

# Sexualidad al margen. Representaciones de la sexualidad asignadas a personas mayores con demencia

[Versión en Español]

Sexuality on the Sidelines. Representations of Sexuality Ascribed to the Elderly with Dementia

Sexualidade na margem. Representações da sexualidade atribuídas a pessoas idosas com demência

*Recibido julio 24 de 2018. Aceptado noviembre 20 de 2018.*

Claudia Gainza Martínez \*

<https://orcid.org/0000-0002-3064-3950>

Chile

Constantino Villarroel Ríos\*\*

<https://orcid.org/0000-0002-1861-3281>

Chile

Geaninna Ossandón Parra\*\*\*

<https://orcid.org/0000-0002-2094-6800>

Chile

› Para citar este artículo:

Gainza-Martínez, Claudia;  
Villarroel-Ríos, Constantino;  
Ossandón-Parra, Geaninna  
(2019). Sexualidad al margen.  
Representaciones de sexualidad  
asignadas a personas mayores  
con demencia. *Ánfora*, 26(47),  
223 - 246

DOI:

Universidad Autónoma de  
Manizales. ISSN 0121-6538 /  
e-ISSN 2248-6941

## Resumen

**Objetivo:** caracterizar las representaciones que tienen los profesionales de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales sobre la sexualidad en personas mayores con demencia. **Metodología:** investigación de tipocualitativa a partir de un estudio de caso en un centro diurno de la región Metropolitana, instaurado como

\* Terapeuta Ocupacional. Profesora Universidad Central, Santiago de Chile. Correo: claudiagainza@gmail.com

\*\* Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Doctorando en Sociología y Antropología, Universidad Complutense de Madrid. Docente Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile. Correo: constanv@ucm.es

\*\*\* Terapeuta Ocupacional. Profesora Universidad Central, Santiago de Chile. Correo: geaninna.ossandon.p@gmail.com

iniciativa de política pública por el Estado chileno. La técnica de recolección utilizada fueron las entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales, y en el análisis de los datos se apoyó en la teoría fundamentada (grounded theory). **Resultados:** se evidenció que la sexualidad no es vinculada a ninguna de las áreas de la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Los participantes describieron la preponderancia de comportamientos sexuales como la hipersexualidad, conductas sexuales inapropiadas y desinhibición en las personas mayores con demencia. **Conclusiones:** se concluye que en el centro diurno estudiado no se visualiza un abordaje de la sexualidad en su amplia extensión, pues se priorizan otras problemáticas socio-sanitarias, lo que se manifiesta en una representación "ausente" o de una sexualidad "inapropiada". Sumado a ello, la institucionalización aparece como parte de un dispositivo que reproduce las representaciones sociales de la sexualidad de las personas mayores, ya que son vistos como seres pasivos que no poseen autonomía decisoria con respecto a su propia sexualidad, sobre todo si sus habilidades cognitivas están alteradas.

**Palabras-claves:** Sexualidad; Comportamiento sexual; Personas mayores; Demencia; Representaciones sociales; Política pública.

## Abstract

**Objective:** to characterize the sexual representations that health and social science professionals have on the elderly with dementia. **Methodology:** qualitative research based on a case study of an adult day care center (ADCC) in the Metropolitan area, carried out as a public policy initiative by the Chilean State. The collection techniques utilized were semi-structured individual and group interviews, and analysis of data based on grounded theory. **Results:** it was found that sexuality is not linked to any components of the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Participants described the prevalence of sexual behaviors such as hypersexuality, sexual misconduct, and disinhibition in elderly people with dementia. **Conclusions:** the findings on the analysis of the mentioned ADCC, show to a large extent that sexuality is disregarded, while other social and health problems are prioritized, this deficiency manifests itself as either "absent" representation or "inappropriate" sexuality. In addition, institutionalization appears to be part of a unit that propagates the social representations of elderly people's sexuality, since they are seen as passive beings who do not have decision-making autonomy with respect to their own sexuality, especially if their cognitive abilities are impaired.

**Keywords:** Sexuality; Sexual behavior; Elderly people; Dementia; Social Representations; Public Policy.

## Resumo

**Objetivo:** caracterizar as representações que os profissionais das ciências da saúde e ciências sociais têm sobre a sexualidade em idosos com demência. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa baseada em um estudo de caso em um centro de dia na região metropolitana, estabelecido como uma iniciativa de política pública pelo Estado chileno. A técnica de coleta utilizada foi a entrevista semiestruturada, individual e em grupo, e a análise dos dados foi baseada na teoria fundamentada. **Resultados:** Evidenciou-se que a sexualidade não está vinculada a nenhuma das áreas de Avaliação Geriátrica Integral (VGI). Os participantes descreveram a preponderância de comportamentos sexuais, como hipersexualidade, comportamento sexual inadequado e desinibição em pessoas idosas com demência. **Conclusões:** conclui-se que, no centro diurno estudado, a abordagem da sexualidade não é visualizada em sua ampla extensão, pois são priorizados outros problemas sócio sanitários, que se manifestam em uma representação "ausente" ou em uma sexualidade "inapropriada". Somado a isso, a institucionalização aparece como parte de um dispositivo que reproduz as representações sociais da sexualidade do idoso, uma vez que são vistos como seres passivos que não têm autonomia decisória em relação à sua própria sexualidade, principalmente se suas habilidades cognitivas se encontram alteradas.

