propuso extender la actividad también a los maridos o parejas e invitados masculinos, mayores de 60 años. Vemos la participación en la Figura 6.2.

Figura 6.2

Participación por asociación



Según la variable sexo participan 153 mujeres y 93 varones, en Tabla 6.1. En la Figura 6.3 y 6.4 observamos la distribución, 58 varones y 79 mujeres en grupo experimental, 35 varones y 74 mujeres en grupo control.

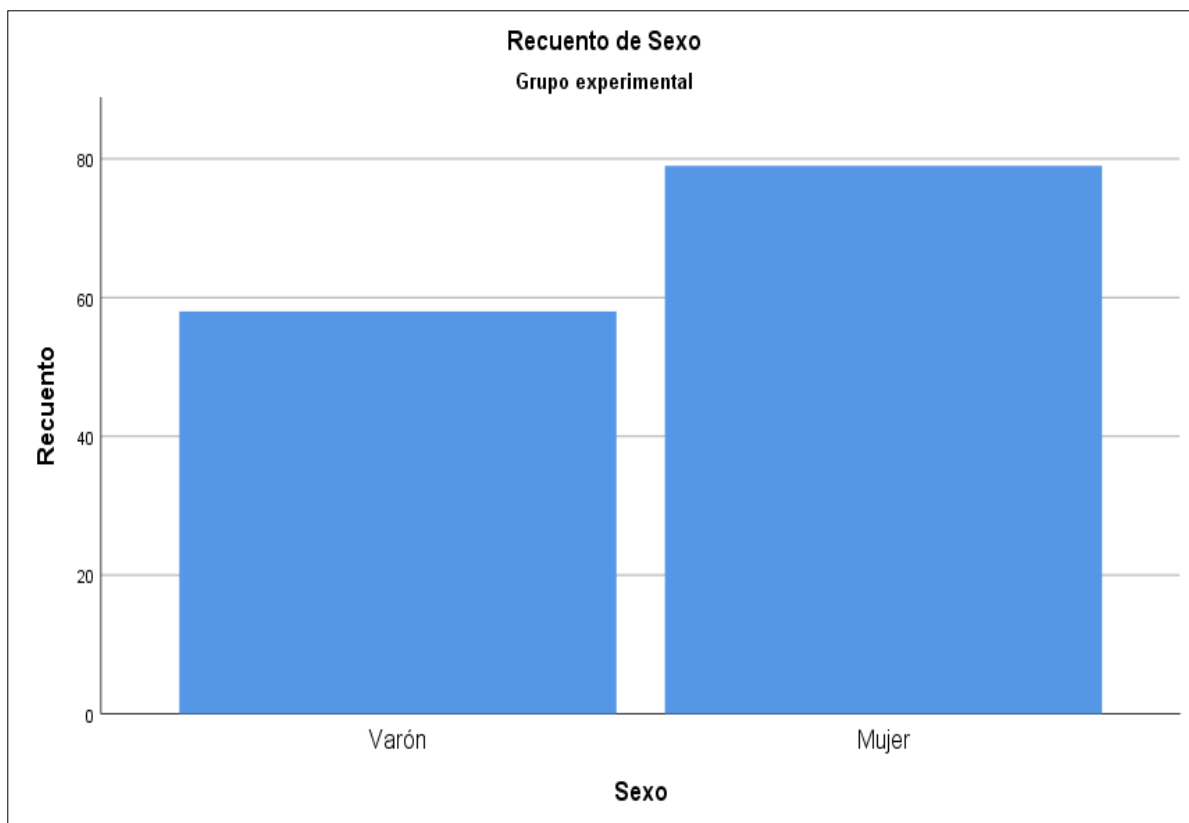
Tabla 6.1

Frecuencia por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Varón	93	37.8
Mujer	153	62.2
Total	246	100.0

Figura 6.3

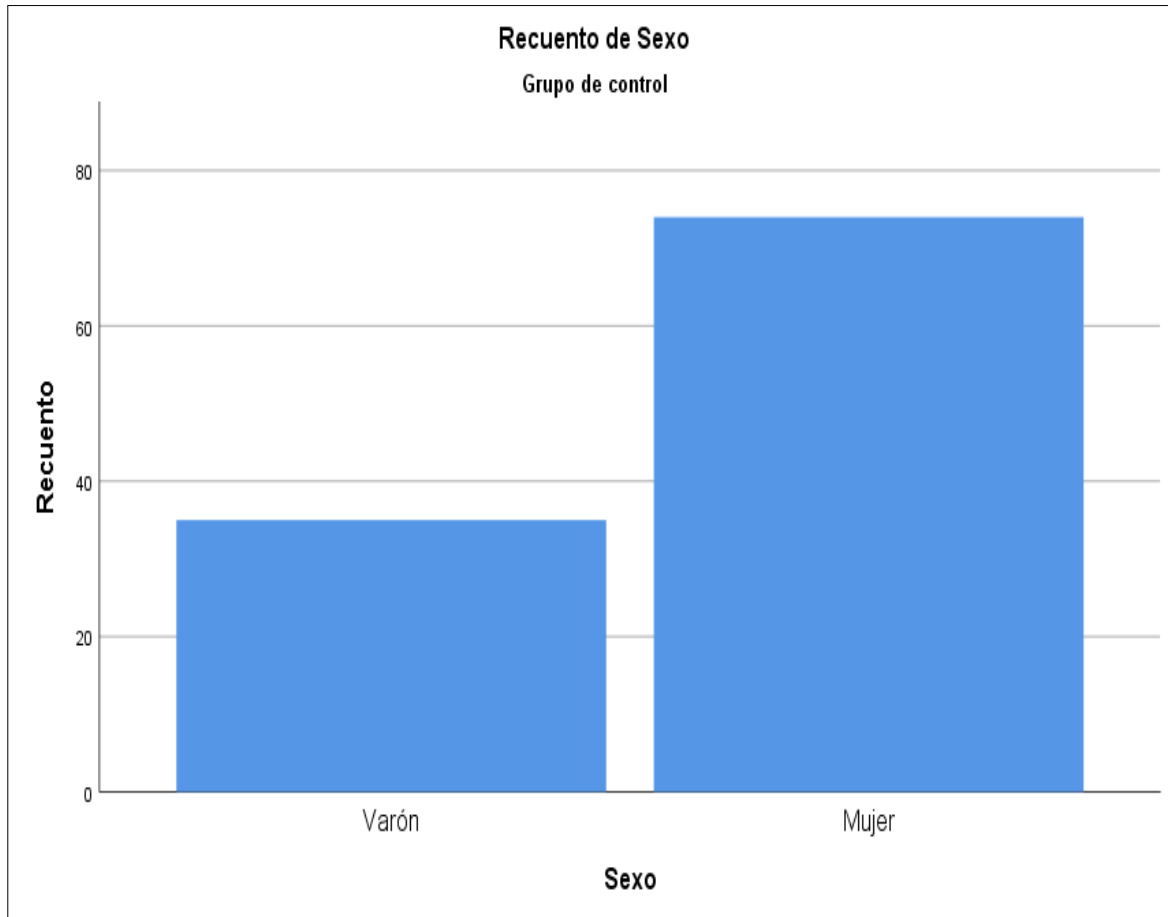
Distribución por sexo en grupo experimental¹



¹58 varones y 79 mujeres

Figura 6.4

Distribución por sexo en grupo control²



²35 varones y 74 mujeres

6.1.2 Estado Civil

Según la variable tipo de convivencia participan 28 solteros/as (11.4%), 168 casados/as (68.3%), 34 viudos/as (13.8%) y 16 con pareja estable (6.5%), se refleja en la Tabla 6.2. En la tabla 6.3. podemos observar la distribución diferenciada por grupo experimental y grupo control.

Tabla 6.2

Distribución por estado civil

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	28	11.4
Casado/a	168	68.3
Viudo/a	34	13.8
Con pareja estable	16	6.5
Total	246	100.0

Tabla 6.3

Distribución por estado civil según grupo experimental y grupo control

Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Grupo experimental	Soltero/a	22	16.1
	Casado/a	82	59.9
	Viudo/a	21	15.3
	Con pareja estable	12	8.8
	Total	137	100.0
Grupo control	Soltero/a	6	5.5
	Casado/a	86	78.9
	Viudo/a	13	11.9
	Con pareja estable	4	3.7
	Total	109	100.0

La edad media de participación es de 68.52 años. Analizando la edad en el grupo experimental obtenemos una media de 70 años en varones y 68 en mujeres, en el grupo control 67 años en varones y 67 también en mujeres, como vemos en la Figura 6.4, 6.5, 6.6, y 6.7.

6.1.3 Edad

Figura 6.5

Distribución según edad. Grupo experimental. Varón

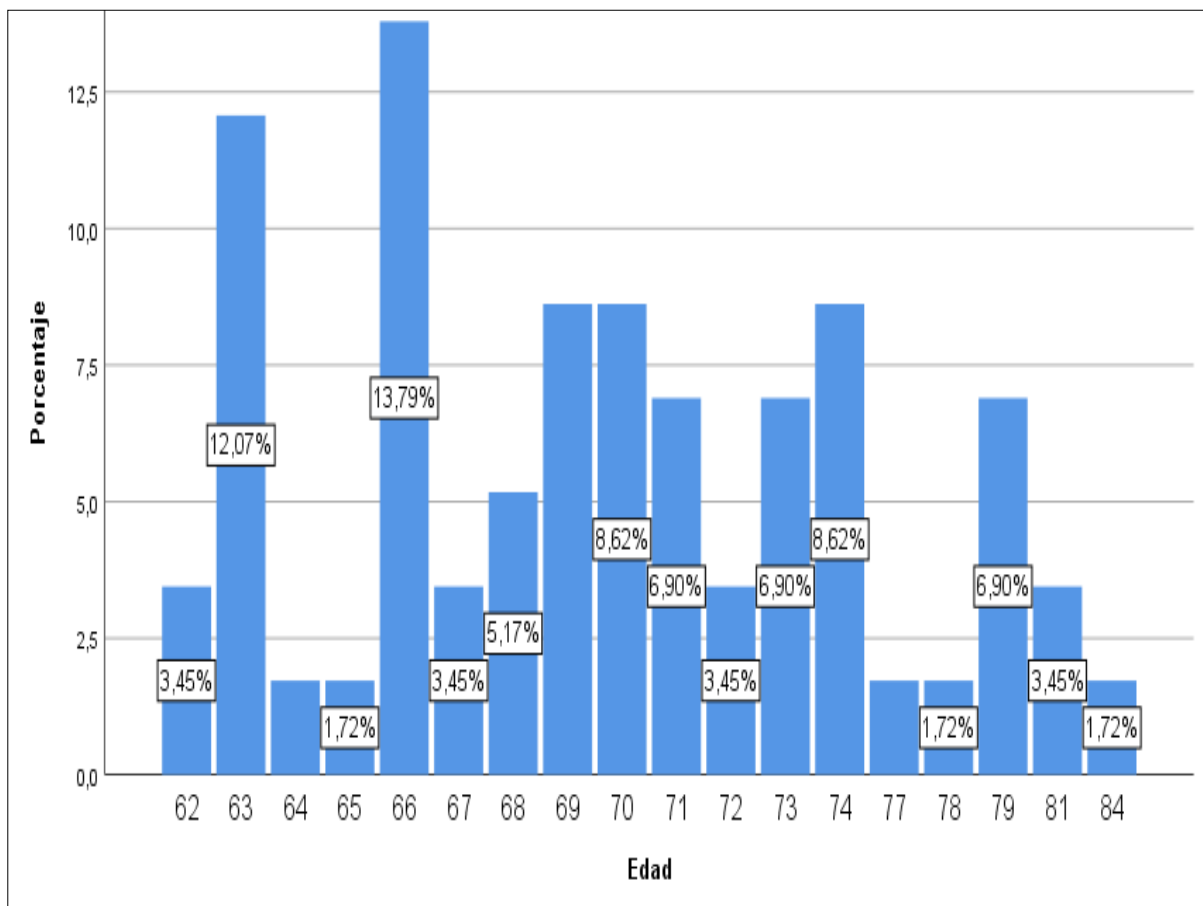


Figura 6.6

Distribución según edad. Grupo experimental. Mujer

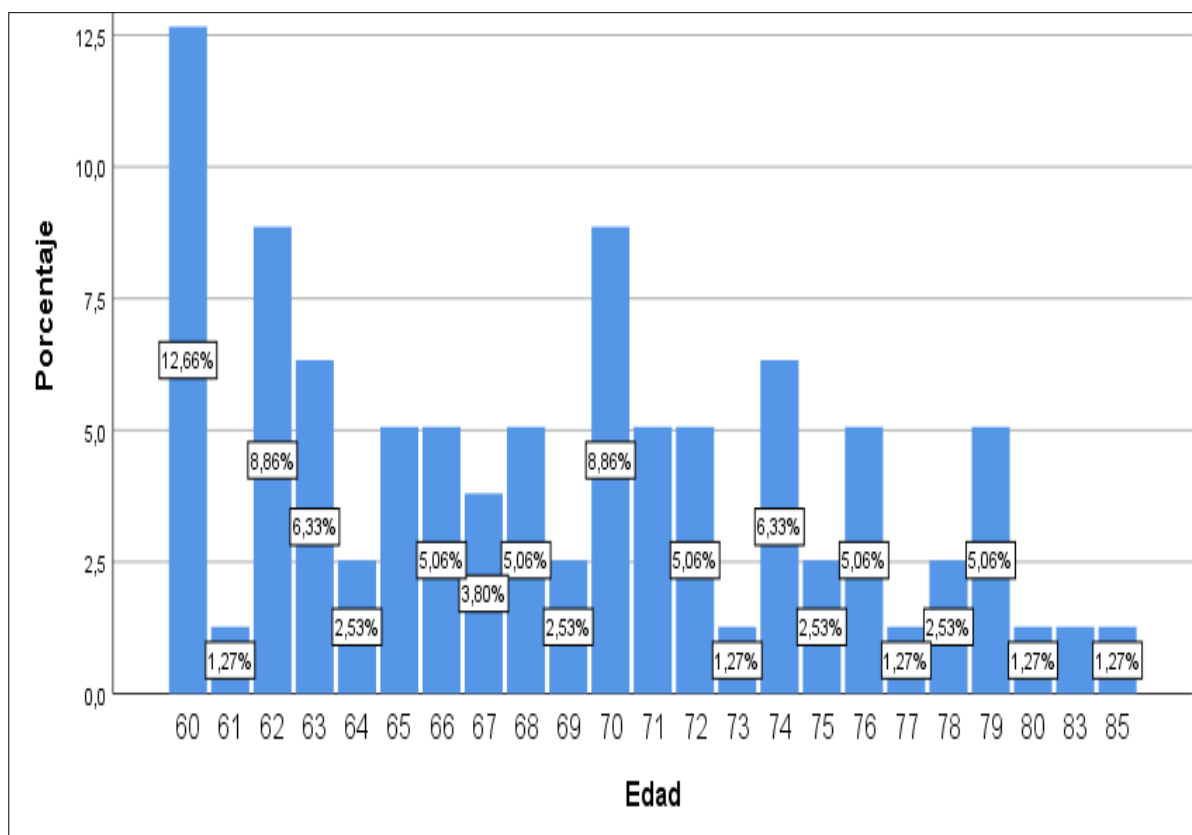


Figura 6.7

Distribución según edad. Grupo control. Varón

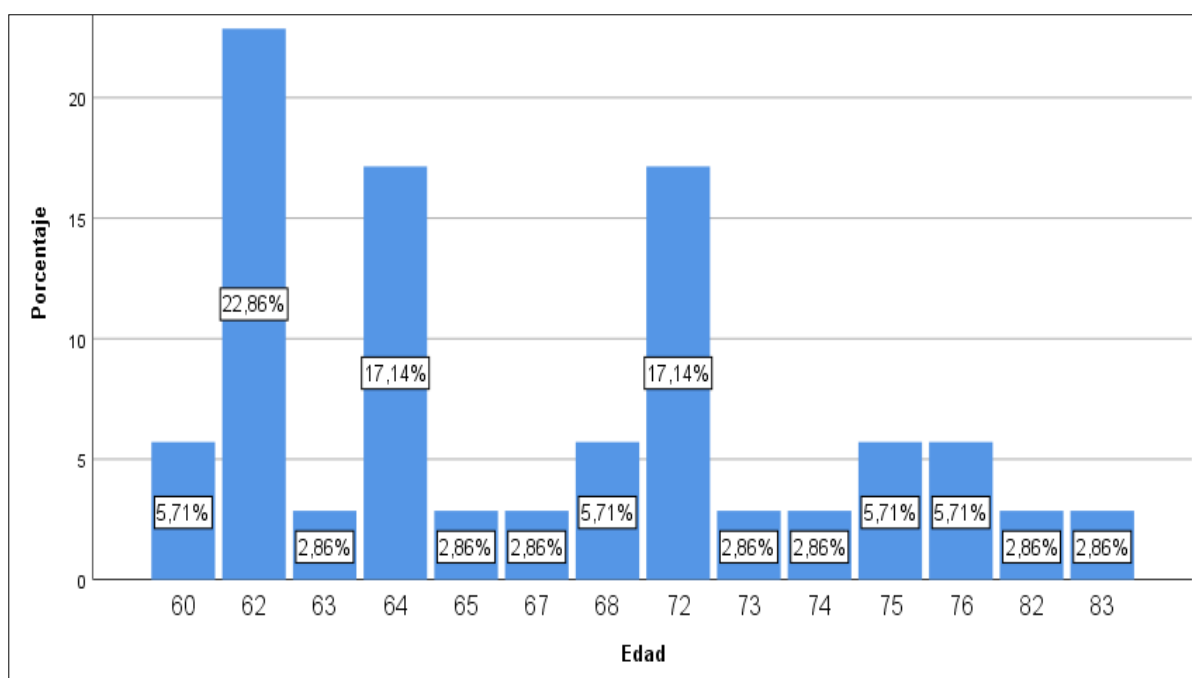
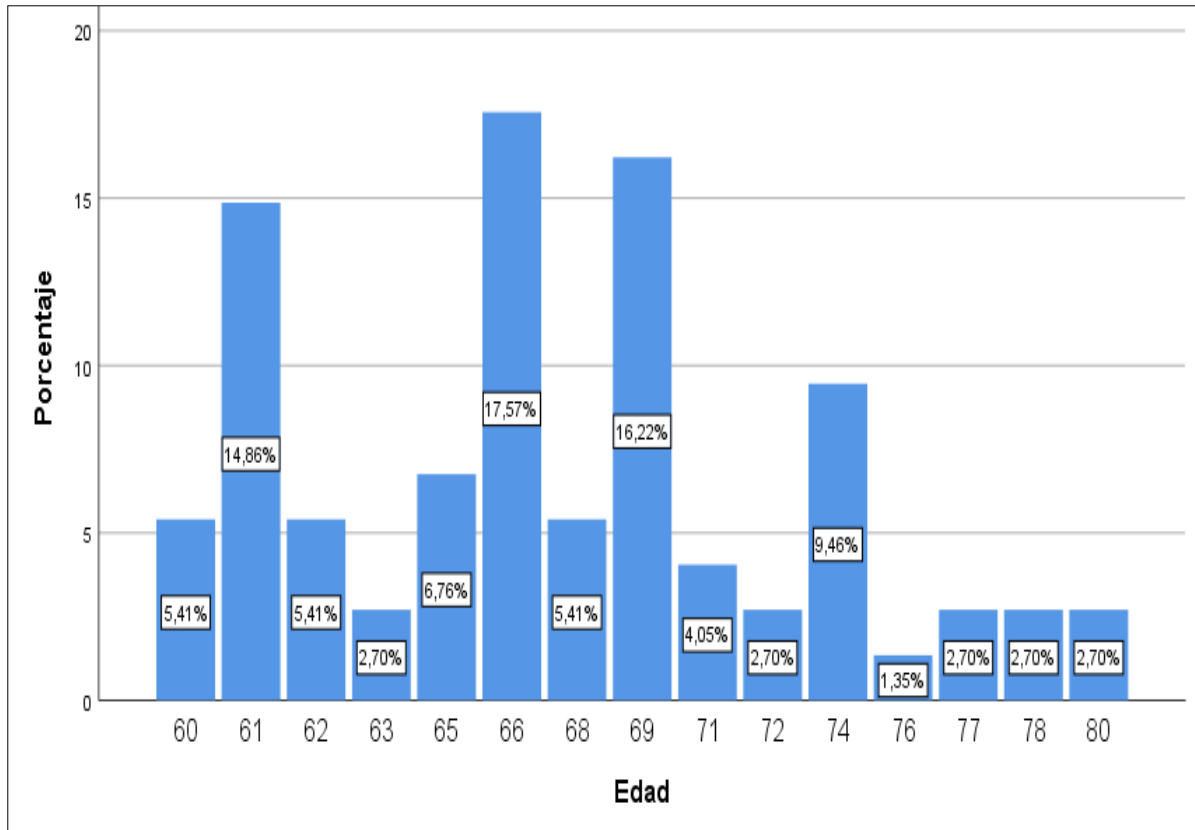


Figura 6.8

Distribución según edad. Grupo control. Mujer



6.1.4 Nivel de Estudios

En cuanto al nivel de estudios aparecen sin estudios 11 (4.5%) personas, 118 (48%) con estudios primarios, 82 (33%) con secundarios y 35 (14%) con estudios superiores, en Tabla 6.4.

Tabla 6.4

Distribución según nivel de estudios

	Estudios	
	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	11	4.5
Primarios	118	48.0
Secundarios	82	33.3
Superiores	35	14.2
Total	246	100.0

El 81.3% de los participantes tanto en el grupo experimental como en el grupo control, tienen un nivel de estudios entre las variables de estudios primarios y estudios secundarios. Si observamos la distribución de la variable estudios por sexos en grupo experimental no existen diferencias significativas entre los diferentes niveles de estudios. En el grupo control sí que hay más porcentaje en estudios primarios en mujeres 56.8% frente al 28.6% de varones. En secundarios en mujeres tenemos 29.7% y en varones 48.6%. Por otro lado, en mujeres con estudios superiores 6.8% y en varones 20%. Encontramos entonces algunas variaciones importantes en porcentajes, como se ve en la Tabla 6.5.

Tabla 6.5

Distribución según nivel de estudios. Grupo experimental y grupo control. Sexo

			Estudios		
	Sexo			Frecuencia	Porcentaje
Grupo experimental	Varón	Válido	Sin estudios	1	1.7
			Primarios	29	50.0
			Secundarios	18	31.0
			Superiores	10	17.2
			Total	58	100.0
	Mujer	Válido	Sin estudios	4	5.1
			Primarios	37	46.8
			Secundarios	25	31.6
			Superiores	13	16.5
			Total	79	100.0
Grupo control	Varón	Válido	Sin estudios	1	2.9
			Primarios	10	28.6
			Secundarios	17	48.6
			Superiores	7	20.0
			Total	35	100.0
	Mujer	Válido	Sin estudios	5	6.8
			Primarios	42	56.8
			Secundarios	22	29.7
			Superiores	5	6.8
			Total	74	100.0

6.1.5 Nivel de Estudios y Localidad

Si analizamos la frecuencia según la variable estudios y localidad observamos una participación muy similar tanto en estudios primarios como secundarios. El grupo con mayor participación de componentes sin estudios es Aguilar con un 16.7%. El grupo mayor con estudios superiores es U.G.T. de Valladolid con un 28.6%, Valladolid con 27.6% seguido del grupo on-line con 16.7%, como podemos ver en la Tabla 6.5.

Tabla 6.6

Distribución según nivel de estudios. Grupo experimental y grupo control. Localidad.

Grupo exp_control	Localidad		Frecuencia	Porcentaje
Grupo experimental	Aguilar	Sin estudios	3	16,7
		Primarios	10	55,6
		Secundarios	3	16,7
		Superiores	2	11,1
		Total	18	100,0
	Briviesca	Sin estudios	1	3,4
		Primarios	16	55,2
		Secundarios	9	31,0
		Superiores	3	10,3
		Total	29	100,0
	UGTVa	Primarios	11	39,3
		Secundarios	9	32,1
		Superiores	8	28,6
		Total	28	100,0
	Valladolid	Primarios	12	41,4
		Secundarios	9	31,0
		Superiores	8	27,6
		Total	29	100,0
	Villahizan	Sin estudios	1	6,7
		Primarios	7	46,7
		Secundarios	7	46,7
		Total	15	100,0
	Vitoria	Primarios	10	55,6
		Secundarios	6	33,3
		Superiores	2	11,1
		Total	18	100,0

Grupo de control	Aguilaramas	Sin estudios	2	4,9
		Primarios	23	56,1
	Secundarios	11	26,8	
	Superiores	5	12,2	
	Total	41	100,0	
	Online	Sin estudios	2	6,7
		Primarios	10	33,3
		Secundarios	13	43,3
		Superiores	5	16,7
		Total	30	100,0
	Villadiego	Sin estudios	2	5,3
		Primarios	19	50,0
		Secundarios	15	39,5
		Superiores	2	5,3
		Total	38	100,0

6.1.6 N.º de Hijos

Analizando el número de hijos de los participantes observamos, en la Tabla 6.7, cómo más de la mitad (136, el 55.3% de la muestra) tienen dos hijos. Un 15.4% de la muestra (38), tienen 3 hijos y un 10.6% de la muestra (26), cuatro hijos.

Tabla 6.7

Distribución según número de hijos

N.º de hijos/as	Frecuencia	
	Frecuencia	Porcentaje
0	25	10.2
1	17	6.9
2	136	55.3
3	38	15.4
4	26	10.6
5	3	1.2
6	1	.4
Total	246	100.0

Existe una variación en los porcentajes del número de hijos según grupo experimental y grupo control. Hay que destacar que en el grupo experimental mujer, hay un 22.8% de mujeres sin hijos frente a un 5.2% de varones. También existe diferencia entre el 55.2% con dos hijos en varones frente al 38% con dos hijos en mujeres, como se puede ver en la Tabla 6.8

Tabla 6.8

Distribución según número de hijos. Grupo experimental y grupo control. Sexo

		N.º de hijos/as		
	Sexo			
			Frecuencia	
			Porcentaje	
Grupo experimental	Varón	0	3	5.2
		1	7	12.1
		2	32	55.2
		3	9	15.5
		4	7	12.1
		Total	58	100.0
	Mujer	0	18	22.8
		1	6	7.6
		2	30	38.0
		3	14	17.7
		4	9	11.4
		5	1	1.3
		6	1	1.3
		Total	79	100.0
Grupo control	varón	0	1	2.9
		1	2	5.7
		2	26	74.3
		3	5	14.3
		5	1	2.9
		Total	35	100.0
	Mujer	0	3	4.1
		1	2	2.7
		2	48	64.9
		3	10	13.5
		4	10	13.5
		5	1	1.4
		Total	74	100.0

Los porcentajes en el grupo control son bastante similares en todas las categorías de número de hijos, como podemos observar de manera más clara en las Figuras 6.8 y 6.9.

