

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Trabajo Final Integrador

Licenciatura en Terapia Ocupacional

**“El abordaje de la sexualidad en la adultez y la vejez, según los Terapistas
Ocupacionales de CABA.”**

Alumno: Guadalupe Chacon Lechmann

Director de tesis: Lic. Macarena Abregú

Tutor metodológico: Lic. Ma. Florencia Durand

Año: 2021

INDICE

1	TEMA	4
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3	PALABRAS CLAVES.....	5
4	RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN	5
4.1	EN RELACIÓN A LA RELEVANCIA SOCIAL	5
4.2	EN CUANTO A LA RELEVANCIA TEÓRICA	5
4.3	EN RELACIÓN A LA RELEVANCIA PRÁCTICA	5
5	HIPÓTESIS (SI LA HUBIERE)	5
6	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN:	6
6.1	VARIABLE/S DEPENDIENTE/S:	6
6.2	VARIABLE/S INDEPENDIENTE/S:.....	6
7	OBJETIVOS.....	6
7.1	OBJETIVO GENERAL.....	6
7.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
8	MARCO TEÓRICO.....	6
8.1	ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.....	23
9	METODOLOGÍA	24
9.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	24

A.	SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO	24
B.	SEGÚN EL MOMENTO DEL OBJETO EN EL TIEMPO.....	24
C.	SEGÚN EL ENFOQUE METODOLÓGICO.....	24
9.2	UNIVERSO Y MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
9.3	FUENTES Y/O INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
9.4	PLAN DE TRABAJO:	25
10	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
10.1	PROCESAMIENTO Y SISTEMATIZACIÓN	26
10.2	ANÁLISIS	28
11	RESULTADOS.....	28
12	CONCLUSIÓN Y PROPUESTA	57
13	BIBLIOGRAFÍA.....	68
13.1	BIBLIOGRAFÍA IMPRESA	68
13.2	BIBLIOGRAFÍA TECNOLÓGICA	68
14	ANEXOS.....	69

1 Tema

El abordaje de la sexualidad en la adultez y la vejez, según los Terapistas Ocupacionales de CABA.

2 Planteamiento del problema

Según la OMS, “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”

En esta sociedad, los adultos se encuentran constantemente bajo la presión laboral, familiar, y dejan a veces de lado su sexualidad, aludiendo a falta de ganas, o de tiempo; en torno a la vejez se generan prejuicios que aluden a que ya no son productivos, están normalmente enfermos, y mitos en relación a su sexualidad como ser que con la menopausia se acabó la actividad sexual, y la idea de que con la vejez, viene la viudez, sin embargo son muchas las personas que hoy en día, se animan a tener nuevas parejas a esa edad, y mantienen que tienen un amor más compañero que en edades anteriores.

Si el goce y el pacer sexual, si la libertad, integridad y seguridad sexual, si la equidad sexual, son derechos.... ¿Por qué no se aplican para todos? ¿Por qué hay gente que no los conoce?

Si lo pensamos desde nuestra profesión y las incumbencias que tiene, dentro de éstas se encuentra el “realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre”. Es necesario tener en cuenta las demandas de la actividad, ya que interfieren con ese compromiso vital de las personas, para así lograr un desempeño autónomo.

Dentro de las actividades de la vida diaria se indica la ocupación de actividad sexual, como actividades que busquen la satisfacción sexual; así mismo dentro del cuidado de los dispositivos de atención personal menciona usar, limpiar, y mantener dispositivos de anticoncepción y sexuales. Por otro lado, dentro de la participación social, se busca que las personas

participen con sus compañeros, allí son actividades a diferentes niveles de intimidad, lo cual se extiende hasta actividades sexuales deseadas.

Por lo tanto, una de las incumbencias de la profesión es la salud sexual de las personas.

Entonces podemos preguntarnos : ¿Cuál debe ser el rol del Terapeuta Ocupacional en la sexualidad? ¿Qué beneficios aporta la intervención de un Terapeuta Ocupacional?

3 Palabras Claves

Sexualidad, Terapia Ocupacional, Adulthood, Vejez

4 Relevancia y justificación

4.1 En relación a la **relevancia social**

Se beneficiará a todos los usuarios adultos y adultos mayores el promover sus derechos sexuales, se promueve vivir la sexualidad de manera diversa, y se enseñará que forma parte de la vida diaria, debe ser placentera y que el usuario debe preocuparse y ocuparse de su salud sexual.

4.2 En cuanto a la **relevancia teórica**

Analizaremos el rol del terapeuta ocupacional en relación a la sexualidad y cuáles son los beneficios que tiene que el Terapeuta este formado para incluirla en el tratamiento.

4.3 En relación a la **relevancia práctica**

Se identificará el estado de situación de la sexualidad durante el tratamiento de Terapia Ocupacional, las necesidades de los profesionales para trabajar sobre ella de manera efectiva y cuáles se consideran los beneficios y roles del TO en el trabajo en sexualidad.

5 Hipótesis

La hipótesis de este trabajo es que la sexualidad queda en segundo plano durante el tratamiento, ya que la sexualidad se sigue considerando un tabú y la formación de los profesionales en el área es escasa.

6 Variables de la investigación:

6.1 Variable/s dependiente/s: ser TO que trabaje con adultos y adultos mayores

6.2 Variable/s independiente/s: especialidad en la que trabaje

7 Objetivos

7.1 Objetivo general

Conocer el nivel de implicancia de los Terapeutas Ocupacional en torno a temáticas sexuales durante su tratamiento y los beneficios que tiene incluir la sexualidad en ellos.

7.2 Objetivos específicos:

Relevar el lugar que tiene la sexualidad durante el tratamiento de Terapia Ocupacional

Relevar trabas o dificultades que consideran tienen los profesionales que tienen al momento de incluir la sexualidad en tratamiento.

Conocer cuáles de los ejes de la ESI se utilizan frecuentemente en un tratamiento

8 Marco Teórico

Siglo XXI, y aunque pareciera que jamás se ha hablado tanto de sexo como ahora, gracias a la revolución sexual de los 60, de la contemporánea revolución de los juguetes sexuales y la cultura hook up, la sexualidad en algunos aspectos sigue considerándose un tabú.

Y no es de extrañar ya que, si hacemos un recorrido histórico de la historia de la sexualidad, durante siglos se intentó silenciar y controlar la sexualidad desde diferentes ámbitos, desde lo político, económico, religioso, social. Por miedo al placer, fue censurada, reprimida y hasta castigada. Estos ataques crearon una sexualidad marcada con miedo, prejuicios y secretos. (Gomez di Leva, 2016)

Si nos remontamos al siglo XVII, lo podemos llamar el comienzo de la represión de la sexualidad. Fue propia de las sociedades llamadas burguesas, aunque quizá todavía no estamos completamente liberados de ella, aun hoy estamos bajo la fuerte influencia de la época victoriana y el puritanismo.

Es posible que haya habido una depuración del vocabulario autorizado y controlado las enunciaciones: se ha definido de manera estricta dónde y cuándo no era posible hablar del sexo; en qué situación, entre qué locutores, y en el interior de cuáles relaciones sociales; así se han establecido regiones, si no de absoluto silencio, al menos de tacto y discreción: entre padres y niños, por ejemplo, o educadores y alumnos, patrones y sirvientes. Allí hubo una economía restrictiva, que se integra en esa política de la lengua y el habla que acompañó las redistribuciones sociales de la edad clásica. (Foucault, 1978)

Foucault intenta demostrar que a partir del siglo XVII el discurso sobre el sexo no fue suprimido sino, por el contrario, se multiplico, pero bajo un ejercicio de poder que los hizo más explícito y detallado pero controlado. Se motiva a la confesión católica, contando todos los detalles posibles de sus pecados, ideas, y fantasías sexuales; de esta manera comienzan a tener lugar en el lenguaje, en el relato.

En el siglo XVIII se comienza a hablar de sexo a través de la política, la economía y la técnica, el sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; solicita procedimientos de gestión; debe ser tomado a cargo por discursos analíticos.

En el corazón de este problema económico y político de la población, se encuentra el sexo: hay que analizar la tasa de natalidad, la edad del matrimonio, los nacimientos

legítimos e ilegítimos, la precocidad y la frecuencia de las relaciones sexuales, la manera de tornarlas fecundas o estériles, el efecto del celibato o de las prohibiciones, la incidencia de las prácticas anticonceptivas.

Se explica la motivación a generar una sexualidad económicamente útil, esto es, la reproducción de la fuerza de trabajo. Dividió lo lícito y lo ilícito respecto al sexo, y se estableció como norma la monogamia heterosexual, donde por supuesto la actividad sexual regular tenía como propósito la procreación y la satisfacción de la figura masculina, colocando a la femenina a merced del hombre, y exponiéndola a casos de maltrato, violencia y abuso sexual porque su estatus social y legal dependía del hombre en matrimonio

Nace también el análisis de las conductas sexuales, de sus determinaciones y efectos, en el límite entre lo biológico y lo económico. También en este siglo se generaría una atención respecto al sexo de los niños, cuyo discurso tiende al régimen y la disciplina. Controlados a través de los dispositivos de la escuela, la pedagogía y la medicina.

Finalmente, el siglo XIX los discursos sobre el sexo se multiplicaron a través de los métodos de la medicina, la psiquiatría y la justicia penal. La primera estableciendo enfermedades nerviosas que encubrían sexualidades profusas, la segunda haciendo lo propio con la catalogación de perversiones sexuales y el último a través del establecimiento de crímenes contra natura. (Foucault,1978)

La mujer era considerada en desventaja con respecto al hombre, desde el punto de vista cognitivo, libidinoso y en la respuesta sexual. Se esperaban la virginidad de la mujer y

el atletismo sexual del varón. Las expresiones sexuales eran desde el punto de vista genital: coito, orgasmo, embarazo, dejando de lado las preferencias personales.

Esta visión puritana de la sociedad, entre lo que se debe y no debe ser, despliega sobre la vejez aspectos moralistas como que la sexualidad en los viejos no es posible ni necesaria y si ocurre no es normal. Se les niega la sexualidad y su presencia escandaliza, se crea el estereotipo de “viejo verde”, y aparece la disyuntiva de no tener sexualidad o considerarse enfermo (Salvarezza, 1988).

Ante esto, Simone de Beauvoir (1970) dice que el anciano se ve presionado por la opinión social, le tema al ridículo y al que dirán, sus deseos lo avergüenzan y los niega, reprimen sus deseos para defenderse de ellos. Algo parecido a lo que ocurre con los adultos mayores al día de hoy.

Para Foucault el problema no es hablar de sexo, sino la normalización en la que cae la sexualidad, sobre lo que es el sexo y una vida sexual plena.

Que la sexualidad caiga en la normalización, quiere decir que “hay una manera de vivir una sexualidad correcta”, que hay normas implícitas que cumplir, con creencias y conductas asociadas esperables; en vez de naturalizarla, y hacerla parte de nuestra condición humana. Si alguien no cumple con estas normas, se señala como “anormal”, y si hay algo que es diverso por naturaleza, es la sexualidad y las múltiples maneras de vivenciarla.

Por estos motivos es que, en 1960, se produce la llamada Revolución Sexual, donde se desafían la concepción de la moral sexual, el comportamiento sexual y las relaciones sexuales, buscando la liberación. Esta revolución supone la igualdad entre sexos,

los difusión y uso generalizado de métodos anticonceptivos, el feminismo y hasta la legalización del aborto. Reivindica el cuerpo humano y la desnudez, la sexualidad como parte integral de la condición humana y cuestiona el papel de la mujer, el hombre y el matrimonio.

Como consecuencias de la Revolución Sexual, también podemos destacar nuevas formas de amor y modelos de familia, se aceptaron las relaciones sexuales pre matrimoniales, se reconoció y normalizó la homosexualidad y otras formas de sexualidad, se consumaron parejas de hecho, hijos extra matrimoniales y familias mono y homoparentales.

En 1972, los sexólogos John Money y Anke Ehrhardt popularizaron la idea de que sexo y género son categorías separadas. El sexo, argumentaron, se refiere a los atributos físicos, y viene determinado por la anatomía y la fisiología, mientras que el género es una transformación psicológica del yo, la convicción interna de que uno es macho o hembra (identidad de género) y las expresiones conductuales de dicha convicción. Las feministas de la segunda ola de los setenta, por su parte, también argumentaron que el sexo es distinto del género (que las instituciones sociales, diseñadas para perpetuar la desigualdad de género, producen la mayoría de las diferencias entre varones y mujeres). Estas feministas sostenían que, aunque los cuerpos masculinos y femeninos cumplen funciones reproductivas distintas, pocas diferencias más vienen dadas por la biología y no por las vicisitudes de la vida. Tener un pene en vez de una vagina es una diferencia de sexo.

Money, Ehrhardt y las feministas de los setenta establecieron los términos del debate: el sexo representaba la anatomía y la fisiología, y el género representaba las fuerzas

sociales que moldeaban la conducta. Las feministas no cuestionaban la componente física del sexo; eran los significados psicológico y cultural de las diferencias entre varones y mujeres —el género— lo que estaba en cuestión. (Sterling Fauto Anne)

El amor libre, la anticoncepción accesible y gratuita, el aborto y la perspectiva de género, aun 70 años después, siguen siendo temas pendientes en la agenda política y social en algunos países.

Con este pequeño repaso histórico del recorrido de la sexualidad, entendemos que siempre fue un tema importante, central de muchas cuestiones y un tabú por mucho tiempo; nos es útil para entenderla y contextualizarla. Ahora, ¿por qué es tan importante la sexualidad? Para responder esta pregunta utilizaremos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define a la sexualidad como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”

Entendemos entonces que la sexualidad está presente desde que nacemos, hasta que morimos, que somos seres sexuales, y sexuados. También se puede afirmar que no puede hablarse de una sexualidad única, sino de tantas sexualidades como personas en el mundo hay, sean personas con diversidad funcional o sin ella, se vivan como heterosexuales u homosexuales, etc.

Dicho de otra manera, solo por el hecho de ser humanos, Sexistimos y estamos capacitados para el ars amandi.

Se entiende por ars amandi o amatoria la expresión o fórmula con la que la cultura greco-latina denominó al conjunto de formas de pensar, sentir, desear o hacer a través de las cuales los sujetos realizan sus deseos eróticos y expresan sus atracciones, seducciones y, en definitiva, sus búsquedas y encuentros como sujetos sexuados. Se trata, pues, de un elaborado y complejo producto de cultura sobre la, van a influir aspectos sociales, culturales y educativos que van a configurar, a permitir o a reprimir las expresiones de la misma. (Amenzua Ernesto)

De estas últimas definiciones vamos a destacar la influencia de los aspectos sociales, culturales, educativos y económicos.