**Palavras-chave:** Sexualidade; Comportamento sexual; Pessoas idosas; Demência; Representações sociais; política pública.

## Introducción

La situación demográfica de las personas mayores en América Latina y el Caribe experimenta un incremento sostenido en los últimos años. Se espera un aumento de 86 millones de personas mayores entre 2025 y 2050, con un crecimiento rápido (3,5%) y con mayor ímpetu en relación con la muestra de población más joven (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2003; Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2009).

Respecto a Chile, las personas mayores representan el 17,5% de la población total del país, proyectándose en un 18,2% para 2025 (SENAMA, 2015); esto, sitúa a Chile como uno de los países con una transición demográfica avanzada. Dicha situación conlleva una disminución de la tasa de natalidad y de la fecundidad, como también un incremento en la esperanza de vida y en la expectativa de vida, que tendría algunas explicaciones en los adelantos científicos y el desarrollo económico y social que ha alcanzado el país durante las últimas décadas (Ganga et al., 2016; Garza y González, 2017; Fernández y Herrera, 2016).

Ahora, el proceso de la vejez revela algunos fenómenos como el envejecimiento de la vejez, referido al crecimiento sostenido de las personas mayores de 79 años que, a su vez, ha traído como consecuencia un aumento del nivel de dependencia, producto de una mayor existencia de problemas de salud, limitaciones funcionales, mayor vulnerabilidad y fragilidad y, actualmente, un acrecentamiento explosivo de las enfermedades de salud mental como la demencia y los deterioros cognitivos (Ministerio de Desarrollo Social y de familia, 2015; SENAMA, 2015).

Y en el escenario anterior sobresale la demencia, pues existe una estrecha relación entre esta patología y el envejecimiento individual, con aumento del 20% a un 30% en el tramo etario mayor a los 80 años y triplicándose para el 2050 (Gajardo y Monsalves, 2013). Dicha situación ha encendido alarmas en las políticas del Estado chileno que buscan, mediante el Plan Nacional de Demencia, diagnosticar, prevenir, tratar y paliar la “enfermedad crónica no transmisible” (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017), que se considera nueva.

Al ser considerado un problema de salud pública, el MINSAL junto a SENAMA y corporaciones asociadas, implementan variadas iniciativas en los niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria), entre ellas, el primer Centro Diurno para personas con Demencia, que da inicio y promueve un nuevo modelo socio-sanitario. Según la guía de operaciones de Centros Diurnos (2013), éstos tienen por finalidad:

Mantener al adulto mayor en su entorno familiar y social, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia y realizando acciones de apoyo familiar preventivo, para así contribuir a retrasar la pérdida de funcionalidad; esto por medio del desarrollo y entrega de prestaciones biopsicosociales (SENAMA, 2015, p.12).

En este sentido, no solo se busca instalar la mirada socio-sanitaria, con la cual se logra atenuar la curva de deterioro cognitivo –mediante estimulación, aplicación de una evaluación y un plan de acción geriátrico integral– sino que a su vez incorpora el factor social, en el que se realiza una Valoración Geriátrica Integral<sup>1</sup> (VGI), tanto de quien padece la demencia como de su entorno social.

Durante el curso de la vida (Giddens, 2009), la sexualidad es un factor social que influye de manera positiva en la calidad de vida, la salud y el desarrollo de las personas mayores. De hecho, en la última Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (Dirección de Estudios Previsionales, 2017), se incluyó, por primera vez, preguntas sobre dicha temática. Así, en este documento se identifica que un 32,2% de las personas mayores manifestaron tener vida sexual activa (mayoritariamente hombres, menores de 75 años y personas de nivel educativo medio o superior) y el 65% de las considera la vida sexual como importante.

Si bien la sexualidad es considerada un factor protector y una necesidad básica de todo ser humano, los programas de salud sexual se centran en una población específica y altamente reproductiva, como ocurre con los adolescentes y adultos (Ministerio de Educación [MINEDUC], 2013). Sin embargo, en la población mayor no se observa una atención similar. Aún más, los proyectos adjudicados por los fondos concursables de SENAMA, el Fondo Nacional del Adulto Mayor, Proyectos Autogestionados y Fondo Ejecutores Intermedios, no presentan proyectos que aborden las nociones de “sexo” o “sexualidad”.