Figura 6.9

Distribución según n.º de hijos. Grupo experimental

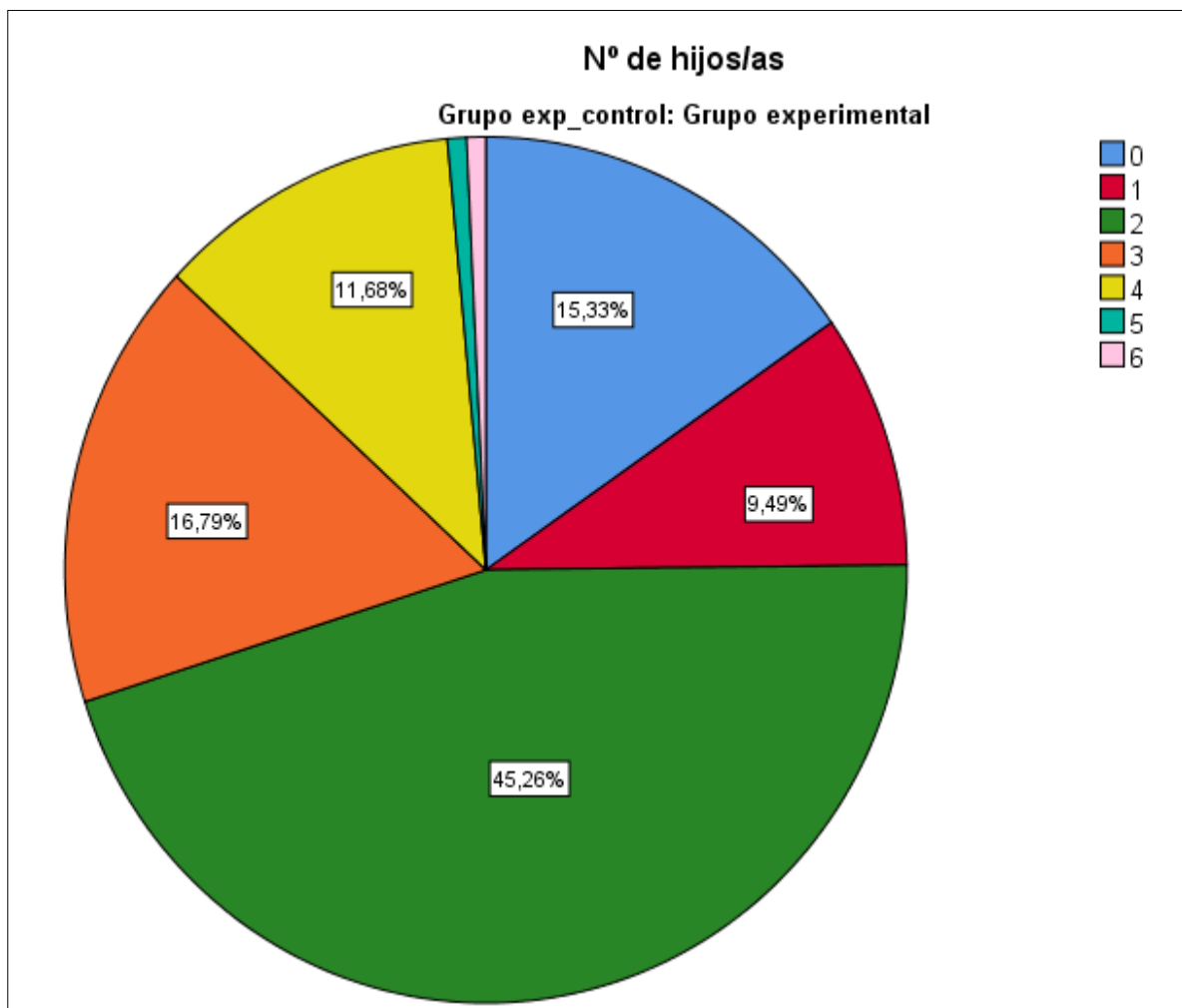
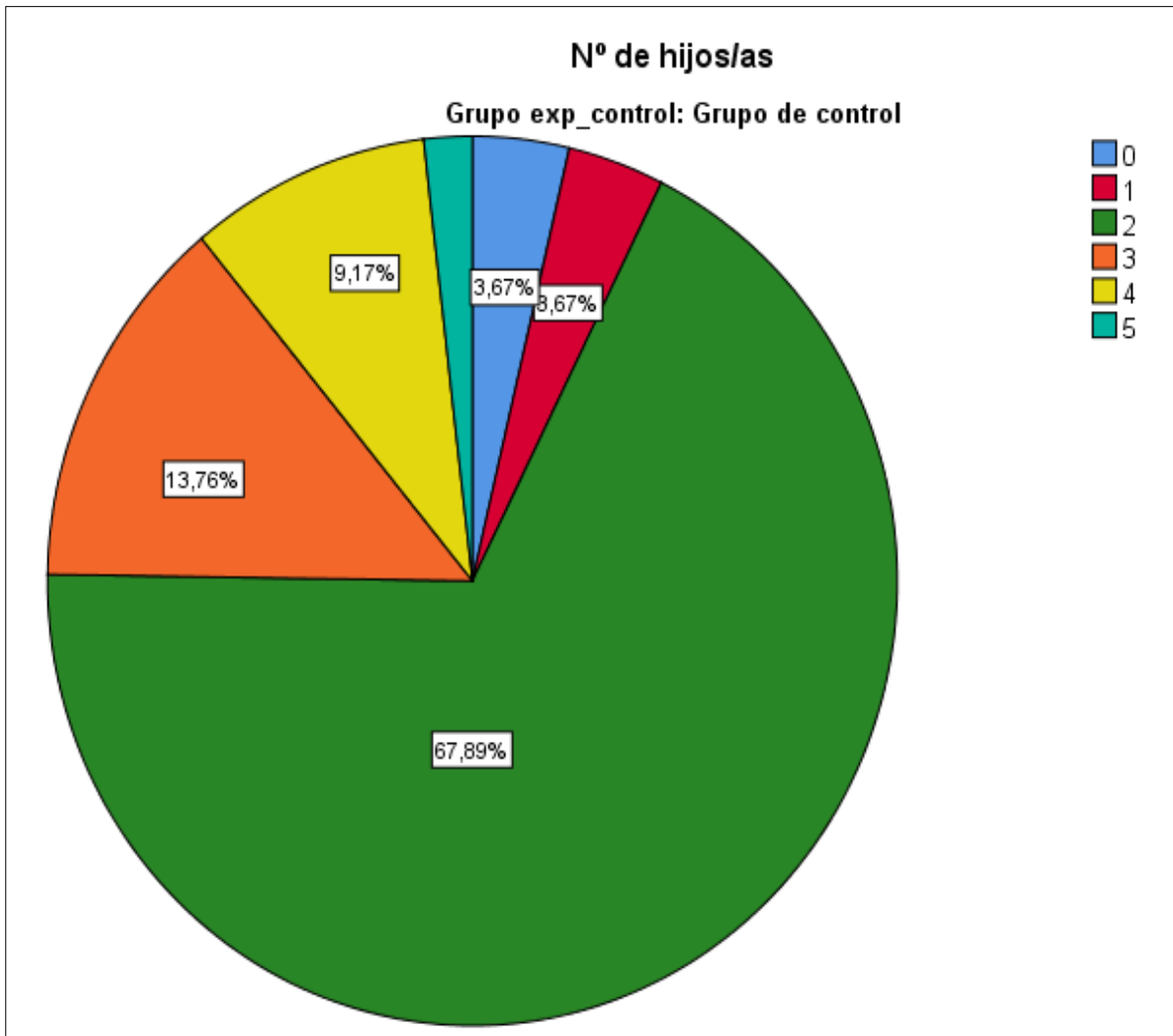


Figura 6.10

Distribución según n.º de hijos. Grupo control



6.2 Resultados de Fiabilidad

Se analiza la fiabilidad de la escala ASKAS mediante Alfa de Cronbach. Buscamos la medida de la consistencia interna evaluando la seguridad de que realmente mida el aumento de conocimientos y el cambio de actitudes frente a la sexualidad en mayores. Se obtiene en mejora de conocimientos 0.72 y en actitudes 0.81, como vemos en la Tabla 6.9 y 6.10. Esta

fiabilidad coincide con otros estudios antes realizados donde ambas subescalas proporcionan buenos índices de fiabilidad (de 0.97 en conocimientos y 0.72 en actitudes) también para el método Alfa de Cronbach (Kim, 2000).

Tabla 6.9

Fiabilidad de la escala ASKAS en conocimientos

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.729	20 conocimientos

Tabla 6.10

Fiabilidad de la escala ASKAS en actitudes

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.815	8 actitudes

6.3 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes

Con la finalidad de conseguir una mayor claridad descriptiva y analítica de las variables establecidas en el cuestionario, la muestra fue segmentada en dos grupos, el grupo de conocimientos y el grupo de actitudes.

6.3.1 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo Experimental y Grupo Control.

Como evaluación de resultados encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) aplicando la *t* de Student (11.25 en conocimientos y 3.76 en actitudes) en la Tabla 6.11. La diferencia entre el pre-test y pos-test en incremento de conocimientos y en cambio de actitud en grupo experimental la encontramos en la Figura 6.10 y 6.11.

Tabla 6.11

Prueba t de Student. Grupo experimental y control. Pre-test y pos-test

Prueba de muestras emparejadas		Media	t	gl	Sig.
Grupo experimental	Postconocimientos - Preconocimientos	4.64	11.25	136	.001
	Postactitudes – Preactitudes	2.71	3.76	136	.001
Grupo control	Postconocimientos - Preconocimientos	-.42	-1.75	108	.082
	Postactitudes – Preactitudes	-.27	-1.01	108	.313

Obtenemos un incremento en conocimientos (9.71 ± 5.19 a 14.35 ± 4.27), aumentando 4.64 puntos la media superada de rango promedio.

Respecto al cambio en actitudes, existe también una diferencia de puntuación (34.23 ± 8.64 a 36.94 ± 8.21), la media superada de rango promedio aumenta 2.71 puntos y se refleja en la Tabla 6.12.

Los resultados del grupo control, no indican diferencias estadísticamente significativas.

Figura 6.11

Variación de conocimientos en grupo experimental y control

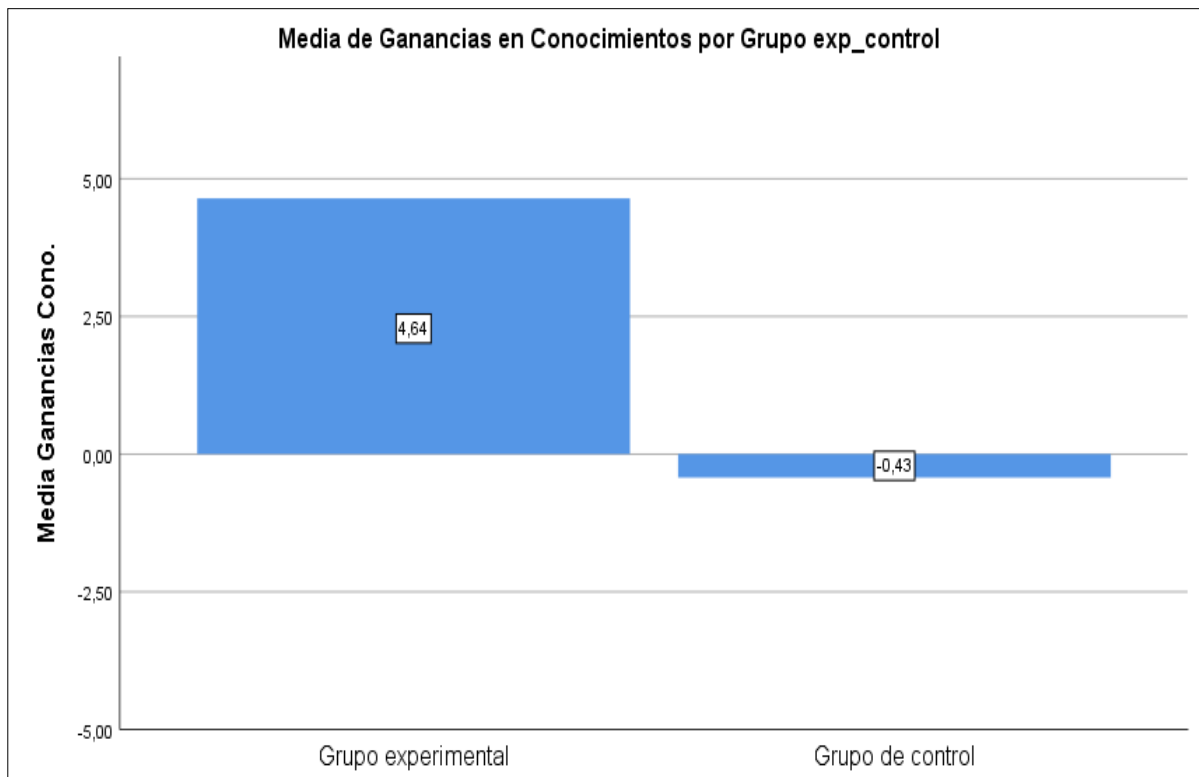


Figura 6.12

Variación de actitudes en grupo experimental y control

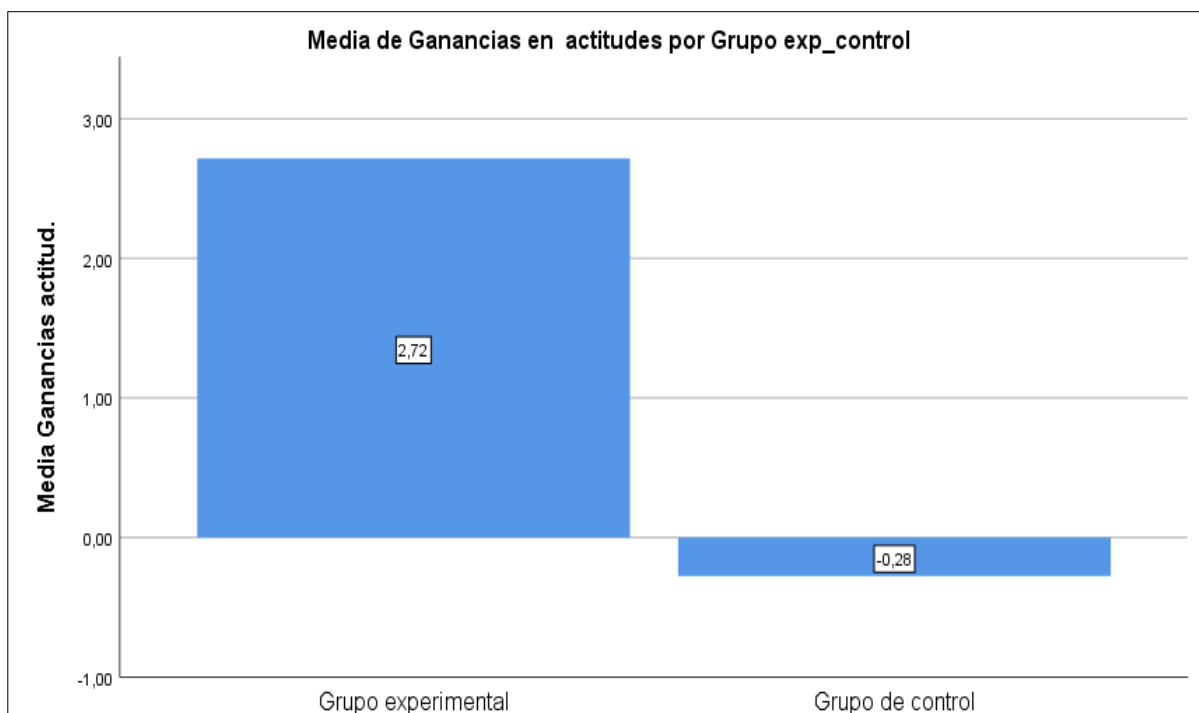


Tabla 6.12*Diferencias de puntuaciones medias en pre-test y pos-test*

		Estadísticas de muestras emparejadas		
		Media	N	Desviación estandar
Grupo experimental	Postconocimientos	14.35	137	4.27
	Preconocimientos	9.71	137	5.19
	Postactitudes	36.94	137	8.21
	Preactitudes	34.23	137	8.64
Grupo control	Postconocimientos	9.19	109	4.21
	Preconocimientos	9.62	109	3,99
	Postactitudes	33.34	109	8.55
	Preactitudes	33.62	109	8.96

La correlación de Pearson analizando los pre-test y post-test en el grupo experimental es de 0.49 en conocimientos y actitudes. En el grupo control es de 0.8 en conocimientos y 0.94 en actitudes ($p < .05$). Por lo tanto, existe una correlación positiva entre variables, con magnitud cercana al 1 en grupo control y poca dispersión alrededor de la tendencia, como podemos ver en la Tabla 6.13.

Tabla 6.13*Correlación de Pearson de muestras emparejadas. Grupo experimental y control. Pre-test y pos-test*

		Correlaciones de muestras emparejadas		
		N	Correlación	Sig.
Grupo experimental	Postconocimientos y Preconocimientos	137	.49	.001
	Postactitudes y Preactitudes	137	.49	.001
Grupo control	Postconocimientos y Preconocimientos	109	.80	.001
	Postactitudes y Preactitudes	109	.94	.001

Una vez observado el incremento de conocimientos y el aumento de actitudes positivas hacia la sexualidad en grupo experimental, analizamos cuál de los dos aumentos ha sido mayor. Observamos en la Tabla 6.14, como en el grupo experimental partimos de una puntuación media de 9.71 a una puntuación media de 14.35 aumentando 4.64 puntos, en porcentaje es un 32.34% la mejora en conocimientos. En el subgrupo de actitudes partimos de una media de 34.23 subiendo a 36.9 obteniendo un crecimiento de 2.71 puntos lo que muestra un incremento porcentual de 7.24%.

Tabla 6.14

Puntuación media en variación de conocimientos y actitudes

Estadísticas de muestras emparejadas		Media	N	Desviación estándar
Grupo experimental	Aumento conocimientos.	4.64	137	4.82
	Mejora actitudes	2.71	137	8.44
Grupo control	Aumento conocimientos	-.42	109	2.54
	Mejora actitudes	-.27	109	2.85

6.3.2 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo Experimental y Grupo Control. Variable Sexo.

En la evaluación de resultados segmentando la muestra por sexo y grupo experimental y de control encontramos también diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) en el grupo experimental tanto en varones como en mujeres, como se ve en la Tabla 6.15. Existe una diferencia, entre el pre-test y pos-test mayor en mujeres (5.08) que en varones (4.03), en el subgrupo de preguntas sobre conocimientos, con una t de Student de 9.10 y 6.67. En el subgrupo de preguntas sobre actitudes, la diferencia entre el pre-test y post test es mayor en varones (3.62), que en mujeres (2.05), con una t de Student de 3.04 y 2.28. Podemos afirmar que, en grupo experimental, en nuestra muestra de grupo de mujeres

han aumentado más los conocimientos que en el grupo de los varones. Sin embargo, el cambio de actitud se ha producido más en el grupo de varones que en el de mujeres.

Tabla 6.15

Prueba t de Student para grupo experimental y grupo control. Sexo. Post-test - pre-test

Prueba de muestras emparejadas						
	Sexo		Media	t	gl	Sig.
Grupo experimental	Varón	Postconocimientos	- 4.03	6.67	57	.001
		Preconocimientos				
	Mujer	Postactitudes	- 3.62	3.04	57	.002
		Preactitudes				
Grupo control	Varón	Postconocimientos	- .40	-.76	34	.226
		Preconocimientos				
	Mujer	Postactitudes	- -1.17	-	34	.005
		Preactitudes		2.76		
Grupo control	Varón	Postconocimientos	- .43	-1.6	73	.049
		Preconocimientos				
	Mujer	Postactitudes	- .14	.44	73	.330
		Preactitudes				

Hay que reflejar que los conocimientos del grupo de varones (10.16 ± 5.77) reflejan un incremento (14.19 ± 4.56), aunque en el grupo de mujeres (9.38 ± 4.73) parten de una media más baja y suben a una media más alta (14.47 ± 4.07). Aun así, concluimos que ha existido un aumento de conocimientos de las mujeres mayor al de los varones. Otro resultado reflejado en la Tabla 6.16, es la cifra de la que parten las mujeres en la actitud pre-test (35.70 ± 7.95), que es mayor que la media de la actitud de los varones (32.22 ± 9.19). Posteriormente el grupo de mujeres sube la media (37.75 ± 7.36) y los varones permanecen en una media más baja (35.84 ± 9.19). Los resultados del grupo control no reflejan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6.16

Puntuación media en grupo experimental y grupo control. Sexo. Post-test y pre-test

Estadísticas de muestras emparejadas					
	Sexo		Media	N	Desviación estándar
Grupo experimental	Varón	Postconocimientos	14.19	58	4.56
		Preconocimientos	10.16	58	5.77
		Postactitudes	35.84	58	9.19
		Preactitudes	32.22	58	9.19
	Mujer	Postconocimientos	14.47	79	4.07
		Preconocimientos	9.38	79	4.73
		Postactitudes	37.75	79	7.36
		Preactitudes	35.70	79	7.95
Grupo control	Varón	Postconocimientos	11.67	35	4.63
		Preconocimientos	12.07	35	3.92
		Postactitudes	31.25	35	7.38
		Preactitudes	32.42	35	7.36
	Mujer	Postconocimientos	8.02	74	3.44
		Preconocimientos	8.46	74	3.48
		Postactitudes	34.33	74	8.93
		Preactitudes	34.18	74	9.62

6.3.3 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo Experimental y Grupo Control. Estado Civil.

Analizando la evaluación de resultados respecto al estado civil de los participantes dividimos los resultados en conocimientos y actitudes. Observamos significación estadística ($p < .05$) con la prueba t de Student en todos los resultados menos en la mejora de actitudes de 21 viudos/as en el grupo experimental, según Tabla 6.17. En el grupo control no encontramos significación estadística. En la variable de conocimientos después de la intervención educativa, el grupo que tiene una puntuación promedio más elevada es el grupo de los solteros (6.16 ± 4.07), siguiendo el grupo de pareja estable (5.04 ± 1.54), en tercer lugar, los viudos/as (4.83 ± 5.52) y por último los casados/as (4.13 ± 5.10).

Tabla 6.17

Prueba t de Student para grupo experimental y grupo control. Estado civil. Post-test - pre-test

Prueba de muestras emparejadas							
	Estado civil		Media	Desviación estándar	t	gl	Sig.
Grupo experimental	Soltero/a	Postconocimientos - Preconocimientos	6,16	4,07	7,10	21	,001
		Postactitudes - Preactitudes	3,05	6,86	2,08	21	,025
	Casado/a	Postconocimientos - Preconocimientos	4,13	5,10	7,32	81	,001
		Postactitudes - Preactitudes	2,71	8,24	2,98	81	,002
	Viudo/a	Postconocimientos - Preconocimientos	4,83	5,52	4,01	20	,001
		Postactitudes - Preactitudes	2,52	12,33	,94	20	,180
	Con pareja estable	Postconocimientos - Preconocimientos	5,04	1,54	11,3	11	,001
		Postactitudes - Preactitudes	2,50	3,94	2,20	11	,025
Grupo de control	Soltero/a	Postconocimientos - Preconocimientos	,50	2,00	,61	5	,284
		Postactitudes - Preactitudes	,50	,84	1,46	5	,102
	Casado/a	Postconocimientos - Preconocimientos	-,56	2,77	-1,89	85	,031
		Postactitudes - Preactitudes	-,31	2,26	-1,29	85	,101
	Viudo/a	Postconocimientos - Preconocimientos	-,04	,95	-,15	12	,443
		Postactitudes - Preactitudes	-,46	,52	-3,21	12	,004
	Con pareja estable	Postconocimientos - Preconocimientos	-,12	1,11	-,23	3	,418
		Postactitudes - Preactitudes	,00	11,86	,00	3	,500

Tanto el grupo de solteros/as como casados/as y viudos/as en la Tabla 6.18, parten de una media de 9.34, 9.46 y 8.98 respectivamente. Podemos decir que estos tres grupos parten de unos conocimientos similares. Se destaca cómo el grupo con pareja estable parte de una media más elevada (13.46 ± 2.30), llegando a una nota media alta (18.50 ± 1.48), que es la más elevada de las puntuaciones. Dentro de la variable mejora de actitud el grupo que más mejora es el grupo de solteros/as con 3.05, seguido del grupo de casados/as con 2.71, grupo de viudos/as con 2.52, y el grupo con pareja estable 2.50. El grupo con pareja estable (37.58 ± 3.96) obtiene un incremento a destacar (40.08 ± 2.94), siendo también el grupo que demuestra una mayor actitud positiva hacia la sexualidad teniendo una media más elevada después de la intervención.

Tabla 6.18

Puntuación media en grupo experimental y grupo control. Estado civil. Post-test y pre-test

Estadísticas de muestras emparejadas					
	Estado civil		Media	N	Desviación estándar
Grupo experimental	Soltero/a	Postconocimientos	15,50	22	2,69
		Preconocimientos	9,34	22	5,23
		Postactitudes	38,64	22	5,02
		Preactitudes	35,59	22	7,60
	Casado/a	Postconocimientos	13,59	82	4,64
		Preconocimientos	9,46	82	5,40
		Postactitudes	35,87	82	8,58
		Preactitudes	33,16	82	9,17
	Viudo/a	Postconocimientos	13,81	21	3,72
		Preconocimientos	8,98	21	4,92
		Postactitudes	37,62	21	10,73
		Preactitudes	35,10	21	9,16
	Con pareja estable	Postconocimientos	18,50	12	1,48
		Preconocimientos	13,46	12	2,30
		Postactitudes	40,08	12	2,94
		Preactitudes	37,58	12	3,96

Grupo de control	Soltero/a	Postconocimientos	12,75	6	,61
		Preconocimientos	12,25	6	1,41
		Postactitudes	38,67	6	2,16
		Preactitudes	38,17	6	2,86
	Casado/a	Postconocimientos	8,75	86	4,36
		Preconocimientos	9,31	86	4,03
		Postactitudes	31,79	86	8,37
		Preactitudes	32,10	86	8,88
	Viudo/a	Postconocimientos	9,96	13	3,49
		Preconocimientos	10,00	13	4,41
		Postactitudes	40,62	13	7,78
		Preactitudes	41,08	13	7,88
	Con pareja estable	Postconocimientos	11,00	4	3,51
		Preconocimientos	11,13	4	3,38
		Postactitudes	35,25	4	6,29
		Preactitudes	35,25	4	6,50

6.3.4 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo Experimental y Grupo Control. Estudios.

Observando los resultados de aumento de conocimientos y cambio de actitudes en grupo experimental y grupo control, en la variable de estudios obtenemos algunas curiosidades, que mostramos en la Tabla 6.19. Solo en tres de las variantes encontramos significación estadística con la prueba de muestras emparejadas t de Student, en estudios primarios (7.95), secundarios (5.39) y superiores (8.03). Existe un aumento de conocimientos bastante considerable en el grupo experimental sin estudios (8.7 ± 9.93) por encima de la puntuación promedio del grupo experimental (4.64 ± 2.82). El grupo de estudios superiores alcanza un aumento (4.98 ± 2.97), como podemos ver en la Tabla 6.20. En el grupo de estudios primarios y secundarios no superan la media (4.64 ± 2.82) obteniendo una puntuación baja (4.44 ± 4.54) en estudios primarios y también baja (4.30 ± 5.23) en estudios secundarios. Debemos tener en cuenta que, aunque el aumento es digno de consideración, solo se produce sobre cinco sujetos de la muestra sin significación estadística. Estudiando el cambio de actitudes en el grupo experimental, está por encima de

la media (2.71 ± 8.24) la variable sin estudios (3.0 ± 11.25), el grupo de estudios primarios (2.91 ± 9.23) y el grupo de estudios secundarios (3.0 ± 8.54). No cambia la actitud por encima de la media el grupo de estudios superiores (1.57 ± 5).

Tabla 6.19

Prueba t de Student para grupo experimental y grupo control. Estudios. Post-test - pre-test

Prueba de muestras emparejadas							
	Estudios		Media	Desviación estándar	t	gl	Sig.
Grupo experimental	Sin estudios	Postconocimientos - Preconocimientos	8,70	9,93	1,96	4	,061
		Postactitudes - Preactitudes	3,00	11,25	,60	4	,292
	Primarios	Postconocimientos - Preconocimientos	4,44	4,54	7,95	65	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	2,91	9,23	2,56	65	,006
	Secundarios	Postconocimientos - Preconocimientos	4,30	5,23	5,39	42	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	3,00	8,54	2,30	42	,013
	Superiores	Postconocimientos - Preconocimientos	4,98	2,97	8,03	22	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	1,57	5,00	1,50	22	,074
Grupo de control	Sin estudios	Postconocimientos - Preconocimientos	,25	1,33	,46	5	,333
		Postactitudes - Preactitudes	-,33	,52	-1,58	5	,087
	Primarios	Postconocimientos - Preconocimientos	-1,11	3,25	-2,45	51	,009
		Postactitudes - Preactitudes	,02	2,43	,06	51	,477
	Secundarios	Postconocimientos - Preconocimientos	,49	1,44	2,11	38	,021
		Postactitudes - Preactitudes	-,59	3,81	-,97	38	,170
	Superiores	Postconocimientos - Preconocimientos	-,79	,89	-3,08	11	,005
		Postactitudes - Preactitudes	-,50	,67	-2,57	11	,013

En el grupo control no existe un aumento de conocimientos por encima de la media, todas las cifras están por debajo 0.25 en el grupo sin estudios, -1.11 en estudios primarios, 0.49 en secundarios y -0.79 en superiores. Obtenemos incluso cifras negativas, aunque en

varios de ellos no encontramos significación estadística. En el subgrupo de actitudes en el grupo control no existe un cambio de actitud con significación estadística, aportando cifras negativas.

Podemos concluir que obtenemos un aumento de conocimientos en el grupo experimental con estudios superiores, sin embargo, donde existe cambio de actitud con significación estadística es en los grupos de estudios primarios secundarios y sin estudios

Tabla 6.20

Puntuación media de conocimientos y actitudes. Estudios. Grupo experimental y de control.

Estadísticas de muestras emparejadas					
	Estudios		Media	N	Desviación
Grupo experimental	Sin estudios	Aumento conoc.	8,70	5	9,93
		Actitudes_ganancia	3,00	5	11,25
	Primarios	Aumento conoc.	4,44	66	4,54
		Actitudes_ganancia	2,91	66	9,23
	Secundarios	Aumento conoc.	4,30	43	5,23
		Actitudes_ganancia	3,00	43	8,54
	Superiores	Aumento conoc.	4,98	23	2,97
		Actitudes_ganancia	1,57	23	5,00
Grupo de control	Sin estudios	Aumento conoc.	,25	6	1,33
		Actitudes_ganancia	-,33	6	,52
	Primarios	Aumento conoc.	-1,11	52	3,25
		Actitudes_ganancia	,02	52	2,43
	Secundarios	Aumento conoc.	,49	39	1,44
		Actitudes_ganancia	-,59	39	3,81
	Superiores	Aumento conoc.	-,79	12	,89
		Actitudes_ganancia	-,50	12	,67

6.3.5 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo Experimental y Grupo Control. N.º de Hijos.

Poniendo la atención en los resultados según el número de hijos de los participantes en el subgrupo de conocimientos, obtenemos más aumento de conocimientos por encima de la media (4.64 ± 2.82) en las 21 personas que no tienen hijos y en las que tienen 3,5 y 6 hijos (25 participantes) en el grupo experimental. Con un hijo, dos y cuatro (91 personas), tenemos aumento de conocimientos, pero no por encima de la media, según la Tabla 6.21.