Existen procesos y mecanismos sociales que regulan y organizan a una sociedad de manera que las mujeres y los hombres sean, actúen, se constituyan y se consideren diferentes, y en donde al mismo tiempo se determinen cuáles son las áreas sociales que son competencia de un género y cuáles son del otro. A estos procesos y mecanismos, se los denomina sistema de género. Es por esto que cuando hablamos de las diferencias que existen en el género es aceptar, como dicen Testa y Spampinato (2010), que el problema no radica en las especificidades anatómicas sino en las desigualdades que las sociedades han construido a partir de las mismas.

Estas desigualdades están justificadas bajo un sistema patriarcal que consiste en “configurar” desde pequeños a todas las personas para ser hombre o mujer. Esta “configuración” es realizada a través de estereotipos impuestos según se pertenezca a un

género u otro. Los mismos son denominados mandatos de género cuya finalidad tienen ser una buena mujer, femenina y con vagina o un buen hombre, caballero y con pene. Desde esta perspectiva el hombre debe ser, valiente, líder, protector y la mujer queda relegada a una posición inferior a la que se le adjudican características como dependiente, débil, emocional, pasiva, cuidadosa y frágil (Hamlin, 1992).

Los mandatos pueden ser realizados en forma explícita, pero generalmente, se producen de forma inconsciente, repitiendo modelos que han aprendido de sus familiares, de las instituciones a la que se asiste a la largo de la vida y principalmente de los medios de comunicación masiva y publicidades. Tales mandatos se sostienen y nacen por el patriarcado.

Obviamente el patriarcado y su fenómeno sociocultural llamado machismo, entiéndase a este como fenómeno que exalta los valores masculinos, la hombría, la virilidad, el poder de los hombres, expresado con violencia, fuerza y, ante todo, la actitud de superioridad y dominio sobre las mujeres., han influenciado las prácticas sexuales y construido una especie de modelo sobre cómo deben ser: coitocentristas, falo céntricas, entendiendo que el coito se termina con la eyaculación masculina, con la reivindicación del P sobre el punto G, dejando las inseguridades sexuales, el orgasmo y el placer femenino en segundo lugar; también se han impuesto presiones sociales en cuanto a estereotipos de belleza, obligando a las mujeres a estar depiladas, maquilladas, arregladas y dispuestas siempre, al servicio y ganas del hombre.

Si pensamos en el capitalismo y su sistema de producción, como se expuso anteriormente, este necesitaba nuevos métodos para controlar la «inserción de los cuerpos

en la maquinaria productiva y el ajuste de los fenómenos poblacionales a los procesos económicos. Foucault dividió este poder sobre los cuerpos vivos (biopoder) en dos formas. La primera se centraba en el cuerpo individual, el papel de muchos profesionales de las ciencias consistió en optimizar y estandarizar la función corporal. Es decir, se diseñó el estereotipo de cuerpo más productivo y deseado, que beneficiara la producción y al sistema. La segunda forma de biopoder de Foucault —la «biopolítica de la población»— surgió a principios del siglo XIX, a medida que los pioneros de las ciencias sociales comenzaron a desarrollar los métodos estadísticos necesarios para supervisar y gestionar «la natalidad y la mortalidad, el nivel de salud, la esperanza de vida y la longevidad»

Es decir que la sexualidad y la reproducción estaban al servicio de la producción. Aquí comenzó también la normalización de los cuerpos en vez de su naturalización, determinando de esta manera eran más deseables, por ser más productivos para el sistema, dejando de lado así, a todos los adultos mayores y diversos funcionales de lado.

De alguna manera, las prácticas sexuales también responden al patriarcado y al capitalismo, determinando presiones sobre el desempeño y normalización en las prácticas, las alejan del placer y deseo, y toman variables medibles y cuantificables. De esta manera se mide el tiempo de duración de la relación, la frecuencia con la que hay que tenerlas, cuanto debe medir el pene para “ser normal”, cuantos orgasmos se tuvo, el tiempo que se espera que dure la erección, frecuencia de masturbación, cantidad de parejas sexuales. La satisfacción se reduce a la inmediatez, la individualidad, la competitividad, al resultado visible. Analizándolo así, no extraña que la mayoría de las consultas de los adultos en sexología esté relacionada a inseguridades corporales, no haber tenido un orgasmo o la ansiedad de rendimiento.

¿Pero qué pasa con alguien que no se considera productivo? ¿Qué pasa con los seres productivos, cuanto tiempo le dedican a su placer?

Vivimos en una sociedad de consumo que se fue acelerando de forma exponencial gracias al Capitalismo, bombardeada de anuncios que incluyen necesidades a ser saciada que no se tenían en primer lugar. Una era en donde las relaciones humanas, el afecto y el amor propio se ven reemplazados por cosas.

En esta sociedad, los adultos se encuentran constantemente bajo la presión laboral, familiar, y dejan a veces de lado su sexualidad, aludiendo a falta de ganas, o de tiempo; en torno a la vejez se generan prejuicios que aluden a que ya no son productivos y mitos en relación a su sexualidad como ser que con la menopausia se acabó la actividad sexual, sin embargo, son muchas las personas que se animan a tener nuevas parejas a esa edad, y mantienen que tienen un amor más compañero que en edades anteriores.

Sera fundamental entender que cada ciclo vital tiene sus desafíos y presiones sociales y que las personas van modificando su concepto de sexualidad y dependiendo de cómo se desarrolló con el correr de los años, éste se irá modulando.

Con lo analizado anteriormente, no hace falta destacar que no es lo mismo ser Hombre/ Mujer cis adulto, que trans, ni adulto mayor, pero a rasgos generales y sin entrar en analizar aún más los roles de género, intentaremos conocer a que nos referimos con adultez, vejez y las presiones sociales que se atraviesan en cada etapa.

Se entiende a la adultez temprana comprendida por la edad entre 20 y 45 años, época en la identidad, la responsabilidad y aptitud de la persona se encuentra bien definido,

se distingue que logra el control de sus sentimientos y vida emocional y eso le permite seguridad., desde el punto de vista biológico se lo considera orgánicamente desarrollado y desde el enfoque económico busca la independencia de los padres y su solvencia económica.

En este periodo el individuo debe elegir una profesión, estudiar y trabajar para garantizar su independencia, también se espera que comience a vivir solo, y forme una pareja, para comenzar su propia familia, debe dedicarle tiempo a su vida profesional y a la crianza de los hijos.

Es el estado de mayor plenitud y productividad.

La mediana edad entendida como el periodo de vida entre los 35 y 65 años. Para esta época la mayoría de las personas han encontrado su modo de subsistencia, han terminado el momento de cuidado y crianza de hijos, actividad que se suplanta por el cuidado de los propios padres.

La mediana edad esta al mando de la sociedad en cuanto a términos de poder, influencias y toma de decisiones.

Quienes han constituido una buena posición socioeconómica y gozan de buena salud, consideran a esta época como la “flor de la vida”, para otras un “nicho ecológico”, adaptándose a un entorno limitado y las actividades de la vida cotidiana se reducen a una rutina regular, que proporciona seguridad y aleja de sentimientos de ansiedad. La experiencia los provee de paciencia para hacer frente a los problemas y sentir confianza en

si mismos, la capacidad de resolver problemas también mantiene un adecuado nivel de autoestima.

La mediana edad es la época de la autorrealización y la gratificación, pero también el paso hacia la vejez y la persona debe aceptarla y adaptarse a su propia vejez.

Es frecuente la preocupación por los cambios corporales inevitables, especialmente los relacionados al funcionamiento sexual. Esto puede tener dos tipos de reacciones, una la promiscuidad para mostrar que aún se es joven y atractivo o convertir la relación en una rutina insoportable. También puede aparecer una hipocondría o consumo de sustancias a causa de una depresión. (Salvarezza 1988)

La Vejez es el periodo de vida entre los 65 años y hasta que llegue la muerte, y es un estadio al que todos vamos a llegar, le tenemos miedo, y está cargado de prejuicios y falsas creencias.

En esta etapa el tiempo libre pareciera ser la ocupación predominante, ya que se encuentran jubilados, sin embargo, hay quienes aprovechan este tiempo para viajar, hacer cursos, y otras actividades placenteras. Inclusive hay adultos mayores que siguen trabajando, y forman nuevas parejas en la vejez.

También se presupone que son en su mayoría abuelos, aunque hay diferentes maneras de ejercer la abuelidad.

Introduciremos el termino viejísimo que contempla el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en razón de la acumulación de cierto número de cumpleaños. En sus consecuencias son idénticos a los

prejuicios que se utilizan contra las personas de distinto color de piel, raza, religión, o en contra de las mujeres en razón de su sexo. Tanto uno como los otros, estos prejuicios se adquieren en la temprana infancia, generalmente por identificación con las conductas de personas significativas del entorno familiar y luego se asientan y racionalizan durante el resto de la vida de los sujetos prejuiciosos sin que estos puedan reconocer el tremendo impacto que estas identificaciones tienen sobre sus propios pensamientos o conductas. (Salvarezza, 1988)

Entre los prejuicios se destaca que los viejos son todos enfermos o discapacitados. Esto incluye cosas tales como que todos los viejos son deprimidos, seniles -y la senilidad es algo inevitable e incurable-, son asexuados, “pasan mucho tiempo en cama a causa de sus enfermedades”; “tienen muchos accidentes en el hogar”; “tienen pobre coordinación psicomotriz lo que los hace propensos a los accidentes”; “desarrollan infecciones fácilmente” y que “la mayoría de la población cree que entre el 20 y el 50% de los viejos están hospitalizados o viven en instituciones especializadas”.

Para trabajar con esta población también se puede hablar de dos teorías: la teoría del desapego, según la cual a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual genera un apartamiento de toda clase de interacción social. Se sienten menos comprometidos con los problemas ajenos, están más absortos en los propios y en sus circunstancias. Este proceso no solo pertenece al desarrollo normal del individuo, sino que es buscado y deseado por él, apoyándose en el deterioro lógico de sus capacidades sensorio motrices, lo cual le permite distribuir las que conserva sobre objetos más significativos para él. Al mismo tiempo lo enfrentan con situaciones y objetos que son de difícil solución y lo exponen a situación de

angustia cuando no la puede hallar, por ejemplo, las situaciones eróticas cuando siente disminuidas sus capacidades sexuales o sus atractivos físicos. Este desapego cumple una función social al permitir un desarrollo adecuado para las generaciones más jóvenes.

Esta teoría sostiene que el desapego es un proceso universal, ocurriendo en cualquier tiempo y cultura, que es inevitable porque se apoya en procesos psicobiológicos y es intrínseco, es decir que no está condicionado por ninguna variable social.

La segunda teoría, y a la cual adhiero es la teoría de la actividad, esta sostiene que los adultos mayores deben mantenerse activos tanto tiempo como sea posible, y que cuando una actividad ya no sea posible debe buscarse un sustituto para ella, la personalidad previa de la persona será clave para comprender las reacciones a cambios biológicos y sociales que ocurren con la edad.

Desde esta teoría se entiende que el ser humano aislado es un problema y no un ideal, toda posibilidad de ser dentro del contexto humano es posible solamente en relación con otro.

Cuando se invoca la disminución de las capacidades sensorio motrices como el argumento de apoyo que sostiene la teoría del desapego, se comete el error común de juzgar la capacidad de satisfacción que puede obtener el adulto mayor en sus actividades con la óptica comparativa con las personas más jóvenes. (Salvarezza, 1988)

Entonces si a los 30 años el promedio de actividad sexual es de 3 contactos semanales y esto le permite un estado satisfactorio para su estado de salud mental, obviamente a los 65- 70 años no podrá sostenerse el mismo ritmo, pero la satisfacción de

sentirse activo, querido y necesitado que provee el goce sexual será la misma con otra frecuencia.

Pensando desde nuestra incumbencia aquí que es la Terapia Ocupacional, pienso que la profesión tiene como objetivo el empoderamiento de la persona y promueve a la recuperación de la mayor independencia posible, debe ser capaz de asumir que la sexualidad también forma parte de su vida diaria, trabajando en prevención y asesoramiento de las personas adultas y adultas mayores a garantizar la salud sexual, y promover los derechos sexuales.

La práctica de la Terapia Ocupacional está enmarcada bajo la ley 27.051, allí se especifican las incumbencias que la profesión tiene, dentro de éstas se encuentra el “realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre”. Para lograr dicho objetivo es necesario guiar a las personas en el compromiso con las ocupaciones que van adquiriendo. Es necesario tener en cuenta las demandas de la actividad, ya que interfieren con ese compromiso vital de las personas, para así lograr un desempeño autónomo.

Si nos basamos en el Marco de trabajo de la AOTA, dentro de las actividades de la vida diaria (AVD) se indica la ocupación de actividad sexual, como actividades que busquen la satisfacción sexual; así mismo dentro del cuidado de los dispositivos de atención personal menciona usar, limpiar, y mantener dispositivos de anticoncepción y sexuales. Por otro lado, dentro de la participación social, se busca que las personas participen con sus compañeros, allí son actividades a diferentes niveles de intimidad, lo

cual se extiende hasta actividades sexuales deseadas. Es decir, este tema se puede tratar desde diferentes perspectivas.

De lo recién expuesto podemos inferir que la salud sexual de las personas, es una incumbencia de nuestra profesión. Se entiende a la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS)

Al hablar de salud sexual, según las conserjerías integrales (espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, con el objetivo principal de fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva) debemos tener en cuenta varios espacios a tratar: anticoncepción; prevención de infecciones de transmisión sexual; recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena; reflexiones en torno a las relaciones de género y posibilidades de elegir; negociación del uso de preservativos como estrategia preventiva; ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos.

La intervención desde terapia ocupacional debe ayudar a las personas, para que puedan participar activamente de las actividades sexuales y conozcan todos los cuidados para no contraer riesgos.

Para abordar este tema, como Terapeutas ocupacionales, podemos realizar talleres, charlas, folletos, carteleros, y explicarles a los usuarios del servicio, que la consulta también es un espacio seguro para abordar temáticas sexuales para brindar información adecuada, se

puedan responder inquietudes y acompañarlos si así se necesita con lo referido a aceptar los cambios del cuerpo, y la búsqueda de variantes para que puedan llevar a cabo las prácticas sexuales que deseen, de manera placentera.

También se podrán hacer actividades preventivas en algún centro, hospitales, clínicas, escuelas, en barrios carenciados, en villas, etc. En el marco de la prevención primaria.