En este sentido, la noción de Representaciones Sociales (RS), como construcciones sociales a la manera de Berger y Luckmann (1995) y que podemos rastrear desde la idea de conciencia colectiva de Durkheim (1986), nos permiten considerar la creación, interpretación y reproducción de creencias, en este caso, fundamentalmente negativas, sobre el envejecimiento y la vejez. Dichas RS, según Jaramillo (2012), influenciado por Moscovici (1979), se entienden como: “Modelos organizados y jerarquizados de conocimiento colectivo expresados en

---

1 La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología de España define la VGI como un proceso diagnóstico dinámico y estructurado, que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la personas mayores en las esferas clínica, funcional, mental y social; además, permite elaborar una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo, cuyo fin consiste en optimizar los recursos y lograr un mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida.

juicios, opiniones, creencias, saberes y actitudes, que a su vez son materializadas en las diversas formas de interacción comunicativa” (p. 127).

Esta interacción conlleva un proceso de producción y reproducción de las identidades colectivas, de quienes tienen el poder de reproducirlas de forma inconsciente, o no, a través de las estructuras cognitivas de los individuos (Jaramillo, 2012); de aquí, por tanto, se comprende que existe una relación entre una dimensión simbólica de esas RS, con una expresión práctica de las mismas.

Ahora bien, la validación social de ideas, prácticas y valores que sustentan a las RS modelan conductas en búsqueda de un orden social y de su “deber ser”; así, se activan sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propio, que no determinan la realidad en sí misma, sino que son un conjunto de teorías sociales que confirman y dan sentido a los diferentes discursos sociales que se establecen y varían a través del tiempo y las ideologías predominantes (Mora, 2002; Moscovici, 1979).

A través de la historia, las RS sobre la sexualidad en la geriatría forman parte de un modelo colectivo que produce y reproduce estereotipos culturales difundidos y arraigados en una sociedad, mediante la reproducción de ciertos mitos y prejuicios, que se manifiestan en la creencia de que una persona mayor es incapaz de expresar física y psíquicamente su sexualidad, atribuyéndole de este modo una connotación inmoral, no natural, aberrada o sucia, que crea y reproduce sentimientos negativos para el disfrute sexual en esta población (Oyaneder y Miranda, 2014; Sarabia y Pfeiffer, 2015).

Dicha situación, tiene relación con la producción y distribución de clasificaciones, en este caso las RS, de agentes que tienen el poder de configurar el mundo social, tanto teórica como práctica. En este sentido, la aceptación de una definición o clasificación supone un gran poder social (Castón, 1996), que es a lo que Foucault llama poder y que Bourdieu denomina violencia simbólica (Castel, 2009).

Según Campos (2010), Foucault expresa que estamos en una sociedad (occidental) del “sexo”, o de la “sexualidad”, enfocada en un cuerpo joven y reproductivo. Para Foucault (1998) “los mecanismos de poder se dirigen al cuerpo, a la vida, a lo que la hace proliferar” (p. 88), a la salud, progeneratura, raza, a lo que refuerza la especie y vitalidad del cuerpo social; de ello, se deriva que poblaciones que no cumplen con las características mencionadas, quedan relegadas dentro del mismo dispositivo de sexualidad y fuera de la expresión de la misma, lo que impide a las personas mayores acceder al placer y el goce, siendo dichas vías mecanismos privilegiados para acceder al poder. “El poder la dibuja, la suscita y utiliza [la sexualidad] como el sentido proliferante que siempre hay que mantener bajo control para que no escape” (Foucault, 1998, p. 88).

Por otra parte, siguiendo algunas publicaciones y conferencias de Bourdieu (2000) sobre el lenguaje, se identifica que para este sociólogo francés el lenguaje

impone un orden al desorden de los fenómenos, conforma una especie de sistema de categorías. Bourdieu (2000) se refiere a la idea de mercado lingüístico, para pensar el mundo y las cosas. Al respecto, la palabra crea realidad, entonces, sería el poder simbólico en el que se ejerce la violencia simbólica, por excelencia, poder sobre las cosas y, también, sobre los hombres (Muñoz, 1987).

Entonces, mediante el lenguaje, junto a otro tipo de prácticas, el soberano, asociado al Estado<sup>2</sup>, encarna la objetividad en la forma de estructuras y mecanismos específicos y en la subjetividad (cerebros), bajo formas de estructuras mentales, de percepción y de pensamiento (Bourdieu, 1993). Con ello, se hace olvidar la serie de actos de institución y se presentan las cosas y las representaciones con todas las apariencias de lo natural, pues, las estructuras mentales son estructuras sociales interiorizadas.

En ese sentido, se considera la sexualidad como una construcción social multidimensional, que forma parte de una edificación que grupos dominantes producen y logran distribuir dentro del espacio social, pues, en la lucha por las clasificaciones, dichos grupos configuran el mundo social (Castón, 1996). De este modo, la sexualidad en occidente aparece ligada al mito de la eterna juventud e influenciada por creencias familiares, religiosas, experiencias personales y valores de mercado.