Tabla 6.21

Puntuación media de conocimientos y actitudes. N.º de hijos

Estadísticas de muestras emparejadas					
	Nº de hijos/as		Media	N	Desviación
Grupo experimental	0	Aumento conoc.	5,31	21	3,64
		Actitudes_ganancia	1,67	21	4,80
	1	Aumento conoc.	4,58	13	3,61
		Actitudes_ganancia	4,08	13	9,44
	2	Aumento conoc.	4,24	62	4,90
		Actitudes_ganancia	2,55	62	8,86
	3	Aumento conoc.	4,98	23	5,34
		Actitudes_ganancia	,96	23	6,91
	4	Aumento conoc.	3,91	16	5,68
		Actitudes_ganancia	5,31	16	10,94
	5	Aumento conoc.	9,50	1 ^a	.
		Actitudes_ganancia	20,00	1 ^a	.
	6	Aumento conoc.	15,50	1 ^a	.
		Actitudes_ganancia	-1,00	1 ^a	.

Grupo de control	0	Aumento conoc.	,25	4	,29
		Actitudes_ganancia	,50	4	,58
	1	Aumento conoc.	,00	4	,41
		Actitudes_ganancia	,25	4	,50
	2	Aumento conoc.	,39	74	1,59
		Actitudes_ganancia	-,23	74	2,79
	3	Aumento conoc.	-4,87	15	3,34
		Actitudes_ganancia	-,27	15	4,06
	4	Aumento conoc.	-,30	10	,95
		Actitudes_ganancia	-1,30	10	2,41
	5	Aumento conoc.	,00 ^b	2	,71
		Actitudes_ganancia	,50 ^b	2	,71

a. La correlación y t no se pueden calcular porque la suma de las ponderaciones de casos es menor o igual a 1.

b. La correlación y t no se pueden calcular porque el error estándar de la diferencia es 0.

Si observamos el subgrupo de actitudes obtenemos un cambio de actitud por encima de la media (2.71 ± 8.24) y significación estadística ($p < .05$) en los participantes con 4 hijos (16 personas). En el grupo de 2 y 4 hijos obtenemos significación estadística ($p > 0.05$) pero solo aumenta (5.31 ± 10.94) el grupo de 4 hijos. En el grupo control solo tenemos significación estadística ($p < .05$) en el grupo de 2 y 3 hijos, pero con una mejora inferior a 1 e incluso negativa, lo podemos observar en la Tabla 6.22. No se calcula completamente la t de Student al grupo de 5 y 6 hijos por ser la muestra solo de dos personas en grupo experimental y otras dos en grupo control.

Tabla 6.22

Prueba t de Student para pruebas emparejadas. N.º de hijos. Grupo experimental y control

Prueba de muestras emparejadas ^a								
	Nº de hijos/as		Media	Desviación estándar	t	gl	Sig.	
Grupo experimental	0	Postconocimientos - Preconocimientos	5,31	3,64	6,69	20	<,001	
		Postactitudes - Preactitudes	1,67	4,80	1,59	20	,064	
	1	Postconocimientos - Preconocimientos	4,58	3,61	4,57	12	<,001	
		Postactitudes - Preactitudes	4,08	9,44	1,56	12	,073	
	2	Postconocimientos - Preconocimientos	4,24	4,90	6,82	61	<,001	
		Postactitudes - Preactitudes	2,55	8,86	2,27	61	,014	
	3	Postconocimientos - Preconocimientos	4,98	5,34	4,47	22	<,001	
		Postactitudes - Preactitudes	,96	6,91	,66	22	,257	
	4	Postconocimientos - Preconocimientos	3,91	5,68	2,75	15	,007	
		Postactitudes - Preactitudes	5,31	10,94	1,94	15	,036	
	Grupo de control	0	Postconocimientos - Preconocimientos	,25	,29	1,73	3	,091
			Postactitudes - Preactitudes	,50	,58	1,73	3	,091
1		Postconocimientos - Preconocimientos	,00	,41	,00	3	,500	
		Postactitudes - Preactitudes	,25	,50	1,00	3	,196	
2		Postconocimientos - Preconocimientos	,39	1,59	2,08	73	,020	
		Postactitudes - Preactitudes	-,23	2,79	-,71	73	,240	
3		Postconocimientos - Preconocimientos	-4,87	3,34	-5,65	14	<,001	
		Postactitudes - Preactitudes	-,27	4,06	-,25	14	,401	
4		Postconocimientos - Preconocimientos	-,30	,95	-1,00	9	,172	
		Postactitudes - Preactitudes	-1,30	2,41	-1,71	9	,061	
5		Postconocimientos - Preconocimientos	,00	,71	,00	1	,500	
		Postactitudes - Preactitudes	,50	,71	1,00	1	,250	

a. No se han calculado estadísticas para uno o más archivos segmentados.

6.3.6 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo Experimental y Grupo Control. Localidad.

Analizando los resultados en aumento de conocimientos y en cambio de actitudes tanto en grupo experimental y grupo control según la localidad de participación de la muestra en estudio, obtenemos los siguientes resultados. En aumento de conocimientos obtenemos en la Tabla 6.23 por encima de la media (4.64 ± 2.82) en el grupo de Aguilar (5.22 ± 5.08), Villahizán (7.70 ± 4.40) y Vitoria (4.61 ± 3.77), en grupo experimental.

Tabla 6.23

Puntuación media de conocimientos y actitudes. Grupo experimental y control. Localidad

Estadísticas de muestras emparejadas					
Localidad			Media	N	Desviación
Grupo experimental	Aguilar	Postconocimientos	14,36	18	2,20
		Preconocimientos	9,14	18	4,21
		Postactitudes	41,89	18	6,63
		Preactitudes	40,06	18	7,84
	Briviesca	Postconocimientos	13,48	29	5,06
		Preconocimientos	9,41	29	5,50
		Postactitudes	37,38	29	6,38
		Preactitudes	34,14	29	7,96
	UGT Va	Postconocimientos	15,05	28	4,46
		Preconocimientos	11,09	28	5,30
		Postactitudes	36,04	28	8,94
		Preactitudes	32,89	28	8,22
	Valladolid	Postconocimientos	15,17	29	4,43
		Preconocimientos	11,22	29	5,25
		Postactitudes	36,55	29	8,16
		Preactitudes	32,21	29	8,87
	Villahizan	Postconocimientos	13,33	15	4,91
		Preconocimientos	5,63	15	5,15
		Postactitudes	33,00	15	8,14
		Preactitudes	31,27	15	8,55
Vitoria	Postconocimientos	14,22	18	3,37	
	Preconocimientos	9,61	18	3,78	
	Postactitudes	36,67	18	9,82	
	Preactitudes	36,39	18	8,75	

Grupo de control	Aguilaramas	Postconocimientos	8,59	41	3,92
		Preconocimientos	9,59	41	3,49
		Postactitudes	33,49	41	8,71
		Preactitudes	34,10	41	9,19
	On-line	Postconocimientos	10,12	30	4,55
		Preconocimientos	9,77	30	4,85
		Postactitudes	33,80	30	8,03
		Preactitudes	33,63	30	8,18
	Villadiego	Postconocimientos	9,13	38	4,22
		Preconocimientos	9,55	38	3,85
		Postactitudes	32,84	38	8,98
		Preactitudes	33,11	38	9,50

En el cambio de actitudes obtenemos mejora por encima de la media en Briviesca, U.G.T. Valladolid y Valladolid En la Tabla 6.24 observamos la t de Student por encima de cuatro en todos los test de conocimientos en todas las asociaciones, en grupo experimental. En la prueba de actitudes solo tenemos significación estadística ($p < .05$) en la asociación de Briviesca y Valladolid con t de Student de 2.47.

Realizando un análisis comparativo entre muestra participativa en zona rural y zona urbana, obtenemos mejores resultados (5.65 ± 5.14) en conocimientos en los grupos rurales ($p < .05$). La media de aumento de conocimientos de los grupos urbanos (4.13 ± 4.15), es inferior en 1.52 puntos. En cuanto a la mejora de actitudes existen unos resultados diferentes, son el grupo de zona urbana (2.58 ± 8.84) el que obtiene un mayor cambio de actitudes frente a la zona rural (2.26 ± 8.23), 0.32 de diferencia. Hay que destacar que solo en los grupos de Briviesca, U.G.T. Valladolid y Valladolid obtenemos significación estadística ($p < .05$), con lo que si solo comparamos estos grupos el resultado de media en zona rural (3.24 ± 7) y en zona urbana (3.74 ± 4.42). La diferencia entonces de aumento en zona urbana sobre la zona rural sería de 0.50, con una muestra de 86 personas (62.77% del grupo experimental).

Tabla 6.24

Prueba t de Student para pruebas emparejadas. Localidad. Grupo experimental y control

Prueba de muestras emparejadas							
	Localidad		Media	Desviación	t	gl	Sig.
Grupo experimental	Aguilar	Postconocimientos - Preconocimientos	5,22	5,08	4,36	17	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	1,83	9,36	,83	17	,417
	Briviesca	Postconocimientos - Preconocimientos	4,07	5,73	3,82	28	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	3,24	7,00	2,49	28	,019
	UGT Va	Postconocimientos - Preconocimientos	3,96	4,54	4,62	27	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	3,14	8,21	2,02	27	,053
	Valladolid	Postconocimientos - Preconocimientos	3,95	4,46	4,77	28	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	4,34	9,38	2,49	28	,019
	Villahizán	Postconocimientos - Preconocimientos	7,70	4,40	6,77	14	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	1,73	8,33	,81	14	,434
	Vitoria	Postconocimientos - Preconocimientos	4,61	3,77	5,19	17	<,001
		Postactitudes - Preactitudes	,28	8,94	,13	17	,897
Grupo control	Aguilaramas	Postconocimientos - Preconocimientos	-1,00	2,88	-2,23	40	,032
		Postactitudes - Preactitudes	-,61	1,95	-2,00	40	,052
	On-line	Postconocimientos - Preconocimientos	,35	2,04	,94	29	,355
		Postactitudes - Preactitudes	,17	4,59	,20	29	,844
	Villadiego	Postconocimientos - Preconocimientos	-,42	2,41	-1,08	37	,288
		Postactitudes - Preactitudes	-,26	1,59	-1,02	37	,314

6.3.7 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo Experimental y Grupo Control. Edad.

En el análisis por edad, todas las edades tienen aumento de conocimientos menos los de 81 años en grupo experimental, con significación estadística ($p < .05$). Por encima de la puntuación promedio se sitúan el grupo de edad de 60, 64, 68, 69, 70, 75, 76, 77, 78 y 79 años, con 51 participantes (37.22% del grupo experimental). En el subgrupo de cambio de actitudes se sitúan por encima de la puntuación promedio, el grupo de edad de 63, 65, 71, 72, 73, 74, 78, y 79 años, con 57 participantes (41.60 % del grupo experimental). En conocimientos en el grupo de 60 a 69 años aumentan (5.42 ± 5.10) frente al grupo de 70 a 80 años donde aumentan menos (5.37 ± 3.42). En el subgrupo de actitudes el grupo de 60 a 69 años crece (5.35 ± 8.23) frente al grupo de 70 a 80 años que se incrementan algo más (6.37 ± 10.29). Podemos encontrar esta Tabla 6.31 completa en el Anexo K. Concluimos diciendo que el grupo más joven de 60 a 69 años aumenta más en conocimientos, sin embargo, el grupo de 70 a 80 años aumenta más en cambio de actitudes en contra de lo que podríamos esperar, buscando una implicación directa de la edad.

6.3.8 Resultados Generales en Conocimientos y Actitudes, Grupo On-Line Versus Grupo Presencial.

A pesar de las circunstancias especiales de convivencia con pandemia por coronavirus SARS-CoV-2. hemos podido completar la investigación, realizando cuestionarios on-line e intervención educativa también on-line. Hemos analizado la diferencia entre el grupo de participación on-line y el grupo presencial, La comparación la realizamos solo en grupo control pues los participantes on-line solo han participado en el grupo control (30 personas de 109 de grupo control un 27.52%), según Tabla 6.24. En el grupo on-line obtenemos un aumento de conocimientos (0.35 ± 2.04) y un cambio de actitudes (0.17 ± 4.59) no obtenemos significación estadística ($p = .35$ y $p = .84$). En grupo presencial el aumento es negativo tanto en conocimientos en Villadiego (-0.42 ± 2.41 , $p = .28$) y en Aguilaramas (-1 ± 2.88), $p < .05$), como en actitudes en Villadiego (-0.26 ± 1.59 , $p = .31$) y

en Aguilaramas (-0.61 ± 1.95), $p=.52$). No podemos interpretar que el grupo de participación on-line haya tenido mayor aumento de conocimientos y cambio de actitudes en general que el grupo de participación presencial, pues este resultado puede haberse obtenido debido al azar.

6.4 Resultados por Preguntas Escala A.S.K.A.S.

Realizando un análisis por pregunta respondida de la escala A.S.K.A.S., obtenemos unos resultados más exhaustivos analizándolas variables; diferencias de puntuaciones entre el pre-test y el post-test, sexo, grupo experimental y grupo control. Si analizamos los resultados por pregunta sobre conocimientos obtenemos una puntuación promedio de 0.48 ± 0.60 puntos en pre-test y 0.71 ± 0.59 puntos en post-test, obteniendo una mejora de 0.23 ± 0.65 puntos como valor medio por pregunta (Tabla 6.25).

Tabla 6.25

Puntuación promedio .Conocimientos.

Puntuación promedio	Puntuación promedio	Diferencia promedio
Pre-test	Post-test	Pre-post-test
0.48 ± 0.60	0.71 ± 0.59	0.23 ± 0.65

6.4.1 Resultados Subpartado de Conocimientos. Varón.

Comenzando por las respuestas en varones analizamos las respuestas con la prueba t de Student para pruebas emparejadas en pre-test y post-test. Todos estos datos están reflejados en la Tabla 6.32 y 6.33, y se pueden consultar en el Anexo K.

A la primera pregunta número 7 (Par 7 de la tabla 6.32): “La actividad sexual de las personas mayores es a menudo peligrosa para su salud”, obtenemos una ligera mejora (0.15) en post-test, observando diferencias significativas ($p < .05$). En nuestra muestra de estudio partimos de un valor de respuesta de 0.74 en el pre-test, en grupo experimental y 0.84 en grupo control. Podemos deducir entonces que ya los encuestados consideraban que la actividad sexual de las personas mayores no es a menudo peligrosa para su salud, antes de nuestra intervención.

En la pregunta número 8 (Par 8): “Los varones mayores a menudo tardan más tiempo en conseguir una erección que los varones más jóvenes”, en el grupo experimental obtenemos un incremento (0.22), con significación estadística ($p < .05$).

En la pregunta número 9 (Par 9): “La sexualidad es generalmente una necesidad durante toda la vida”, se consigue una puntuación de mejora (0.25) y significación estadística ($p < 0.005$). Existe una contestación positiva en nuestra muestra por encima de la media respecto a la creencia en la necesidad de la sexualidad para toda la vida.

En la pregunta número 10 (Par 10): “Existe evidencia de que la actividad sexual de las personas mayores tiene efectos beneficiosos para la salud física”, obtenemos una pequeña mejora (0.12), con significación estadística ($p = 0.11$). Se parte de un valor promedio de 0.71 en el pre-test, por lo que ya existe evidencia de que la actividad sexual de las personas mayores tiene efectos beneficiosos para la salud.

En la siguiente pregunta número 11 (Par 11): “La actividad sexual puede beneficiar psicológicamente a las personas mayores”, encontramos una mejora (0.13), con significación estadística ($p < .05$), partiendo de una cifra promedio de 0.80 en pre-test.

Para la pregunta número 12 (Par 12): “La mayoría de las mujeres mayores no tienen interés por la sexualidad”, existe una mejora significativa ($p < .05$) de 0.31. Teniendo en cuenta que es respuesta de grupo de varones podemos afirmar que en esta idea ha habido

un cambio considerable hacia la creencia de que la mayoría de las mujeres tienen interés por la sexualidad.

Con la pregunta número 13 (Par 13): “Los medicamentos recetados pueden alterar el impulso sexual”, obtenemos una mejora de 0.15 con significación estadística ($p < 0.05$), partiendo de 0.50. Esta pregunta, en nuestra muestra, nos aporta una posible falta de conocimientos sobre los efectos de los medicamentos en la sexualidad.

Siguiendo con la pregunta número 14 (Par 14): “Básicamente los cambios en la sexualidad en la vejez implican más que una reducción del interés, que la respuesta sexual sea más lenta” existe solo poco aumento (0.07) . La pregunta parte de una calificación baja de 0.52 con poca mejora, quizás en esta pregunta haya habido dificultades de comprensión.

En la siguiente pregunta número 15 (Par 15): “Los varones y las mujeres mayores no pueden actuar como parejas sexuales ya que ambos necesitan parejas más jóvenes para sentirse estimulados”, encontramos un aumento de 0.094 con significación estadística ($p=0.23$), obteniendo 0.64 en pre-test.

Con la pregunta número 16 (Par 16): “Los barbitúricos tranquilizantes y el alcohol pueden disminuir la excitación sexual de los mayores y por lo tanto interferir en la respuesta sexual”, obtenemos un aumento(0.26), consiguiendo una mejora por encima del valor promedio.

En la siguiente pregunta número 17 (Par 17): “Existe un descenso de la actividad sexual de los varones a medida que envejecen”, no encontramos diferencia en la puntuación de las respuestas partiendo de 0.44 en pre-test. Aunque la prueba A.S.K.A.S da como respuesta válida contestar verdadero creemos que casi la mitad de los participantes consideran que no existe un descenso de la actividad sexual de los varones a medida que envejecen.

En la siguiente pregunta número 18 (Par 18) : “Un factor importante en el

mantenimiento de la capacidad de respuesta sexual del varón mayor es haber tenido una actividad sexual constante durante toda su vida”, obtenemos incremento (0.26) con una significación estadística ($p < 0.001$), encontrando un cambio relevante en la respuesta en el post-test.

En la pregunta número 19 (Par 19): “En los varones mayores el miedo a ser incapaz de funcionar sexualmente puede llevar a no poder tener relaciones sexuales”, aumenta la diferencia pre-post-test (0.15) con significación estadística ($p = 0.14$). Creemos que el incremento en el post-test no refleja un cambio significativo.

En la respuesta a la pregunta 20 (par20): “El abandono de la actividad sexual en la vejez suele deberse a causas sociales y psicológicas más que a factores biológicos o físicos”, hay una pequeña diferencia (0.16) con significación estadística ($p = 0.12$), partiendo solo de 0.39. Es posible que en nuestra muestra sí que se haya dado importancia a los problemas biológicas o físicos.

En la pregunta número 21 (Par 21): “La masturbación excesiva puede provocar un inicio temprano de episodios de confusión mental y demencia”, se obtiene diferencia(0.19) con significación estadística ($p < .05$), partiendo de una puntuación de 0.54.

En la siguiente pregunta número 22 (par 22): “Hay una pérdida inevitable de la satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas”, los varones contestan aumentando la puntuación promedio (0.59), demostrando un gran aumento de conocimientos afirmando que es falso que la mujer tenga pérdida inevitable de la satisfacción sexual. Demuestra significación estadística ($p < 0.001$) y t de Student (6.38).

Con la pregunta número 23 (Par 23): “La impotencia secundaria, es decir, la que no es causada por motivos fisiológicos es mayor en los varones mayores que en los jóvenes”, se obtiene un incremento (0.14) con significación estadística ($p < .05$).

La siguiente pregunta número 24 (Par 24) : “La impotencia en los varones mayores

puede ser en muchos casos efectivamente tratada y curada”, se obtiene un aumento (0.21) con significación estadística ($p < .05$). Podemos afirmar que los varones en esta pregunta han mejorado en conocimientos.

En la penúltima pregunta número 25 (Par 25): “Sin ausencia de discapacidad física severa en los varones y las mujeres, pueden mantener el interés y la actividad sexual hasta bien entrados los 80 y 90 años”, partiendo de una puntuación alta (0.61) en el pre-test, el aumento es pequeño (0.12), con significación estadística ($p = 0.61$).

Por último, la última pregunta número 26 (Par 26) de conocimiento es: “La masturbación en los varones y mujeres mayores tiene efectos beneficiosos para el mantenimiento de la respuesta sexual”. En nuestra muestra existe un aumento de conocimientos (0.36), con significación estadística ($p < 0.05$) y *t* de Student (4.73).

6.4.2 Resultados Subapartado de Conocimientos. Mujer.

Analizamos las respuestas en preguntas del subgrupo conocimientos, con la prueba *t* de Student para pruebas emparejadas en pre-test y post-test en la variable mujer. Todos estos datos están reflejados en la Tabla 6.34 y 6.35, y pueden ser consultados en el Anexo. Obtenemos significación estadística ($p < .05$) en el grupo experimental y pasamos al estudio más detallado.

Continuando con las respuestas en mujeres a la primera pregunta número 7 del grupo experimental (Par 7): “La actividad sexual de las personas mayores es a menudo peligrosa para su salud” obtenemos una pequeña mejora (0.14) con significación estadística ($p < .05$). En nuestra muestra de estudio partimos de una respuesta por encima de la puntuación promedio (0.67) en el pre-test, en grupo experimental. Podemos deducir entonces que ya las encuestadas consideraban que la actividad sexual de las personas mayores no es a menudo peligrosa para su salud, antes de nuestra intervención.

En la pregunta número 8 (Par 8): “Los varones mayores a menudo tardan más

tiempo en conseguir una erección que los varones más jóvenes", en el grupo experimental obtenemos una mejora (0.17), con significación estadística ($p < .05$) y puntuación media alta (0.56).

En la pregunta número 9 (Par 9): "La sexualidad es generalmente una necesidad durante toda la vida" se consigue una mejora (0.29) y significación estadística ($p < 0.05$). Existe una contestación positiva en nuestra muestra por encima de la media respecto a la creencia en la necesidad de la sexualidad para toda la vida, llegando a una puntuación promedio en pos-test elevada (0.91).

En la pregunta número 10 (Par 10): "Existe evidencia de que la actividad sexual de las personas mayores tiene efectos beneficiosos para la salud física" obtenemos un incremento (0.22), con significación estadística ($p < 0.001$). Se parte de una puntuación media de 0.69 en el pre-test, por lo que ya existe evidencia de que la actividad sexual de las personas mayores tiene efectos beneficiosos para la salud. En esta pregunta se consigue uno de los resultados con más puntuación (0.92).

En la siguiente pregunta número 11 (Par 11): "La actividad sexual puede beneficiar psicológicamente a las personas mayores", tenemos una mejora de 0.25 y significación estadística ($p < .05$). Se parte de una calificación alta (0.68) en pre-test y se obtiene la mayor puntuación del post-test (0.93).

Para la pregunta número 12 (Par 12): "La mayoría de las mujeres mayores no tienen interés por la sexualidad", existe una mejora solo de 0.06. Debemos explicar que, aunque la escala ASKAS da como falso el contestar que la mayoría de las mujeres no tienen interés por la sexualidad, en nuestra muestra casi más de la mitad de las participantes consideran que es verdadero.

Con la pregunta número 13 (Par 13): "Los medicamentos recetados pueden alterar el impulso sexual", obtenemos una mejora (0.29) con significación estadística ($p < .05$),

partiendo de una puntuación promedio de 0.39. Esta pregunta, en nuestra muestra, nos aporta una mejora en conocimientos sobre la idea de que los efectos de los medicamentos en la sexualidad pueden ser perjudiciales.

Siguiendo con la pregunta número 14 (Par 14): "Básicamente, los cambios en la sexualidad en la vejez implican más que una reducción del interés, que la respuesta sexual sea más lenta" existe únicamente un pequeño aumento (0.04) con significación estadística ($p=0.58$). La pregunta parte de una calificación alta (0.66).

En la siguiente pregunta número 15 (Par 15): "Los varones y las mujeres mayores no pueden actuar como parejas sexuales, ya que ambos necesitan parejas más jóvenes para sentirse estimulados", encontramos un aumento(0.12) con significación estadística ($p=0.12$), partiendo de una puntuación media (0.57) en el pre-test.

Con la pregunta número 16 (Par16): "Los barbitúricos tranquilizantes y el alcohol pueden disminuir la excitación sexual de los mayores y por lo tanto interferir la respuesta sexual ", se consigue una mejora (0.21), por debajo de la puntuación promedio.

En la siguiente pregunta número 17 (Par 17): "Existe un descenso de la actividad sexual de los varones a medida que envejecen", encontramos una diferencia muy pequeña (0.006) en las respuestas, pero hemos de tener en cuenta que se parte de una puntuación promedio elevada (0,62) y la significación estadística ($p=0.937$).

En la siguiente pregunta número 18 (Par 18): "Un factor importante en el mantenimiento de la capacidad de respuesta sexual del varón mayor es haber tenido una actividad sexual constante durante toda su vida", aumenta la diferencia (0.35) con significación estadística ($p< 0.001$). Encontramos un cambio relevante en la respuesta en el post-test respecto al mantenimiento de una vida sexual activa durante toda la vida.

En la pregunta número 19 (Par 19): "En los varones mayores el miedo a ser incapaz de funcionar sexualmente puede llevar a no poder tener relaciones sexuales", aumenta la

puntuación promedio(0.25) con significación estadística ($p < 0.006$) y partiendo de 0.41.

En la respuesta número 20 (Par20) : “El abandono de la actividad sexual en la vejez suele deberse a causas sociales y psicológicas más que a factores biológicos o físicos”, hay una diferencia de puntuación promedio (0.42), con significación estadística ($p < 0.001$). En este grupo se da más importancia a los problemas sociales y psicológicos que a los problemas biológicos y físicos.

En la pregunta número 21 (Par 21): “La masturbación excesiva puede provocar un inicio temprano de episodios de confusión mental y demencia” obtienen una diferencia entre las puntuaciones del pre-test y post-test (0.34), con significación estadística ($p < 0,001$).

En la siguiente pregunta número 22 (Par 22): “Hay una pérdida inevitable de la satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas “, las mujeres contestan con una puntuación promedio (0.44) con significación estadística ($p < 0,001$), afirmando que es falso que la mujer tenga pérdida inevitable de la satisfacción sexual.

Con la pregunta número 23 (Par 23): “La impotencia secundaria, es decir, la que no es causada por motivos fisiológicos es mayor en los varones mayores que en los jóvenes” aumenta por encima de la puntuación media (0.30) con significación estadística ($p < 0,001$).

La siguiente pregunta número 24 (Par 24): “La impotencia en los varones mayores puede ser en muchos casos efectivamente tratada y curada” se incrementa e(0.23) con significación estadística($p < 0,001$), partiendo de puntuación por encima de la media(0.50) ya en el pre-test.

En la penúltima pregunta número 25 (Par 25) : “La ausencia de discapacidad física severa en los varones y las mujeres pueden mantener el interés y la actividad sexual hasta bien entrados los 80 y 90 años” aumenta (0.43) con significación estadística ($p < 0,001$) y comenzando en el pre-test (0.39) a una puntuación alta (0.82) en pos-test.

Para finalizar, la última pregunta número 26 (Par 26) de conocimientos es “La masturbación en los varones y mujeres mayores tiene efectos beneficiosos para el mantenimiento de la respuesta sexual “. En nuestra muestra existe un aumento de conocimientos (0.43), con significación estadística ($p < 0,001$) y t de Student(6.46). Se llega a una puntuación máxima (0.90) en post-test.

6.4.3 Resultados Subapartado de Actitudes. Varón.

Analizando de forma más completa las preguntas correspondientes al posible cambio de actitud en el grupo de varones, observamos mejora en todas las preguntas excepto en las preguntas 28, 29 y 33 en grupo experimental, con significación estadística ($p < .05$) y t de Student alrededor de 3.39. En grupo control obtenemos significación estadística ($p < .05$), en las preguntas 28 y 31. La puntuación máxima en el pre-test fue de 34,23 obteniendo una puntuación promedio de 4,27. En el post-test la puntuación máxima fue de 36,9 obteniendo una puntuación promedio de 4,61. Podemos observar que, la puntuación promedio de mejora de las preguntas ha sido 0,34 (Tabla 6.26) .

Tabla 6.26

Puntuación promedio .Actitudes.

Puntuación promedio	Puntuación promedio	Diferencia promedio
Pre-test	Post-test	Pre-post-test
4.27± 2.15	4.61± 2.19	0.34 ± 1.13

Podemos consultar los datos de las preguntas sobre actitudes en el grupo de varones en las Tablas 6.36 y 6.37, en el Anexo K.

En la pregunta número 27(Par 27): “Resulta vergonzoso que una persona mayor muestre interés por la sexualidad”, obtenemos una puntuación promedio con mejora

aceptable (0,34). Hemos de tener en cuenta que partimos de una puntuación alta (6.13) en pre-test, así nuestra muestra ya cree que no resulta vergonzoso que una persona muestre interés por la sexualidad, se alcanza significación estadística ($p < .05$).

La media de puntuación (0.41), demuestra que nuestra muestra no está de acuerdo con la pregunta número 28 (Par 28): “Las instituciones, como las residencias de mayores, no deberían animar o apoyar ningún tipo de actividad sexual entre sus residentes. ”. Desde la pregunta 28 a la 34 la significación estadística es muy favorable ($p < 0.001$) en grupo experimental.

No existe una mejora apreciable en la pregunta número 29 (Par 29): “Cuando una persona se hace mayor el interés en la sexualidad desaparece de forma inevitable”. Apenas existe mejora (0.03) pues se parte de una puntuación de 5.37 sobre 7 de máxima.

En la pregunta número 30 (Par 30): “Estaría a favor de realizar cursos sobre educación sexual dirigidos a las personas mayores que viven en residencias”, obtenemos una mejora (0.62) por encima de la puntuación promedio, partiendo de una puntuación media elevada (4.9).