Desde la Terapia Ocupacional se cuestiona las necesidades de aquellas personas cuya realidad social, como ser el adulto mayor, solo por hecho de haber alcanzado determinada edad, limita su participación en ocupaciones (Galheigo, 2005) En relación a esto podemos hablar de *justicia ocupacional*. El concepto de justicia ocupacional se definió como: “la promoción de un cambio económico y social para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos, y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar”

Es deseable también que el profesional puede repensar su educación sexual, antes de abordar el tema con un usuario y formarse en Educación Sexual Integral, aun cuando trabaje con adultos y adultos mayores, ya que estos son generaciones que fueron educadas desde el silencio y la pornografía en su mayoría. Utilizando una de sus puertas de entradas, conocida como la reflexión sobre nosotros mismos, podemos comenzar a abordar estas temáticas que son tan frágiles y sutiles con los usuarios.

Destacar a la ESI como un valor humano, es proponerla como motor del desarrollo personal, indispensable para disfrutar de una vida plena, en oposición a una concepción

reducida de la sexualidad como proceso sólo fisiológico. Resulta una invitación a la reflexión desde una perspectiva inclusiva. (Peirano Silvina)

Recordaremos que la ESI está atravesada por Cinco Ejes Conceptuales para asegurar un abordaje integral de todas las dimensiones humanas:

- Respetar la diversidad
- Ejercer nuestros derechos
- Cuidar el cuerpo y la salud
- Valorar la Afectividad
- Reconocer la perspectiva de género

Por otra parte, la formación en ESI con perspectiva de diversidad funcional, para los profesionales aportara una mirada humanizadora, flexible y diversa durante los tratamientos, ya que respeta la diversidad en todas sus formas y a todas las personas que puedan ser usuarias del servicio de Terapia Ocupacional.

8.1 Antecedentes de la Problemática

- Análisis de la vivencia de la sexualidad en la vida cotidiana de las personas mayores : una mirada desde la terapia ocupacional

<http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/8848>

- Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: reflexiones desde la terapia ocupacional

<https://nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/25311>

- Aproximación a la experiencia de cuerpo y sexualidad de un grupo de mujeres chilenas con discapacidad física congénita

<https://boletincorteidh.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/37127>

- Vejez y sexualidad, reflexiones para la práctica de la Terapia Ocupacional

<https://sintesisdejurisprudencia.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/35726>

9 Metodología

9.1 Tipo de Investigación

- a. Según el grado de conocimiento: Será exploratoria y descriptiva.

Este tipo de diseño según Sabino y Sampieri comprende una visión general y aproximada de los objetos de estudio y se utiliza en caso de que el tema a relevar haya sido poco investigado, estudiado, con ausencia de estudio previo o novedoso. Cuando los recursos para la investigación son escasos, también se considera exploratorio. Considera que también es descriptiva, ya que no se modificara el fenómeno, sino que se indaga sobre el sin alterarlo.

- b. Según el momento del objeto en el tiempo: Único. Se entrevistará por única vez a los profesionales de Terapia ocupacional para recolectar datos.

- c. Según el enfoque metodológico: Cuantitativa. Esta metodología recolecta datos sin medición numérica, en este caso son todas respuestas sobre las creencias del profesional de Terapia ocupacional. Las variables se analizarán según su frecuencia y moda, características de este enfoque metodológico.

9.2 Universo y muestra criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la muestra serán: ser profesional de terapia ocupacional; trabajar con poblaciones adultas y adultas mayores.

Criterios de exclusión: Ser profesional de terapia ocupacional que trabaje con niños y/o adolescentes; ser estudiante de Terapia Ocupacional.

9.3 Fuentes y/o Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado será un cuestionario autoadministrado en plataforma Forms realizado por la estudiante.

Para llevar a cabo este instrumento se realiza un consentimiento informado en donde el Terapeuta Ocupacional es informado de manera clara el propósito de la investigación, que es colaborador del ejercicio académico y que es voluntario y se puede retirar sin restricciones.

9.4 Plan de trabajo:

Elegido el medio por el que se realizará el instrumento de recolección de datos, se paso a su creación. Se diseñaron las preguntas y las respuestas posibles. Luego, el cuestionario de ingreso en la plataforma Forms para poder ser enviado en la etapa de pilotaje.

Ejecutado el pilotaje se realizan las mejoras y ajustes pertinentes.

Se confecciona la matriz de datos y se determinan las variables a evaluar.

Como paso siguiente se enviará el link del forms a los Terapeutas Ocupacionales, y se subirá a portales de Terapia Ocupacional para conseguir la muestra intencional.

Alcanzados los 34 profesionales encuestados, se comienza el procesamiento de los datos recabados.

Los datos se volcaron al sistema SSPS, donde se realizo la matriz de datos y analizaron las frecuencias de las respuestas.

Obtenidos los resultados, se confeccionan los graficos en Excel.

10 Análisis de los resultados

10.1 Procesamiento y sistematización

Para el procesamiento de los datos recabados, se utilizará el programa SPSS; donde se incluyen todas las variables a analizar y la matriz de datos. El SPSS es una herramienta especializada para la estadística, que nos permite obtener medidas de tendencia central y graficar los resultados de las variables.

Las variables de esta investigación son en su mayoría nominales y se analizará su frecuencia, ya que constan de preguntas de opciones múltiples, con múltiples respuestas validas simultaneas.

Sistematización y codificación

VARIABLE	CODIFICACION
Edad del encuestado	Edad
¿Cual es su especialidad?	Especialidad
¿Cuál es la edad de la población que comúnmente atiende?	EdadPoblacion
¿Dónde obtuvo su educación sexual?	EdSexObtenida
¿Qué información le hubiera gustado recibir?	InfoGRecibir

¿Tuvo materias que trataran la sexualidad específicamente?	Materias
¿Qué componentes considera que están en juego en la sexualidad?	ComponentesSexualidad
¿Cuál considera que es el lugar de la afectividad en la sexualidad?	LugarAfectividad
¿Cuál considera que es el lugar de la eroticidad en la sexualidad?	LugarEroticidad
¿Cuál considera que es el lugar de la genitalidad en la sexualidad?	LugarGenitalidad
¿Cuáles cree que son las creencias mas erradas en cuanto a sexualidad?	CreenciasErr
¿Cuáles de las creencias sobre la sexualidad en la vejez considera correctas?	CreenciasVejez
¿A quién recurre frente a dudas sexuales?	DudasSex
¿Considera que su sexualidad se transformó a lo largo de su vida?	TransformacionSex
¿Que tan frecuente es que el paciente consulte para incluir aspectos de la sexualidad en el tratamiento?	SexualidadenTto

¿Cuáles de las siguientes ocupaciones considera que están atravesadas por la sexualidad?	Ocupacionesysex
¿Cuales de los siguientes ejes de la ESI considera que usa en su tto?	EjesenTto
¿Cuál considera que debe ser el rol del To en cuanto a la sexualidad?	RoldelTo
¿Cuáles cree que pueden ser los beneficios de la TO en sexualidad?	Beneficios
Los Terapeutas Ocupacionales normalmente podemos enseñar cosas tan intimas como desvestirse e higiene menor, y no nos animamos a tratar profundamente el área de la sexualidad. ¿Por qué cree que se da esto?	NoSeIntervienePor

10.2 Análisis

11 Resultados

Edad de los profesionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20-30	19	55,9	55,9	55,9
	31-40	10	29,4	29,4	85,3
	41-50	4	11,8	11,8	97,1
	51-60	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Se relevó la edad de los profesionales de Terapia Ocupacional. El 55,9% de los profesionales encuestados tienen entre 20 y 30 años, el 29,4% entre 31 y 40 años, el 11,8% entre 41 y 50 años y el 2,9% entre 51 y 60 años.

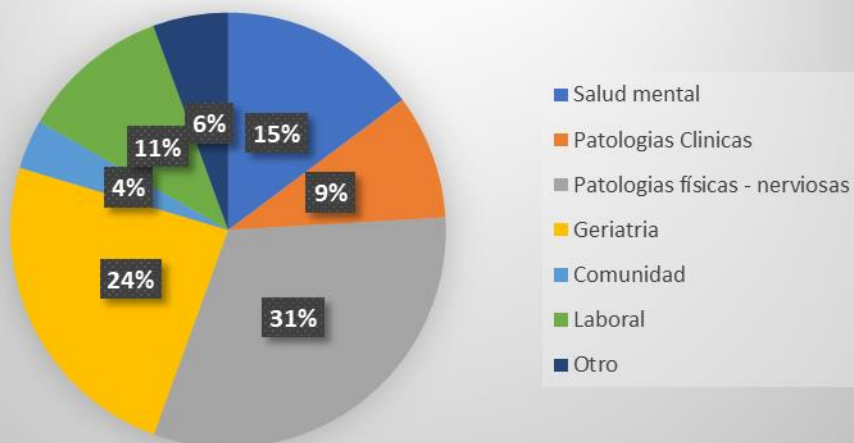


\$Especialidad frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Especialidad ^a	Salud mental	8	14,8%	23,5%
	Patologías Clínicas	5	9,3%	14,7%
	Patologías físicas - nerviosas	17	31,5%	50,0%
	Geriatría	13	24,1%	38,2%
	Comunidad	2	3,7%	5,9%
	Laboral	6	11,1%	17,6%
	Otro	3	5,6%	8,8%
Total		54	100,0%	158,8%

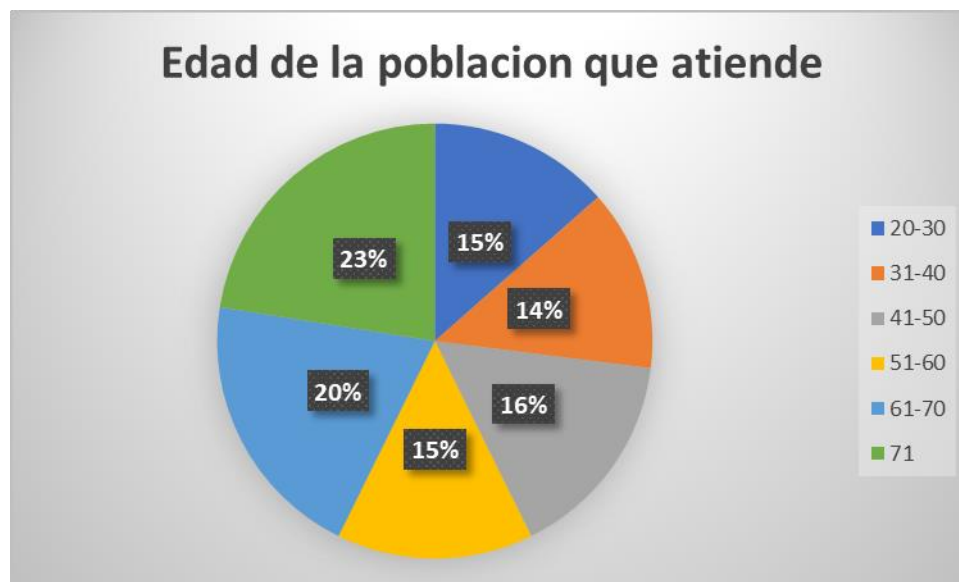
Se releva las áreas de especialidad de los TO encuestados. El 31,5% dice especializarse en Patologías físicas y nerviosas, el 24,1% en geriatría, el 14,8% en salud mental, el 11,1% en el área laboral, el 9,3% en Patologías clínicas, el 3,7% en el área comunitaria y el 5,6% en otra área de incumbencia.

Especialidad



\$EdadPoblacion frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Edad de Poblacion ^a	20-30	12	13,5%	35,3%
	31-40	12	13,5%	35,3%
	41-50	14	15,7%	41,2%
	51-60	13	14,6%	38,2%
	61-70	18	20,2%	52,9%
	+71	20	22,5%	58,8%
Total		89	100,0%	261,8%

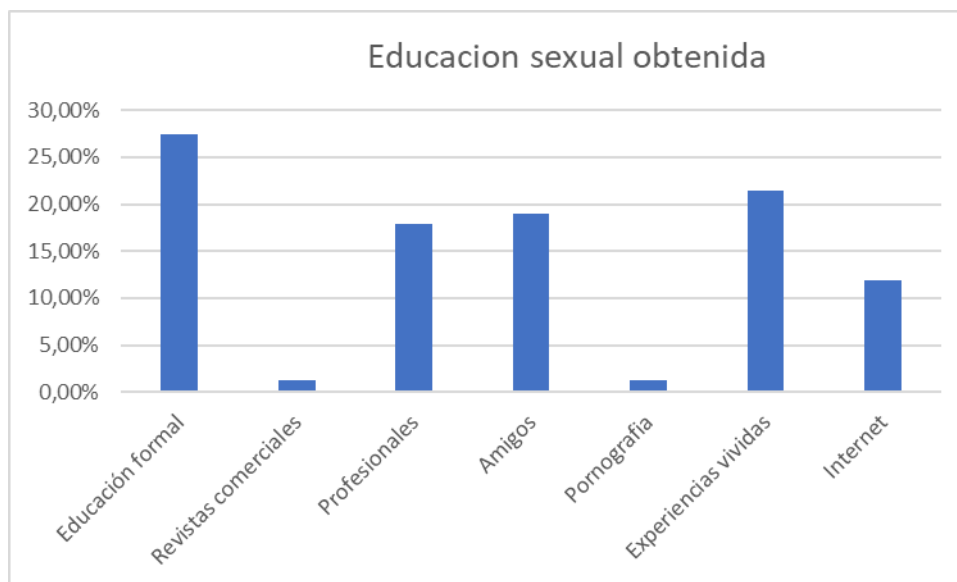


Los

datos refieren a la edad de la población que generalmente atienden los profesionales. El 23% tiene más de 70 años, el 20% tiene entre 61 y 70 años, el 15% tiene entre 51 y 60 años, un 16% entre 41 y 50, un 14% entre 31 y 40 años y otro 15% tiene entre 20 y 30 años.