De otro lado, la sexualidad en las personas mayores no se relaciona, necesariamente, con la actividad orientada al coito, sino que en un sentido mucho más amplio “se trata del placer del contacto corporal global, la interacción y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido” (Esguerra, 2017, p. 128). Es así como los profesionales de la salud son quienes constituyen un rol fundamental en la exhibición/ocultamiento, o rechazo/aprobación, de la sexualidad en sus diversas dimensiones. Incluso, Jaramillo (2012) expresa que existe una escasa exploración de investigaciones en salud sobre la sexualidad en este grupo etario, en el que los prejuicios, tabúes y estereotipos <sup>3</sup>son reproducidos socialmente (Cedeño, Cortés y Vergara, 2006).

Si bien la sexualidad es una vivencia particular y única, el momento histórico y la posición filosófica matizan los diversos componentes de ésta; pero es el deseo, el sentimiento, la actitud, la identidad, los placeres y miedos aspectos

---

2 Bourdieu (2000) rechaza la idea de entender el Estado como dispositivo; para él, el Estado conforma un campo y, solo en ocasiones, bajo ciertas circunstancias funciona como dispositivo. Así, la formación del Estado es pareja con la elaboración del campo de poder, entendido como el espacio de juego. Dentro de dicho campo los poseedores de capital (de diferentes tipos) luchan por el poder sobre el Estado, vale decir, sobre el capital estatal que entrega poder sobre las diferentes especies de capital y sobre su reproducción.

3 Aquí, se entiende por estereotipo las “creencias referidas a características o rasgos compartidos por miembros de grupos sociales específicos y los rasgos típicos o modales que supuestamente poseen quienes pertenecen a dichos grupos” (Baron y Byrne, 2005, p. 10).

que afectan al cuerpo, sus funciones y las relaciones interpersonales establecidas, tanto individual como grupalmente (Chávez, 2008). Con base en lo anterior, es posible entender la sexualidad desde una perspectiva biopsicosocial, en la que la dimensión física y/o biológica, social y psicológica, interaccionan y se condicionan entre sí, dando a entender el dinamismo del concepto y la variedad de elementos que intervienen en su formación (Juger, 2010).

Actualmente, los estudios dedicados a las diversas dimensiones de la sexualidad en las personas mayores (Fernández, 2006) se centran en procesos de disfunción o imposibilidad, acentuándose aún más ante una patología neurodegenerativa como la demencia (Montejo, 2005; Fabà y Villar, 2011). Esta no solo conlleva una declinación de las capacidades funcionales, sino también de la autonomía, asociándose a discapacidad, dependencia y morbimortalidad en las distintas áreas del desarrollo.

Al existir un envejecimiento patológico del cerebro, la esfera física y/o biológica se ve afectada, ya que las personas que padecen demencia están expuestas a padecer otras enfermedades asociadas al deterioro de las funciones cognitivas y pérdida progresiva de la funcionalidad. Los síntomas neurológicos aparecen en la última fase de la enfermedad y se caracterizan principalmente por la presencia de alteraciones graves, tales como rigidez generalizada, incapacidad para la marcha y la deglución, e incontinencia, entre otras; que afectan la plena sexualidad de las personas mayores.

Por ser una enfermedad de carácter progresiva, la esfera psicológica sufre un proceso de transformación a nivel emocional y cognitivo, en el que las alteraciones de la memoria (los pequeños olvidos), espacio-temporales (suelen perderse) y funciones ejecutivas, como los estados depresivos, de ansiedad y labilidad emocional traen como consecuencia cambios de personalidad (apatía, euforia, irritabilidad, entre otras), que impactan en las relaciones interpersonales y la forma de vivenciar la sexualidad tanto individual como socialmente (Fabà y Villar, 2011).

Finalmente, en la esfera social, producto tanto del deterioro progresivo de la funcionalidad y los procesos cognitivos, se presentan comportamientos alterados que manifiestan agresividad, agitación, conductas repetitivas y cambios de la conducta sexual, comportamientos sexualmente inapropiados (CSI), desinhibición, hipersexualidad, entre otros; además, por la influencia de los constructos sociales sobre los agentes individuales y colectivos, surgen desafíos que no solo son para las familias de las personas mayores con demencia, sino también para el Estado y los profesionales de la salud y de las ciencias sociales (Fabà y Villar, 2011).

En consideración a lo anterior, el objetivo del presente trabajo es caracterizar las RS que tienen los profesionales de las ciencias de la salud y sociales sobre



la sexualidad de las personas mayores con demencia de un centro de día de la Región Metropolitana, Chile.

## Metodología

La estrategia de investigación utilizada en la presente investigación es un estudio de caso (Stake, 1998), de tipo cualitativo, puesto que pretende identificar, describir e interpretar las representaciones que tienen los profesionales que se desempeñan en el Centro Diurno<sup>4</sup> sobre la sexualidad de las personas mayores con demencia. Ahora bien, el caso no se encuentra ni en un vacío histórico ni relacional-sincrónico; es decir, al utilizar nociones teóricas, como el de las RS, las percepciones y apreciaciones de los participantes van más allá del caso mismo, sus orígenes se circunscriben al espacio social en que se encuentra el Centro, como también el de los profesionales que trabajan en dicho establecimiento. Así, aunque la presente investigación se concentra en un caso, es inevitable ahondar en ciertos aspectos estructurales.