Es mayor la mejora (0.84) en la pregunta número 31(Par 31): “Estaría a favor de organizar cursos de educación sexual para los profesionales que trabajan en residencias de mayores”, comenzando con una puntuación promedio elevada (4.94).

La mejora mayor de las preguntas de actitud (1.27) es la número 32 (Par 32): “La masturbación es una actividad sexual aceptable para los varones y mujeres mayores”, demuestra que sí cambian la actitud frente a esta idea de la masturbación en mayores, ya que partimos de 4.94 y sube a 6.22 como puntuación promedio.

En la pregunta número 33 (Par 33): “Las instituciones como por ejemplo residencias de personas mayores deberían ofrecer camas lo suficientemente grandes para las parejas que quieren dormir juntas” la mejora es pequeña (0.32) pues partimos de una puntuación

media elevada (5.53).

Finalmente, en la pregunta número 34 (Par 34): “Los profesionales de las residencias de mayores deberían estar formados respecto de la sexualidad de los mayores y de las personas con discapacidad “, se obtiene un incremento (0.91), mejorando hacia una actitud más positiva frente a esta cuestión comenzando en pre-test (5.05) a (5.97) por encima de la puntuación promedio.

6.4.4 Resultados Subapartado de Actitudes. Mujer.

Analizando de forma más exhaustiva las preguntas correspondientes al posible cambio de actitud en grupo de mujeres observamos mejora con significación estadística ($p < .05$), con t de Student alrededor de 0.92, en todas las preguntas del grupo experimental. La puntuación máxima en el pre-test fue de 34.23 obteniendo una puntuación promedio de 4.27 por pregunta y en el post test la máxima fue de 36.9 teniendo una puntuación promedio de 4.61. Así, la puntuación media de mejora de las preguntas ha sido de 0.34 (Tabla 6.26). Se pueden consultar estos datos del grupo mujer en la Tabla 6.38 y 6.39 del Anexo K.

En la pregunta número 27 (Par 27) : “Resulta vergonzoso que una persona mayor muestre interés por la sexualidad”, obtenemos una puntuación promedio de mejora (0.67), resultando un aumento por encima de la media, teniendo en cuenta que partimos de una puntuación alta (5.02).

La media de puntuación(1.15) se considera elevada. Podemos decir que nuestra muestra no está de acuerdo con la pregunta número 28 (Par 28): “Las instituciones, como las residencias de mayores, no deberían animar o apoyar ningún tipo de actividad sexual entre sus residentes”. Esta respuesta parte de una puntuación media de 4.31 con lo que sí existe un positivo cambio de actitud frente a esta pregunta.

Existe una mejora apreciable en la pregunta número 29 (Par 29): “Cuando una persona se hace mayor el interés en la sexualidad desaparece de forma inevitable”. La puntuación de mejora (0.94) indica un cambio pues se parte de una puntuación de 4.16 sobre 7 de máxima.

En la pregunta número 30 (Par 30): “Estaría a favor de realizar cursos sobre educación sexual dirigidos a las personas mayores que viven en residencias” obtenemos una mejora (0.79), partiendo de una puntuación por encima de la media (4.93).

Es mayor la mejora (1.05) en la pregunta número 31 (Par 31): “Estaría a favor de organizar cursos de educación sexual para los profesionales que trabajan en residencias de mayores”, comenzando con una puntuación media de 4.93.

La mayor mejora de las preguntas de actitud es la número 32 (Par 32): ”La masturbación es una actividad sexual aceptable para los varones y mujeres mayores”, tiene un incremento elevado (1.27), demostrando que sí cambian la actitud frente a esta idea de la masturbación en mayores ya que partimos de 5.08 y sube a 6.08.

En la pregunta número 33 (Par 33): “Las instituciones como por ejemplo residencias de personas mayores deberían ofrecer camas lo suficientemente grandes para las parejas que quieren dormir juntas” la mejora es de 0.91,comenzando en 5.31.

Finalmente, en la pregunta número 34 (Par 34): “Los profesionales de las residencias de mayores deberían estar formados respecto de la sexualidad de los mayores y de las personas con discapacidad”, se obtiene una mejora(0.87) aportando un cambio hacia una actitud más positiva frente a la formación de los profesionales.

6.4.5. Conclusiones de Resultados por Preguntas Escala A.S.K.A.S.

Las conclusiones de la evaluación de resultados atendiendo a las respuestas de la escala A.S.K.A.S. las dividimos por la variable sexo, conocimientos y actitudes.

6.4.5.1 Conocimientos A.S.K.A.S.

Obtenemos una mejora significativa ($p < .05$) en doce preguntas en grupo experimental, varón, conocimientos (número 7,8,9,11,12, 13,16, 18,21, 22,24 y 26) y seleccionamos las respuestas con un resultado por encima de la puntuación promedio en

post-test, en total ocho respuestas (7,9,11,16,18,21,24,y,26). Las respuestas definitivas más relevantes de nuestra muestra, solo en varones, son las siguientes:

- El abandono de la actividad sexual en la vejez, para este grupo de estudio, se debe a causas biológicas o físicas.
- La actividad sexual puede beneficiar psicológicamente a las personas mayores
- La impotencia en los varones mayores puede ser tratada y curada

En la muestra del grupo de mujeres obtenemos mejores resultados que en el grupo de varones en el aumento de conocimientos. Se obtiene aumento significativo en 16 de las preguntas (7,8,9,10,11,13,16,18,19,20,21,22,23,24,25,y 26). Descubrimos una puntuación por encima de la media en post-test en 11 de las 16 respuestas.

Las respuestas definitivas más relevantes de nuestra muestra, solo en mujeres, son las siguientes:

- Los barbitúricos tranquilizantes y el alcohol pueden disminuir la excitación sexual de los mayores e interferir la respuesta sexual.
- El miedo a ser incapaz de funcionar sexualmente, en los varones mayores puede llevar a no poder tener relaciones sexuales.
- El abandono de la actividad sexual en la vejez, para este grupo de estudio, se debe a problemas sociales y psicológicos más que a causas biológicas o físicas
- La impotencia que no es causada por motivos fisiológicos es mayor en los varones mayores que en los jóvenes.
- No hay una pérdida inevitable de la satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas.

Las respuestas definitivas más relevantes de nuestra muestra, que coinciden en el grupo de mujeres y varones son las siguientes:

- *La actividad sexual de las personas mayores no es peligrosa para la salud*
- La sexualidad es una necesidad durante toda la vida.
- La masturbación excesiva no provoca confusión mental o demencia.
- Un factor importante en el mantenimiento de la capacidad de la respuesta sexual es haber tenido una actividad sexual constante durante toda la vida.
- La masturbación en los varones y mujeres mayores tiene efectos beneficiosos para el mantenimiento de la respuesta sexual.

La diferencia más expresada entre las respuestas de varones y mujeres es que en el grupo de mujeres se da más importancia a los problemas sociales y psicológicos como causa del abandono de la actividad sexual. En contra los varones dan más importancia a las dificultades biológicas y físicas

6.4.5.2 Actitudes A.S.K.A.S.

Encontramos una mejora significativa ($p < .05$) en cinco preguntas del grupo experimental, variable varón y actitudes (número 27,30,31,32 y 34). Las cinco tienen un resultado por encima de la puntuación promedio en post-test . Las respuestas más relevantes de nuestra muestra, solo en varones, son las siguientes:

- No resulta vergonzoso que una persona muestre interés por la sexualidad
- Están de acuerdo con que las instituciones como las residencias de mayores apoyen cualquier tipo de actividad sexual entre sus residentes.
- Favorecen la posibilidad de realizar cursos sobre educación sexual, tanto para los

profesionales que trabajan en residencias de mayores como para las personas mayores que viven en residencias.

- La masturbación es una actividad sexual aceptable para los varones y mujeres mayores.

También, en actitudes, en el grupo de mujeres los resultados son mejores que en el grupo de los varones. Podemos resumir los resultados en mujeres resaltando la significación estadística ($p < .05$) y la mejora, por encima de la puntuación media en el post-test, en el total de las ocho preguntas contestadas. Además de las respuestas de los varones antes expuestas el grupo de mujeres opina que:

- No resulta vergonzoso que una persona mayor muestre interés por la sexualidad.
- Cuando una persona se hace mayor, el interés en la sexualidad no desaparece.
- Las residencias de personas mayores deben ofrecer camas lo suficientemente grandes para las parejas que quieren dormir juntas.

Como resultado a destacar, resaltamos el mayor cambio positivo que hemos encontrado tanto en el grupo de mujeres y de varones, frente a la idea de que la masturbación es una actividad sexual aceptable.

6.4.6. Resultados en Conocimientos y Actitudes. A.S.K.A.S. Grupo On-Line Grupo Presencial.

Analizando las diferencias entre el grupo online ($n=30$) y el grupo presencial ($n=79$), nos detenemos en las preguntas más significativas, como se puede observar en la Tabla 6.40 y 6.41 en Anexo K. Hemos de tener en cuenta que los dos grupos, grupo presencial y grupo on-line, pertenecen al grupo control y no reciben intervención educativa antes del post-test.

Comenzando con el subgrupo de conocimientos, en cuanto a la pregunta número 13 (Par 13), sorprende que los encuestados no sepan el efecto que puede llegar a tener los medicamentos en la sexualidad. Los resultados del grupo on-line (0.10) y del grupo presencial (0.49) en pre-test, obtuvieron una diferencia de puntuación de 0.39, con significación estadística ($p < .05$) pero solo en grupo presencial.

La opinión, según la pregunta número 20 (Par 20), sobre que el abandono de la actividad sexual en la vejez se debe a factores biológicos y físicos más que a causas sociales y psicológicas, obtuvo una puntuación elevada en grupo online (0.70) y en el grupo presencial (0.02) en post-test, obtuvieron solo significación estadística ($p < .05$) en grupo presencial.

En la pregunta número 21 (Par 21), se observa una puntuación no significativa (grupo on-line, -0.41 y el grupo presencial, 0.41) en pre-test, es destacable la puntuación por debajo de la media creyendo parte de la muestra que la masturbación puede provocar demencia.

Son destacables además dos últimas preguntas en las que surgieron dudas. En la pregunta número 24 (Par 24), respecto a la impotencia de los varones mayores, existió diferencia entre grupo online (0.27) y grupo presencial (0.48) de 0.21 con significación estadística ($p < .05$), solo en grupo presencial.

El mantenimiento del interés y actividad sexual en edades mayores (pregunta 25) refleja una diferencia entre grupo online (0.71) y grupo presencial (0.27) de 0.44. con significación estadística solo en grupo presencial ($p < .05$).

A pesar de que en algunas de las preguntas el grado de conocimientos fuese elevado, algunas de las preguntas mencionadas anteriormente no superaron el 0.48 de puntuación promedio. Todos estos resultados podrían deberse a la poca información que poseen los mayores sobre algunos aspectos de la sexualidad, tanto sobre los fármacos que

interfieren en ella como las creencias erróneas que aún existen hoy en día respecto a la misma.

Siguiendo con el análisis del subgrupo de actitudes. observamos las Tablas 6.42 y 6.43. En las preguntas número 27 (Par27) y número 34 (Par 34), se observó una puntuación de respuesta elevada (5.6 en grupo on-line y 5.8 en grupo presencial). Podemos afirmar que. entre los encuestados, no resulta vergonzoso que una persona mayor muestre interés por la sexualidad y consideran que los profesionales de residencias de mayores deberían de estar formados respecto a la sexualidad en este grupo de edad y las personas con discapacidad. La diferencia entre grupo online y grupo principal fue de 0.20 con significación estadística ($p < .05$) para los participantes del grupo de amas de casa de Aguilar de Campoo.

Respecto a la pregunta número 29 sobre si el mayor siempre pierde interés por la sexualidad, en el grupo presencial obtienen una puntuación promedio (4.93) y en grupo on-line (4.00) en pos-test, con significación estadística ($p < .05$) solo en grupo presencial.

Resulta destacable la pregunta número 30 (Par 30), respecto a la organización de cursos sobre educación sexual dirigidos a personas mayores que viven en residencias, en la que la puntuación promedio fue la más baja en grupo on-line (3.6) y en grupo presencial (4.75), refiriendo estar de acuerdo con su organización. Obtenemos una diferencia de puntuación entre los grupos de 1.15, pero con significación estadística ($p = .27$ y $p = .16$).

La única pregunta con significación estadística ($p < .05$) tanto en grupo on-line y grupo presencial es la número 20 (Par 20): "La masturbación provoca confusión mental y demencia". Es el grupo on-line el que aporta una mayor puntuación promedio (0.12) frente al grupo presencial (-0.18), obteniendo una mejora muy discreta.

Finalmente, en este apartado podemos concluir que no hemos encontrado una diferencia significativa entre los conocimientos y cambio de actitudes alcanzados entre el grupo presencial y el grupo on-line.

6.5 Evaluación de Estructura y Proceso

Evaluamos las encuestas de satisfacción contestadas que han sido 92, un 76.15% del total de participantes del grupo experimental y 68, un 62.38% del grupo control. Se analiza la satisfacción general con el programa de educación en el grupo experimental obteniendo un 34% en el ítem satisfecho y un 54% en el muy satisfecho. En cuanto a la duración de las jornadas también podemos destacar el 31% de participantes satisfechos y el 43% de los participantes muy satisfechos. Respecto a la utilidad de las actividades para su vida existe un 35% de participantes satisfechos y un 53% muy satisfecho. Los recursos materiales se han visto aceptables en un 14%, satisfechos en un 30% y muy satisfechos en un 48%. Finalmente, en cuanto a la disponibilidad del educador y el grado de implicación de este, un 12% lo considera solo aceptable, un 33% satisfecho y un 52% muy satisfecho (Tabla 6.27).

Posteriormente analizamos la satisfacción general con el programa de educación en el grupo control obteniendo un 44% en el ítem satisfecho y un 48% en el muy satisfecho. En la duración de las jornadas observamos el 38% de participantes satisfechos y el 54% de los participantes muy satisfechos. Respecto a la utilidad de las actividades para su vida existe un 31% de participantes satisfechos y un 58% muy satisfecho. Los participantes de este grupo se han visto satisfechos en un 41% y muy satisfechos en un 46% con los recursos de esta intervención. Finalmente, en cuanto a la disponibilidad del educador y el grado de implicación de este se aprecia un 43% satisfecho y un 49% muy satisfecho (Tabla 6.28).

Podemos concluir que un 82.6% de los participantes del grupo experimental están satisfechos y muy satisfechos con la intervención educativa realizada por el grupo SEXMA. En el grupo control un 90.4% de los participantes están satisfechos o muy satisfechos con la intervención educativa. Hemos encontrado solo texto escrito en las preguntas abiertas de las encuestas de satisfacción en un 21% (19) de los participantes del grupo experimental y en un 18% (12) del grupo control.

Tabla 6.27*Porcentaje de respuestas encuesta de satisfacción. Grupo experimental*

Encuesta de satisfacción %						
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho	Total
Satisfacción General	0	7	5	34	54	100
Duración	4	9	13	31	43	100
Actividades útiles	1	4	7	35	53	100
Recursos	0	8	14	30	48	100
Educador	0	3	12	33	52	100
Total	1	6	10	33	50	100

En las propuestas de mejora escritas en el texto abierto de la encuesta de satisfacción, existen muchas coincidencias sobre el problema de la gran extensión del cuestionario de conocimientos y actitudes. A.S.K.A.S.28. expresándolo literalmente, “tiene demasiadas preguntas”.

El cuestionario aplicado en nuestro estudio consta de 34 preguntas contestadas al inicio y al final de las sesión inicial y final. Supone entonces realizar dos veces el cuestionario, con el esfuerzo que esto supone sobre todo en personas con una edad avanzada, que no están acostumbrados a tratar con este tipo de encuestas validadas. Se ha respondido de manera positiva a la elección de los temas de las unidades didácticas y se ha agradecido la implicación de los profesionales que han impartido la intervención educativa

Tabla 6.28

Porcentaje de respuestas encuesta de satisfacción. Grupo control

Encuesta de satisfacción %						
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho	Total
Satisfacción	0	1	7	44	48	100
Duración	1	1	6	38	54	100
Actividades	1	2	8	31	58	100
Recursos	0	2	11	41	46	100
Educador	0	2	6	43	49	100
Total	1	2	7	39	51	100

Si analizamos el sumatorio de resultados de la hoja de observación de los profesionales educadores participantes en el proyecto en la Tabla 6.29, obtenemos resultados bastante positivos. Con el grupo experimental se ha trabajado en seis asociaciones de cinco localidades distintas. Podemos definir que la puntuación máxima en nuestra hoja de observación por cada ítem calificado. en la hoja resumen de observación. es de 24 puntos. Comenzamos obteniendo una participación de 20 puntos siendo adecuada y muy adecuada. Los recursos materiales se consideran adecuados y muy adecuados con una puntuación máxima de 21 puntos. La accesibilidad a los seis locales usados ha sido muy adecuada en general. menos en un caso donde hubo dificultades físicas de acceso (17 puntos). Las condiciones de la sala han sido adecuadas o muy adecuadas (18 puntos) menos en un caso donde la temperatura no fue adecuada. El horario se ha cumplido en general (18 puntos) a excepción de un grupo con escasa puntualidad. Las actividades se han considerado muy adecuadas y adecuado, con una puntuación total de 20 puntos.

Tabla 6.29*Puntuación hoja resumen de observación. Grupo experimental*

Hoja resumen de observación. Grupo experimental					
	Poco	Medio	Adecua	Muy	Total
Participación	0	1(2p ¹)	2(6p)	3(12p)	20p
Recursos	0	0	3(9p)	3(12p)	21p
Accesibilidad	1(1p)	0	3(9p)	2(8p)	17p
Condiciones de	0	1(2p)	4(12p)	1(4p)	18p
Horario	0	1(2p)	4(12p)	1(4p)	18p
Actividades	0	1(2p)	2(6p)	3(12p)	20p

¹p=punto

Con el grupo control se ha trabajado en 4 grupos, tres en localidades y un grupo online, como podemos observar en la Tabla 6.30. La hoja de observación la hemos usado para evaluar los 3 grupos de grupo control, el grupo online ha sido evaluado aparte. En el grupo on-line solo obtuvimos respuesta en tres de los cuestionarios, por lo que consideramos muestra no apta para evaluación.

Podemos definir que la puntuación máxima en nuestra hoja de observación por cada ítem propuesto, en la hoja resumen, es de 12 puntos. Comenzamos obteniendo una participación de 11 puntos con los ítems, adecuada y muy adecuada. Los recursos materiales se consideran adecuados y muy adecuados con una puntuación de 10 puntos. La accesibilidad a los tres locales usados ha sido adecuada en general menos en un caso donde fue medio adecuada. Las condiciones de la sala han sido adecuadas con 9 puntos. El horario se ha cumplido en general muy adecuadamente con 12 puntos. Las actividades se han considerado adecuadas y muy adecuadas con una puntuación total de 10 puntos.

Tabla 6.30

Puntuación hoja resumen de observación. Grupo control.

Hoja resumen de observación. Grupo control.					
	Poco	Medio	Adecua	Muy	Total
Participación	0	0	1(3p ¹)	2(8p)	11p
Recursos	0	0	2(6p)	1(4p)	10p
Accesibilidad	0	1(2p)	2(6p)	0	8p
Condiciones de	0	0	3(9p)	0	9p
Horario	0	0	0	3(12p)	12p
Actividades	0	0	2(6p)	1(4p)	10p

¹p=punto

En cuanto a los comentarios realizados por los educadores se considera que la participación se ha visto mejorada a la vez que se incrementaban las sesiones, mejorando la confianza y exponiendo numerosas dudas. sobre todo, en la segunda y tercera sesión. Esta participación ha mejorado considerablemente la dinámica y el clima de la intervención. Es reseñable las dudas expresadas una vez acabadas las sesiones educativas. Se han llegado a exponer incluso problemas personales. al encontrar un marco adecuado incluso para plantear estas cuestiones difíciles de preguntar. Se han resuelto dudas y preguntas de los participantes al final de las sesiones.

En general podemos afirmar que en grupo experimental y grupo control se obtuvieron resultados positivos en la elección de los recursos. Las localizaciones en cuanto a accesibilidad fueron adecuadas. el horario adaptado a las asociaciones participantes. y los recursos didácticos y personales acordes a las necesidades. La participación en las sesiones fue distinta de unas asociaciones a otras. aunque de manera general el proyecto fue acogido de manera muy positiva por todas. Hemos apreciado un gran interés por la sexualidad en mayores en nuestra muestra de estudio.

Capítulo Séptimo

Discusión.

7. Capítulo Séptimo. Discusión.

7.1 Introducción

En este capítulo nos ocupamos de contrastar nuestros resultados, de forma crítica y concisa, con otros resultados ya publicados. En esta investigación hemos intentado evidenciar nuestra hipótesis sobre la posibilidad de que una intervención educativa mejora los conocimientos y las actitudes de una población mayor participante. Con el objetivo de generar nuevo conocimiento hemos diseñado y analizado el impacto de nuestro programa educativo sobre la población de mayores. Podemos constatar que ha habido mejora tanto en actividades como en conocimientos sobre nuestra población de estudio. Consideramos que nuestro objetivo general y objetivos específicos han sido alcanzados de forma mayoritaria. Esta afirmación ha de ser argumentada y la exponemos a continuación en este capítulo.

7.2 La Conducta Sexual de Nuestros Mayores

Hemos podido constatar resultados semejantes respecto a la forma de vivir la sexualidad en nuestra muestra poblacional de mayores de 60 años y en otros estudios donde se ha observado la conducta sexual del mayor. Nos hemos centrado en:

- *El análisis de ideas negativas como los mitos de la sexualidad del mayor y en ideas positivas sobre los beneficios de la actividad sexual.*
- *Técnicas sexuales más utilizadas, caricias y masturbación.*
- *La actividad sexual para toda la vida.*
- *La relación afectivo sexual*
- *La viudedad*
- *La participación femenina*
- *El matrimonio*

Podemos confirmar la existencia de falta de conocimientos sobre sexualidad medidos en términos de conceptos estereotipados, falacias y confusiones en varones y mujeres mayores en una muestra italiana usando como escala de medida A.S.K.A.S (Capodiecì,1990). En nuestra muestra también aparecen ideas equivocadas como por ejemplo *la pérdida de la sexualidad a partir de la menopausia*, con puntuación media muy baja (-0.09 ± 0.55) y como *que las mujeres mayores no tienen interés por la sexualidad* (0.13 ± 0.69).

Por el contrario, encontramos conocimientos acertados antes de la intervención educativa. Nuestros participantes mantienen la opinión de que *la actividad sexual puede beneficiar psicológicamente a las personas mayores* (0.72 ± 0.55) y *que la actividad sexual no es peligrosa para la salud* (0.74 ± 0.52), *siendo una necesidad sentida durante toda la vida* (0.70 ± 0.48). El informe Hite (1981) aporta el dato de que el 57% de los varones entre 61 y 75 años afirmaba que su deseo sexual permaneció igual o había aumentado con la edad, y en la población femenina los resultados arrojados fueron similares. Fijándonos en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (CIS, 2008) en la pregunta sobre *el estado de ánimo después de mantener relaciones sexuales*, los resultados son muy positivos. El 80% de los mayores de 65 años refiere sentimientos de confianza, satisfacción, placer, bienestar, tranquilidad y alegría, lo que aporta credibilidad a estudios anteriores sobre la permanencia del deseo sexual en la población mayor.

Una característica encontrada en los resultados de varios estudios es el uso de las caricias, tocamientos y masturbación como técnica sexual más utilizada. Son personas que se mantiene activos sexualmente con porcentajes de masturbación de 74% en varones y 42% en mujeres (Kaiser,1996). En nuestro estudio existe una actitud positiva respecto a la técnica de masturbación, concretamente la contestación con puntuación más elevada (0.74 ± 0.52) es que *la masturbación excesiva no provoca confusión mental o demencia y que tiene efectos beneficiosos para el mantenimiento de la respuesta sexual*. Encontramos que la

autoestimulación puede ser de gran importancia en la vejez como instrumento de tratamiento liberando tensiones y ayudando a la mejora de las disfunciones eréctiles o los problemas de impotencia, incluso en patologías de gravedad (Nelson et al., 2014). Se refuerza según Galinsky (2012) la importancia de las caricias preliminares en edad avanzada para mejorar las dificultades con la excitación sexual y el orgasmo en un estudio observacional de adultos mayores en Estados Unidos. Se reconoce el hecho de que la excitación y la erección en el varón mayor requiere más tiempo. No consiste en la precipitación de una carrera corta y rápida de juventud, sino que se demanda menos apremio pues la situación excitante depende más del contacto corporal. La muestra de nuestro estudio consigue una puntuación elevada de respuesta (0.73 ± 0.52) y por lo tanto también reconoce que *el hombre mayor de 60 años necesita más tiempo para conseguir una erección*.

Una de las respuestas con mayor diferencia de puntuación entre el pre test y post test en nuestra muestra (0.35 ± 0.59 en grupo de mujeres), ha sido el mantenimiento de la sexualidad a lo largo de toda la vida relacionada con haber tenido una actividad sexual constante. Beckman et al (2014) en su estudio sobre los determinantes de la actividad sexual en población sueca relaciona la actividad sexual durante toda la vida con un inicio de relaciones temprano. Buscando resultados de sexualidad activa durante toda la vida y en la vejez encontramos porcentajes similares en diferentes estudios. El 46.4% (Palacios-Ceña et al., 2012) y el 35.7% (Wang et al., 2008) de las personas de 65 o más años se declaran sexualmente activas. Revisando la Encuesta Nacional de Salud Sexual (Morgan y Leal-López, 2013) obtenemos que el 25% de varones y el 55% de las mujeres afirmaron no haber tenido ninguna relación sexual durante el último año. Elevamos así el porcentaje de vida sexual activa en varones al 75% y en mujeres al 45%. Observamos esta diferencia de género en otros estudios, como en el estudio de Palacios-Ceña et al. (2012) en el que el 62.3% de los varones y el 37.4% en las mujeres se declara sexualmente activo. Obtenemos una referencia media de los

resultados encontrados en nuestro estudio y podemos afirmar que el porcentaje de varones y mujeres de edad avanzada que se consideran sexualmente activos es de 54.85% en varones y de 41.12% en mujeres.

En nuestra muestra en el post-test de actitudes recibe una máxima puntuación (6.48 ± 1.35) la idea de que *no resulta vergonzoso que una persona mayor muestre interés por la sexualidad y que cuando se hace mayor el interés en la sexualidad no desaparece*. Coincide esta conclusión con estudios realizados en residencias de ancianos concluyendo que la sexualidad dura toda la vida y es beneficiosa para la salud. Aunque existe una disminución en la frecuencia de los actos sexuales, es el propio cultivo del deseo y la actividad sexual durante la juventud, lo que define el mejor pronóstico para una vida sexual activa (Moioli,2005).

Bancroft et al. (2003) refleja la importancia de las reacciones emocionales en las circunstancias de adaptación a las disfunciones sexuales y a los problemas sexuales. La parte subjetiva de la sexualidad donde el mayor propone cómo vivir su sexualidad tiene más importancia que la parte objetiva del qué se hace y cómo se hace. La adaptación a los problemas sexuales en la edad avanzada aumenta el nivel de bienestar desarrollando la expresión emocional y afectiva junto con la intimidad y el deseo de contacto.

Podemos constatar que en nuestro estudio hemos encontrado una diferencia significativa en el grupo de mujeres, en post-test respecto a *cuál es la causa del abandono de la actividad en la edad avanzada*. Para el grupo de mujeres las causas son debidas a problemas sociales y psicológicos ($0.63 \pm 0.61, p < .05$). Para el grupo de varones las causas que provocan la no actividad sexual son causas biológicas o físicas ($0.40 \pm 0.63, p = 1.20$). Dentro de la puesta en práctica del programa educativo hemos insistido en que la sexualidad se encuentra más en el cerebro que en los genitales. Nuestra intención fue poner en valor otras formas de expresión sexual donde participan todas las partes del cuerpo aumentando la calidad de las experiencias sexuales. En este aspecto observamos un aumento significativo (0.42 ± 0.82) en el apoyo a

esta idea de que la *sexualidad es afectada más por problemas sociopsicológicos que por problemas físicos*.

Por otra parte, nuestra muestra de estudio en respuesta post test del grupo mujeres cree que *el miedo por parte del hombre a ser capaz de funcionar sexualmente puede llevar a no poder tener relaciones sexuales* (0.67 ± 0.60). De otra manera se está dando importancia a la parte emocional del comportamiento sexual por parte del grupo de mujeres. Coincide con otro estudio donde la parte emocional de los afectos sexuales, el enamoramiento, la atracción y el deseo se pueden mantener en la vejez, enriqueciendo la vida sexual con su componente emocional desarrollado (Aznar, 2017).

Nuestra muestra en el pre-test, en el grupo de varones, está de acuerdo con que las *mujeres mayores no tienen interés por la sexualidad* (-0.11 ± 0.63). Apoya la idea errónea de la anulación del interés sexual femenino, que también comparten el estudio de Clarke y Korotchenko (2011) donde desarrolla el argumento de que las mujeres sufren una doble discriminación: envejecer y ser mujeres.