\$EdSexObtenida frecuencias

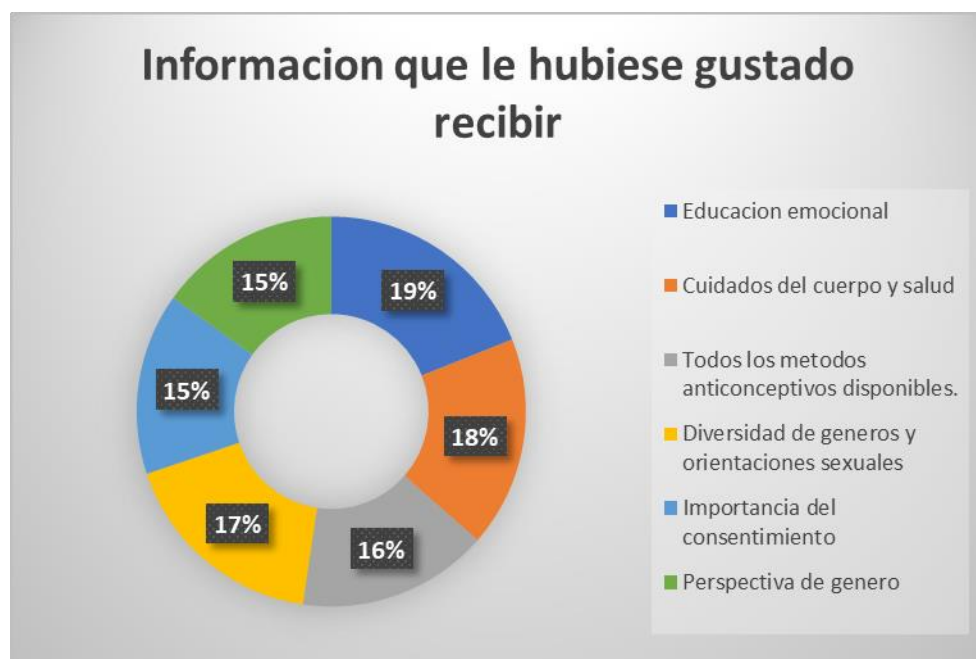
		Respuestas		Porcentaje de
		N	Porcentaje	casos
Educacion Sexual Obtenida ^a	Educación formal	23	27,4%	67,6%
	Revistas comerciales	1	1,2%	2,9%
	Profesionales	15	17,9%	44,1%
	Amigos	16	19,0%	47,1%
	Pornografía	1	1,2%	2,9%
	Experiencias vividas	18	21,4%	52,9%
	Internet	10	11,9%	29,4%
Total		84	100,0%	247,1%



Se releva las fuentes de donde los profesionales obtuvieron su educación sexual. El 27,4% dice haberla recibido en su educación formal, el 21,4% de sus experiencias vividas, el 19% de sus amigos, el 17,9% dice haberla obtenido en consultas con profesionales, el 11,9% buscando por internet y el 1,2% dice haberla obtenido de pornografía y otro 1,2% de revistas comerciales.

\$InfoGRecibir frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Información que quería Recibir ^a	Educación emocional	24	19,0%	70,6%
	Cuidados del cuerpo y salud	22	17,5%	64,7%
	Todos los métodos anticonceptivos disponibles.	20	15,9%	58,8%
	Diversidad de géneros y orientaciones sexuales	22	17,5%	64,7%
	Importancia del consentimiento	19	15,1%	55,9%
	Perspectiva de género	19	15,1%	55,9%
Total		126	100,0%	370,6%



Se les pregunta a los profesionales que información referida a la educación sexual les hubiese gustado recibir. El 19% indica que hubiese querido educación emocional, el 18% información sobre los cuidados del cuerpo y de la salud, el 17% información sobre la diversidad de géneros y orientaciones sexuales, el 16% sobre todos métodos anticonceptivos disponibles, un 15% sobre la importancia del consentimiento y otro 15% sobre la perspectiva de género.

Durante la tuvo materias que trataran la sexualidad específicamente

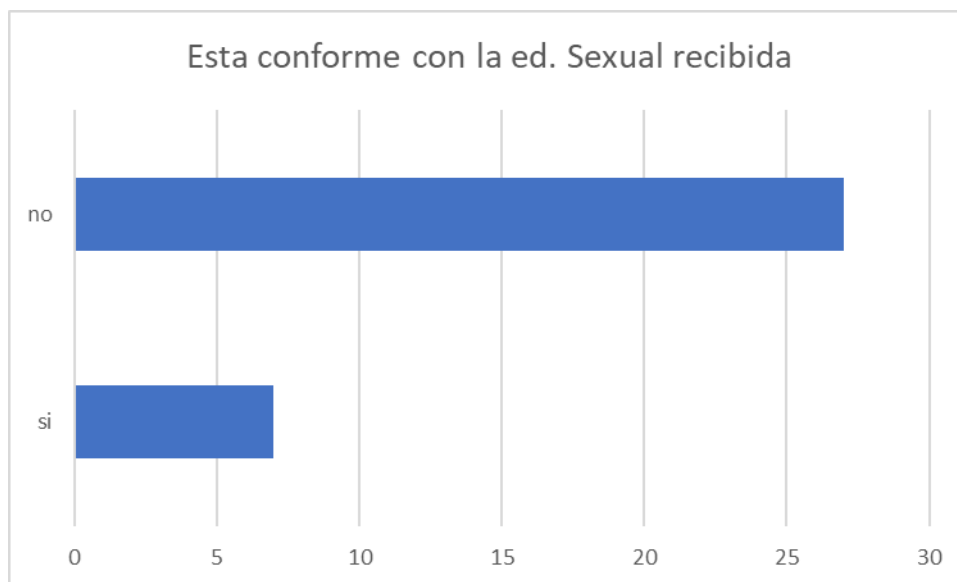
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	6	17,6	17,6	17,6
	No	9	26,5	26,5	44,1
	Se menciona en alguna materia	19	55,9	55,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	



Se pregunta si durante la formación de Terapia Ocupacional han recibido materias que trataran o abordaran la sexualidad. Un 18% indicó que si, un 26% que no, mientras que un 56% dice haberse mencionado la temática pero no fue específica.

Esta conforme con la educacion sexual recibida en su trayectoria educativa

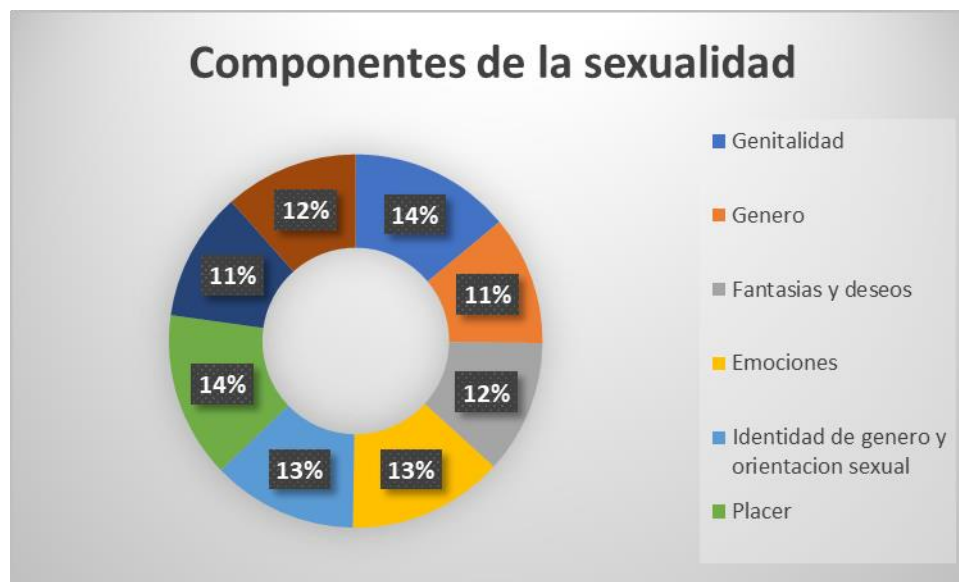
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	20,6	20,6	20,6
	No	27	79,4	79,4	100,0
	Total	34	100,0	100,0	



Se releva la conformidad de los profesionales en relación con la educación sexual que recibieron. 27 de 34 profesionales encuestados dicen no estar conformes, y los 7 restantes si.

\$ComponentesSexualidad frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de
		N	Porcentaje	casos
Componentes de la Sexualidad ^a	Genitalidad	30	14,0%	88,2%
	Genero	24	11,2%	70,6%
	Fantasias y deseos	25	11,6%	73,5%
	Emociones	29	13,5%	85,3%
	Identidad de genero y orientacion sexual	27	12,6%	79,4%
	Placer	31	14,4%	91,2%
	Roles	24	11,2%	70,6%
	Creencias	25	11,6%	73,5%
Total		215	100,0%	632,4%



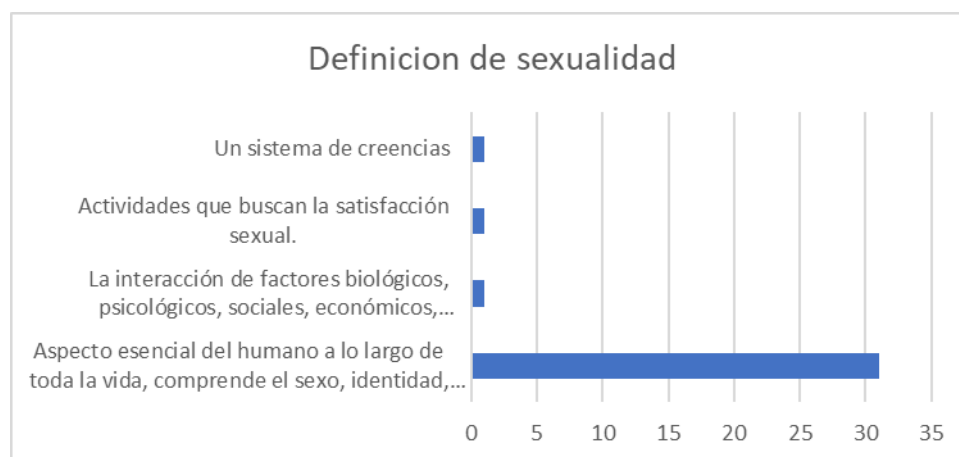
Se

releva cuales se consideran los componentes de la sexualidad. El 14,4% de los encuestados considera que esta formado por placer, 14% de genitalidad, un 13,5% de emoción es, el 12,6% que lo conforma la identidad de género y la orientación sexual, las fantasías y deseos y las creencias obtuvieron un 11,6%, por último un 11,2% considera que esta formado por género.

Definicion de la sexualidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aspecto esencial del humano a lo largo de toda la vida, comprende el sexo, identidad, rol, orientación sexual, etc	31	91,2	91,2	91,2
	La interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, etc	1	2,9	2,9	94,1
	Actividades que buscan la satisfacción sexual.	1	2,9	2,9	97,1
	Un sistema de creencias	1	2,9	2,9	100,0

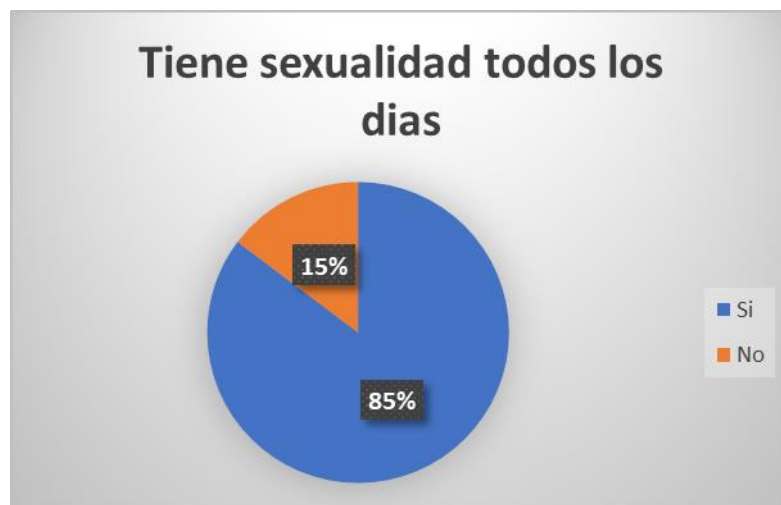
Total	34	100,0	100,0
-------	----	-------	-------



Se pregunta por la definición que mas concuerda con la idea que tienen los profesionales de la sexualidad. De los 34 profesionales encuestados, 31 la entienden como un Aspecto esencial del humano a lo largo de toda la vida, comprende el sexo, identidad, rol, orientación sexual, etc , 1 como un sistema de creencias, 1 como aquellas actividades que buscan la satisfacción sexual, y 1 como la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, etc.

Considera que tiene sexualidad todos los días

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	29	85,3	85,3	85,3
	No	5	14,7	14,7	100,0
	Total	34	100,0	100,0	



Se pregunta a los profesionales si consideran que tiene sexualidad todos los días, el 85% de los encuestados considera que sí la tiene, mientras que un 15% que no.

Lugar de la afectividad en sexualidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Poco importante	5	14,7	14,7	14,7
	Importante	6	17,6	17,6	32,4
	Bastante importante	6	17,6	17,6	50,0
	Muy importante	17	50,0	50,0	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

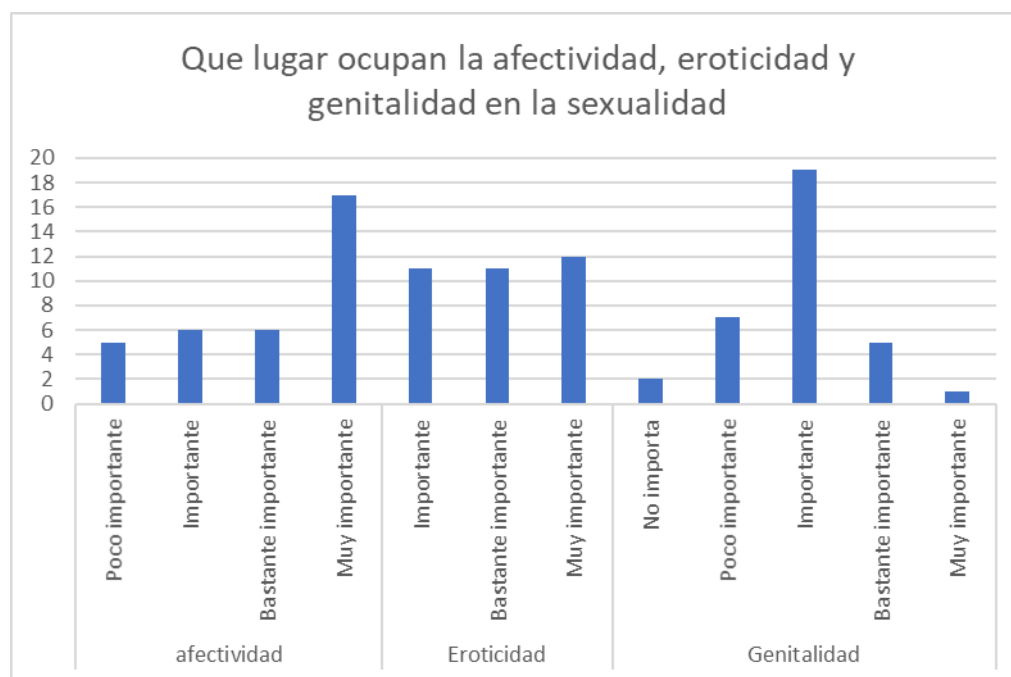
Lugar de la eroticidad en la sexualidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Importante	11	32,4	32,4	32,4
	Bastante importante	11	32,4	32,4	64,7
	Muy importante	12	35,3	35,3	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Lugar de la genitalidad en la sexualidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No importa	2	5,9	5,9	5,9