Con base en lo anterior, este trabajo se circunscribe en una tradición constructivista (Berger y Luckmann, 1995; Carrero, Soriano y Trinidad, 2006). Las técnicas a utilizar en la recolección de datos son las entrevistas grupales e individuales semiestructuradas<sup>5</sup> (Horton, Macve y Struyven, 2004; Corbeta, 2007) con guion temático. Sobre las entrevistas grupales, Yin (2011) expresa que

You might treat very small groups (2 to 3 persons) as adjuncts of interviewing individuals. You may direct your attention to one of these persons while still being appropriately respectful to the others and not making them feel like they only have subsidiary roles (p. 140).

Dicha técnica se diferencia de los *focus group* al no privilegiar la interacción e intercambio de ideas y opiniones entre los participantes de la entrevista, sino

---

4 El Centro Diurno aparece como el caso de estudio en el que los participantes son los y las profesionales que trabajan en la atención de las personas mayores. Se opta por no mencionar el nombre de dicho centro, pues se busca cumplir con los aspectos éticos de los trabajos de investigación. Al mismo tiempo, en el caso de las entrevistas, se etiquetan con base en códigos de cada participante, con el igual propósito de cumplir con los aspectos éticos de la investigación.

5 Algunas de las características de las entrevistas semiestructuradas son: flexibilidad en el diseño y en la estructura del guion de la entrevista; a la vez permite un mayor grado de libertad para que los participantes expliquen, profundicen, sus pensamientos y resalten las áreas de su interés; las preguntas que forman parte del guion se pueden ajustar a los entrevistados y sus motivaciones; también abre la posibilidad para aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Corbeta, 2007; Díaz et al., 2013; Horton, Macve y Struyven, 2004).

que la interacción se circunscribe a un diálogo entre las entrevistadoras y los participantes.

El guion temático fue elaborado mediante una serie de preguntas, enfocadas en las tres dimensiones de la sexualidad (física y/o biológica, psicológica y social). Luego, se conformaron algunos grupos formados a partir de la similitud de profesiones; la actividad con dichos grupos se complementó con entrevistas individuales. Por eso, el estudio de caso busca una mayor profundidad y comprensión específica, y, por lo tanto, la selección de los participantes no se relaciona directa y necesariamente con la noción de una muestra representativa (Stake, 1998).

Con base en lo mencionado, los grupos y entrevistas individuales se conformaron de la siguiente manera:

**Tabla 1.** Perfil grupal e individual de participantes en la investigación.

Entrevista Grupal/ Entrevista individual (EI)	Participante	Código	Profesión	Género
<b>Grupo 1</b>	T1	G1T1	Técnico Superior en Enfermería	Mujer
	T2	G1T2	Auxiliar en Enfermería	Mujer
	T3	G1T3	Técnico Superior en Enfermería	Mujer
<b>Grupo 2</b>	TO1	G3TO1	Terapeuta Ocupacional	Mujer
	TO2	G3TO2	Terapeuta Ocupacional	Hombre
<b>Grupo 3</b>	O1	G4O1	Kinesiólogo	Hombre
	O2	G4O2	Nutricionista	Mujer
<b>EI 1</b>	B1	G5B1	Psicóloga	Mujer
<b>EI 2</b>	A1	G2A1	Trabajadora Social	Mujer

**Fuente:** elaboración propia.

En cuanto a la técnica de análisis de datos, se utiliza la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), específicamente en la codificación abierta. Dicho proceso, si bien comienza desde la realización misma de las entrevistas, ya que “desde un punto de vista cualitativo, la linealidad se rompe, pues el análisis se da en distintos momentos del proceso” (Flores, 2009, p. 264), se concentra, en cuanto a la interpretación, a partir de las transcripciones de las entrevistas, las cuales quedaron registradas en audio, con el propósito de contar con un respaldo. En relación con la Codificación Abierta, se establece que es “el proceso analítico por

medio del cual se identifican los conceptos y de descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (Strauss y Corbin, 2002, p. 110).

La codificación abierta nos permite interpretar los datos mediante conceptos/códigos. Posteriormente, estos datos son fragmentados y relacionados con una serie de categorías que surgen de acuerdo con el análisis de las entrevistas. A través de dicho proceso se pueden codificar las entrevistas, agrupando en diferentes categorías los conceptos, las ideas o los temas recopilados. En este contexto, los códigos son etiquetas que permiten asignar un significado a la información descrita o inferida, que pueden ser actos, actividades, significados, participación, relaciones, entre otros.

El trabajo de campo tuvo una duración de 5 semanas aproximadamente. En forma posterior se realizó la fase de análisis e interpretación de los datos, para luego realizar la escritura del informe final. Todo este proceso, junto a la escritura del informe final, se desarrolló entre el segundo semestre del año 2017 y el primer semestre de 2018.