Dentro de nuestro estudio ($n=246$) hemos podido comprobar cómo la participación de la mujer ($n=153, 62.2\%$) ha sido superior a la del varón ($n=93, 37.8\%$). Si observamos el número de participante por estado civil obtenemos 28 viudas y 6 viudos. Hemos de tener en cuenta que podemos evidenciar que las mujeres tienen mayores posibilidades de enviudar que los varones. Respecto a la sexualidad vivida siendo viudo o viuda existen diferencias según el estudio de Bozoglan, (2015) que indica que los varones mayores demuestran estar más satisfechos con la relación sexual en el matrimonio que las mujeres mayores. En todos los grupos de estudio hemos obtenido esta desproporción entre el grupo de mujeres y varones. Es verdad que la participación de la mujer en actividades sociales siempre es mucho mayor. Pero deberíamos incentivar de alguna manera la participación masculina pues es esta generación la que tiene que superar estereotipos de sexualidad en mayores. Son los varones los que deben acudir para

conseguir un aumento mayor de conocimientos, pues por ejemplo nuestra muestra ha tenido resultados inferiores en conocimientos que el grupo de las mujeres.

En términos de protección de la salud, el estar casado es un factor de seguridad muy estudiado. Simó-Noguera et al.(2015) analizan la salud de las personas separadas o divorciadas en España con la Encuesta Europea de Salud 2009-2010. Busca la salud percibida respecto si la situación de convivencia en pareja y observa si se puede evidenciar una mejora en la salud. Sus resultados muestran que la salud es peor en personas separadas o divorciadas, tanto en varones como en mujeres y que las mujeres muestran poder sufrir mayores probabilidades de depresión y ansiedad crónicas.

En el caso de nuestra muestra hemos obtenido participación con un número de 184 personas mayores de 60 años casadas o con pareja estable (74.79%). No hemos intentado realizar el estudio de las respuestas por parejas estables o casadas pues la gran mayoría de las mujeres han acudido sin su pareja a las sesiones formativas. La idea de que la viudez se ha asociado con el final del ciclo familiar está siendo descartada gracias a las transformaciones sociales y generacionales que paulatinamente están sucediendo en España . Son las mujeres Solteras y viudas las que tienen una red de apoyo social mayor que los varones solteros. Al enviudar los varones suelen disminuir más las redes sociales que las mujeres (Ayuso, 2019). Esta puede ser una de las razones por las que en nuestra muestra las mujeres han participado más que los varones. En el estudio de Ballester-Arnal et al.(2016) ejemplifican que después de la mediana edad, si se continua con la relación matrimonial se expresa un grado de satisfacción mayor. Es en esta etapa donde diferencia dos fases de la vejez. Una primera de vivencia de la jubilación con salud y una segunda con incremento de problemas de salud de la pareja. La situación satisfactoria de poseer mejor ánimo por estar viviendo en una institución de mayores, hace que la sexualidad se viva de mejor manera (Beckman et al., 2014). Avanzando en este tema de parejas y sexualidad se ha demostrado que la existencia de parejas anteriores

beneficia el desarrollo de una vida sexual más satisfactoria (Piñeiro-Aguín et al., 2021). El comportamiento sexual del mayor está influenciado positivamente por la integración sexual y emocional con un compañero o compañera (Bancroft et al. (2003).

7.3 Impacto Sobre los Conocimientos

Revisando la bibliografía hemos observado que nuestro instrumento de medida de conocimientos, A.S.K.A.S.28, es utilizado en algunos estudios para valorar el estado inicial de los datos sobre sexualidad de esa muestra de trabajo. Podemos centrarnos en los resultados sobre conocimientos en una muestra de población de Polonia (Cybulski et al., 2018), encuentra una puntuación moderada (65.21 ± 12.32) midiéndolo con la escala A.S.K.A.S original de 60 preguntas. La muestra no recibe intervención educativa, simplemente constata el estado de los conocimientos de mayores de 60 años. En el primer estudio de White (1982) la cifra media del estudio de validación en conocimientos fue un poco más elevada ($73,73 \pm 12.52$). Podemos afirmar que en nuestra muestra solo 13 de las 26 preguntas del cuestionario comienzan con una puntuación por encima de la media ($p < .05$). Realizando una comparación entre los estudios de Cybulski (2018) y White (1982) con nuestro estudio, teniendo en cuenta que utilizamos la escala A.S.K.A.S 28 reducida a 20 preguntas sobre conocimientos (9.71 ± 5.19), nuestro resultado todavía es más moderado (48.50 ± 2.59). Es interesante en este estudio cómo además de observar los conocimientos de los participantes los compara con un factor muy relevante de la vida sexual, que es la satisfacción sexual. En este caso no encuentran relación significativa entre los conocimientos sobre la sexualidad y la satisfacción sexual. En nuestro estudio no estudiamos el factor satisfacción sexual con ningún instrumento de medida.

Una consecuencia del incremento de conocimientos en la población mayor es la consecución de un aumento del uso de los servicios sanitarios a partir de la obtención de nuevas nociones sobre la posibilidad de solución de problemas sexuales (Álvarez et al., 2008). En nuestra investigación obtenemos un incremento considerable en los conocimientos en

general (4.64 ± 4.68) y especialmente sobre la impotencia y el uso de medicación y alcohol. Centrándonos en la puntuación en post-test ($p < .05$), hallamos puntuaciones elevadas en la idea de que *la impotencia en los varones mayores puede ser tratada y curada* (0.88 ± 0.33), en que *los barbitúricos tranquilizantes y el alcohol pueden disminuir la excitación sexual de los mayores e interferir la respuesta sexual* (0.93 ± 0.26) y en que *la impotencia que no es causada por motivos fisiológicos es mayor en los varones mayores que en los jóvenes* (0.88 ± 0.33). Estas tres preguntas forman parte de problemas de salud sexual con posibilidad de ser tratados en consulta.

Hemos podido relacionar estudios con hipótesis similares sobre educación sexual en mayores con impacto provocado por la intervención educativa realizada en cada caso. Nuestra muestra aumenta la puntuación de los conocimientos en 16 de las 26 preguntas de la escala A.S.K.A.S. ($p < .05$). Se ha podido constatar que en 11 de estas respuestas existe una puntuación por encima de la media en post-test. El incremento de conocimientos en porcentaje es de un 32,34% ($p < .05$).

Hemos observado con la revisión sistemática inicial que sí que existen varias publicaciones acerca de los efectos positivos sobre la vida sexual de las personas que padecen algún tipo de enfermedad relacionada con la sexualidad. En todos se aplica una intervención educativa y se divide la muestra de estudio en grupo experimental y grupo control. Las disfunciones sexuales estudiadas están provocadas por cáncer de recto (DuHamel et al., 2016), histerectomía (Hosseini et al., 2016) y disfunción eréctil (Shabsigh et al., 2009). Se producen mejoras en la disfunción sexual de las mujeres en términos de mejora de la excitación, disminución del dolor vaginal y mejora de la satisfacción sexual medido con el Índice de Función Sexual Femenina, *Female Sexual Function Index (FSFI)* (Moghadam ZB et al., 2015). En el grupo de varones se mejora la función eréctil, la libido y se reducen las molestias sexuales. En el estudio sobre cáncer rectal en varones (Nelson et al., 2014) se produce un

aumento de la satisfacción sexual medido con el Cuestionario de Autoestima y Relación Sexual (SEAR), el incremento porcentual es de 55.35% (a los 4 meses $d= 0.25$ y a los 6 meses $d=0.56$). En ambos grupos se especifica que a nivel general sí aumentan los conocimientos, las actitudes y las estrategias para la mejora de la función sexual, aunque la muestra de población es escasa en algunos estudios (Behboodi et al., 2015; DuHamel et al., 2016).

Aunque la diferencia de conocimientos no es muy elevada entre el grupo de mujeres y de varones (4.03 ± 4.53), obtenemos mejores resultados en el grupo de mujeres (5.08 ± 4.07). Indagando en las estrategias del aprendizaje con diferencias de género encontramos en la literatura del campo de la psicología discusión sobre teorías que puedan explicar si hay diferencias o no entre sexos. Bund (2008) analiza en su estudio sobre el aprendizaje cómo el grupo de mujeres se concentra en los recursos del aprendizaje en el entorno social, es decir, aprenden pidiendo apoyo y ayuda a los compañeros o a los profesores prefiriendo el aprendizaje en grupo. El grupo de varones se inclinan hacia un aprendizaje individual y autónomo utilizando recursos materiales, internet o libros. En el análisis de nuestra investigación hemos de tener en cuenta la existencia de un desequilibrio de participación, 37.8% de varones y 62.2% de mujeres, resultado que coincide a nivel general con la participación social mayor por parte del género femenino en las actividades formativas sobre salud en adultos mayores (Fombona y Pascual, 2019).

Un apartado examinado por varios autores es la implementación de una intervención educativa de sexualidad dentro de instituciones cerradas. Uno de los primeros autores que se centra en esta materia es White (1982), quien investiga los conocimientos y las actitudes en los mayores y en los trabajadores relacionados con residencias de ancianos. Las residencias de mayores deberían ser un lugar de trabajo para el investigador de la educación sexual, pues como hemos podido constatar por experiencia profesional, poseen un amplio potencial de estudio. La bibliografía encontrada no ha sido excesiva y la población de estudio ha sido

escasa, aunque con conclusiones para tener en cuenta. Se han estudiado las relaciones interpersonales, familiares, las conductas sexuales, la respuesta sexual humana, los mitos y prejuicios, los derechos de los adultos mayores, la autoestima y las barreras en el ámbito sexual dentro de las instituciones cerradas. La mejora de conocimientos no es unánime en todos los usuarios. Tras la intervención, se consiguen conocimientos medios altos (Boudet,2010). Se especifican resultados positivos con aumento de conocimientos sobre las limitaciones sexuales, las relaciones y conductas dentro de las residencias (Villar,2014). El principio del respeto a la autonomía del mayor en el desarrollo de su sexualidad es un argumento ético que se comprende y se acepta en algunas instituciones cerradas (Mahieu y Gastmans, 2012).

Obtenemos en nuestra investigación una puntuación elevada en el post-test con significación estadística ($p < .05$) por lo que están de acuerdo con que las residencias de personas mayores deben ofrecer camas lo suficientemente grandes para las parejas que quieran dormir juntas (6.23 ± 1.42). Se constata una realidad sobre la poca privacidad para mantener relaciones sexuales que tienen los mayores ingresados en residencias. Son estas residencias las responsables de hacer que los trabajadores tengan en cuenta y asuman las necesidades sexuales de los mayores (Cibeles, 2004 citado en Cabrera, 2009).

7.4 Impacto Sobre las Actitudes

El cambio de actitudes después de implementar intervenciones educativas en mayores de 60 años también ha sido examinado. En el estudio sobre un programa de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores respecto al tema de la sexualidad se miden las limitaciones respecto a la sexualidad, los prejuicios, mitos y derechos sexuales. El instrumento de medición que se utiliza es el de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez de Orozco y Rodríguez (2006). Se consiguen cambios positivos aumentando los conocimientos en los temas de derechos de los mayores, limitaciones y prejuicios de la sexualidad, con puntuaciones medias altas (13.92 ± 0.28) (Rivera Pablo, 2019).

Revisando el estudio Cybulski (2018) respecto a la puntuación obtenida en subgrupo de actitudes se obtiene una puntuación elevada (124.65 ± 22). En el primer estudio de White (1982) la cifra media en la investigación de validación en actitudes fue un poco más reducida (86.40 ± 17.28). Introduciendo la variable de la satisfacción sexual, esta investigación llega a la conclusión de que hay una correlación positiva entre las actitudes hacia la sexualidad y la satisfacción de la vida sexual en el grupo de mujeres. En el grupo de varones no encuentran significación estadística para obtener correlación positiva. Aunque en nuestro estudio no hemos analizado específicamente la variable satisfacción del bienestar de la vida sexual, observamos cómo varios autores abogan por el reconocimiento de la salud sexual y su expresión como componentes centrales de la calidad de vida y el bienestar. Analizan la relación entre la salud la sexualidad y el envejecimiento basados en el modelo biopsicosocial de la salud sexual. Relacionan el estado de salud con el comportamiento sexual en la vejez y cuestionan las ideas preconcebidas socialmente sobre las relaciones de los mayores (DeLamater y Moorman, 2007;Gott et al., 2004b;Katz y Marshall, 2003).

En nuestra muestra encontramos una mejora significativa ($p < .05$) en cinco preguntas del grupo experimental, variable varón, y en las ocho preguntas de la variable mujer. Todas tienen un resultado por encima de la puntuación promedio en pre-test. Utilizamos la escala A.S.K.A.S 28 reducida a ocho preguntas sobre actitudes (34.23 ± 8.64) y comparándolo con los resultados de la escala A.S.K.A.S.60 anteriormente descritos, llegamos a la conclusión de que nuestro resultado (106.96 ± 18.87) se encuentra dentro del rango de resultados de los dos estudios de referencia (86.40 y 124.65).

Alcanzamos en esta investigación un aumento significativo ($p < .05$) en puntuaciones medias del subgrupo de actitudes (2.71 ± 8.44). Transformando este resultado en términos de porcentaje obtenemos un aumento del 7.24% entre el pre-test y el post-test. Se logra un cambio considerable en actitudes que podemos constatar observando la puntuación media del post-test

menos el pre-test. La pregunta sobre si *la masturbación es aceptable para los mayores* obtiene la mayor diferencia en cambio de opinión respecto a esta actitud (1.28 ± 1.78), en grupo de mujeres y de varones. Otra cuestión para destacar es el cambio significativo ($p < .05$) respecto a la idea de que *el mayor pierde el interés siempre por la sexualidad* (0.95 ± 3.60), en grupo de mujeres. En el aspecto estudiado por la escala A.S.K.A.S. relacionado con temas sexuales en residencias de ancianos existe como resultado un cambio de actitud frente a estas cuestiones. Están de acuerdo con que *las instituciones como las residencias de mayores apoyen cualquier tipo de actividad sexual entre sus residentes, con la diferencia de puntuación mayor entre pre-test y post-test sobre residencias de anciano* (1.15 ± 4.35). Por último, otra pregunta destacable con una diferencia apreciable es el estar de acuerdo en *favorecer la posibilidad de realizar cursos sobre educación sexual, para las personas mayores que viven en residencias* (0.91 ± 2.11 en varones y 0.87 ± 4.30 en mujeres). Estos cambios de actitud según el estudio de White (1982) hacen que tanto el personal de las residencias de ancianos como los familiares sean más tolerantes hacia las relaciones sexuales entre los mayores. Consta que existe un aumento significativo en la actividad sexual y en la satisfacción en las personas que habían recibido educación sexual.

7.5 La Labor de los Profesionales de la Salud

Uno de los objetivos propuestos por nuestra investigación es la difusión de una herramienta de trabajo, en forma de *consejo breve*, para el uso en consultas de atención primaria en el apartado de *Ciudadanos* de la aplicación informática del SACYL. La actitud positiva hacia la sexualidad demostrada por los sanitarios que desarrollan la práctica clínica en las consultas realizando educación individual, es un factor muy importante para la mejora de la calidad de vida de los mayores.

Existen varios estudios que afianzan la teoría de la eficacia del consejo breve en consulta. Un ejemplo es el efecto del estudio de Chambers et al.(2015) sobre parejas

heterosexuales (n=189) donde gracias al consejo de enfermeras aumenta la probabilidad de usar tratamientos médicos para la disfunción eréctil ($p < .05$).

Entre los resultados de nuestra escala A.S.K.A.S. una pregunta con una diferencia reseñable es el estar de acuerdo en *favorecer la posibilidad de realizar cursos sobre educación sexual para los profesionales que trabajan en residencias de mayores* (0.84 ± 1.94 en varones y 1.05 ± 4.42 en mujeres). Nuestra muestra apoya la educación sexual para los profesionales al igual que alguna recomendación aceptada en varios estudios. Bauer et al. (2016) concluye en su revisión sistemática sobre las opiniones de las personas mayores en el entorno de los cuidados de la salud, que los servicios de atención de la salud deben adoptar estrategias más efectivas en la educación sexual incluyendo la formación de los sanitarios.

Se ha estudiado el impacto de una iniciativa educacional sobre los conocimientos y actitudes de médicos de atención primaria y médicos especialistas que tratan disfunciones sexuales demostrando también la necesidad en la formación de ambos grupos de profesionales y una igualdad en conocimientos y actitudes una vez recibida la actividad formativa. Demuestran la utilidad de la formación en disfunción sexual postgrado (Shabsigh et al., 2009).

El Servicio de Salud del País Vasco publicó un informe muy interesante sobre la actitud de los profesionales sanitarios hacia la sexualidad (Dabouza, 2016). Los profesionales demostraron el desconocimiento de algunos aspectos de la sexualidad en los mayores, manteniendo conceptos erróneos y reflejándose en la poca existencia de registro sobre esta faceta en las historias clínicas. Una conclusión interesante fue descubrir cómo la actitud más liberal de los sanitarios favorecía el abordaje activo del estado de salud sexual del paciente. En otro estudio analizado con la escala A.S.K.A.S. (Capodiecì, 1989) se estudió la opinión de médicos generales (n= 95) y casi toda la muestra estuvo de acuerdo con que la sexualidad es una necesidad de por vida y no es peligrosa para la salud de las personas mayores.

En otro estudio con médicos de diferentes especialidades (n=87) relacionadas con las personas mayores se investigaron los conocimientos y las actitudes frente a la sexualidad. La mayoría indicó que tenía conocimientos limitados sobre los problemas sexuales en las personas mayores (69%) y solo abordaban la sexualidad en consulta en un porcentaje muy pequeño (14.5%). En esta investigación se vuelve a detectar un bajo nivel de concienciación sobre la importancia de la sexualidad en las personas mayores, por parte de los médicos. Se identifica también la necesidad de mejorar la capacitación estructurada en la atención de la salud sexual a las personas mayores (Dogan et al., 2008).

En cuanto a qué contenidos en educación sexual hay que desarrollar para la buena formación de los mayores en sexualidad Ballester-Arnal et al.(2016), en su estudio cuasi experimental de intervención educativa, propone que deben ajustarse a sus propios intereses. Han de superarse muchos retos y dificultades para la obtención de contenidos sexuales de calidad.

Para finalizar este apartado de discusión queremos mencionar la importancia de la satisfacción hacia las actividades educativas en personas mayores. Destacamos una tendencia a apoyar el aprendizaje a lo largo de toda la vida, generando ventajas por considerar el tiempo como un reto individual de oportunidad. La educación en esta etapa de la vida proporciona satisfacción y placer relacionado con el crecimiento y el desarrollo personal estimulando factores que apoyan el envejecimiento activo (Aparicio, 2014).

Subrayamos los buenos resultados expresados por los participantes en la intervención formativa, respecto a la satisfacción hacia el programa educativo recibido. Creemos que tanto la metodología empleada como el diseño del programa SEXMA han podido influir satisfactoriamente en la consecución de los objetivos del programa. Podemos constatar la pertinencia de las actividades realizadas pues hemos obtenido buenos resultados con la observación por parte de los docentes participantes.

Capítulo Octavo

Conclusión

8. Capítulo Octavo. Conclusión

8.1 introducción

Presentamos en este último capítulo las conclusiones de nuestra investigación, conclusiones que se derivan de lo observado durante todo el proceso de estudio. Aportamos juicios nuevos que se desprenden de lo investigado, mostramos las limitaciones experimentadas durante el desarrollo del estudio y exponemos posibles líneas de investigación de futuro. Pretendemos contribuir hacia una sensibilización social sobre el desarrollo de la sexualidad de la persona mayor, con la extensión de nuestras conclusiones.

8.2 Conocimientos Sobre Sexualidad

Hemos podido constatar la demostración de nuestra primera hipótesis con un aumento de conocimientos en nuestro grupo experimental sin embargo en el grupo control no hemos encontrado un incremento significativo. Las respuestas obtenidas muestran las dificultades que nuestros mayores tienen para desarrollar una sexualidad saludable. Todos los mitos y estereotipos sobre la sexualidad en mayores han aparecido en todas las sesiones de las intervenciones educativas. La mejora sobre los conocimientos de los efectos positivos de la sexualidad ha sido considerable tanto en el grupo de mujeres como en el de varones. Los mayores con los que hemos trabajado han aprendido estrategias para disfrutar de esta dimensión de la personalidad, la vida sexual. Se han superado ideas erróneas sobre el poco interés del mayor por el sexo, el desinterés de las mujeres por la sexualidad y la imposibilidad de mantener la utilidad de la sexualidad durante toda la vida. Se ha podido cotejar el distinto planteamiento sobre las causas del abandono de la sexualidad según el género. Para el grupo de mujeres la razón se debe a factores psicosociales y para el grupo de varones la razón es por problemas biológicos o físicos. Hemos podido confrontar la participación de mujeres y varones. Ha sido mayor la participación de mujeres y también han conseguido un mayor aumento de conocimientos en el grupo de mujeres. Hemos encontrado una opinión más o menos

generalizada sobre la necesidad de una mayor participación del varón en estas sesiones formativas. Precisamente ha sido el grupo de varones el que ha conseguido un menor aumento de conocimientos por lo que quizás es este grupo el que necesita mayor implicación en actividades formativas sobre sexualidad.

En cuanto al análisis de los conocimientos en relación con la participación según localidad, podemos afirmar que en la zona rural hemos obtenido unos mejores resultados en mejora de conocimientos que en la zona urbana. Respecto a las edades de participación es el grupo de 60 a 69 años los que finalmente aumentan más en conocimientos.

8.3 Actitudes Sobre Sexualidad

Hemos obtenido un resultado esperado demostrando nuestra segunda hipótesis de investigación: un cambio de actitud frente a la sexualidad en el grupo experimental respecto a los participantes del grupo control. Se ha constatado un cambio muy elevado en la actitud frente a la idea de que la masturbación es una idea aceptable para mujeres y varones. Otro planteamiento acertado con significación estadística ($p < .05$) es que el interés por la sexualidad no desaparece con la edad. Ha sido el grupo de entre 70 y 80 años el que ha obtenido un mayor cambio en actitudes, resultado que en un principio no esperábamos. Es posible que la adaptación del programa educativo a la edad de los participantes, algunos con más de 80 años, haya sido acertada. Respecto al cambio de actitudes entre localidades del ámbito rural y localidades del ámbito urbano es el grupo urbano el que experimenta una modificación mayor de actitudes frente a la. Hemos encontrado un mayor cambio de actitud en los grupos de personas sin estudios, con estudios primarios y secundarios. El grupo de estudios superiores parte de una actitud más positiva hacia la sexualidad.

Nuestra muestra concluye con una muy buena aceptación hacia la posibilidad de impartir cursos de formación a los profesionales sanitarios y a los residentes de instituciones cerradas para mayores. La idea de ofrecer camas lo suficientemente grandes para las parejas

de mayores en residencia es muy apoyada por nuestra muestra estudiada. En el análisis por géneros concluimos que es el grupo de varones el que logró un mayor cambio de actitud frente a la sexualidad en nuestro estudio, aunque finalmente la puntuación total Ay fomentar la formación en programas educativos es mayor en el grupo de mujeres.

La implicación por parte de los profesionales de la salud en la práctica de la clínica diaria respecto a la atención de la sexualidad en la persona de edad avanzada ha de ser mayor. Hemos podido demostrar cómo parte de la población sanitaria carece de formación continuada actualizada en el tratamiento de problemas sexuales de la población mayor. Los servicios de atención sanitaria deben fomentar la formación en programas educativos no solo hacia la población joven sino también hacia la población envejecida que, cada vez más, experimenta unas condiciones de salud con mejor calidad de vida.

Si comparamos los incrementos de resultados en el subgrupo de conocimientos y en el subgrupo de actitudes, es en el apartado de conocimientos donde encontramos un mayor aumento. Como hemos destacado anteriormente en otros apartados, sí que esperábamos tener más dificultades en el cambio de actitudes que en el aumento de conocimientos. El cambio de actitud viene reflejado por un aprendizaje profundo interiorizado en los intereses, las emociones y los sentimientos del participante. Creemos que hemos conseguido introducir en las sesiones valores personales sobre la sexualidad, que los participantes han podido discutir, elaborando respuestas al grado de satisfacción o a la importancia de la sexualidad en la vida de cada persona. Hemos encontrado respuestas positivas para mantener una sexualidad viva vinculada al diálogo profundo con la pareja, enriqueciéndolo con muestras de afecto y de ternura, consiguiendo un cambio en la vida sexual.

8.4 Satisfacción con el Programa

Respecto a la última hipótesis sobre la aceptación y satisfacción en grupo experimental y grupo control respecto a la implementación del programa- servicio SEXMA, hemos obtenido muy buenos resultados. Realizando el análisis descriptivo obtenemos como respuesta global mayoritaria (>82%) que los participantes están satisfechos o muy satisfechos con el programa, en grupo experimental y grupo control. Hemos de señalar que los participantes consideran que el programa ha sido útil para su vida sexual, y están satisfechos o muy satisfechos con la duración y los recursos utilizados. Por otra parte, la observación de los profesionales educadores revela que ha sido muy positiva la elección de los recursos didácticos, las localizaciones, la accesibilidad y los horarios de las sesiones impartidas. La participación de los grupos fue desigual pero bastante adecuada para la obtención de los objetivos propuestos. Ha sido valorado negativamente por algunos de los participantes la cantidad de preguntas planteadas en el pre-test y post-test.

Aunque dentro de las hipótesis de esta tesis no estaba incluido estudiar la diferencia entre la educación online y educación presencial, sí que aprovechamos las circunstancias de las restricciones de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, para acercarnos a la realización de un pequeño análisis de estos dos grupos de participantes. Hemos podido observar cómo el grupo on-line sí que estaba incluido dentro de los tres primeros grupos con mayores porcentajes de estudios superiores. Dado la muestra tan pequeña de participación no estamos en condiciones de definir conclusiones que no sean debidas al azar. Sí hemos encontrado significación estadística en varias de las comparaciones, pero con unas diferencias entre grupo on-line y grupo presencial mínimas, y no podemos definir un resultado concluyente.

8.5 Difusión de Recomendaciones Sexuales

Nuestro último objetivo secundario sobre la difusión de los consejos de sexualidad para mayores, en la plataforma digital de la Gerencia Regional de Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, se encuentra en proceso de evaluación. En el momento de la redacción de esta tesis el programa ha sido presentado, con buena acogida por parte del equipo responsable de la Gerencia de Atención Primaria de Castilla y León. Esperamos conseguir la difusión de las recomendaciones sexuales para mayores, presentadas en esta investigación, en el apartado “ Ciudadanos/ Aula de pacientes/ Salud de los mayores”.

8.6 Limitaciones de la Investigación

A lo largo de esta investigación hemos podido constatar ciertas limitaciones que han podido afectar al resultado del estudio. Hemos realizado una implementación temporal de la intervención educativa con una diferencia de un mes entre el primer test y el segundo. Esta periodicidad de la medición de la muestra nos impide conocer en el tiempo, los efectos de nuestro programa. Una medición aumentada por ejemplo a 6 meses nos podría haber ofrecido unos resultados más amplios.

Una de las limitaciones iniciales encontradas fue la participación de asociaciones en el estudio. No todas las asociaciones propuestas reportaron una respuesta positiva a la colaboración con el programa. La temática sexual no es un aspecto fácil de abordar para muchas personas mayores, el interés por esta faceta de la salud no tiene la misma utilidad para unos mayores y otros.

Otra limitación posible es el hecho de que las intervenciones formativas han sido impartidas por profesionales distintos. Esta característica la podemos considerar como una limitación o, por el contrario, como una ventaja. Podemos deducir que las diferentes

características de cada educador no perjudican a la efectividad del programa, pues el diseño de la intervención proporciona resultados positivos en el grupo experimental.

En el desarrollo de esta tesis hemos analizado 45 variables, distribuidas en datos demográficos, la escala A.S.K.A.S., la encuesta de satisfacción y la tabla de observación de los educadores. Hemos considerado que estas variables relevantes son las que más podían afectar a nuestra intervención formativa. Estimamos la posibilidad de la existencia de un posible sesgo de confusión donde alguna otra variable haya podido escapar al control de las capacidades medidas. Por ejemplo, en nuestro estudio no analizamos el factor satisfacción sexual con ningún instrumento de medida. Hemos encontrado poca evidencia sobre la asociación de la medida de la satisfacción sexual con el aumento de conocimientos y actitudes. Sería muy interesante y apropiado profundizar sobre esta temática en futuras investigaciones, aportando datos más concretos sobre la calidad de vida, la salud y el grado de motivación de los participantes.

Contemplamos que los resultados estadísticamente significativos pueden no demostrar aún la relevancia clínica. La relevancia clínica se evidencia no solo con unos primeros resultados matemáticos sino analizando el impacto positivo sobre la consulta diaria de atención primaria. La implicación para la práctica clínica de los beneficios que aporta una educación para la salud sexual estructurada, en consulta, es un terreno de estudio a explorar en más investigaciones.

La evaluación planteada sobre la estructura, proceso y resultado de nuestro programa podría haber sido ampliada evaluando más aspectos. Se han podido observar factores ambientales o sociodemográficos que pueden influir en las respuestas de la muestra utilizada. Los diferentes hábitos de salud, las creencias y preferencias de los participantes puede llegar a influir potencialmente en los resultados finales, aunque este análisis supondría un aumento de variables que tal vez, podría obstaculizar la obtención de objetivos.

Por último, el tamaño de la muestra del análisis de la diferencia de la variable conocimientos y actitudes entre el grupo on-line y el grupo presencial, hace que debamos tomar los resultados de esta comparación con precaución, aunque aportemos un estudio estadístico adecuado.