Poco importante	7	20,6	20,6	26,5
Importante	19	55,9	55,9	82,4
Bastante importante	5	14,7	14,7	97,1
Muy importante	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

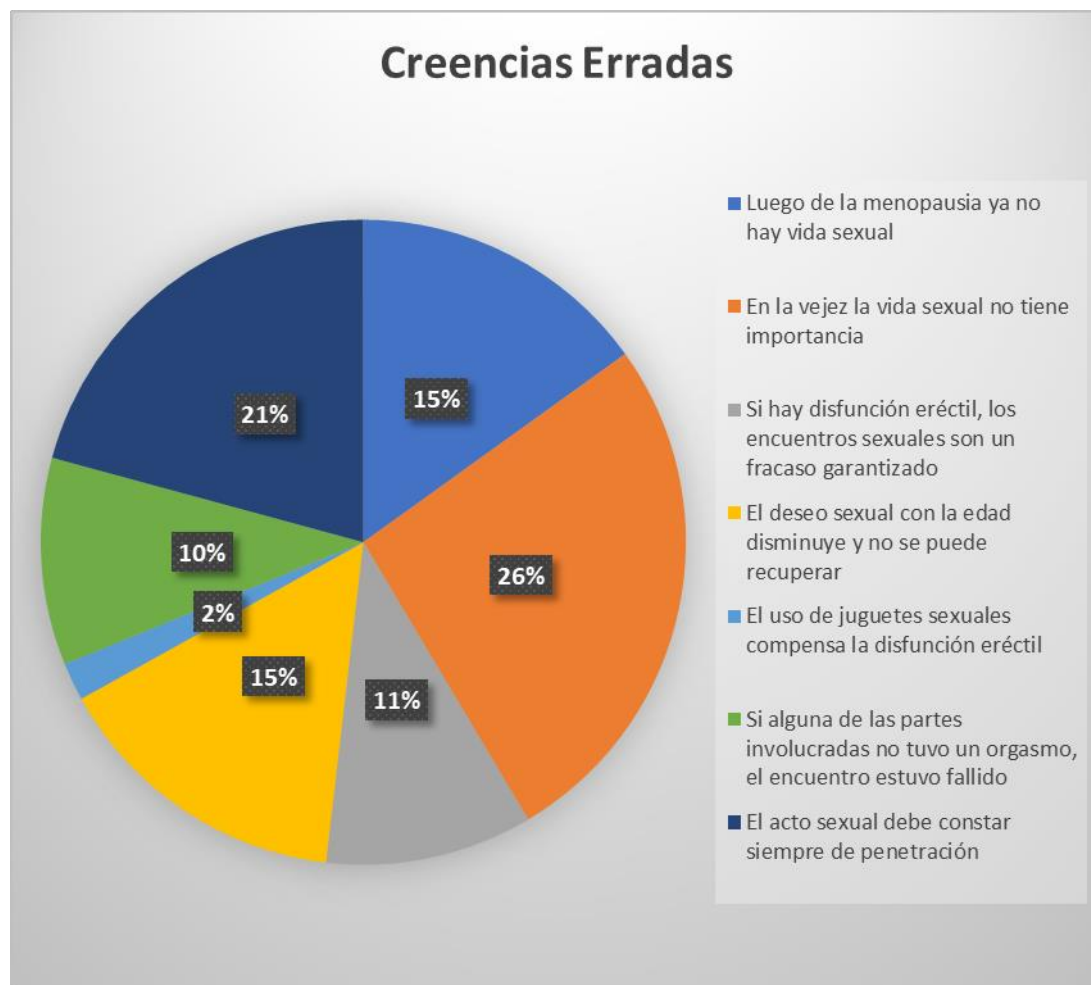


Se releva el lugar que se considera ocupan la afectividad, eroticidad y genitalidad en la sexualidad. Con respecto a la afectividad, 17 de los encuestados consideran que tiene un lugar muy importante, 6 bastante importante, 6 importante y 6 poco importante; con respecto a la eroticidad, 12 de los encuestados la considerar muy importante, 11 bastante importante y 11 importante; con respecto a la genitalidad, 19 de los encuestados la consideran importante, 7 poco importante, 5 bastante importante, 2 consideran que no importa y 1 la considera muy importante.

\$Creencias Erradas frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Creencias Erradas ^a	Luego de la menopausia ya no hay vida sexual	16	15,1%	47,1%

En la vejez la vida sexual no tiene importancia	28	26,4%	82,4%
Si hay disfunción eréctil, los encuentros sexuales son un fracaso garantizado	11	10,4%	32,4%
El deseo sexual con la edad disminuye y no se puede recuperar	16	15,1%	47,1%
El uso de juguetes sexuales compensa la disfunción eréctil	2	1,9%	5,9%
Si alguna de las partes involucradas no tuvo un orgasmo, el encuentro estuvo fallido	11	10,4%	32,4%
El acto sexual debe constar siempre de penetración	22	20,8%	64,7%
Total	106	100,0%	311,8%

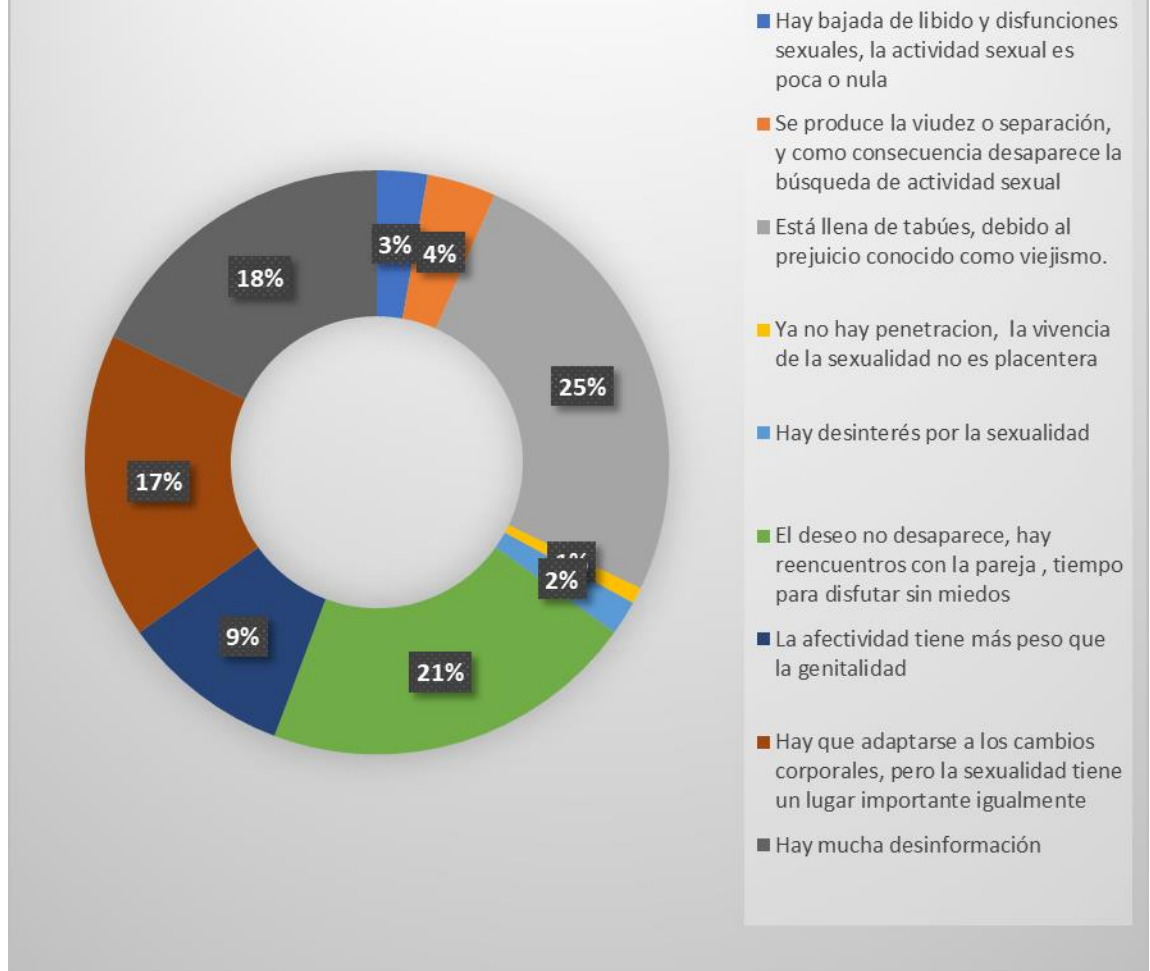


Se relevan las creencias erradas sobre la sexualidad en la vejez. El 26,4% de los encuestados refiere como errado que en la vejez la vida sexual no tiene importancia, el 20,8% considera errado que el acto sexual debe constar siempre de penetración, el 15,1% que luego de la menopausia ya no hay vida sexual, otro 15,1% considera erra que el deseo sexual con la edad disminuye y no se puede recuperar, un 10,4 % de la muestra considera erra que si hay una disfunción eréctil, los encuentros sexuales sean un fracaso, otro 10,4% considera errado que si alguna de las partes no tuvo un orgasmo el encuentro estuvo fallido, por ultimo un 1,9% de la muestra considera errado que el uso de juguetes sexuales compensen la disfunción eréctil.

\$CreenciasVejez frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de
		N	Porcentaje	casos
Creencias sobre la Vejez ^a	Hay bajada de libido y disfunciones sexuales, la actividad sexual es poca o nula	3	2,8%	8,8%
	Se produce la viudez o separación, y como consecuencia desaparece la búsqueda de actividad sexual	4	3,8%	11,8%
	Está llena de tabúes, debido al prejuicio conocido como viejismo.	27	25,5%	79,4%
	Ya no hay penetración, la vivencia de la sexualidad no es placentera	1	0,9%	2,9%
	Hay desinterés por la sexualidad	2	1,9%	5,9%
	El deseo no desaparece, hay reencuentros con la pareja , tiempo para disfrutar sin miedos	22	20,8%	64,7%
	La afectividad tiene más peso que la genitalidad	10	9,4%	29,4%
	Hay que adaptarse a los cambios corporales, pero la sexualidad tiene un lugar importante igualmente	18	17,0%	52,9%
	Hay mucha desinformación	19	17,9%	55,9%
Total		106	100,0%	311,8%

Creencias sobre la sexualidad en la vejez

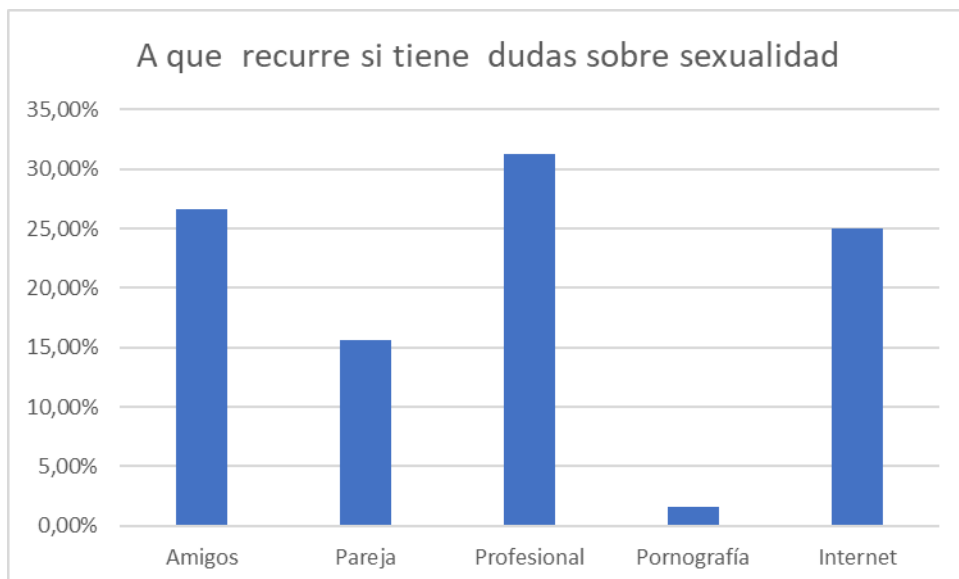


Se relevan cuáles son las creencias en cuanto a la sexualidad en la vejez. El 25,5% opina que está llena de tabúes debido al viejismo, el 20,8% que el deseo no desaparece, hay reencuentros con la pareja y tiempo para disfrutar sin miedo, el 17,9% que hay mucha desinformación, el 17% opina que hay que adaptarse a los cambios corporales pero la sexualidad mantiene un lugar importante, el 9,4% opina que la afectividad tiene más peso que la genitalidad en la vejez, el 3,8% que se produce la viudez o separación y como consecuencia desaparece la búsqueda de la actividad sexual, un 2,8% opina que hay bajada de libido, disfunciones sexuales y la actividad sexual es poca o nula, el 1,9% opina que hay

desinterés por la sexualidad, y un 0,9% que ya no hay penetración y la vivencia de la sexualidad no es placentera.

\$DudasSex frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de
		N	Porcentaje	casos
A que recurre si tiene dudas ^a	Amigos	17	26,6%	50,0%
	Pareja	10	15,6%	29,4%
	Profesional	20	31,3%	58,8%
	Pornografía	1	1,6%	2,9%
	Internet	16	25,0%	47,1%
Total		64	100,0%	188,2%



Sobre la pregunta de a dónde recurren si tienen dudas sobre algún tema de sexualidad, el 31,3% de los TO encuestados dice recurrir a profesionales, el 26,6% a sus amigos, el 25% recurre a internet, el 15,6% recurre a su pareja y el 1,6% recurre a la pornografía.