## Resultados

El Centro Diurno donde se aplicó la presente investigación sienta sus bases en una mirada positiva de la mejora de la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias; además busca la prevención de la dependencia, la participación y la formación de los y las cuidadoras. Y mediante un equipo transdisciplinario e interdisciplinario, se tiene un plan de tratamiento personalizado, que busca atender las necesidades de cada una de las personas mayores (SENAMA, 2013) que se encuentran en dicho centro. Así, en este establecimiento, el rol de los profesionales de la salud se centra en problemáticas emergentes de salud y en la pesquisa de factores de riesgo, más que en el fortalecimiento de factores protectores para la calidad de vida, como la sexualidad.

A continuación, se presenta una tabla que permitió asignar un conjunto de códigos de identificación al material narrativo, que tienen utilidad para la posterior categorización por áreas, las que de igual forma se constituyen según sub-áreas específicas:

**Tabla 2.** Esquema de categorización jerárquico.

ABREVIATURAS	
SIGLA	SIGNIFICADO
PM	Persona Mayor
PcDe	Persona con Demencia
PsDe	Persona sin Demencia
TENS	Técnico Superior en Enfermería
TS	Trabajador Social
KLGO	Kinesiólogo
NTA	Nutricionista
PSIC	Psicóloga
TO	Terapeutas Ocupacionales

**Fuente:** elaboración propia.

A partir de las entrevistas realizadas, es común identificar un dilema ético entre los y las participantes cuando se realizan preguntas sobre sexo y sexualidad. En general, las respuestas están acompañadas por una entonación baja y una preocupación por la protección de la identidad del participante. Por considerarse un tema complejo, amplio, sensible a reflexiones religiosas, valorativas y subjetivas, los participantes convierten el sexo y la sexualidad en un asunto en el que a veces se prefiere no indagar, tal como algunas investigaciones confirman (Pedraza, 2014; Pollard y Sakellariou, 2007).

A raíz de lo anterior y con base en los resultados de esta investigación, sumado a la revisión de las fichas clínicas del establecimiento, se evidenció que la sexualidad no es tratada en ninguna de las áreas de la VGI; ello, a pesar de que la literatura recalca la importancia de obtener una historia clínica completa, en la que se considere la historia sexual previa en conjunto con aspectos psicológicos (Montejo, 2005, p. 225), dado que los comportamientos sexualmente inapropiados (CSI) y la hipersexualidad pudiesen manifestarse provocando consecuencias, no solo a la persona con demencia, sino también a su cónyuge y familiares.

Con respecto a las representaciones sociales sobre la sexualidad, se encontró que en el Centro Diurno se reproducen, mediante el actuar de los profesionales, en este caso sobre todo discursivamente, algunos de los estereotipos y prejuicios adjudicados a las personas mayores en el ámbito de la sexualidad. Ello, sin olvidar que dichas representaciones no se limitan a este Centro, sino que tienen un vínculo con la formación disciplinaria de los profesionales, como también de la presión de otras fuerzas sociales, que se identifican a través de grupos que refuerzan dichos estereotipos y prejuicios, como en algunas instituciones (por ejemplo, educación superior o terciaria).

Así, la sexualidad es presentada a través de una heterogeneidad de definiciones, todas ellas asociadas a las disciplinas de los profesionales que se desempeñan en este Centro Diurno. Dichas definiciones se relacionan, además de la formación profesional, con las experiencias vividas por cada participante. Precisamente, uno de los participantes refirió que la falta de experiencia de trabajo en la temática de la sexualidad afecta los procesos de intervención con personas mayores que presentan algún tipo de demencia:

“Desde mi punto de vista... para trabajar en demencia, implica una profundización de los conocimientos... yo no tengo la experiencia... yo considero que para trabajar ese aspecto [sexualidad] creo que de verdad tiene que involucrarse... tiene que... profundizar de alguna manera esos contenidos, para generar estrategias mucho más concretas... desde mi punto de vista sí siento que muchas veces nos cuesta manejar el desafío del cotidiano día a día con los usuarios, me imagino que es mucho más difícil poder entregar estrategias, que tantas veces son tabúes en nuestra sociedad” (TO, 27 años, 2 de agosto de 2017).

Bajo este contexto, algunos participantes recurrieron a un elemento socio-histórico y de género para interpretar el comportamiento “sexual” de algunas personas. Así lo menciona un participante:

“Si viene una persona del campo que... hombre por lo general, que asistía a casa de muchachas, es lo más probable que su visión de las mujeres sea así, entonces tú no puedes decir que está más hipersexualizado. El mismo participante señala que “hay veces que tienes que aterrizar un poco a la condición de cada usuario, la historia de vida de cada usuario” (KLG0, 27 años, 4 de agosto de 2017).