8.7 Líneas Futuras de Investigación

Esta tesis ha intentado responder a varias preguntas planteadas, pero a lo largo del desarrollo de esta nos ha suscitado nuevas expectativas de estudio. Una vez alcanzados los objetivos de mejora de conocimiento y actitud hacia la sexualidad del mayor es el momento de incrementar los estudios sobre las intervenciones enfermeras relacionadas con el asesoramiento y la enseñanza sexual. Formarían parte de las últimas tendencias investigadoras sobre los planes de cuidados estandarizados de los diagnósticos enfermeros *Patrón Sexual Ineficaz y Disfunción Sexual*.

Es muy razonable ampliar la investigación del impacto de las intervenciones educativas sobre sexualidad en personas mayores intentando superar nuestras limitaciones encontradas y estableciendo estrategias de análisis de variables no estudiadas en nuestra tesis. Un ejemplo de esta línea de investigación de nuevas variables podría ser la relación entre el modo de vida, ya sea en pareja o soltero o viudo, y el afrontamiento de la adaptación a la nueva sexualidad.

Otras cuestiones que emergen de nuestro estudio, que consideramos que pueden tener un buen potencial de investigación, son: ¿cómo incentivar más la participación masculina en la temática sexual?, ¿qué estrategia debemos de seguir para conseguir un cambio positivo hacia la relación afectivo sexual por parte de los varones?, ¿qué impacto pueden tener las intervenciones educativas a largo plazo, sobre la sensibilización social de la población de mayores?

El desarrollo del envejecimiento activo está promocionado por políticas de salud impulsoras de la independencia y el bienestar del mayor. Se superan los estereotipos negativos del envejecimiento y de la dependencia reinventando una nueva cultura de consumidores activos. La población mayor se convierte en clientes que consumen el uso del tiempo libre con relaciones sociales nuevas. Podemos constatar cómo se abre un campo nuevo de investigación relacionado con el consumo de productos relacionados con la satisfacción sexual de la persona mayor sana y lo formulamos en forma de preguntas: ¿cómo fomentamos estilos de vida exitosos relacionados con la calidad sexual del mayor?, ¿qué materiales actualizados debemos utilizar para la puesta en práctica de habilidades sexuales?

En relación con la investigación de la sexualidad ejercida por personas dependientes apuntamos posibles ideas para seguir avanzando en este camino: ¿está suficientemente promocionado en las residencias de mayores la salud afectivo sexual en términos de intimidad, privacidad, libertad sexual y derecho a compartir?, ¿sería factible el desarrollo e implantación de un servicio de compañía, como asistencia erótica a personas con discapacidad?

8.8 Aportaciones para la Práctica Clínica

En el cumplimiento de nuestro objetivo general de aportar un programa educativo basado en los principios del envejecimiento activo queremos resumir las aportaciones de esta tesis a la práctica clínica de la consulta de atención primaria y su influencia en el razonamiento científico. Hemos de normalizar la idea de apoyar una entrevista clínica activa hacia la reflexión sobre la actividad sexual en el adulto mayor. La formación de los profesionales de la salud ha de centrarse en el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico en el manejo de los problemas de salud sexuales con aportación de consejos y cuidados eficaces. Se debe fomentar el registro en las historias clínicas de signos y síntomas de problemas de salud sexuales para poder aumentar las evidencias científicas sobre la sexualidad del mayor.

Aportamos la lista de consejos sexuales basados en la mejor evidencia disponible sobre sexualidad en el anciano. Consideramos que es un instrumento fiable para el uso, como *consejo breve* en consulta diaria de atención primaria. Buscamos una atención integral de la persona mayor, tanto ayudando a la adaptación a los cambios sexuales en el envejecimiento como apartando los prejuicios y tabús que no contribuyen a la calidad de vida sexual. El mayor tiene derecho a recibir una atención sanitaria que le ayude afrontar sus problemas sexuales, independientemente de la edad que tenga.

Es necesaria la implicación estatal con políticas públicas sanitarias de apoyo a la sexualidad activa de los mayores. Se deben desarrollar programas comunitarios de sexualidad integral que se complementen con otros ya establecidos de estilos de vida saludables.

8.9 Sensibilización Social

Una frase célebre de Einstein dice que “es más fácil romper un átomo que eliminar prejuicios”. Uno de los objetivos de esta tesis es aportar conocimiento para la eliminación de los prejuicios que impiden el desarrollo de la vida sexual del mayor. Aunque en nuestra muestra de estudio sí que ha sucedido este hecho, aspiramos a colaborar con la sensibilización social de la población en general para un aumento de la calidad de vida sexual de las personas mayores. Es necesario crear un clima de entendimiento e intercambiar puntos de vista sobre el valor de las aportaciones de los mayores en la mejora de su sexualidad. Forman parte de una sociedad más envejecida, pero con una mayor calidad de vida.

La sexualidad activa debe ser una opción libre y sana desarrollada por la persona de edad avanzada. Los beneficios aportados por la mejora de la sexualidad aumentan la satisfacción, el placer y el bienestar personal. Se incrementan las posibilidades de cubrir necesidades fundamentales en el final de vida como son la dependencia y la soledad, gracias a la ampliación de relaciones sociales.

Capítulo Octavo. Conclusión

El autocuidado de la vida sexual es parte fundamental de la evolución del ser humano. Su estudio y análisis ha de seguir avanzando para favorecer escenarios confortables de atención sanitaria hacia la promoción de cuidados saludables de vida sexual activa.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

Referencias Bibliográficas

Acuña, A. (1984). *Sexo y edad. De la madurez a la vejez*. Siglo XXI.

Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A, Salomón Avichi N.(2008). Salud sexual y envejecimiento. *Revista cubana de salud pública* 34 (1).

<https://www.redalyc.org/pdf/214/21420865010.pdf>

Aragón, R., Ballesteros, A., Salazar, K. y Velasco, A. (2017). Educación para la salud sexual en mayores de 60 años. Revisión de evidencia científica. *IV Jornadas de Doctorandos de La Universidad de Burgos, Burgos*, 247–260. <https://doi.org/978-84-16283-41-5>

Argibay, J. C. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13(1), 13–29. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102009000100001yscript=sci_arttext&lng=en

Ausubel, D. P., Novak, J. D., y Hanesian, H. (1976). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo* (Vol. 3). México: Trillas.

Aznar Bolaño, M. (2017). Sexualidad y afectos en la vejez. Félix López Sánchez. (2012) Pirámide. <https://www.Revistaclinicacontemporanea.Org>, 8(1), E5, 1–3.

<https://doi.org/10.5093/CC2017A5>

Ballester-Arnal, R., Giménez-Ruiz, C., y Castro-Calvo, J. (2016). *La educación sexual dirigida a personas mayores: retos, dificultades y propuestas*.

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/63729>

Barceló, M. V., Socías, C. O., y Prieto, L. S. (2016). Identificación de competencias y habilidades del buen profesional que trabaja con personas mayores a través de la técnica Delphi. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1), 37-46.

Referencias Bibliográficas

- Bauer, M., Haesler, E., y Fetherstonhaugh, D. (2016). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(6), 1237–1250. <https://doi.org/10.1111/HEX.12418>
- Beauchamp, A., Graveline, R., y Quiviger, C. (1985). *Comó animar un grupo*. 135. https://books.google.com/books/about/Cómo_animar_un_grupo.html?hl=es&id=v7z2fFIFK2AC
- Beckman, N., Waern, M., Östling, S., Sundh, V., y Skoog, I. (2014). Determinants of sexual activity in four birth cohorts of Swedish 70-year-olds examined 1971-2001. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 401–410. <https://doi.org/10.1111/JSM.12381>
- Borrell, F., y Bosch, J. M. (2004). *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. SEMFYC.
- Botero Pulgarín, A. M. (2019). De los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una oportunidad para la educación sostenible con perspectiva de géneros. *Revista En-Contexto*, 8(12), 69–91. <https://doi.org/10.53995/23463279.664>
- Boudet Molina, R. (2010). Intervención educativa sobre salud sexual en ancianos y ancianas del Centro urbano Abel Santamaría Cuadrado. *Medisan*, 14(4), 0-0.
- Brenes Vázquez, L., Font Guiteras, A., Doval Diéguez, E., y Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia Bàsica, E. i de l'Educació. (2016). Experiencia afectivo-sexual y percepción de la calidad de vida en personas adultas-jóvenes revisión sistemática y estudio empírico con costarricenses. In *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.tdx.cat/handle/10803/381254>

- Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I., Grimshaw, J., Hanna, S., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. (16 de marzo de 2021). *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare*. AGREE Next Steps Consortium. <http://www.agreetrust.org>.E839-842.
- Bulechek, G. M., y McCloskey, J. C. (1995). Nursing interventions classification (NIC). *Medinfo. MEDINFO, 8 Pt 2*, 1368. <https://doi.org/10.1097/00006216-199317030-00016>
- Capodiecì S., Canu B.(1989). Il medico di base e il complesso del figlio di Noè. *Rivista di Sessuologia*, 13-4.
- Capodiecì S., De Leo D.(1990). *La vita sessuale nella terza età*.Ugo Mursia.
- Carrera, L. (2015). Importancia de las propuestas curriculares en la formación de los profesionales de la salud. *+E, 4.Ene-Dic*, 36–39.
<https://doi.org/10.14409/extension.v1i4.4587>
- Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martínez M., Sanz Rubiales Á.(2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra*. 34(1): 63-72.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2008). *Actitudes y prácticas sexuales. Encuesta nacional de salud*. Estudio CIS nº273..<https://www.analisis.cis.es/cisdb.jsp>
- Champagne, B. (2015). Las conclusiones de un artículo que pueden verse amenazadas por su validez interna [Respuesta a la carta de Konfino y Ondarsuhu]. *Pan American Journal of Public Health*, 38(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26506327/>
- Clark-Carter, D., Rojas, P., y Juárez Parra, Y. (10 de febrero de 2022). *Investigación Cuantitativa En Psicología. Del Diseño Experimental Al Reporte Del Diseño*. Idoc.pub
<https://idoc.pub/documents/clark-carter-d-1997-investigacion-cuantitativa-en-psicologia-del-diseo-experimental-al-reporte-del-diseopdf-d4p77ymj8d4p>

Referencias Bibliográficas

- Cysneiros, H. R., Leal, M. de C., Lucena, J. A., y Muniz, L. F. (2011). Organización Panamericana de la Salud / Organización mundial de la Salud. *CoDAS*, 28(5), 33.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000500634&lng=pt&tlng=pt%0Ahttps://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-persona
- Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. (2004). La entrevista motivacional y su uso en enfermería para promover el cambio. *Hygia de Enfermería: Revista Científica Del Colegio*, ISSN 1576-3056, N.º. 97, 2018, Págs. 38-41, 97, 38–41.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6565996>
- Comité de Derechos Sexuales, S. (2013). Derechos sexuales. *Conferencia Electrónica Modenmujer*, 1–2. <https://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>
- Cybulski, M., Cybulski, L., Krajewska-Kulak, E., Orzechowska, M., Cwalina, U., y Jasinski, M. (2018a). Sexual quality of life, sexual knowledge, and attitudes of older adults on the example of inhabitants over 60s of Bialystok, Poland. *Frontiers in Psychology*, 9(APR), 483.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00483>
- Dabouza, S. (2016). *Actitudes de los profesionales sanitarios hacia la sexualidad*. X Congreso Fess . Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020” “Líneas estratégicas y planes de acción, Osakidetza, 2013-2016. <https://es.slideshare.net/CongresoFESS/comunicacion-oral25-dabouza-silviaactitudes-de-los-profesionales-sanitarios-hacia-la-sexualidad?msckid=52f96839cfaa11ec8b5817a315cb844a>
- Diéguez, L., López Castedo, A., Sueiro, E. y López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 46-56.

- Dogan, S., Demir, B., Eker, E., y Karim, S. (2008). Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *International Psychogeriatrics*, 20(5), 1019–1027. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007229>
- Dugard, P., y Todman, J. (2006). Analysis of Pre-test-Post-test Control Group Designs in Educational Research. <Http://Dx.Doi.Org/10.1080/0144341950150207>, 15(2), 181–198. <https://doi.org/10.1080/0144341950150207>
- Dupras, A., y Soucis, P. (2008). La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. *Sexologies*, 17(3), 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2007.12.009>
- Espigares García, M., Piédrola Gil, G., Rodríguez Artalejo, F., Sáenz González, M. C., y Sierra López, A. (2008). *Medicina preventiva y salud pública*. Elsevier Masson.
- Felitti, F. (2006). Juegos y juguetes para la liberación sexual femenina. *Apuntes de Investigación Del CECYP*, (28):188-206. <https://doi.org/ISSN 0329-2142 // ISSN 1851-9814>
- Fierro, A. (1987). El paradigma test/entrenamiento/retest en estrategias cognitivas de personas con retraso. *Siglo Cero*, 109, 26-39.
- Fundación Ayúdate. (2009). Guía práctica para personas ostomizadas. *Aula de Pacientes. Cuidados. Recomendaciones* (pp. 8–11). <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia.ficheros/2045128-guia para personas ostomizadas. versión en lectura fácil.pdf>
- Galinsky, A. D., Wang, C. S., y Ku, G. (2008). Perspective-Takers Behave More Stereotypically. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(2), 404–419. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.2.404>
- Galinsky, A. M. (2012). Sexual touching and difficulties with sexual arousal and orgasm among

Referencias Bibliográficas

- U.S. Older adults. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 875–890.
<https://doi.org/10.1007/S10508-011-9873-7/TABLES/6>
- García, A. S. (2014). Lectura crítica de la evidencia científica. Dialnet. Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de La Asociación Española de Enfermería En Cardiología, ISSN-e 1575-4146, N°. 63 (3.Er Cuatrimestre), 2014, Págs. 15-18.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6288897>
- Gobierno Vasco. (16 de enero de 2020). *Guía para el envejecimiento activo y saludable*. Osakidetza.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_envejecimiento_activo/es_def/adjuntos/envejecimiento-activo.pdf
- Gómez Bueno, C., y Bretín, H. (2011). Sexualidad y envejecimiento- Junta de Andalucía. *Consejería de Salud. Junta de Andalucía*, 96.
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_3_preencion/sexualidad_envejecimiento.pdf
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., y Elford, H. (2004a). Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528–536. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>
- Gott, M., Hinchliff, S., y Galena, E. (2004b). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science y Medicine*, 58(11), 2093–2103.
<https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2003.08.025>
- Gray, P. B., y Garcia, J. R. (2012). Aging and human sexual behavior: Biocultural perspectives - A mini-review. *Gerontology* (Vol. 58, Issue 5, pp. 446–452).
<https://doi.org/10.1159/000337420>
- Hanzelíková, A. (2006). El sida y las personas mayores. *Gerokomos*, 17(2), 82–88.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000200004

Heras, D., Lara, F., y Fernández-Hawrylak, M. (2016). Evaluación de los efectos del programa de educación sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 321–337.

<https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.14300>

Herrera P., A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 150–162. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262003000200011>

Hite, S., y Grau, C. (1981). *El informe Hite sobre la sexualidad masculina*. Plaza y Janés.

Hosseini, N., Amini, A., Alamdari, A., Shams, M., Vossoughi, M., y Bazarganipour, F. (2016). Application of the PRECEDE model to improve sexual function among women with hysterectomy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 132(2), 229–233.

<https://doi.org/10.1016/J.IJGO.2015.07.019>

INE (11 de abril de 2022). *Proyección de la Población de España*. INE

www.ine.es/prensa/prensa.htm

Kinsey, A. C. (1947). Sex behavior in the human animal. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 47:635-637.

Kitchenham, B., Madeyski, L., Budgen, D. (2017). Métodos estadísticos robustos para la ingeniería empírica de software. *Empir Software Eng* 22, 579–630. <https://doi.org/10.1007/s10664-016-9437-5>

Levine, B. (2020). *STDs on the Rise Among Older Adults: Facts y Prevention | HemAware*.

Hemaware. The Bleeding Disorders Magazine. <https://hemaware.org/es/life/aumento-de-las-ets-y-las-its-en-adultos-mayores-hechos-y-prevencion>

Referencias Bibliográficas

- Madruga, V. A. (2010). Tradução E Adaptação Cultural Da Escala Askas – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale Em Idosos Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Askas - Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale in Brazilian Elderly Traducción Y Adaptación Cultural. *Texto y Contexto Enfermagem*, 19(2), 238–245.
- Manterola, C., y Otzen, T. (2015). Estudios Experimentales 2 Parte: Estudios Cuasi-Experimentales. *International Journal of Morphology*, 33(1), 382–387.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000100060>
- Marcos, B. B. (2010). El Instituto Joanna Briggs y sus recursos online. *Revista Científica de La Sociedad Espanola de Enfermeria Neurologica*, 2010(31), 13–15.
[https://doi.org/10.1016/S2013-5246\(10\)70012-X](https://doi.org/10.1016/S2013-5246(10)70012-X)
- Marín, S. P. (1987). *Psicología experimental*. Pirámide.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (24 de febrero de 2021). *Estrategia Salud sexual y reproduccion*. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.mspsi.gob.es
- Ministerio de Sanidad. (24 de marzo de 2022). *Encuesta Europea de Salud en España*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
- Moioli, B.(2005). Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez. *Sexología integral*, 2(1):26-27
- Nelson, C., Schuler, T., Philip, E., Mulhall, J. P., Jandorf, L., Reiner, A., Baser, R., y DuHamel, K. (2014). Mp48-20 the efficacy of a sexual health education intervention for male rectal cancer patients. *Journal of Urology*, 191(4S), e535.
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.02.1494>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud Glosario Organización Mundial de la Salud Ginebra. OMS, 33.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1

OMS. (2012). Salud - Desarrollo Sostenible. *Ods* (p. 1).

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

OMS.(5 de mayo del 2022). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*.

WHO.[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))

OPS/OMS. (8 de mayo de 2021). *Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción*. PAHO.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=397:2008-promotion-sexual-health-recommendations-actionyltemid=1574ylang=es

OPS/OMS. (12 de enero de 2022). *Década de Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)*. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/en/decade-healthy-aging-americas-2021-2030>

Oviedo, H. C., y Campo-Arias, A.(2005) Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach.

Revista Colombiana de Psiquiatría.34(4), 572–580.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0034-74502005000400009ylng=enynrm=isoytlng=es

Pérez Jarauta, MJ; Echauri Ozcoidi, M; Ancizu Irure, E; Chocarro San Martín, J. (2006). *Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra*. Gobierno de Navarra. Fondo de Publicaciones

Pita Fernández, S. (18 de mayo de 2018). *Guía: Determinación del tamaño muestral*. Fistera.

<https://www.fistera.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>

Referencias Bibliográficas

- Puerto Pascual, C. (2000). Una afectividad y sexualidad para todas las edades. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 20(20), 27–50. <https://doi.org/10.36576/summa.28290>
- Quintero, D., Porras, V., Ibarra, M., Córdoba, A., Ruiz, L., Muñoz, A., y Arias, C.(2018). Calidad analítica en pruebas de atención primaria. Enero–junio 2015. In *XX Simposio de investigaciones en salud" Enfermedades Crónicas No Transmisibles"*.Universidad del Valle.Colombia
- RAE.(2 de mayo de 2022). *Sexualidad | Definición | Diccionario de la lengua española*. RAE - ASALE. <https://dle.rae.es/sexualidad>
- Randall, J. S. (1976).The concept of andragogy. *ANEC*, 7(17), 7–9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1048882/>
- Reinmann-Rothmeier, G., y Mandl, H. (1996). Lernumgebungen mit Neuen Medien gestalten. In *Bildung im Netz* (pp. 65–74). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-95838-0_5
- Robledo, P., Fidalgo, R., Arias, O., y Álvarez, M. L. (2015). Percepción de los estudiantes sobre el desarrollo de competencias a través de diferentes metodologías activas. *Revista de Investigación Educativa*, 33(2), 369–383. <https://doi.org/10.6018/rie.33.2.201381>
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., y Haynes, R. B. (1997). *Cómo formular preguntas clínicas que usted pueda responder. Medicina basada en la evidencia*.Churchill Livingstone.
- SACYL. Junta de Castilla y León. (21 de diciembre de 2019). *Cartera de servicios de Atención Primaria*.Salud de Castilla y León.
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/cartera-servicios-atencion-primaria-2019,375>

- SACYL. Junta de Castilla y León. (6 de mayo de 2022) *Salud de los mayores | Aula de Pacientes*. Sacyl.<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/personas-mayores/salud-mayores>
- Shabsigh, R., Sadosky, R., Rosen, R. C., Carson, C. C., Seftel, A. D., y Noursalehi, M. (2009). Impact of an educational initiative on applied knowledge and attitudes of physicians who treat sexual dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 21(1), 74–81. <https://doi.org/10.1038/ijir.2008.65>
- Soto, P., Masalan, P., y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288–300. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2018.05.001>
- Steven Reiss, P. (2003). Who Am I? The 16 Basic Desires That Motivate Our Actions and Define Our Personalities. *Adolescence* (Vol. 38, Issue 150). https://books.google.com/books/about/Who_Am_I.html?hl=es&id=EbOjA5oAsEUC
- Torres, I. y Beltrán, F. (2012). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. *Educación XXI* (pp. 35–76). <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/educacionXX1/article/view/383/0>
- Torres Mencía, S., y Rodríguez Martín, B. (2019). Percepciones De La Sexualidad En Personas Mayores: Una Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. *Rev Esp Salud Pública*, 93, 4–5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100105
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J. y Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged carer facilities: comparison of staff and resident's views. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2518-27
- Villar, F., Celdrán, M., Faba, J., y Serrat, R. (2017). *Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores: Guía de actuación para profesionales*. Colección Guías de la

Referencias Bibliográficas

Fundación Pilares.Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M., y Solé, C. (2010). Measuring well-being among Spanish older adults: development of a simplified version of Ryff's Scales of Psychological Well-being. *Psychological Reports*, 107(1), 265–280.

<https://doi.org/10.2466/02.07.08.10.21.PR0.107.4.265-280>

Villar, F., Villamizar, D. J., y López-Chivrral, S. (2005). Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(3), 166–177. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74849-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74849-6)

Wang, T., Lu, C., Chen, I., y Yu, S. (2008). Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 443- 50.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02003.x>

WAS y OPAS, Word Association for Sexual Health, y Organización Panamericana de la Salud. (2009). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico. *Declaración y Documento Técnico*, 1–180. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-para-milenio-declaracion-documento-tecnico-2009>

White, C. B. (1982). A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491–502.

<https://doi.org/10.1007/BF01542474>

WHO.(8 de mayo de 2022).Reunión de Ministros de Salud del G7 en Kobe: alcanzar la cobertura sanitaria universal centrándose en el envejecimiento saludable y activo.WHO <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/g7-kobe-health-ministers-meeting-attaining-universal-health-coverage-focusing-on-healthy-and-active-ageing>

- Zimmerman, D. W., y Zumbo, B. D. (1990). The Relative Power of the Wilcoxon-Mann-Whitney Test and Student t Test Under Simple Bounded Transformations . *The Journal of General Psychology*, 117(4), 425–436. <https://doi.org/10.1080/00221309.1990.9921148>
- Zurro, A. M., Pérez, J. F. C., & Badia, J. G. (Eds.). (2019). *Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia*. Elsevier Health Sciences.

ANEXOS

Anexo A
Test Programa
SEXMA



UNIVERSIDAD DE BURGOS

Departamento de Educación

Un equipo de investigación de la Universidad de Burgos está realizando un estudio sobre la sexualidad de las Personas Mayores; deseamos conocer un poco mejor su situación actual, sus conocimientos y actitudes respecto a la salud sexual. A tal efecto, le ofrecemos este cuestionario denominado ASKAS-28. Le rogamos sinceridad y que ponga el máximo interés en las respuestas.

*Por supuesto, el cuestionario es **totalmente anónimo**. Los datos obtenidos solo se usarán para esta investigación. Una vez realizado el trabajo, podrá acceder a los resultados generales a través de este Equipo. Agradecemos de antemano su colaboración.*

1. Sexo:

- 1. Varón
- 2. Mujer

2. Estado Civil en la actualidad:

- 1. Soltero/a
- 2. Casado/a
- 3. Viudo/a
- 4. Con pareja estable

3. Edad en años cumplidos: _____ años.

4. Número de hijos/as: _____

5. Localidad: _____

6. Estudios:

- 1. Sin estudios
- 2. Primarios
- 3. Secundarios
- 4. Superiores

7. La actividad sexual de las personas mayores es a menudo peligrosa para su salud.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

8. Los varones mayores a menudo tardan más tiempo en conseguir una erección que los varones más jóvenes.

- 1. Verdadero
- 2. Falso

- 3. No se

9. La sexualidad es, generalmente, una necesidad durante toda la vida.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

10. Existe evidencia de que la actividad sexual de las personas mayores tiene efectos beneficiosos para la salud física.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

11. La actividad sexual puede beneficiar psicológicamente a las personas mayores.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

12. La mayoría de las mujeres mayores no tienen interés por la sexualidad.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

13. Los medicamentos recetados pueden alterar el impulso sexual.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

14. Básicamente, los cambios en la sexualidad en la vejez implican, más que una reducción del interés, que la respuesta sexual sea más lenta.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

15. Los varones y las mujeres mayores no pueden actuar como parejas sexuales, ya que ambos necesitan parejas más jóvenes para sentirse estimulados.

- 1. Verdadero
- 2. Falso

3. No se

16. Los barbitúricos, tranquilizantes y el alcohol pueden disminuir la excitación sexual de los mayores y, por lo tanto, interferir en la respuesta sexual.

1. Verdadero
 2. Falso
 3. No se

17. Existe un descenso de la actividad sexual de los varones a medida que envejecen.

1. Verdadero
 2. Falso
 3. No se

18. Un factor importante en el mantenimiento de la capacidad de respuesta sexual del hombre mayor es haber tenido una actividad sexual constante durante su vida.

1. Verdadero
 2. Falso
 3. No se

19. En los varones mayores, el miedo a ser incapaz de funcionar sexualmente puede llevar a no poder tener relaciones sexuales.

1. Verdadero
 2. Falso
 3. No se

20. El abandono de la actividad sexual en la vejez suele deberse a causas sociales y psicológicas más que a factores biológicos o físicos.

1. Verdadero
 2. Falso
 3. No se

21. La masturbación excesiva puede provocar un inicio temprano de episodios de confusión mental y demencia.

1. Verdadero
 2. Falso
 3. No se

22. Hay una pérdida inevitable de la satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas.

1. Verdadero

- 2. Falso
- 3. No se

23. La impotencia secundaria (es decir, la que no es causada por motivos fisiológicos), es mayor en los varones mayores que en los jóvenes.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

24. La impotencia en los varones mayores puede ser en muchos casos efectivamente tratada y curada.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

25. En la ausencia de discapacidad física severa, los varones y las mujeres pueden mantener el interés y la actividad sexual hasta bien entrados los 80 y 90 años.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

26. La masturbación en los varones y mujeres mayores tiene efectos beneficiosos para el mantenimiento de la respuesta sexual.

- 1. Verdadero
- 2. Falso
- 3. No se

27. Resulta vergonzoso que una persona mayor muestre interés por la sexualidad.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

28. Las instituciones, como las residencias de mayores, no deberían animar o apoyar ningún tipo de actividad sexual entre sus residentes.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

29. Cuando una persona se hace mayor el interés en la sexualidad desaparece de forma inevitable.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

30. Estaría a favor de organizar cursos sobre educación sexual dirigidos a las personas mayores que viven en residencias.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

31. Estaría a favor de organizar cursos de educación sexual para los profesionales que trabajan en residencias de mayores.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

32. La masturbación es una actividad sexual aceptable para los varones y mujeres mayores.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

33. Las instituciones, como por ejemplo residencias de personas mayores, debería ofrecer camas lo suficientemente grandes para las parejas que quieran dormir juntas.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

34. Los profesionales de las residencias de mayores deberían estar formados respecto de la sexualidad de los mayores y de las personas con discapacidad.

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. Algo en desacuerdo
- 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5. Algo de acuerdo
- 6. Bastante de acuerdo
- 7. Totalmente de acuerdo

Anexo B
Presentación
Programa SEXMA

"SEXUALIDAD EN LA EDAD AVANZADA"

Rubén Aragón Posadas
Enfermera

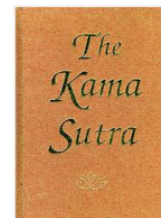
AMAR ES
SOSTENERSE EL
UNO AL OTRO
HASTA LA VEJEZ



https://www.youtube.com/watch?v=d_X0mTX9Qwk

Algo de Historia

En la India, en el Kamasutra se introduce a los lectores en el arte o los secretos del erotismo, su autor, Vatsyayana opinaba que una mujer es capaz de lograr mayor placer sexual que los hombres **sin importar su edad.**



En la Edad Media se sataniza el sexo, pues se creía que el placer sexual era pecado, obra del demonio, ya que la relación sexual en el medieval tenía como único sentido la procreación en el matrimonio, de tal suerte que las personas que ya tenían su familia, no debían mostrar interés sexual.



Mitos:

- **Se ama sólo cuando se es joven** el amor disminuye con la edad.
- El **nivel óptimo sexual** sólo está en la juventud.

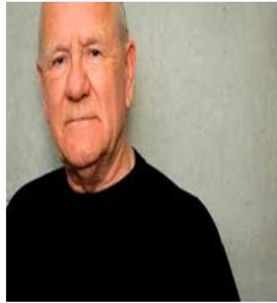


Mitos:

- **Los hombres viejos** mantiene el interés sexual, **las mujeres no.**
- **La menopausia** indica el **fin de la sexualidad femenina.**



Cambios en la RSH en el hombre.