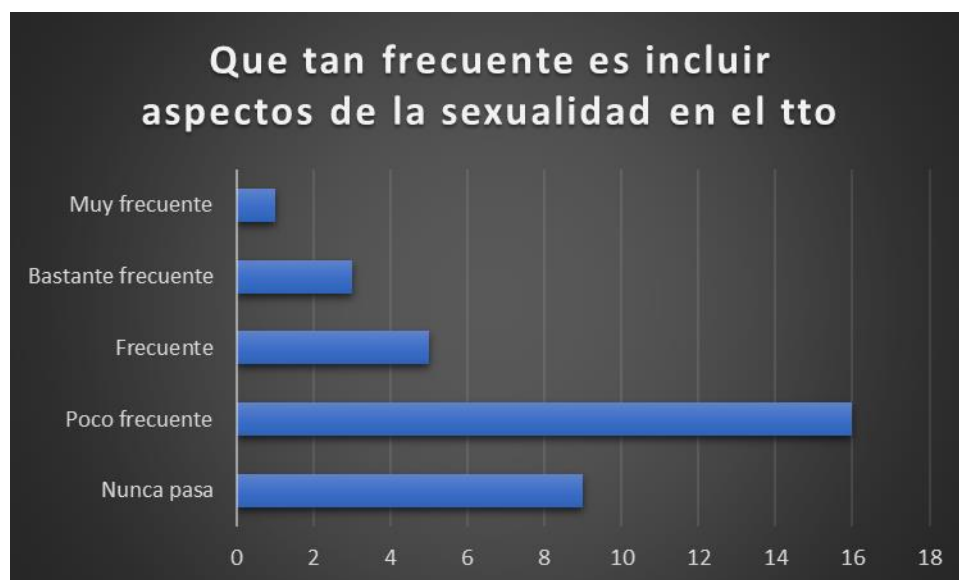
Considera que su sexualidad se transformo a lo largo de su vida

Si	97,1
No	2,9



Ante la pregunta de si se considera que la sexualidad se ha transformado a lo largo de su vida, 97% de los profesionales dicen que si se ha transformado y el 3% que no.

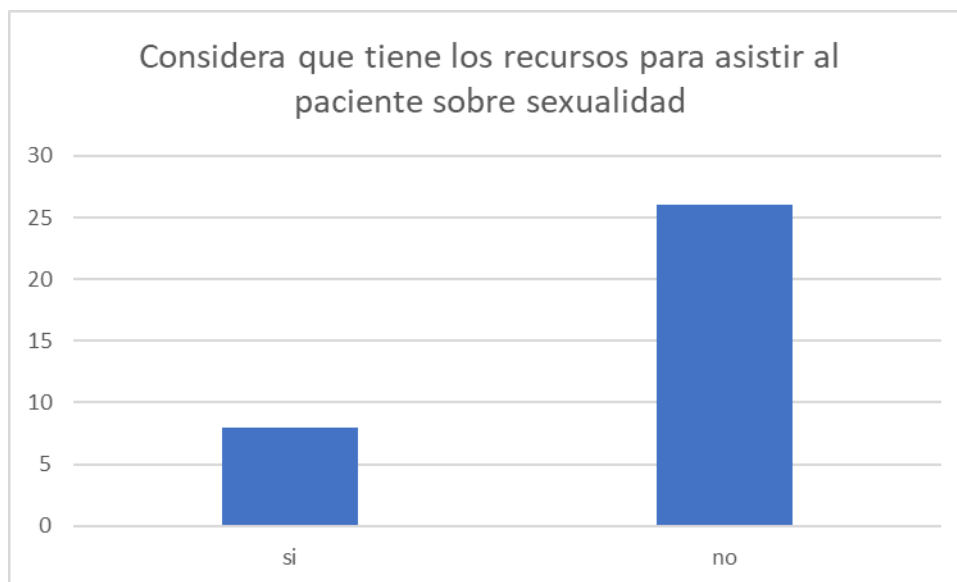
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca pasa	9	26,5	26,5	26,5
	Poco frecuente	16	47,1	47,1	73,5
	Frecuente	5	14,7	14,7	88,2
	Bastante frecuente	3	8,8	8,8	97,1
	Muy frecuente	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	



Se les consulta a los profesionales si es frecuente el pedido de los pacientes para incluir aspectos de la sexualidad en el tratamiento. 16 de los 34 profesionales encuestados responde que es poco frecuente el pedido, 9 que nunca pasa, 5 indican que es un pedido frecuente, 3 que es bastante frecuente y 1 que es muy frecuente.

¿Considera que tiene los recursos necesarios para asistir al paciente en sus inquietudes sobre sexualidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	23,5	23,5	23,5
	No	26	76,5	76,5	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

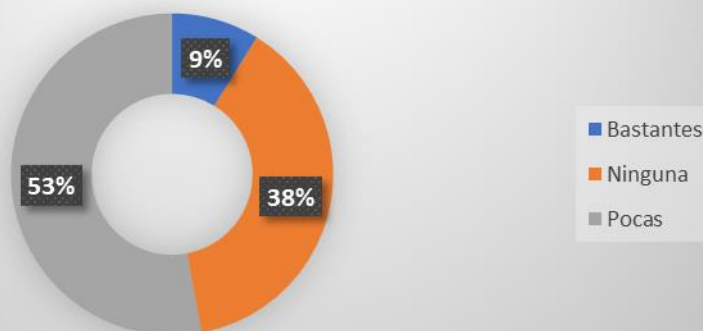


Se pregunta a los TO si consideran que tienen los recursos para asistir al paciente en la temática de sexualidad. 26 de los profesionales dicen que considerar no teneros, mientras que 8 consideran que si.

De las adaptaciones y ayudas técnicas específicas para sexualidad, cuantas conoce?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bastantes	3	8,8	8,8	8,8
	Ninguna	13	38,2	38,2	47,1
	Pocas	18	52,9	52,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Cuántas adaptaciones o ayudas técnicas conoce para sexualidad?



Se

cuestiona sobre la cantidad de adaptaciones o ayudas técnicas para sexualidad se conoce. El 53% de los profesionales dice conocer pocas, el 38% ninguna y el 9% bastantes.

¿Cree que la sexualidad necesita un abordaje específico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	17	50,0	50,0	50,0
	no, se puede incluir en el tratamiento	17	50,0	50,0	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

¿Considera que la sexualidad queda en segundo plano normalmente durante el tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	31	91,2	91,2	91,2
	No	3	8,8	8,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Se les pregunta a los profesionales si considera que la sexualidad queda en segundo plano durante el tratamiento. De los 34 encuestados, 31 consideran que si queda en un segundo

plano, mientras 3 que no.

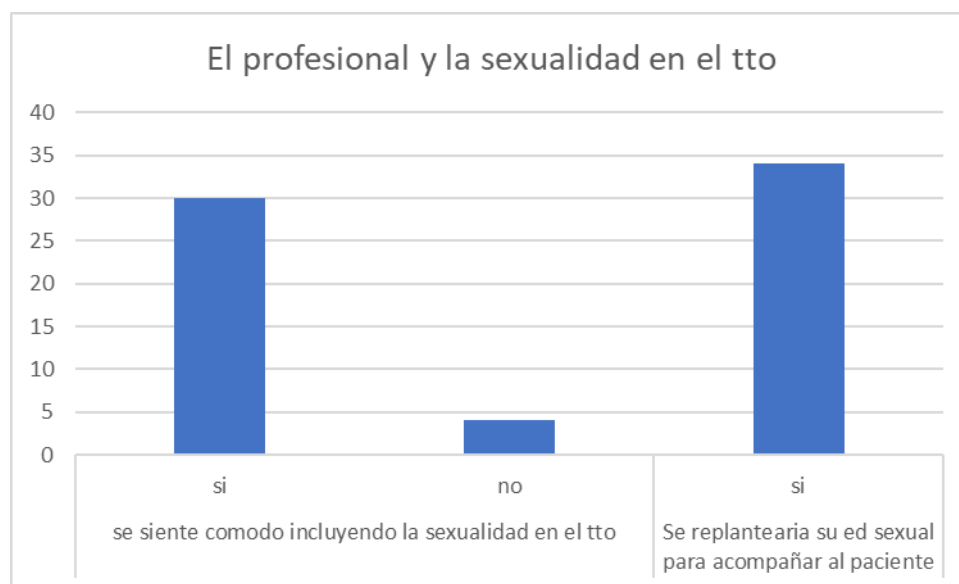
En relación a la pregunta de si la sexualidad necesita un abordaje específico, las respuestas están repartidas, la mitad de la muestra opina que si es necesario un abordaje específico, mientras que la otra mitad opina que no, que se puede incluir en el tratamiento.

¿Se siente como incluyendo aspectos de la sexualidad en el tratamiento?

si	30
no	4

¿Se replantearía su educación sexual para acompañar al paciente si quiere abordar la temática?

si	34
----	----



Se les pregunta a los profesionales si se sienten cómodos incluyendo aspectos de la sexualidad en el tratamiento, 30 de los encuestados respondió que si, y 4 que no. Sin embargo, la totalidad de los encuestados coinciden en que se replantearían su educación sexual para acompañar a sus pacientes.

\$OcupacionesySex frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Ocupaciones y Sexualidad ^a	AVD	30	18,5%	88,2%
	AVDI	19	11,7%	55,9%
	Descanso y sueño	19	11,7%	55,9%
	Educacion	16	9,9%	47,1%
	Trabajo	12	7,4%	35,3%
	Juego	14	8,6%	41,2%
	Ocio y TL	24	14,8%	70,6%
	Participacion Social	28	17,3%	82,4%
Total		162	100,0%	476,5%

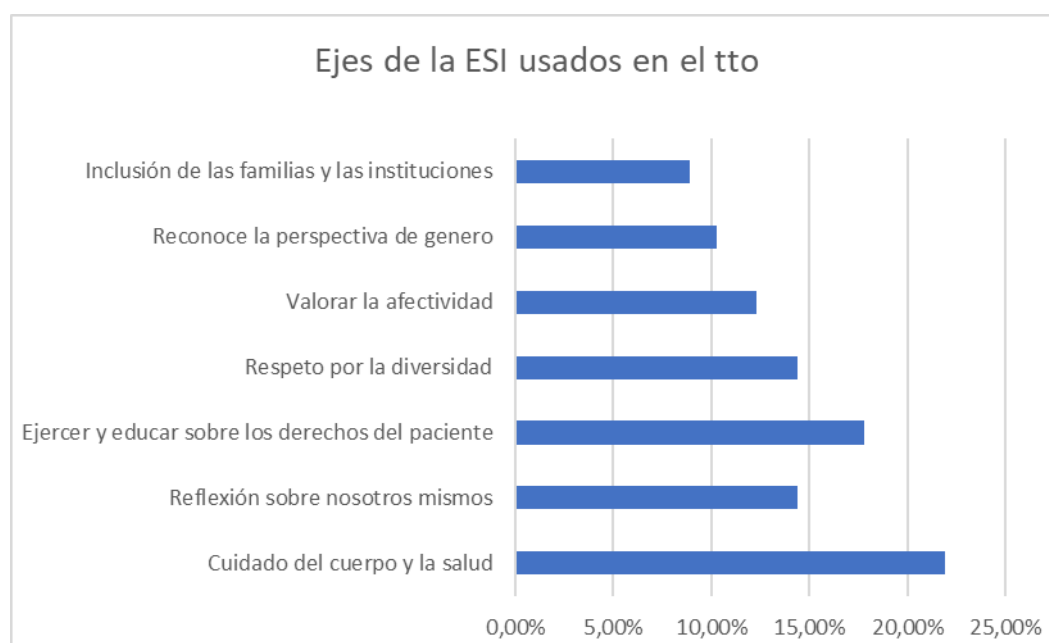


Se releva cuales son las ocupaciones que se consideran atravesadas por la sexualidad. El 18,5% de los profesionales menciono AVD, el 17,3% participación social, el 14,8% menciona ocio y tiempo libre, tanto AVDI como descanso y sueño obtuvieron un 11,7 %, mientras que juego tiene 8,6% y trabajo tiene 7,4%.

\$EjeenTto frecuencias

Respuestas		Porcentaje de casos
N	Porcentaje	

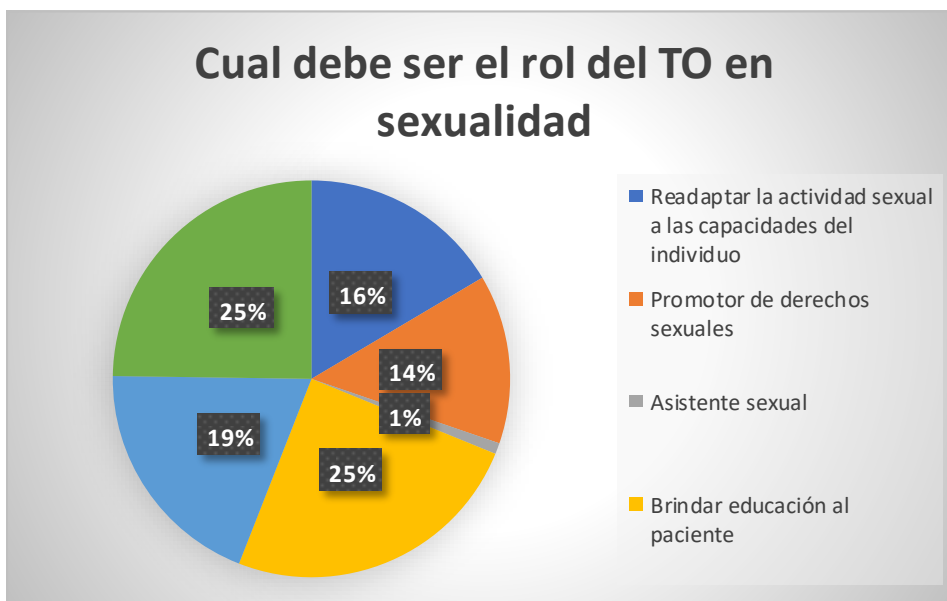
Ejes de la Esi en el Tto ^a	Cuidado del cuerpo y la salud	32	21,9%	94,1%
	Reflexión sobre nosotros mismos	21	14,4%	61,8%
	Ejercer y educar sobre los derechos del paciente	26	17,8%	76,5%
	Respeto por la diversidad	21	14,4%	61,8%
	Valorar la afectividad	18	12,3%	52,9%
	Reconoce la perspectiva de genero	15	10,3%	44,1%
	Inclusión de las familias y las instituciones	13	8,9%	38,2%
	Total	146	100,0%	429,4%



Se consulta a los profesionales de TO cuáles de los ejes de la ESI utiliza en sus tratamientos. El 21,9% dice usar el de cuidado del cuerpo y la salud, el 17,8% el de ejercer y educar sobre los derechos del paciente, el 14,4% el de la reflexión sobre nosotros mismos, otro 14,4% el eje del respeto por la diversidad, el 12,3% utiliza la el eje de valorar la afectividad, el 10,3% reconoce la perspectiva de género y el 8,9% incluye a las familias y las instituciones.