De este modo, se hace alusión, desde los y las participantes y siguiendo los aportes de Bourdieu (2007), a un sentido práctico de las personas mayores, que está asociado al género, orígenes sociales y trayectorias. Al mismo tiempo, los propios participantes evidencian una disposición específica sobre la sexualidad

vinculada con los criterios teóricos, metodológicos y epistemológicos. Es decir, el *habitus* académico, adquirido en sus instituciones de educación superior, el cual se entremezcla con componentes tácitos, provenientes de conocimientos epocales, orientaciones normativas, entre otros; es decir, el *habitus* social guía a dichos profesionales en sus operaciones prácticas y discursivas.

Lo anterior quiere decir que, utilizando el modelo del *habitus*<sup>6</sup>, los profesionales de la salud (sus estructuras cognitivas) ven orientados su selectividad perceptual a través de sus *habitus* (general y específico) y por su posicionamiento en el campo científico (Ramos, 2008). Con ello, se podría considerar que las RS no solo permanecen en una dimensión simbólica, a la que Moscovici (1979) entrega un sentido predominante, sino también práctica, corporal.

De esta manera, profesionales como Técnicos en Enfermería y Terapeutas Ocupacionales consideran a la sexualidad bajo un enfoque físico y/o biológico, caracterizando dicha sexualidad como un acto coital o como una necesidad biológica: “Para mí cuando tú dices la sexualidad o se habla en cualquier ámbito de sexualidad, para mí es cuando se habla del acto sexual” (TENS, 25 años, 7 de agosto de 2017). Enunciado similar al que expresa una TO: “acto físico de tener... tener alguna relación sexual” (26 años, 2 de agosto de 2017).

Lo anterior es reafirmado por profesionales del área social, cuya percepción es similar a los participantes del área física. La mayoría de las definiciones coinciden con estudios sobre la temática, muestran que los profesionales de la salud suelen no considerar el área social de la sexualidad (Chávez, 2008); esta situación es contradictoria, sesgada e incompleta, ya que lo sexual se construye a partir de la práctica social, no solo desde aspectos netamente biológicos o físicos (Pedraza, 2014). Pese a lo anterior, en el caso del Centro chileno en el que se hizo este estudio, existe un profesional del área física que toma en cuenta las relaciones interpersonales como un elemento central en la definición de sexualidad.

A pesar de la multidisciplinariedad del Centro, los participantes de las entrevistas no observan la noción de sexualidad en toda su complejidad; es decir, ni visualizan ni proyectan la integración de las dimensiones física y/o biológica, psicológica y social en sus apreciaciones sobre la sexualidad. Algunos de los factores relacionados con lo anterior sería la dificultad de hablar la temática entre pares, usuarios-profesionales y cuidadores-profesionales (Pollard y Sakellariou, 2007).

Al respecto, en los profesionales se evidenció un discurso social de silencio en relación con la temática, en el que el Centro Diurno podría actuar como un

---

<sup>6</sup> El *habitus* se puede entender como el medio que hace andar ese sentido práctico: “sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente” (Bourdieu, 2007, p. 86).

dispositivo de saber-poder (Agamben, 2011; Foucault, 1977) o como una organización alineada a discursos dominantes (Bourdieu, 2000). Una de las manifestaciones de lo anterior, es la producción de discursos sobre reglamentación de las prácticas de sexualidad (normal/patológico; posible/imposible). Si bien, lo reconocen como una preocupación legítima, ciertos dilemas éticos dificultan su incorporación en la práctica y lo convierten en un asunto en el que, a veces, los profesionales prefieren no mencionar, considerando que las actuales estrategias (políticas públicas) en salud no la presentan como una problemática de salud emergente (McGrath y Lynch, 2014; Pedraza, 2014).

Entonces, si bien la sexualidad no es considerada una problemática emergente, existen manifestaciones comportamentales en la demencia que están ligadas a una expresión poco común de la sexualidad, o de “no contención”, de las personas mayores; ello es manifestado mediante las CSI: desinhibición e hipersexualidad; las que varían y predominan según el tipo y estadio de la demencia. Las manifestaciones mencionadas traen consigo dificultades para que los profesionales en el establecimiento realicen un plan de intervención y un adecuado abordaje. Así lo manifiesta una TO: “La demencia afecta en un sinnúmero de actividades, dependiendo del grado que se identifique la demencia va a ser como se va ir afectando y creo que sí afecta también a la sexualidad” (TO, 27 años, 2 de agosto de 2017).

Con base en lo anterior, se encontró que el deterioro de ciertas funciones ejecutivas, entre ellos el juicio y la capacidad de razonamiento, y/o espacio temporal, como menciona Fabà y Villar (2011), son elementos, mencionados por los participantes, que deterioran la personalidad y las relaciones interpersonales; ello, tiene expresión en ciertas acciones, interpretadas como sexuales: “A veces muestras cosas como que de repente andan dando agarrones, y ya no tienen ese como... como filtro, y no sé si decirlo filtro, pero como que ya no se contienen” (TENS, 27 años, 7 de agosto de 2017).