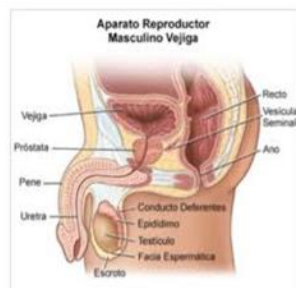
- Para lograr la erección necesita **más tiempo y más estimulación directa.**
- En general las erecciones son **menos firmes.**
- Los testículos se elevan sólo parcialmente y con **mayor lentitud.**

Cambios en la RSH en la Mujer.



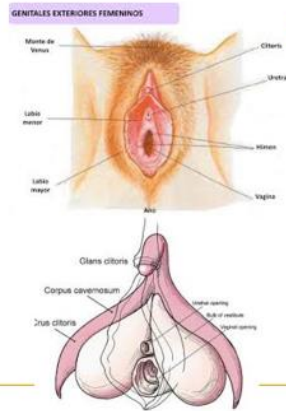
- **El rubor sexual** se da con menos frecuencia y extensión que en las edades jóvenes.
- Durante la fase de la excitación la **tensión muscular decrece.**

Cambios en la RSH en el hombre.



- Se prolonga el período **refractario** ("de recuperación")
- Se **reduce la tensión muscular durante** la excitación sexual, pues con la edad suele disminuir la masa y la fortaleza muscular.

Cambios en la RSH en la Mujer.



- La respuesta del clítoris No sufre menoscabo con la edad, mientras que la función vaginal experimenta dos cambios: **pérdida de elasticidad** de las paredes vaginales y, la **lubricación se reduce**, por el deterioro en la producción de estrógenos.

Aspectos a considerar sobre la sexualidad en la vejez

- La sexualidad en la vejez estará determinada por la **actitud** que el sujeto ha tenido ante el sexo **durante toda su vida**.



- La sexualidad no es sinónimo de acto sexual genital sino que refiere a toda la parte **afectiva y emocional**.
- La sexualidad es la **conexión emocional** que se puede generar entre dos personas

■ **Finalmente:**

El modelo de acto sexual como se práctica en la juventud, no es aplicable tal cual en la vejez, en la que cobra mayor importancia la cercanía y la intimidad corporal.

Miguel Krassoievitch.



CONSEJOS “El deseo es vida”

• **TÉCNICAS SEXUALES:**

* **VIDEOS Y REVISTAS;** cultivar la parcela del erotismo a través de la literatura, el cine o el juego, y dejarse llevar por las sensaciones.

* **CIBERSEXO**

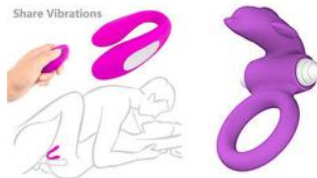


• **MANTEN UNA ALIMENTACIÓN Y UN EJERCICIO SANO.**

• **EL ALCOHOL NO AYUDA EN LAS RELACIONES SEXUALES.**



Share Vibrations



• vibradores vaginales ofrecen una mezcla placentera y terapéutica al mejorar los músculos de la vagina o la sequedad.



anillos vibradores que se colocan en la base del pene, reteniendo el flujo sanguíneo y prolongando la erección

VERDADES COMO PUÑOS

"La realidad es que la sexualidad, a diferenciad del sexo, nos acompaña durante toda la vida"

"Este listado interminable de motivos físicos que nos justifica el suspender la vida sexual , son solamente **excusas** .Para una plena sexualidad , no hace falta una buena erección , un buen cuerpo , **solo hace falta deseo , tiempo y afecto**"



"La sexualidad en la tercera edad tendría que ser mejor , por la experiencia ganada y el camino recorrido. Con la aparición de viagra , se marca como la solución ~~pero , hace falta mucho más que un pene duro para tener una buena~~ sexualidad".

CONSEJOS

"El deseo es vida"

- NO TAPAMOS NUESTRO CUERPO.NOS ELIGEN PARA COMPARTIR.
- RECREATE Y DISFRUTA DE LA RELACIÓN SEXUAL.
- EL SEXO PUEDE MEJORAR A CUALQUIER EDAD.



CONSEJOS

"El deseo es vida"

- EXPERIMENTAR CON POSICIONES QUE AMBOS ENCUENTREN CONFORTABLES
- TÉCNICAS SEXUALES:
 - * caricias, acariciar otras zonas, centrarse en otras partes del cuerpo... Es todo un mundo nuevo
 - *besos, abrazos, heteromasturbación.
 - * uso de juguetes eróticos



Jane Fonda. A sus 76 años, la atractiva actriz airea a los cuatro vientos que su práctica sexual sigue siendo plena y estupenda. "Dejad que os diga, el amor con buen sexo es lo mejor para rejuvenecer, mejor que cualquier cirugía facial", sentencia en su libro *Prime Time. Mis Mejores Años* (Ed. Aguilar), donde relata sus experiencias en lo que ella denomina el Tercer Acto de su vida, a partir de los 70. "El mensaje para mantenernos sexualmente activas es mantenernos sexualmente activas. Úsalo o piérdelo: "El pene que no se usa presenta más problemas de disfunción eréctil. Las vaginas que no se usan tienen más problemas de elasticidad. En conclusión, quienes experimentan alguno de estos problemas y quieren prepararse para una vida sexual activa han de seguir la recomendación de todos los expertos a los que he recurrido: masturbación"



La edad no tiene
por qué excluirnos
de nada: los
límites los pones
tú.



Anexo C
Decálogo de los
Derechos de la Vejez

Decálogo de los derechos de la vejez

- 1. El ejercicio de la sexualidad es una libre opción que soy capaz de tomar.*
 - 2. Mi expresión sexual es permanente y no depende de la edad. Es una faceta vital que varía con cada persona.*
 - 3. Tengo el mismo deseo y derecho a recibir y dar caricias tal y como sucedía en mi niñez y juventud.*
 - 4. Estoy en capacidad de expresar sanamente el afecto hacia las personas que me atraen.*
 - 5. Puedo constituir pareja y compartir mis sentimientos sin límite de edad.*
-

6. Soy capaz de trabajar, de producir, hacer deporte y divertirme. Mi situación de retiro o pensión no me lo impide, antes bien lo facilita.

7. Como persona mayor puedo tener el don de lo elemental, como sucede en la niñez. Soy capaz de gozar de la transparencia del aire, del aroma de la flor, el color de las mariposas, el roce de una mano amiga, la ternura de una caricia, el murmullo de un manantial. Cada vez más en virtud de mi experiencia.

8. Me aferro a la vida porque sé de su valor y percibo el placer de vivirla, aunque en ocasiones disfrute en la soledad de mis recuerdos y parezca persona huraña.

9. Tengo derecho a cuidar y mejorar mi imagen exterior, a transmitir a los demás la belleza interior que brota de mi cuerpo y gozar de toda clase de sensaciones que de él provengan.

10. El llegar a la vejez significa que he sobrevivido y triunfado sobre la enfermedad y la muerte. Puedo transmitir con orgullo estas ideas a mis hijos, nietos y amigos, para que a su vez si ellos logran alcanzar la vejez, tengan entonces el privilegio de transmitir las, a sus nietos, hijos y amigos.

Alonso Acuña, 1984

Anexo D
Testimonio de
Jane Fonda

Jane Fonda.

A sus 76 años, la atractiva actriz airea a los cuatro vientos que su práctica sexual sigue siendo plena y estupenda. "Dejad que os diga, el amor con buen sexo es lo mejor para rejuvenecer, mejor que cualquier cirugía facial", sentencia en su libro *Prime Time. Mis Mejores Años* (Ed. Aguilar), donde relata sus experiencias en lo que ella denomina el Tercer Acto de su vida, a partir de los 70. "El mensaje para mantenernos sexualmente activas es mantenernos sexualmente activas. Úsalo o piérdelo: "El pene que no se usa presenta más problemas de disfunción eréctil. Las vaginas que no se usan tienen más problemas de elasticidad. En conclusión, quienes experimentan alguno de estos problemas y quieren prepararse para una vida sexual activa han de seguir la recomendación de todos los expertos a los que he recurrido: masturbación “

Anexo E
Tabla de
Encuesta de Satisfacción



UNIVERSIDAD DE BURGOS

El equipo **Departamento de Educación**

está interesado en conocer su opinión respecto a la satisfacción con estas jornadas de sexualidad. Le rogamos sinceridad y que ponga el máximo interés en las respuestas.

Por supuesto, el cuestionario es **totalmente anónimo**. Los datos obtenidos solo se usarán para esta investigación. Una vez realizado el trabajo, podrá acceder a los resultados generales a través de este Equipo. Agradecemos de antemano su colaboración.

1. Marque con una X una de las siguientes opciones de respuesta en cada pregunta.

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su satisfacción general con el programa de educación es:	1	2	3	4	5
La duración total del programa le ha parecido:	1	2	3	4	5
Las actividades le han resultado útiles para su vida:	1	2	3	4	5
La cantidad de recursos materiales, así como las instalaciones de las actividades le han resultado:	1	2	3	4	5
La disponibilidad del educador y el grado de implicación en las sesiones ha sido:	1	2	3	4	5

2. Señale algún aspecto que mejoraría / eliminaría del programa:

3. Señale lo que más le ha gustado del programa:

4. Observaciones:

Anexo F

Hoja de Observación



UNIVERSIDAD DE BURGOS

Departamento de Educación

PROYECTO SEXMA

GRUPO PARTICIPANTE:

FECHA:

ESCALA VALORATIVA

INDICADOR	POCO ADECUADO	MEDIO ADECUADO	ADECUADO	MUY ADECUADO
PARTICIPACION	1	2	3	4
RECURSOS MATERIALES	1	2	3	4
ACCESIBILIDAD	1	2	3	4
CONDICIONES DE SALA	1	2	3	4
HORARIO	1	2	3	4
ACTIVIDADES	1	2	3	4

Comentarios:

Anexo G

Posters Informativos

CHARLAS RELACIONES AFECTIVAS Y SEXUALIDAD



**7 - 14 - 21
DE MARZO**
*(importante acudir a las
tres)*

**LUGAR:
ASOCIACIÓN
"LAS CUATRO
TORRES"**

10:00-11:00

***"LA EDAD NO NOS EXCLUYE DE NADA,
LOS LIMITES LOS PONES TÚ"***

**ORGANIZA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD,
GRADO EN ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE
BURGOS.**



**PROYECTO SEXMA.
TRABAJO FIN DE GRADO**

GRATUITO



¿La **SEXUALIDAD** es lo mismo que **sexo**?



¿Por qué la gente no acepta que siga expresando mi **SEXUALIDAD**?

LA TERCERA EDAD ES UNA ETAPA ASOCIADA A FALSOS MITOS

La **PÉRDIDA POR EL INTERÉS SEXUAL** uno de los más conocidos y difundidos.

¿Es verdad que la **SEXUALIDAD** termina con la capacidad reproductiva?



¿Tienes mas de 60 años y muchas preguntas sin respuesta?
Esta sesión te interesa.

27 de marzo a las 11:00h UGT Valladolid



JORNADAS CULTURALES DE LA CASA DEL PUEBLO

**27 DE JUNIO DE 2019
A LAS 10,30 HORAS**



“ven a tomar un café con los jubilados y pensionistas de UGT y te hablamos de sexualidad”

PRESENTA:

RUBEN ARAGÓN

LUGAR:

CASA DEL PUEBLO DE UGT VALLADOLID

CALLE GAMAZO 13, SALÓN DE ACTOS “PABLO IGLESIAS”

Anexo H
Autorización de Asociación
“Las Cuatro Torres”



Asociación Provincial de Pensionistas,
Jubilados y Viudas de Álava
"LAS CUATRO TORRES"
Miembro de la Federación Territorial Vasco-Navarra

**ASOCIACION DE PENSIONISTAS JUBILADOS
Y VIUDAS DE ALAVA "LAS CUATRO TORRES"**
C/ Prudencio M^o Verastegui, 10 bajo
Vitoria-Gasteiz (Álava)
C.I.F. G01020221

Mediante este escrito, hacemos saber a quien corresponda, que la Asociación da su consentimiento a Elene Balantzategi Errasti, alumna de la Universidad de Burgos, para dar las intervenciones sobre el servicio-programa de educación sexual afectiva para mayores.

Un saludo cordial,



Natalia García Arellano
Secretaria Asociación "Las Cuatro Torres"

Anexo I
Informe Favorable
Comisión de Bioética



UNIVERSIDAD DE BURGOS
COMISIÓN DE BIOÉTICA

IR 9/2019

AMABLE CORCUERA TORRES, Presidente de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos, ante la solicitud presentada por D. DIEGO SERRANO GÓMEZ, coordinador de la asignatura Trabajo de Fin de Grado (Enfermería), por la que solicita informe favorable de la citada Comisión para la realización de los TFG relacionados en el Anexo de este informe,

MANIFIESTA

- Que el Pleno de la Comisión de Bioética, en reunión de 28 de mayo de 2018, acordó lo siguiente:

“Serán objeto de informe reducido favorable las solicitudes presentadas ante la Comisión de Bioética, que cumplan los siguientes requisitos:

1.- El objeto de la actividad a llevar a cabo no debe plantear ninguna duda respecto del cumplimiento de las normas éticas, y en particular, de lo establecido por la Declaración de Helsinki en la investigación con seres humanos y demás normativa aplicable.

2.- La metodología a utilizar consistirá en la obtención o tratamiento de datos a través de cuestionarios, encuestas, acceso a bases de datos u otros instrumentos análogos, o utilizando pruebas no invasivas o que requieran una intervención mínima en las personas, excluyéndose, en todo caso, los supuestos en los que se requiera la toma de muestras de origen corporal.

3.- De la solicitud presentada debe desprenderse que se encuentra garantizado el respeto a la legislación vigente respecto al consentimiento informado, al derecho a la intimidad y al uso de datos de carácter personal.

En caso de cumplirse los requisitos anteriormente mencionados se autoriza al Presidente o al Secretario de la Comisión a emitir un informe reducido, que manifieste tales extremos, sin perjuicio de que si apreciara algún defecto subsanable lo hagan constar expresamente, de cara a la posterior remisión a los solicitantes”.

- Que, en el caso planteado se cumplen las condiciones y los requisitos anteriormente mencionados, por lo cual se emite **INFORME FAVORABLE** para la realización de los trabajos fin de grado solicitados (ver observaciones en el Anexo), al considerar que se cumple con las normas éticas y, en particular, con lo establecido por la Declaración de Helsinki en la investigación con seres humanos y demás normativa aplicable. En todo caso, los estudiantes se responsabilizan de su compromiso de garantizar el cumplimiento de todos los protocolos y normas jurídicas vigentes que afectan al desarrollo de la investigación. En particular, las que se refieren al ámbito de la intimidad, deber de secreto profesional, confidencialidad y protección de datos, consentimiento informado o cualesquiera otros aspectos que puedan estar implicados en el estudio, dadas las repercusiones materiales que pueden producirse en estos ámbitos tan sensibles.

Lo que se traslada al solicitante, a los efectos oportunos, en Burgos, a 27 de febrero de 2019.

Documento digitalizado por COE/ISSA
ISSUE/AMABLE - 1206/1946
Número de reconocimiento (DN)
n=45
serialNumber={DC}12161946
{mailto:ISSUE/AMABLE}@COE/ISSA
ISSUE/AMABLE - 1206/1946
AMABLE - 1206/1946
Fecha: 2019.02.27 10:05:30 +01'00'

Fdo.: Amable Corcuera Torres.



**UNIVERSIDAD DE BURGOS
COMISIÓN DE BIOÉTICA**

IR 02/2021

AMABLE CORCUERA TORRES, Presidente de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos, ante el escrito presentado por **D. RUBÉN ARAGÓN POSADA**, tutor de la alumna **DÑA. IRENE OTEGUI VICENTE**, por el que solicitan informe favorable de la citada Comisión para la realización del Trabajo Fin de Grado en Enfermería “Conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en adultos mayores”,

MANIFIESTA

- Que el TFG tiene como objetivo general aumentar el conocimiento y lograr un cambio de actitud respecto a la sexualidad en personas mayores de 60 años.
- Que el Pleno de la Comisión de Bioética, en reunión de 28 de mayo de 2018, acordó lo siguiente:

“Serán objeto de informe reducido favorable las solicitudes presentadas ante la Comisión de Bioética, que cumplan los siguientes requisitos:

1.- El objeto de la actividad a llevar a cabo no debe plantear ninguna duda respecto del cumplimiento de las normas éticas, y en particular, de lo establecido por la Declaración de Helsinki en la investigación con seres humanos y demás normativa aplicable.

2.- La metodología a utilizar consistirá en la obtención o tratamiento de datos a través de cuestionarios, encuestas, acceso a bases de datos u otros instrumentos análogos, o utilizando pruebas no invasivas o que requieran una intervención mínima en las personas, excluyéndose, en todo caso, los supuestos en los que se requiera la toma de muestras de origen corporal.

3.- De la solicitud presentada debe desprenderse que se encuentra garantizado el respeto a la legislación vigente respecto al consentimiento informado, al derecho a la intimidad y al uso de datos de carácter personal.

En caso de cumplirse los requisitos anteriormente mencionados se autoriza al Presidente o al Secretario de la Comisión a emitir un informe reducido, que manifieste tales extremos, sin perjuicio de que si apreciara algún defecto subsanable lo hagan constar expresamente, de cara a la posterior remisión a los solicitantes”.

- Que, en el caso planteado se han cumplido las condiciones y los requisitos anteriormente mencionados, por lo cual se emite **INFORME FAVORABLE** para la realización de la investigación solicitada, al considerar que se ha cumplido con las normas éticas y, en particular, con lo establecido por la Declaración de Helsinki en la investigación con seres humanos y demás normativa aplicable. En todo caso, el/la solicitante se responsabiliza de su compromiso de garantizar el cumplimiento de todos los protocolos y normas jurídicas vigentes que afectan al desarrollo de la investigación. En particular, las que se refieren al ámbito de la intimidad, deber de secreto profesional, confidencialidad y protección de



UNIVERSIDAD DE BURGOS
COMISIÓN DE BIOÉTICA

datos, consentimiento informado o cualesquiera otros aspectos que puedan estar implicados en el estudio, dadas las repercusiones materiales que pueden producirse en estos ámbitos tan sensibles.

- Por lo que se refiere a la protección de datos, existe informe favorable del Delegado de Protección de Datos de la Universidad de Burgos (N. REF. UBU 011/2021), en el que se indica que desde el punto de vista del cumplimiento normativo en materia de protección de datos no existe impedimento alguno para su aprobación por parte de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos.

Lo que se traslada a el/la solicitante, a los efectos oportunos, en Burgos, a 13 de marzo de 2021.

CORCUER
A TORRES
AMABLE -
13299784B

Firmado digitalmente por
CORCUERA
TORRES AMABLE -
13299784B
Fecha: 2021.03.13
08:42:11 +01'00'

Anexo J

Informe Favorable del

Delegado de Protección de Datos



Amable Corcuera Torres
Presidente de la Comisión de Bioética
A/A de José Ángel Contreras Hernando
Vicegerente de la Universidad de Burgos
Asunto: TFG Sexualidad en adultos mayores
N.REF. UBU 011/2021

2 de marzo de 2021

Vista la documentación presentada por la investigadora Irene Otegui Vicente en relación al Trabajo de fin de Grado (TFG) titulado *“Conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en adultos mayores”* cúpleme informar:

PRIMERO.- Que, la utilización de cuestionarios anónimos, en las condiciones descritas en la memoria del proyecto, para evaluar el conocimiento y las creencias sobre la sexualidad en adultos mayores de 60 años con el objetivo de lograr cambios beneficiosos sobre su actitud respecto a la misma, no implica el tratamiento de datos de carácter personal.

SEGUNDO.- Que, dichos cuestionarios serán distribuidos a través de redes sociales utilizando un sistema de bola de nieve que elimina cualquier riesgo de reidentificación de los participantes.

TERCERO.- Que, a la vista de lo anterior, no se produce una recogida de datos ni para la obtención del consentimiento información ni para el objeto del estudio. Por tanto, no resulta de aplicación lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos ni en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

CUARTO.- Que, desde el punto de vista del cumplimiento normativo en materia de protección de datos no existe impedimento alguno para su aprobación por parte de la Comisión de bioética de la Universidad de Burgos.

Este informe se dicta en ejercicio de las funciones de asesoramiento y supervisión que, de acuerdo con el artículo 39 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos competen al delegado de protección de datos. La ejecución o seguimiento de los informes y



**UNIVERSIDAD
DE BURGOS**



recomendaciones emitidos por el delegado en ejercicio de las funciones que le atribuye esta norma es competencia del correspondiente responsable de la Universidad de Burgos.

Reciba un cordial saludo.

MARTINEZ MARTINEZ
RICARD JOSEP -
20809279Y

Firmado digitalmente por
MARTINEZ MARTINEZ RICARD
JOSEP - 20809279Y
Fecha: 2021.03.03 11:42:47 +01'00'

Fdo. Ricard Martínez Martínez
Delegado de Protección de Datos

Anexo K

Tablas de Resultados

Tabla 6.31

Prueba t de Student para pruebas emparejadas. Edad. Grupo experimental y control

Prueba de muestras emparejadas ^a							
	Edad		Media	Desv. Desviación	t	gl	Sig.
Grupo experimental	60	Postconocimientos - Preconocimientos	4,90	4,01	3,86	9	,004
		Postactitudes - Preactitudes	-,70	4,45	-,50	9	,631
	62	Postconocimientos - Preconocimientos	4,33	2,30	5,64	8	,000
		Postactitudes - Preactitudes	1,00	2,60	1,15	8	,282
	63	Postconocimientos - Preconocimientos	3,67	3,88	3,27	11	,007
		Postactitudes - Preactitudes	4,50	12,24	1,27	11	,229
	64	Postconocimientos - Preconocimientos	6,00	4,09	2,54	2	,126
		Postactitudes - Preactitudes	,00	5,57	,00	2	1,000
	65	Postconocimientos - Preconocimientos	1,60	5,22	,68	4	,531
		Postactitudes - Preactitudes	7,40	8,53	1,94	4	,124
	66	Postconocimientos - Preconocimientos	3,58	6,92	1,79	11	,100
		Postactitudes - Preactitudes	-,50	9,12	-,19	11	,853
	67	Postconocimientos - Preconocimientos	2,80	3,85	1,63	4	,179
		Postactitudes - Preactitudes	-3,40	2,88	-2,64	4	,058
	68	Postconocimientos - Preconocimientos	5,07	3,78	3,55	6	,012
		Postactitudes - Preactitudes	,57	3,15	,48	6	,649
	69	Postconocimientos - Preconocimientos	6,36	1,65	10,19	6	,000
		Postactitudes - Preactitudes	-2,43	3,05	-2,11	6	,080
	70	Postconocimientos - Preconocimientos	5,83	3,59	5,63	11	,000
		Postactitudes - Preactitudes	1,67	7,13	,81	11	,435
	71	Postconocimientos - Preconocimientos	4,06	4,00	2,87	7	,024
		Postactitudes - Preactitudes	7,00	11,29	1,75	7	,123
	72	Postconocimientos - Preconocimientos	2,42	1,50	3,95	5	,011
		Postactitudes - Preactitudes	3,33	3,39	2,41	5	,061
	73	Postconocimientos - Preconocimientos	1,60	1,71	2,09	4	,105
		Postactitudes - Preactitudes	4,80	8,04	1,33	4	,253
	74	Postconocimientos - Preconocimientos	4,45	7,97	1,76	9	,111
		Postactitudes - Preactitudes	8,00	14,46	1,75	9	,114
	75	Postconocimientos - Preconocimientos	5,75	3,18	2,56	1	,237
		Postactitudes - Preactitudes	-5,50	17,68	-,44	1	,736
	76	Postconocimientos - Preconocimientos	6,63	5,66	2,34	3	,101
		Postactitudes - Preactitudes	2,00	1,15	3,46	3	,041
	77	Postconocimientos - Preconocimientos	5,50	6,36	1,22	1	,437
		Postactitudes - Preactitudes	1,00	2,83	,50	1	,705
	78	Postconocimientos - Preconocimientos	9,17	3,01	5,27	2	,034
		Postactitudes - Preactitudes	14,67	6,11	4,16	2	,053
	79	Postconocimientos - Preconocimientos	5,06	4,11	3,48	7	,010
		Postactitudes - Preactitudes	4,00	5,76	1,97	7	,090

Grupo de control	60	Postconocimientos - Preconocimientos	-,58	1,02	-1,40	5	,220
		Postactitudes - Preactitudes	-2,67	6,09	-1,07	5	,332
	61	Postconocimientos - Preconocimientos	-,23	,65	-1,17	10	,271
		Postactitudes - Preactitudes	-,09	,70	-,43	10	,676
	62	Postconocimientos - Preconocimientos	-2,83	3,85	-2,55	11	,027
		Postactitudes - Preactitudes	-1,25	5,83	-,74	11	,473
	63	Postconocimientos - Preconocimientos	2,17	3,75	1,00	2	,423
		Postactitudes - Preactitudes	,67	1,15	1,00	2	,423
	64	Postconocimientos - Preconocimientos	1,25	,61	5,00	5	,004
		Postactitudes - Preactitudes	-,67	,82	-2,00	5	,102
	65	Postconocimientos - Preconocimientos	,50	2,00	,61	5	,567
		Postactitudes - Preactitudes	,50	,84	1,46	5	,203
	66	Postconocimientos - Preconocimientos	-2,35	2,45	-3,45	12	,005
		Postactitudes - Preactitudes	-,77	2,52	-1,10	12	,293
	68	Postconocimientos - Preconocimientos	-1,92	3,44	-1,36	5	,231
		Postactitudes - Preactitudes	1,00	1,10	2,24	5	,076
	69	Postconocimientos - Preconocimientos	,38	,68	1,91	11	,082
		Postactitudes - Preactitudes	-,42	,51	-2,80	11	,017
	71	Postconocimientos - Preconocimientos	-4,17	1,44	-5,00	2	,038
		Postactitudes - Preactitudes	1,67	,58	5,00	2	,038
	72	Postconocimientos - Preconocimientos	1,13	,69	4,58	7	,003
		Postactitudes - Preactitudes	-,75	,46	-4,58	7	,003
	74	Postconocimientos - Preconocimientos	1,38	,88	4,44	7	,003
		Postactitudes - Preactitudes	,63	,92	1,93	7	,095
	76	Postconocimientos - Preconocimientos	1,17	2,93	,69	2	,562
		Postactitudes - Preactitudes	,00	5,29	,00	2	1,000
	77	Postconocimientos - Preconocimientos	3,25	1,06	4,33	1	,144
		Postactitudes - Preactitudes	3,00	5,66	,75	1	,590
	78	Postconocimientos - Preconocimientos	-,25	,35	-1,00	1	,500

a. No se han calculado estadísticas para uno o más archivos segmentados.

Tabla 6.32

Media de respuesta en pruebas emparejadas pre-test -post-test. Varón. Grupo experimental y grupo control. A.S.K.A.S. Conocimientos

Varón		Media	N	Desv.	
Grupo experimental	Par 7	Actividad sexual es peligrosa POST	0.89	58	0.34
		Actividad sexual es peligrosa PRE	0.74	58	0.52
	Par 8	Mayor tiempo conseguir erección >60 POST	0.71	58	0.57
		Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	0.49	58	0.67
	Par 9	Sexualidad es necesidad POST	0.88	58	0.34
		Sexualidad es necesidad PRE	0.63	58	0.61
	Par 10	Actividad sexual beneficiosa para salud física POST	0.84	58	0.45
		Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	0.72	58	0.55
	Par 11	Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST	0.94	58	0.27
		Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	0.80	58	0.45
	Par 12	Mujeres mayores no interés por sexualidad POST	0.45	58	0.70
		Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	0.13	58	0.69
	Par 13	Medicamentos alteran impulso sexual POST	0.66	58	0.59
		Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.51	58	0.61
	Par 14	Respuesta sexual más lenta en >60 POST	0.60	58	0.63
		Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	0.53	58	0.65
	Par 15	No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST	0.74	58	0.50
		No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	0.65	58	0.59
	Par 16	Barbitúricos, tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST	0.93	58	0.26
		Barbitúricos, tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación PRE	0.66	58	0.56
	Par 17	Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST	0.45	58	0.72
	Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.45	58	0.70	
Par 18	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST	0.79	58	0.47	
	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	0.53	58	0.63	
Par 19	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST	0.32	58	0.71	
	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	0.16	58	0.70	
Par 20	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST	0.56	58	0.65	
	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.40	58	0.63	
Par 21	La masturbación provoca confusión mental y demencia POST	0.74	58	0.52	
	La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.54	58	0.63	

Varón		Media	N	Desv.	
Grupo Experi- mental	Par 22	Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST	0.50	58	0.66
		Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	0.09	58	0.55
	Par 23	Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST	0.62	58	0.59
		Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	0.47	58	0.59
	Par 24	Impotencia en varones mayores es tratada POST	0.88	58	0.33
		Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.66	58	0.54
	Par 25	Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST	0.74	58	0.50
		Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	0.61	58	0.55
	Par 26	La masturbación tiene efectos beneficiosos POST	0.93	58	0.30
		La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	0.57	58	0.62
Grupo control	Par 7	Actividad sexual es peligrosa POST	0.87	35	0.43
		Actividad sexual es peligrosa PRE	0.96	35	0.25
	Par 8	Mayor tiempo conseguir erección >60 POST	0.70	35	0.61
		Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	0.79	35	0.53
	Par 9	Sexualidad es necesidad POST	0.93	35	0.30
		Sexualidad es necesidad PRE	0.84	35	0.45
	Par 10	Actividad sexual beneficiosa para salud física POST	0.83	35	0.44
		Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	0.83	35	0.44
	Par 11	Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST	0.50	35	0.71
		Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	0.91	35	0.28
	Par 12	Mujeres mayores no interés por sexualidad POST	0.19	35	0.70
		Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	-0.11	35	0.63
	Par 13	Medicamentos alteran impulso sexual POST	0.43	35	0.58
		Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.59	35	0.52
	Par 14	Respuesta sexual más lenta en >60 POST	0.79	35	0.49
		Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	0.90	35	0.34
	Par 15	No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST	0.79	35	0.49
		No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	0.83	35	0.44
	Par 16	Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST	0.80	35	0.50
		Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación PRE	0.91	35	0.35
Par 17	Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST	0.56	35	0.67	
	Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.44	35	0.70	
Par 18	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST	0.79	35	0.49	
	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	0.69	35	0.60	
Par 19	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST	0.33	35	0.62	
	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	0.39	35	0.60	

Varón		Media	N	Desv.	
Grupo control	Par 20	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST	0.51	35	0.66
		El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.47	35	0.71
	Par 21	La masturbación provoca confusión mental y demencia POST	0.87	35	0.37
		La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.80	35	0.46
	Par 22	Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST	-0.24	35	0.49
		Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	-0.31	35	0.44
	Par 23	Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST	0.47	35	0.61
		Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	0.59	35	0.52
	Par 24	Impotencia en varones mayores es tratada POST	0.41	35	0.52
		Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.37	35	0.53
	Par 25	Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST	0.41	35	0.56
		Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	0.44	35	0.53
	Par 26	La masturbación tiene efectos beneficiosos POST	0.74	35	0.44
		La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	0.76	35	0.46

Tabla 6.33

Prueba t de Student en pruebas emparejadas pre-test -post-test .Varón. Grupo experimental y grupo control. A.S.K.A.S. Conocimientos.