\$RoldelTo frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Rol del To ^a	Readaptar la actividad sexual a las capacidades del individuo	18	16,5%	52,9%
	Promotor de derechos sexuales	15	13,8%	44,1%
	Asistente sexual	1	0,9%	2,9%
	Brindar educación al paciente	27	24,8%	79,4%
	Habilitar la sexualidad en la diversidad funcional	21	19,3%	61,8%
	Motivar a la persona a vivir su sexualidad plenamente	27	24,8%	79,4%
Total		109	100,0%	320,6%

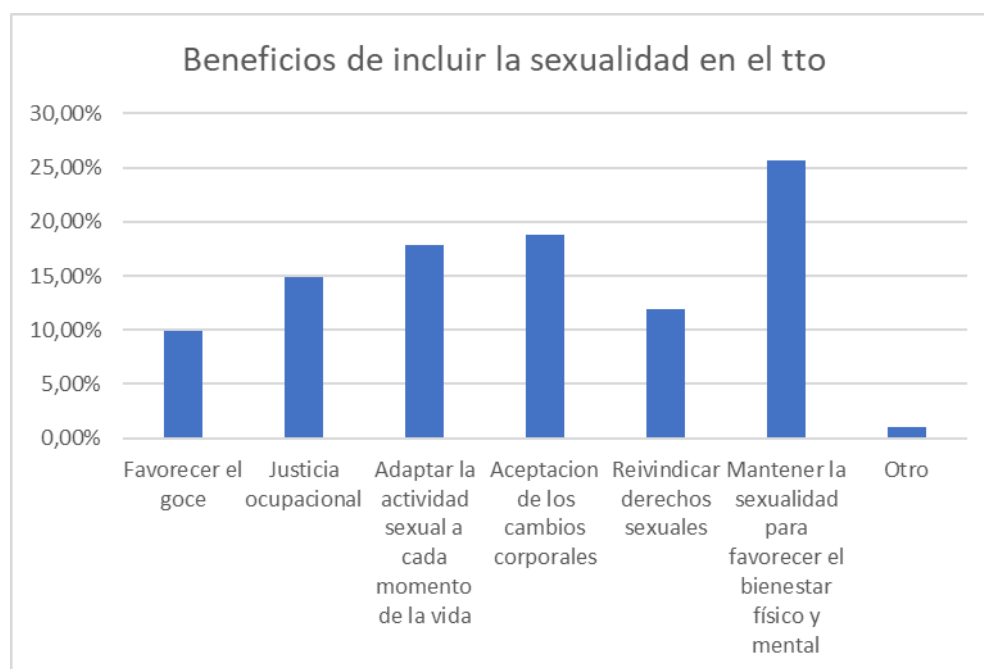


Se releva la opinión de los profesionales sobre cuál debe ser el rol del To en el abordaje de la sexualidad. El 25% opina que es brindar educación al paciente, otro 25% que es motivar a la persona a vivir su sexualidad plenamente, el 19% que el rol es el de habilitar la sexualidad en la diversidad funcional, el 16% que es el de readaptar la actividad sexual a las capacidades del individuo, el 14% opino que el rol podría ser el de promotor de derechos sexuales y un 1% el rol de asistente sexual.

\$Beneficios frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Beneficios ^a	Favorecer el goce	10	9,9%	29,4%
	Justicia ocupacional	15	14,9%	44,1%

Adaptar la actividad sexual a cada momento de la vida	18	17,8%	52,9%
Aceptacion de los cambios corporales	19	18,8%	55,9%
Reivindicar derechos sexuales	12	11,9%	35,3%
Mantener la sexualidad para favorecer el bienestar físico y mental	26	25,7%	76,5%
Otro	1	1,0%	2,9%
Total	101	100,0%	297,1%



Se pregunta a los profesionales cuáles consideran que pueden ser los beneficios de incluir en el tratamiento la sexualidad. El 25,7% opino que se favorece el bienestar físico y mental al mantener la sexualidad, el 18,8% que ayudaría a la aceptación de los cambios corporales, el 17,8% que se adaptaría la actividad sexual a cada momento de la vida, el 14,9% opino que se obtendría justicia ocupacional, el 9,9% que favorecería el goce, y un 1% que podría tener otro beneficio.

\$NoseAnimaalntevenir frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
No se interviene porque ^a	Tabú	20	26,7%	58,8%
	Falta de conocimientos	29	38,7%	85,3%
	Por no invadir la vida intima del paciente	15	20,0%	44,1%
	Por miedo a tener que hacer asistencia sexual	2	2,7%	5,9%
	Choque con las propias creencias	9	12,0%	26,5%
Total		75	100,0%	220,6%



Se releva por qué los profesionales consideran que no se incluye la sexualidad en el tratamiento. El 38% opina que no se hace por falta de conocimientos, el 27% porque aún la sexualidad se considera un tabú, el 20% por no invadir la vida intima de los pacientes, el 12% porque choca con las propias creencias y el 3% opina que existe miedo a tener que hacer asistencia sexual.

12 Conclusión y propuesta

Como resultado de esta investigación, luego de haber entrevistado a 34 profesionales de TO, con un predominio de prácticas en los ámbitos de Geriatria (24,10%), Salud mental (14.8%) y Clinica de patologías físicas o nerviosas (31,50%); he llegado a resultados que confirman la hipótesis de esta investigación.

Me parece fundamental destacar como punto de partida que 27 de 34 profesionales encuestados no se encuentra satisfecho con la educación sexual recibida a lo largo de su trayectoria educativa, pero el 91,2% coincide con la definición de Sexualidad de la OMS, entendiendo a la sexualidad como “ Un aspecto esencial de la condición humana a lo largo de toda la vida, que comprende el sexo, las identidades y roles sexuales, la orientación sexual, el erotismo, placer, la reproducción y la intimidad, la afectividad”. También el 97% de los encuestados considera que su sexualidad se transformo a lo largo de su vida y un 85% que tiene sexualidad todos los días. Esto nos sirve para saber las ideas generales sobre la sexualidad que tienen los profesionales.

Esta investigación dividió su recolección de datos en tres instancias, datos demográficos, la educación sexual del profesional, y aspectos de la sexualidad en tratamientos de TO.

Con respecto a la educación sexual de los profesionales se destaca que en su mayoría estos la han recibido de parte de su educación formal (27,4%) y experiencias vividas (21,4 %) primeramente y de parte de amigos (19%) y de profesionales (17,9%) luego. A pesar de que se menciona haber recibido educación sexual por medio de la educación formal, y de profesionales, cuando se pregunta sobre la información que les

hubiese gustado recibir, los resultados son parejos. Se menciona que hubiesen querido recibir información sobre educación emocional (19%), cuidados del cuerpo y la salud (17,50%), diversidad (17,50%), todos los métodos anticonceptivos disponibles (15,9%), importancia del consentimiento (15,1%) y perspectiva de género (15,1%), lo cual nos habla de la falta de ESI recibida.

Con respecto a su formación profesional, se preguntó si habían recibido información específica sobre la sexualidad. El 56% de los encuestados respondió que la temática fue mencionada en alguna materia, pero no fue específica, el 26% que no tuvo información al respecto y solo el 18% comenta haber tenido materias que trataran la sexualidad específicamente, lo cual nos puede dar un indicio sobre la preparación de los profesionales para abordar la temática.

Como esta investigación se centra en la sexualidad y su abordaje en las personas adultas y adultas mayores, es necesario considerar las ideas, creencias o prejuicios que se pueda tener en base a ello.

Se les consulta a los profesionales sobre que componentes se considera que tiene la sexualidad, y estos indican que esta formada por genitalidad (14%), genero (11,2%), fantasías y deseos (11,6%), emociones (13,5%), identidad de género y orientación sexualidad (12,6%), placer (14,4%), roles (11,2%), creencias (11,2%).

Con respecto a la sexualidad de los adultos mayores, se destacan como erróneas las siguientes creencias: en la vejez la vida sexual no tiene importancia (26,4%), que el acto sexual debe constar siempre de penetración (20,8 %), luego de la menopausia ya no hay

vida sexual (15,1%) y por último que el deseo sexual con el tiempo disminuye y no se puede recuperar (15,1%)

En cuanto a sus creencias sobre la sexualidad en la vejez, se destaca que está llena de tabúes debido al prejuicio como viejismo (25%), el deseo no desaparece, sino que hay reencuentros con la pareja y tiempo para disfrutar (21%) y mucha desinformación al respecto (18%)

Estas creencias se relacionan directamente con la idea que tienen los TO encuestados con respecto a la importancia de la afectividad, eroticidad y genitalidad en la sexualidad; los profesionales mencionan que el lugar de la afectividad y la eroticidad es muy importante, mientras que la genitalidad se señala como importante solamente.

Con respecto a tercera parte de la investigación, Terapia ocupacional y sexualidad, la mayoría de los profesionales menciona que es poco frecuente (47%) o que nunca pasa (26%) que se consulte por incluir aspectos de la sexualidad en el tratamiento.

Un punto a destacar es que 26 de los 34 encuestados, menciona que considera que no tiene los recursos necesarios para abordar la sexualidad, con respecto a adaptaciones o ayudas técnicas el 38% de los encuestados menciona no conocer ninguna, el 53% pocas, y el 9% bastantes. Lo que nos lleva a la siguiente pregunta: considerando que no tiene los recursos ni conoce materiales que puedan serle útil al paciente, el profesional, ¿consulta para incluir aspectos de la sexualidad en el tratamiento o espera que el paciente lo haga? ¿es coincidencia que la consulta para incluir estos aspectos sea poco frecuente? 30 de nuestros profesionales indican sentirse cómodos con la inclusión de aspectos de la sexualidad en el

tratamiento y todos, los 34, coinciden en que se replantearían su propia educación sexual para ayudar a su paciente.

En cuanto a su abordaje, esta dividida la respuesta sobre si se necesita o no un abordaje específico. Exactamente 17 profesionales dicen que si, mientras que otros 17 dicen que puede ser incluido en el tratamiento habitual. Lo que si es certero, es que 31 de nuestros profesionales encuestados dicen que consideran que la sexualidad queda en segundo plano durante el tratamiento, lo cual nos lleva a verificar nuestra hipótesis. La pregunta que surge es entonces, ¿por qué no la incluyen? Y realmente, ¿no se incluyen aspectos de la sexualidad en el tratamiento?

Para poder visibilizar como en el tratamiento trabajamos con algunos aspectos de la sexualidad del paciente, es que se le pregunto a los profesionales cuales ocupaciones consideran que están atravesadas por la sexualidad, las respuestas fueron AVD (18,5%), AVDI (11,7%), Descanso y sueño (11,7%), Educación (9,9%), Trabajo (7,4%), Juego (8,6%), Ocio y tiempo libre (14,8%), Participación social (17,3%).

También destacamos que en los tratamientos actualmente los ejes de la ESI que se utilizan durante la intervención son: cuidados del cuerpo y la salud (21,9%), reflexión sobre nosotros mismos (14,4%), ejercer y educar sobre los derechos del paciente (17,8%), respeto por la diversidad (14,4%), valorar la afectividad (12,3%), reconocer la perspectiva de genero (10,3%) y la inclusión de las familias y las instituciones (8,9%).

Era fin de esta investigación conocer cual debía ser el rol del TO en la sexualidad y cuales podrían ser para los usuarios los beneficios de que el profesional incluyera a esta en su tratamiento.

Con respecto a ese objetivo, se han obtenido los siguientes resultados: se considera que el rol del TO en sexualidad debe ser brindar educación al paciente (24,8%), motivar a la persona a vivir su sexualidad plenamente (24,8%), habilitar la sexualidad de las personas con diversidad funcional (19,3%), readaptar la actividad sexual a las capacidades del individuo (16,5%), ser promotor de derechos sexuales (13,8%).

En cuanto a los beneficios que los pacientes pudieran obtener, se destacan: mantener la sexualidad para favorecer el bienestar físico y mental (25,7%), aceptación de los cambios corporales (18,8%), adaptar la actividad sexual a cada momento de la vida (17,8%), aceptación de los cambios corporales (18,8%), favorecer el goce (9,9%)

Finalmente, y no menos importante, se invitó a reflexionar a los profesionales de TO. Se les pregunto, por qué si comúnmente podemos enseñar cosas tan intimas como desvestirse e higiene menor, no nos animamos a tratar profundamente el área de la sexualidad. Como respuesta a esto, las principales respuestas fueron: por tabú (26,7%), falta de conocimientos (38,7%), por no invadir la vida intima del paciente (20%) y choque con las propias creencias (12%)

Conclusión:

La hipótesis de este trabajo de investigación fue que la sexualidad queda en segundo plano durante el tratamiento de terapia ocupacional, ya que la sexualidad se sigue considerando un tabú y la formación de los profesionales en el área es escasa. Lamentablemente, luego de haber recogido los datos necesarios, podemos verificar que esta hipótesis es correcta.

Como se nombró anteriormente, la sexualidad debe entenderse como “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.” Sin embargo, en la cotidianeidad, la sexualidad esta fuertemente asociada al sexo, y el sexo entendido como coito y en lo posible, heterosexual. Por cuestiones religiosas e imposiciones culturales “de eso no se habla”, da pudor, no se ha hablado con libertad por falta de educación sexual, por eso no es de extrañar que al día de hoy, siga considerándose un tabú. Para nuestra práctica, la salud sexual debe ser tomada en cuenta, ya que es una parte importante de la vida y que esta puede condicionar el resto de la salud y la felicidad., es decir, la sexualidad sana es un indicador de salud.

Con respecto a los adultos mayores, aún debe trabajarse el prejuicio conocido como viejismo e informar, ya que como han opinado los profesionales, el deseo no desaparece.

Como hemos relevado, la sexualidad atraviesa en todas las ocupaciones AVD, AVDI, Descanso y sueño, Educación, Trabajo, Juego, Ocio y tiempo libre, Participación social. Estas son las que comúnmente se evalúan o relevan información en evaluaciones más usadas como el FIM, el Barthel y la escala de Lawton de AVDB. Sin embargo, nuestro marco de trabajo incluye la actividad sexual como una AVD, entendiendo a esta como

“Participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva”, lo que me lleva a preguntarme, ¿por qué no se incluye dentro de las evaluaciones normalmente? La sexualidad como tal, no puede evaluarse, ya que el cómo se vive, será propia de cada ser humano, pero para poder abordar holísticamente al paciente, considero que la información sobre sus actividades sexuales, debe ser relevada, ya que forma parte de nuestras incumbencias.

No es de extrañar que sea poco frecuente o nunca pase que el usuario consulte por incluir temáticas de sexualidad si nosotros no brindamos ese espacio o nos mostramos abiertos a incluirlo, por considerar que no se tienen los recursos para abordarla.

Con respecto a la escasa formación, considero que no es un motivo válido para no incluir la sexualidad en nuestras prácticas. A pesar de no conocerse muchas adaptaciones para sexualidad, evaluaciones o técnicas de trabajo que se utilicen, por nuestra formación tenemos apoyo desde nuestro marco de trabajo, la ESI, la ley de salud sexual y reproductiva, la ley de identidad de género y múltiples marcos de trabajo que pueden adaptarse, y fundamentalmente utilizaremos nuestra creatividad como en todo tratamiento. También si consideramos que la búsqueda en internet y la consulta con profesionales son los métodos más usados para las dudas, ¿por qué no lo empleamos con las dudas con nuestros pacientes? Internet cuenta con múltiples recursos que podemos utilizar en nuestra práctica, ideas, o nos podrá contactar con otros profesionales con quienes hacer una consulta o trabajar de manera interdisciplinaria.

Como hemos visto, la participación de la terapia ocupacional en sexualidad puede traer varios beneficios a los clientes, como ser mantener la sexualidad para favorecer el

bienestar físico y mental, aceptación de los cambios corporales, adaptar la actividad sexual a cada momento de la vida, aceptación de los cambios corporales, favorecer el goce y la justicia ocupacional. De esta manera, nuestro rol será brindar educación al paciente, motivar a la persona a vivir su sexualidad plenamente, habilitar la sexualidad de las personas con diversidad funcional, readaptar la actividad sexual a las capacidades del individuo, ser promotor de derechos sexuales, lo cual será muy favorable para el paciente, para vivir su sexualidad activa y plenamente durante toda su vida, ya que es un ser sexual, y sexuado en cada etapa.

Propuesta:

Para la participación de TO en sexualidad, debemos partir de la base de que no hay diagnóstico, edad, población específica que necesite especialmente el tratamiento, sino que todas las personas somos destinatarios de los beneficios que tiene su participación por el hecho de ser seres sexuales.

También es importante saber que no se necesita ser un experto en temáticas sexuales, lo importante es tener una escucha activa, estar abierto a hablar de la temática y pensar en las necesidades de la persona y que herramientas podemos brindarle, siendo creativos.

La primera propuesta para los profesionales de TO, es darnos permiso.

Permiso para pensar en la temática, para la reflexión personal, en cómo nos sentimos respecto a ella, en las creencias que tenemos sobre la sexualidad y sus componentes, en si nos sentimos cómodos hablando del tema, que conflictos tenemos

internos si los hay y si se pueden resolver, que conocimientos tenemos sobre la salud sexual, los derechos sexuales y que recursos tenemos, y poder hablar con otros del tema, tejiendo redes con otros profesionales que puedan ser de ayuda para abordar la temática. También se puede reflexionar sobre si estamos trabajando con perspectiva de género o si estamos siendo prejuiciosos al invitar al paciente a involucrarse en determinadas ocupaciones o si nos genera algún conflicto interno trabajar con la comunidad LGBTIQ+.

La segunda propuesta, es no suponer que al paciente no le importa hablar del tema, para centrarse en la rehabilitación, sobretodo porque estos pacientes ya vienen sintiendo el silencio de parte de otros profesionales en relación a la temática.

No es necesario preguntar en profundidad al paciente sobre la temática, cuando recién se lo conoce y aun no tenemos vínculo terapéutico, pero si podemos tener carteles y folletería, que lo inviten a saber que también es un espacio para consultar por su sexualidad. Podremos preguntarle si tiene interés en incluir algo en el tratamiento, y avisarle que se esta abierto a incluir la sexualidad si lo desea, o que volveremos a preguntarle en otro momento. Lo importante es mostrarse abiertos, desde el primer momento y no esperar el “mejor momento” o “momento oportuno” para hablar del tema, ya que puede nunca presentarse.

Como tercera propuesta, es importante darle ESI e información científica, y verdadera a quienes ven afectada aspectos de su sexualidad a raíz de alguna enfermedad. De esta manera, podremos buscar junto con el paciente alternativas, despejando dudas y eliminando prejuicios, así la persona podrá tomar sus propias decisiones y elegir como quiere desenvolverse como persona sexuada, con nuestra compañía, sintiéndose apoyado.

Como profesionales de TO, el análisis de la actividad es una de nuestras mejores herramientas. Sabemos como los déficits físicos, cognitivos o sensoriales, pueden afectar en la plena participación de la actividad sexual, por lo que realizando un buen análisis de la actividad que quiera llevar a cabo el paciente, podremos brindarle estrategias, o asesorarlo en como realizarlo de manera que tenga éxito en su participación.

Como cuarta propuesta, es importante saber que nuestra profesión le brinda mayor importancia al área de la sexualidad, lo cual nos ayuda a justificar mejor nuestra practica y nos habilita a abordarla aún más. En la 4ta edición del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, se revisa Actividad Sexual como AVD, para entenderla ahora como “Participar en las amplias posibilidades de expresión y experiencias sexuales con uno mismo u otros, lo que resulta en una variedad de resultados como abrazos, besos, juegos previos, masturbación, sexo oral, relaciones sexuales”, en cuanto a Participación social se añade “Relación con compañero íntimo”, entendiendo esta como Participar en actividades que resultan en interacciones personales que puede involucrar diferentes niveles de interacción e intimidad; los compañeros íntimos pueden o no participar en actividades sexuales; en cuanto al contexto personal, se añade “identidad de género y orientación sexual”, también se la incluye dentro de las experiencias del yo y el tiempo bajo funciones mentales específicas en los factores del cliente.

Como quinta y última propuesta, se invita a las universidades, a seguir brindando ESI durante toda la formación, a debatir sobre nuestros sesgos y creencias sobre la sexualidad, a brindarle a los estudiantes más información en cada materia en que se hable de patologías y tratamiento sobre cómo incluir la sexualidad en el y por qué no, a tener una nueva materia donde sólo se hable de sexualidad, sobre los marcos, los instrumentos de recolección de

datos y las adaptaciones y ayudas técnicas disponibles, a crear nuevas, conociendo los dispositivos sexuales que se encuentran en el mercado , a conocer cuestiones básicas de la respuesta sexual humana, ya que es un carácter amplio del ser humano, que se modifica, y nos acompaña durante toda la vida.

13 Bibliografía

13.1 Bibliografía Impresa

- Foucault M. (1978) La hipótesis represiva. En: Foucault M, editor. Historia de la sexualidad 1 La voluntad del saber. 26.a ed. Madrid, Spain: Siglo veintiuno de españa editores
- Gomez di Leva Patricio(2016), Sexualidad inteligente,Editorial Penguin
- Salvarezza Leopoldo (1988), Psicogeriatría, teoría y clínica

13.2 Bibliografía Tecnológica

- Ávila Alvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde. Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, dominio y proceso. (2º ed.). [Traducción] www.terapiaocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [10-12-2011]; [85p. disponible en: <http://terapiaocupacional.com/aota2010>
- Testa, D, e; Spampinato, S (2010). Género, salud mental y terapia ocupacional: algunas reflexiojnes sobre la influencia de la historia de las mujeres y la perspectiva

de género en nuestras prácticas. Rev. Ter. Ocup. Univ. Sao Pablo, v.21, n.2: 174-181

- Galheigo, S. M (2012) Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. TOG -8 A coruña) Revista en internet, monog. 5,p 176-187.

-

14 Anexos

Cuestionario de Google forms

Consentimiento informado

El presente formulario está dirigido a profesionales de Terapia Ocupacional que trabajen con poblaciones Adultas, y Adultas Mayores.

Soy estudiante de la Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Abierta Interamericana A los fines de obtener el título profesional, estoy realizando un trabajo de integración final sobre la intervención de la profesión en la sexualidad y los aportes que tiene la Terapia Ocupacional a la misma.

La participación en la evaluación es voluntaria, a través de la manifestación de voluntad de participar de la/el/ le profesional de Terapia Ocupacional

La participación no originará costo alguno para los participantes.

Puede dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. De ser así, sólo deberá informar a la investigadora.

No compartiremos la identidad de aquellos que participen en el trabajo de investigación final. La información que recojamos para este proyecto será confidencial.

Si tiene cualquier duda puede contactarse con: Guadalupe Chacon Lechmann, tel 1565854520.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

Sexualidad en adultez y vejez, y Terapia Ocupacional

Al darle siguiente, está aceptando participar del cuestionario.

Cuestionario

Datos personales

Edad *

20-30

31-40

41-50

51-60

61-65

¿Cuál es su especialidad? *

Salud Mental

UTI

Patologías clínicas

Patologías físicas - nerviosas

Geriatría

Comunidad

Laboral

Otro

¿Cuál es la edad de la población que comúnmente atiende? *

20-30

31-40

41-50

51-60

61-70

+71

Educación sexual

¿De dónde obtuvo su educación sexual? *

Educación formal

Revistas comerciales

Profesionales

Amigos

Pornografía

Experiencias vividas

Internet

¿Qué información le hubiera gustado recibir? *

Educación emocional

Cuidados del cuerpo y salud

Todos los métodos anticonceptivos disponibles.

Diversidad de géneros y orientaciones sexuales

Importancia del consentimiento

Perspectiva de genero

Durante su formación, ¿tuvo materias que trataran la sexualidad específicamente? *

Si

No

Se mencionó en alguna materia, pero no fue específico.

¿Está conforme con la educación sexual integral recibida en su trayectoria educativa? *

Si

No

Creencias y Sexualidad

¿Cuáles de los siguientes componentes considera que están en juego en la sexualidad? *

Genitalidad

Género

Fantasías y deseos

Emociones

Identidad de género y orientación sexual

Placer

Roles

Creencias sociales, culturales, religiosas

¿Cuál de las siguientes definiciones de sexualidad se adapta a su concepción sobre ella? *

Cuestiones referidas a lo biológico y genital, donde se busca tener sexo.

Un aspecto esencial de la condición humana a lo largo de toda la vida, que comprende el sexo, las identidades y roles sexuales, la orientación sexual, el erotismo, placer, la reproducción y la intimidad, la afectividad.

La interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, religiosos y espirituales

Actividades que buscan la satisfacción sexual.

Un sistema de creencias, que se modifica a lo largo de la vida, que comprende las maneras de vivenciar el sexo.

Entendiendo que la sexualidad no solo abarca genitalidad, ¿Considera que tiene sexualidad todos los días? *

Si

No

¿Qué tan importante considera a la afectividad como componente de la sexualidad? *

No importa

Poco importante

Importante

Bastante importante

Muy importante

¿Qué lugar cree que ocupa la eroticidad? *

No importa

Poco importante

Importante

Bastante importante

Muy importante

¿Que lugar cree que ocupa la genitalidad en la sexualidad? *

No importa

Poco importante

Importante

Bastante importante

Muy importante

¿Cuáles cree que son las creencias más erradas en cuanto a la sexualidad? Seleccione máximo 3 *

Luego de la menopausia ya no hay vida sexual

En la vejez la vida sexual no tiene importancia

Si hay disfunción eréctil, los encuentros sexuales son un fracaso garantizado

El deseo sexual con la edad disminuye y no se puede recuperar

El uso de juguetes sexuales compensa la disfunción eréctil

Si alguna de las partes involucradas no tuvo un orgasmo, el encuentro estuvo fallido

El acto sexual debe constar siempre de penetración

¿Cuáles de las creencias sobre la sexualidad en la vejez, considera correcta? Seleccione como máximo 3. *

Hay bajada de libido y disfunciones sexuales, la actividad sexual es poca o nula

Se produce la viudez o separación, y como consecuencia desaparece la búsqueda de actividad sexual

Está llena de tabúes, debido al prejuicio conocido como viejismo.

Ya no hay penetración, la vivencia de la sexualidad no es placentera

Hay desinterés por la sexualidad

El deseo no desaparece, hay reencuentros con la pareja sin hijos de por medio, tiempo para disfrutar sin miedos, a pesar de los cambios en la respuesta sexual

La afectividad tiene más peso que la genitalidad

Hay que adaptarse a los cambios corporales, pero la sexualidad tiene un lugar importante igualmente

Hay mucha desinformación

Si tiene dudas o consultas, sobre temáticas sexuales, ¿a quien / qué recurre? *

Amigos

Pareja

Profesional

Pornografía

Internet

¿Considera que su sexualidad se transformó a lo largo de su vida? *

Si

No

Su Intervención como profesional

¿Qué tan frecuente es que sus pacientes consulten para incluir aspectos de sexualidad en el tratamiento? *

Nunca pasa

Poco frecuente

Frecuente

Bastante frecuente

Muy frecuente

¿Considera que tiene los recursos necesarios para asistir al paciente en sus inquietudes sobre sexualidad? *

Sí

No

¿De las adaptaciones y ayudas técnicas específicas para sexualidad, cuantas conoce? *

Bastantes

Ninguna

Pocas

¿Cree que la sexualidad necesita un abordaje específico? *

Sí

No, se puede incluir en el tratamiento habitual

¿Se siente cómodo incluyendo aspectos de sexualidad en el tratamiento? *

Sí

No

¿Considera que la sexualidad queda en segundo plano normalmente durante el tratamiento? *

Sí

No

En caso de que no, por favor amplíe su respuesta.

Si tuviese que replantearse su propia educación sexual para poder acompañar o habilitar la de sus pacientes, ¿Lo haría? *

Sí

No

¿Cuáles de las siguientes ocupaciones considera que están atravesadas por la sexualidad? *

AVD

AVDI

Descanso y sueño

Educación

Trabajo

Juego

Ocio y tiempo libre

Participación social

¿Cuáles de estos ejes de la ESI considera que incluye en su tratamiento? *

Cuidado del cuerpo y la salud. (la autopercepción de la imagen y el esquema corporal, rasgos, gestos, expresiones escenificadas en el cuerpo, la relación con otros cuerpos)

Reflexión sobre nosotros mismos

Ejercer y educar sobre los derechos del paciente

Respeto por la diversidad

Valorar la afectividad

Reconoce la perspectiva de género

Inclusión de las familias y las instituciones

¿Cuál considera que debe ser el rol del TO en sexualidad? *

Readaptar la actividad sexual a las capacidades del individuo

Promotor de derechos sexuales

Asistente sexual

Brindar educación al paciente

Habilitar la sexualidad en la diversidad funcional

Motivar a la persona a vivir su sexualidad plenamente

Otro

En caso de otro, por favor amplíe su respuesta.

¿Cuáles cree que pueden ser los beneficios de la TO en sexualidad? *

Favorecer el goce

Justicia ocupacional

Adaptar la actividad sexual a cada momento de la vida

Aceptación de los cambios corporales

Reivindicar derechos sexuales

Mantener la sexualidad para favorecer el bienestar físico y mental

Otro

En caso de otro, por favor indique cual/es

Los Terapeutas Ocupacionales normalmente podemos enseñar cosas tan íntimas como desvestirse e higiene menor, y no nos animamos a tratar profundamente el área de la sexualidad. ¿Por qué cree que se da esto? *

Tabú

Falta de conocimientos

Por no invadir la vida íntima del paciente

Por miedo a tener que hacer asistencia sexual

Choque con las propias creencias

Otro

En caso de otro, por favor indique cual/es