Grupo		Media	t	gl	Sig.
Exp.					
Par7	Actividad sexual es peligrosa POST - Actividad sexual es peligrosa PRE	0.16	2.07	57	.043
Par8	Mayor tiempo conseguir erección >60 POST - Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	0.22	2.95	57	.005
Par9	Sexualidad es necesidad POST - Sexualidad es necesidad PRE	0.25	2.87	57	.006
Par10	Actividad sexual beneficiosa para salud física POST - Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	0.12	1.59	57	.118
Par11	Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST - Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	0.14	2.40	57	.020
Par12	Mujeres mayores no interés por sexualidad POST - Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	0.32	3.30	57	.002
Par13	Medicamentos alteran impulso sexual POST - Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.16	2.30	57	.025
Par14	Respuesta sexual más lenta en >60 POST - Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	0.08	0.73	57	.466
Par15	No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST - No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	0.09	1.20	57	.236
Par16	Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST - Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación PRE	0.27	3.89	57	.001
Par17	Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST - Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.00	0.00	57	1.00
Par18	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST - A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	0.27	3.39	57	.001

Anexos

Grupo		Media	t	gl	Sig.
Exp. Varón					
Par19	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST - Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	0.16	1.47	57	.148
Par20	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST - El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.16	1.58	57	.120
Par21	La masturbación provoca confusión mental y demencia POST - La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.20	2.35	57	.022
Par22	Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST - Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	0.59	6.38	57	.001
Par23	Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST - Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	0.15	1.70	57	.094
Par24	Impotencia en varones mayores es tratada POST - Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.22	2.88	57	.006
Par25	Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST - Los mayores mantienen interés v act. sexual hasta 90 años PRE	0.13	1.33	57	.189
Par 26	La masturbación tiene efectos beneficiosos POST - La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	0.36	4.73	57	.001
Grupo Control					
Par7	Actividad sexual es peligrosa POST - Actividad sexual es peligrosa PRE	-0.09	-1.00	34	.324
Par8	Mayor tiempo conseguir erección >60 POST - Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	-0.09	-1.00	34	.324
Par9	Sexualidad es necesidad POST - Sexualidad es necesidad PRE	0.09	1.44	34	.160
Par10	Actividad sexual beneficiosa para salud física POST - Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	0.00	0.00	34	1.00
Par11	Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST - Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	-0.41	-3.39	34	.002
Par12	Mujeres mayores no interés por sexualidad POST - Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	0.30	1.81	34	.079
Par13	Medicamentos alteran impulso sexual POST - Medicamentos alteran impulso sexual PRE	-0.16	-2.07	34	.047
Par14	Respuesta sexual más lenta en >60 POST - Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	-0.11	-1.54	34	.133
Par15	No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST - No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	-0.04	-0.46	34	.646
Par16	Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST - Barbitúricos. tranquilizantes v alcohol disminuyen excitación PRE	-0.11	-1.54	34	.133
Par17	Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST - Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.11	1.28	34	.211
Par18	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST - A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	0.10	1.65	34	.109
Par19	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST - Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	-0.06	-1.68	34	.103
Par20	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST - El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.04	1.79	34	.083
Par21	La masturbación provoca confusión mental y demencia POST - La masturbación provoca confusión mental v demencia PRE	0.07	1.71	34	.096
Par22	Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST - Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	0.07	0.78	34	.443
Par23	Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST - Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	-0.11	-1.44	34	.160
Par24	Impotencia en varones mayores es tratada POST - Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.04	1.36	34	.183
Par25	Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST - Los mayores mantienen interés v act. sexual hasta 90 años PRE	-0.03	-0.47	34	.644
Par 26	La masturbación tiene efectos beneficiosos POST - La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	-0.01	-0.44	34	.661

Tabla 6.34

Media de respuesta en pruebas emparejadas pre-test -post-test. Mujer. Grupo experimental y grupo control. A.S.K.A.S. Conocimientos.

Mujer		Media	N	Desv.	
Grupo experi mental	Par 7	Actividad sexual es peligrosa POST	0.82	79	0.45
		Actividad sexual es peligrosa PRE	0.67	79	0.53
	Par 8	Mayor tiempo conseguir erección >60 POST	0.73	79	0.52
		Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	0.56	79	0.56
	Par 9	Sexualidad es necesidad POST	0.91	79	0.32
		Sexualidad es necesidad PRE	0.61	79	0.55
	Par 10	Actividad sexual beneficiosa para salud física POST	0.92	79	0.30
		Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	0.70	79	0.48
	Par 11	Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST	0.94	79	0.28
		Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	0.68	79	0.51
	Par 12	Mujeres mayores no interés por sexualidad POST	0.25	79	0.71
		Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	0.18	79	0.64
	Par 13	Medicamentos alteran impulso sexual POST	0.69	79	0.57
		Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.39	79	0.60
	Par 14	Respuesta sexual más lenta en >60 POST	0.71	79	0.59
		Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	0.66	79	0.54
	Par 15	No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST	0.70	79	0.57
		No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	0.58	79	0.59
	Par 16	Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST	0.90	79	0.33
		Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación PRE	0.68	79	0.51
	Par 17	Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST	0.63	79	0.62
		Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.63	79	0.55
	Par 18	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST	0.85	79	0.39
		A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	0.50	79	0.57
	Par 19	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST	0.67	79	0.60
		Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	0.41	79	0.59
	Par 20	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST	0.63	79	0.61
		El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.21	79	0.62
	Par 21	La masturbación provoca confusión mental y demencia POST	0.79	79	0.44
		La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.44	79	0.59
	Par 22	Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST	0.35	79	0.73
		Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	-0.10	79	0.57

Anexos

Mujer		Media	N	Desv.
Grupo Experi mental	Par 23 Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST	0.52	79	0.62
	Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	0.21	79	0.56
	Par 24 Impotencia en varones mayores es tratada POST	0.73	79	0.49
	Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.50	79	0.57
	Par 25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST	0.82	79	0.43
	Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	0.39	79	0.59
	Par 26 La masturbación tiene efectos beneficiosos POST	0.91	79	0.31
	La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	0.47	79	0.60
Grupo control	Par 7 Actividad sexual es peligrosa POST	0.98	74	0.17
	Actividad sexual es peligrosa PRE	0.88	74	0.41
	Par 8 Mayor tiempo conseguir erección >60 POST	0.68	74	0.57
	Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	0.68	74	0.57
	Par 9 Sexualidad es necesidad POST	0.16	74	0.73
	Sexualidad es necesidad PRE	0.32	74	0.74
	Par 10 Actividad sexual beneficiosa para salud física POST	0.53	74	0.67
	Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	0.58	74	0.64
	Par 11 Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST	0.57	74	0.63
	Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	0.59	74	0.63
	Par 12 Mujeres mayores no interés por sexualidad POST	-0.04	74	0.66
	Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	0.10	74	0.70
	Par 13 Medicamentos alteran impulso sexual POST	0.39	74	0.62
	Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.44	74	0.60
	Par14 Respuesta sexual más lenta en >60 POST	0.59	74	0.60
	Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	0.72	74	0.56
	Par 15 No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST	0.61	74	0.59
	No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	0.53	74	0.68
	Par 16 Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST	0.68	74	0.50
	Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación PRE	0.83	74	0.39
Par 17 Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST	0.72	74	0.56	
Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.60	74	0.65	
Par 18 A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST	-0.07	74	0.56	
A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	0.09	74	0.62	
Par 19 Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST	0.19	74	0.58	
Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	0.06	74	0.48	
Par 20 El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST	-0.09	74	0.55	
El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	-0.07	74	0.62	

Mujer		Media	N	Desv.	
Grupo control	Par 21	La masturbación provoca confusión mental y demencia POST	0.54	74	0.63
		La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.64	74	0.54
	Par 22	Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST	-0.14	74	0.63
		Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	-0.32	74	0.47
	Par 23	Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST	0.66	74	0.56
		Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	0.55	74	0.57
	Par 24	Impotencia en varones mayores es tratada POST	0.35	74	0.50
		Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.44	74	0.51
	Par 25	Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST	0.14	74	0.40
		Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	0.24	74	0.48
	Par 26	La masturbación tiene efectos beneficiosos POST	0.58	74	0.52
		La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	0.57	74	0.51

Tabla 6.35

Prueba t de Student en pruebas emparejadas pre-test -post-test .Mujer. Grupo experimental y grupo control. A.S.K.A.S. Conocimientos.

Mujer		Media	Desv	t	gl	Sig.	
Grupo	Par7	Actividad sexual es peligrosa POST - Actividad sexual es peligrosa PRE	0.15	0.59	2.18	78	.033
Experi	Par8	Mayor tiempo conseguir erección >60 POST - Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	0.17	0.65	2.34	78	.022
mental	Par9	Sexualidad es necesidad POST - Sexualidad es necesidad PRE	0.30	0.52	5.13	78	.001
	Par10	Actividad sexual beneficiosa para salud física POST - Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	0.23	0.56	3.58	78	.001
	Par11	Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST - Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	0.25	0.51	4.45	78	.001
	Par12	Mujeres mayores no interés por sexualidad POST - Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	0.07	0.86	0.72	78	.475
	Par13	Medicamentos alteran impulso sexual POST - Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.30	0.70	3.75	78	.001
	Par14	Respuesta sexual más lenta en >60 POST - Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	0.04	0.72	0.55	78	.587
	Par15	No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST - No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	0.12	0.68	1.57	78	.120
	Par16	Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST - Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación PRE	0.22	0.52	3.66	78	.001
	Par17	Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST - Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.01	0.71	0.08	78	.937
	Par18	A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST - A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	0.35	0.59	5.35	78	.000
	Par19	Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST - Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	0.26	0.81	2.85	78	.006
	Par20	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST - El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.42	0.82	4.59	78	.001
	Par21	La masturbación provoca confusión mental y demencia POST - La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.35	0.64	4.82	78	.001

Mujer	Media	Desv	t	gl	Sig.
Par22 Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST - Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	0.45	0.83	4.79	78	.001
Par23 Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST - Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	0.31	0.75	3.66	78	.001
Par24 Impotencia en varones mayores es tratada POST - Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.23	0.58	3.58	78	.001
Par25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST - Los mayores mantienen interés v act. sexual hasta 90 años PRE	0.43	0.63	6.08	78	.001
Par 26 La masturbación tiene efectos beneficiosos POST - La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	0.43	0.59	6.46	78	.001
Grupo Par 7 Actividad sexual es peligrosa POST - Actividad sexual es peligrosa PRE	0.10	0.38	2.30	73	.024
control Par 8 Mayor tiempo conseguir erección >60 POST - Mayor tiempo conseguir erección >60 PRE	0.00	0.25	0.00	73	1.00
Par 9 Sexualidad es necesidad POST - Sexualidad es necesidad PRE	-0.17	0.60	-2.43	73	.018
Par 10 Actividad sexual beneficiosa para salud física POST - Actividad sexual beneficiosa para salud física PRE	-0.05	0.30	-1.36	73	.180
Par 11 Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST - Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	-0.01	0.14	-0.82	73	.418
Par 12 Mujeres mayores no interés por sexualidad POST - Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	-0.14	0.53	-2.32	73	.023
Par 13 Medicamentos alteran impulso sexual POST - Medicamentos alteran impulso sexual PRE	-0.05	0.36	-1.12	73	.265
Par 14 Respuesta sexual más lenta en >60 POST - Respuesta sexual más lenta en >60 PRE	-0.14	0.37	-3.12	73	.003
Par 15 No parejas mayores por necesidad de más jóvenes POST - No parejas mayores por necesidad de más jóvenes PRE	0.08	0.54	1.30	73	.198
Par 16 Barbitúricos. tranquilizantes y alcohol disminuyen excitación POST - Barbitúricos. tranquilizantes v alcohol disminuyen excitación PRE	-0.15	0.39	-3.32	73	.001
Par 17 Descenso de actividad sexual en varones > 60 POST - Descenso de actividad sexual en varones > 60 PRE	0.11	0.59	1.68	73	.097
Par 18 A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual POST - A mayor act.sexual durante la vida mayor mantenimiento sexual PRE	-0.16	0.55	-2.44	73	.017
Par 19 Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales POST - Miedo a no funcionar lleva a no relaciones sexuales PRE	0.13	0.39	2.84	73	.006
Par 20 El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST - El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	-0.02	0.55	-0.32	73	.750
Par 21 La masturbación provoca confusión mental y demencia POST - La masturbación provoca confusión mental v demencia PRE	-0.09	0.55	-1.47	73	.146
Par 22 Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST - Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	0.18	0.56	2.81	73	.006
Par 23 Impotencia secundaria es mayor en varones mayores POST - Impotencia secundaria es mayor en varones mayores PRE	0.11	0.34	2.94	73	.004
Par 24 Impotencia en varones mayores es tratada POST - Impotencia en varones mayores es tratada PRE	-0.09	0.41	-1.85	73	.068
Par 25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST - Los mayores mantienen interés v act. sexual hasta 90 años PRE	-0.11	0.32	-2.88	73	.005
Par 26 La masturbación tiene efectos beneficiosos POST - La masturbación tiene efectos beneficiosos PRE	0.01	0.25	0.23	73	.820

Tabla 6.36

Prueba t de Student en pruebas emparejadas pre-test -post-test .Varón. Grupo experimental y grupo control. A.S.K.A.S. Actitudes.

Varón			Media	Desv.	t	gl	Sing.
Grupo Experimental	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST - Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	0.34	1.13	2.32	57	.024
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST - Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	0.41	3.10	1.02	57	.314
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST - El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	0.03	2.66	0.10	57	.922
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	0.62	1.83	2.58	57	.013
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	0.84	1.94	3.31	57	.002
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST - La masturbación es aceptable para mayores PRE	1.28	1.78	5.47	57	.001
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST - Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	0.33	2.27	1.10	57	.276
	Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. POST - Profesionales de residencias deben estar formados en sex. PRE	0.91	2.11	3.29	57	.002
Grupo control	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST - Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	0.03	0.45	0.37	34	.711
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST - Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	0.51	1.31	2.32	34	.027
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST - El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	-0.49	1.76	-1.64	34	.111
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	-0.37	2.12	-1.04	34	.306
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	-0.51	0.66	-4.62	34	.001
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST - La masturbación es aceptable para mayores PRE	-0.34	1.24	-1.64	34	.110
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST - Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	0.03	0.45	0.37	34	.711

Tabla 6.37

Media de respuesta en pruebas emparejadas pre-test -post-test. Varón. Grupo experimental y grupo control. A.S.K.A.S. Actitudes.

Varón		Media	N	Desv.	
Grupo Experi mental	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST	6.48	58	1.35
		Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	6.14	58	1.50
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST	5.67	58	2.20
		Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	5.26	58	2.16
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST	5.41	58	2.27
		El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	5.38	58	2.06
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST	5.57	58	1.97
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.95	58	2.19
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST	5.79	58	2.09
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.95	58	2.19
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST	6.22	58	1.33
		La masturbación es aceptable para mayores PRE	4.95	58	2.29
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST	5.86	58	2.08
		Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	5.53	58	2.13
Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex.	5.97	58	2.00	
	Profesionales de residencias deben estar formados en sex.	5.05	58	2.53	
Grupo control	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST	6.14	35	1.73
		Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	6.11	35	1.89
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST	5.69	35	1.83
		Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	5.17	35	2.50
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST	5.09	35	2.19
		El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	5.57	35	1.97
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST	4.09	35	2.09
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.46	35	2.20
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST	3.94	35	2.09
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.46	35	2.20
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST	5.43	35	2.10
		La masturbación es aceptable para mayores PRE	5.77	35	2.12
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST	5.34	35	2.60
		Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	5.31	35	2.59
Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex.	5.37	35	2.57	
	Profesionales de residencias deben estar formados en sex.	5.37	35	2.53	

Tabla 6.38

Prueba t de Student pre-post-test .Mujer. Grupo experimental. y grupo control. A.S.K.A.S.

Actitudes.

Mujer			Media	Desv.	t	gl	Sig.
Grupo experi- mental	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST - Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	0.67	2.21	0.67	78	.030
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST - Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	1.15	4.35	1.15	78	.001
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST - El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	0.95	3.60	0.95	78	.001
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	0.80	3.35	0.80	78	.001
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	1.05	4.42	1.05	78	.001
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST - La masturbación es aceptable para mayores PRE	1.00	3.92	1.00	78	.001
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST - Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	0.91	4.26	0.91	78	.001
	Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. POST - Profesionales de residencias deben estar formados en sex. PRE	0.87	4.30	0.87	78	.001
Grupo control	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST - Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	0.53	2.45	0.53	73	.017
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST - Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	-0.53	-2.45	-0.53	73	.017
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST - El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	-0.08	-0.64	-0.08	73	.521
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	-0.27	-1.75	-0.27	73	.084
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST - Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	0.09	0.69	0.09	73	.494
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST - La masturbación es aceptable para mayores PRE	0.00	0.00	0.00	73	1.00
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST - Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	-0.08	-1.06	-0.08	73	.292
	Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. POST - Profesionales de residencias deben estar formados en sex. PRE	0.04	0.60	0.04	73	.552

Tabla 6.39

Media de respuesta en pruebas emparejadas pre-test -post-test. Mujer. Grupo experimental y grupo control. A.S.K.A.S. Actitudes.

	Mujer	Media	N	Desv.	
Grupo Experimental	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST	5.87	79	1.85
		Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	5.20	79	2.14
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST	5.47	79	2.06
		Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	4.32	79	2.16
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST	5.11	79	2.11
		El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	4.16	79	2.00
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST	5.73	79	1.87
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.94	79	1.98
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST	5.99	79	1.60
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.94	79	1.98
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST	6.09	79	1.47
		La masturbación es aceptable para mayores PRE	5.09	79	1.88
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST	6.23	79	1.42
		Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	5.32	79	1.77
Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. POST	6.18	79	1.47	
	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. PRE	5.30	79	2.08	
Grupo control	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST	6.04	74	1.46
		Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	5.51	74	1.84
	Par 28	Las residencias no deben apoyar act. sexual POST	4.97	74	2.24
		Las residencias no deben apoyar act. sexual PRE	5.50	74	2.10
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST	4.64	74	1.86
		El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	4.72	74	2.11
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST	4.54	74	1.90
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.81	74	2.07
	Par 31	Si a la educación sexual a profesionales en residencias POST	4.91	74	2.01
		Si a la educación sexual a profesionales en residencias PRE	4.81	74	2.07
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST	5.05	74	1.98
		La masturbación es aceptable para mayores PRE	5.05	74	2.01
	Par 33	Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas POST	5.62	74	2.26
		Residencias deben ofrecer camas grandes para parejas PRE	5.70	74	2.32
Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. POST	5.86	74	2.18	
	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. PRE	5.82	74	2.29	

Tabla 6.40

Media de respuesta en pruebas emparejadas pre-test -post-test. Grupo control. Grupo presencial versus grupo on-line. Conocimientos.

Grupo presencial versus grupo on-line		Media	N	Desv.
Aguilaramas-Villadiego	Par 11 Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST	0.70	79	0.73
	Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	0.71	79	0.60
	Par 12 Mujeres mayores no interés por sexualidad POST	-0.10	79	0.67
	Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	-0.05	79	0.69
	Par 13 Medicamentos alteran impulso sexual POST	0.38	79	0.61
	Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.49	79	0.56
	Par 20 El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST	0.02	79	0.63
	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.10	79	0.71
	Par 21 La masturbación provoca confusión mental y demencia POST	0.70	79	0.56
	La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.41	79	0.33
	Par 22 Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST	-0.42	79	0.57
	Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	-0.41	79	0.00
	Par 24 Impotencia en varones mayores es tratada POST	0.37	79	0.49
	Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.48	79	0.51
Par 25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST	0.17	79	0.38	
Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	0.27	79	0.46	
On-line	Par 11 Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST	-0.10	30	0.54
	Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	-0.05	30	0.51
	Par 12 Mujeres mayores no interés por sexualidad POST	0.38	30	0.61
	Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	0.49	30	0.65
	Par 13 Medicamentos alteran impulso sexual POST	0.02	30	0.58
	Medicamentos alteran impulso sexual PRE	0.10	30	0.58
	Par 20 El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST	0.70	30	0.68
	El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	0.41	30	0.72
	Par 21 La masturbación provoca confusión mental y demencia POST	-0.42	30	0.57
	Par 21 La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	-0.41	30	0.60
	Par 22 Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST	0.37	30	0.58
	Par 22 Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	0.48	30	0.62
	Par 24 Impotencia en varones mayores es tratada POST	0.17	30	0.56
	Par 24 Impotencia en varones mayores es tratada PRE	0.27	30	0.52
Par 25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST	0.70	30	0.65	
Par 25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	0.71	30	0.61	

Tabla 6.41

Prueba t de Student para pruebas emparejadas pre-test -post-test. Grupo control. Grupo presencial versus grupo on-line. Conocimientos.

Grupo presencial versus grupo on-line		Media	Desv.	t	gl	Sig.
Aguilar- Villadiego	Par 11 Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST - Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	-0.01	0.57	-2.87	78	.007
	Par 12 Mujeres mayores no interés por sexualidad POST - Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	-0.05	0.85	-0.27	78	.785
	Par 13 Medicamentos alteran impulso sexual POST - Medicamentos alteran impulso sexual PRE	-0.11	0.45	-2.08	78	.044
	Par 20 El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST - El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	-0.08	0.33	-2.36	78	.023
	Par 21 La masturbación provoca confusión mental y demencia POST- La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.29	0.50	-2.36	78	.023
	Par 22 Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST - Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	-0.01	0.57	2.87	78	.007
	Par 24 Impotencia en varones mayores es tratada POST - Impotencia en varones mayores es tratada PRE	-0.11	0.33	-2.36	78	.023
	Par 25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST - Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	-0.10	0.33	-2.36	78	.023
On-line	Par 11 Actividad sexual beneficiosa para salud mental POST - Actividad sexual beneficiosa para salud mental PRE	-0.01	0.31	-0.30	29	.769
	Par 12 Mujeres mayores no interés por sexualidad POST - Mujeres mayores no interés por sexualidad PRE	-0.05	0.53	0.00	29	1.000
	Par 13 Medicamentos alteran impulso sexual POST - Medicamentos alteran impulso sexual PRE	-0.11	0.37	0.00	29	1.000
	Par 20 El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas POST - El abandono de la act. sexual es por causas sociopsicológicas PRE	-0.08	0.43	0.85	29	.403
	Par 21 La masturbación provoca confusión mental y demencia POST- La masturbación provoca confusión mental y demencia PRE	0.29	0.31	2.04	29	.050
	Par 22 Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia POST - Perdida de satisfacción sexual en postmenopausia PRE	-0.01	0.61	-0.15	29	.882
	Par 24 Impotencia en varones mayores es tratada POST - Impotencia en varones mayores es tratada PRE	-0.11	0.44	1.24	29	.227
	Par 25 Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años POST - Los mayores mantienen interés y act. sexual hasta 90 años PRE	-0.10	0.41	-0.44	29	.662

Tabla 6.42

Media de respuesta en pruebas emparejadas pre-test -post-test. Grupo control. Grupo presencial versus grupo on-line. Actitudes.

Grupo presencial versus grupo on-line. Actitudes		Media	N	Desv.		
Aguilaramas-Villadiego	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor POST	6.51	79	1.00	
		Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	5.75	79	1.77	
	Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST	4.93	79	1.90	
		El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	5.39	79	1.93	
	Par 30	Si a la educación sexual a mayores en residencias POST	4.59	79	1.96	
		Si a la educación sexual a mayores en residencias PRE	4.75	79	1.85	
	Par 32	La masturbación es aceptable para mayores POST	5.46	79	2.00	
		La masturbación es aceptable para mayores PRE	5.66	79	1.94	
	Par 34	Profesionales de residencias deben estar formados en sex. POST	5.98	79	2.29	
		Profesionales de residencias deben estar formados en sex .PRE	5.69	79	2.29	
	Online	Par 27	Es vergonzoso el interés sexual de un mayor	5.57	30	1.87
			Es vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	5.57	30	1.96
		Par 29	El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST	4.00	30	2.17
			El mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	3.80	30	2.28
Par 30		Si a la educación sexual a mayores en residencias POST	3.90	30	2.09	
		Si a la educación sexual a mayores en residencias PRE	3.60	30	2.24	
Par 32		La masturbación es aceptable para mayores POST	4.33	30	2.07	
		La masturbación es aceptable para mayores PRE	4.33	30	2.28	
Par 34		Profesionales de residencias deben estar formados en sex. POST	5.57	30	2.08	
		Profesionales de residencias deben estar formados en sex. PRE	5.60	30	2.08	

Tabla 6.43

Prueba t de Student para pruebas emparejadas pre-test -post-test. Grupo control. Grupo presencial versus grupo on-line. Actitudes.

Grupo presencial versus grupo on-line. Actitudes		Media	Desv.	t	gl	Sig.
Aguilar amas- Villadiego	ParEs vergonzoso el interés sexual de un mayor POST- Es 27 vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	0.76	1.66	2.36	78	.023
	ParEl mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST - El 29 mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	-0.46	1.47	-2.02	78	.050
	ParSi a la educación sexual a mayores en residencias POST - Si a la 30 educación sexual a mayores en residencias PRE	-0.16	1.31	-1.43	78	.160
	ParLa masturbación es aceptable para mayores POST - La 32 masturbación es aceptable para mayores PRE	-0.20	0.87	-1.43	78	.160
	ParProfesionales de residencias deben estar formados en sex POST. 34 Profesionales de residencias deben estar formados en sex PRE.	-0.29	0.57	-2.87	78	.007
Online	ParEs vergonzoso el interés sexual de un mayor POST- Es 27 vergonzoso el interés sexual de un mayor PRE	0.00	1.64	0.00	29	1.000
	ParEl mayor pierde siempre el interés por la sexualidad POST - El 29 mayor pierde siempre el interés por la sexualidad PRE	0.20	1.35	0.81	29	.423
	ParSi a la educación sexual a mayores en residencias POST - Si a la 30 educación sexual a mayores en residencias PRE	0.30	1.47	1.12	29	.271
	ParLa masturbación es aceptable para mayores POST - La 32 masturbación es aceptable para mayores PRE	0.00	0.91	0.00	29	1.000
	ParProfesionales de residencias deben estar formados en sex POST. 34 Profesionales de residencias deben estar formados en sex PRE.	-0.03	0.85	-0.22	29	.831

Tabla 6.44

Prueba de homogeneidad

Pruebas de homogeneidad de varianzas			Estadístico de		
			Levene	gl2	Sig.
Grupo experimental	Ganancias Cono.	Se basa en la media	.099	135	.753
		Se basa en la mediana	.036	135	.850
		Se basa en la mediana y con gl ajustado	.036	130.949	.850
		Se basa en la media recortada	.105	135	.746
	Ganancias actitud.	Se basa en la media	.373	135	.542
		Se basa en la mediana	.107	135	.744
		Se basa en la mediana y con gl ajustado	.107	128.998	.744
		Se basa en la media recortada	.175	135	.677
Grupo control	Ganancias Cono.	Se basa en la media	1.179	107	.280
		Se basa en la mediana	1.356	107	.247
		Se basa en la mediana y con gl ajustado	1.356	96.189	.247
		Se basa en la media recortada	1.144	107	.287
	Ganancias actitud.	Se basa en la media	.108	107	.743
		Se basa en la mediana	.048	107	.827
		Se basa en la mediana y con gl ajustado	.048	103.498	.827
		Se basa en la media recortada	.006	107	.937