Otro elemento a considerar, es el nexo familia-usuario con la demencia; éste tiene relevancia para los y las participantes, en cuanto a la reproducción de ciertas RS atribuidas a la escasa importancia o invisibilización que le atribuye el grupo familiar a la temática. Esto se debería, según los y las entrevistadas, a dos aspectos relevantes:

(a) El primero de ellos estaría dado por una visualización impúdica, o incómoda, de que el adulto mayor se expresa sexualmente, ya sea en pareja o personal. Así lo expresa un participante:

“el tema de la sexualidad, fue como un tema siempre tabú en las casas, entonces en este caso si un adulto mayor si...presenta alguna reacción en su casa, yo pienso que la familia va a sentir vergüenza, incomodidad y va a decir ‘pucha que está pasando aquí’” (TS, 45 años, 3 de agosto de 2017).

(b) El segundo aspecto se relacionaría con las aprehensiones propias de la demencia, entre ellas el “aprovechamiento”, principalmente del cónyuge, ya que como menciona Fabà y Villar (2011) al presentar alteraciones de la memoria y espacio temporales, existe un profundo temor al olvido durante el acto sexual, o dilemas éticos ligados al derecho a la autonomía de cada ser humano (Pollard y Sakellariou, 2007). Así lo destaca uno de los entrevistados:

“Y me decía que... me hablaba como de su intimidad y... ella tenía mucho susto y había quedado trauma, porque en el momento de... él la había desconocido, que no sabía con quién estaba que se asustó, que se afectó más la persona con demencia que el cuidador” (NTA, 29 años, 4 de agosto de 2017).

Considerando lo anterior, los aspectos psicológicos y sociales son los que presentan menor preponderancia para los profesionales de este Centro Diurno, debido a que el enfoque con mayor preponderancia durante las entrevistas estuvo asociado al área biológica y/o física. La identidad generada dentro de un colectivo (formación profesional), ha permitido que las RS orientadas hacia aspectos biológicos confirmen y den sentido a los discursos sociales, que se establecen y varían a través del tiempo y las ideologías predominantes (Mora, 2002).

Las RS mencionadas se reproducen a través de los profesionales que se desempeñan en el Centro donde se hizo esta investigación, independiente de sus disciplinas, aunque más notorio en los del área de la salud. Ahora bien, en un enfoque de RS en el que los participantes son agentes pensantes y activos, como menciona Jodelet (2011), los hechos sociales influyen directamente en los agentes individuales, estableciendo ciertas coacciones sobre ellos. La reproducción de los aspectos estructurales, desde el caso de estudio, queda en evidencia mediante la presencia de RS en los discursos de los participantes, en el que surgen estereotipos y prejuicios sobre la sexualidad de las personas mayores con demencia.

## Conclusiones

Durante la última década, la demencia ha sido considerada como una enfermedad crónica no transmisible que aumenta de manera exponencial. Tal situación no es ajena a Chile y se puede constatar a través de la colaboración que llevan a cabo ministerios para establecer un Plan Nacional Demencia que entregue servicios de calidad a las personas mayores con demencia.

Dicho plan se basa en las necesidades específicas, tanto de la persona mayor como de su familia, a través de la articulación de los sistemas de atención con los profesionales tanto del área de la salud como social



Actualmente, la intersectorialidad de profesionales, dispositivos y niveles de atención ha permitido establecer estrategias y programas enfocados al abordaje de aspectos cognitivos y físicos, como el programa “Más” de adultos mayores autoválidos y modelos de salud mental familiar, para prevenir los factores de riesgo y a potenciar factores protectores. Si bien, la estrategia Nacional de Salud de Chile definió lineamientos y contenidos específicos de intervención, es necesario seguir fortaleciendo la inclusión de un marco ético que incluya propuestas de mejoramiento en aspectos biopsicosociales y de calidad de vida. Y así, la sexualidad, una necesidad básica de todo ser humano, se constituye en factor protector y de bienestar, teniendo presente que las personas no pierden sus derechos pese a su condición (Organización de Estados Americanos [OEA], 2015).

A través de la presente investigación, los resultados sugieren que la sexualidad no es reconocida como un área legítima de consideración en las personas mayores y, menos aún, con una patología neurodegenerativa como la demencia, evidenciando, de este modo, la reproducción de estereotipos y RS ligadas a la invisibilización, rechazo, ridículo, ingenuidad y un escaso conocimiento y preparación de los profesionales de este centro diurno.

Lo anterior advierte la necesidad de políticas públicas que permitan el acceso a una vida sexual segura, satisfactoria y plena de las personas mayores y no solo de la población altamente reproductiva y saludable.

En consideración con lo anterior, se recalca la importancia de establecer focos de intervención en quienes presentan una relación directa con las personas mayores, los cuidadores, quienes influenciados por el discurso social generan prejuicios y actitudes restrictivas y evasivas con respecto a la sexualidad, por lo que es necesario potenciar investigaciones directas en esta área.

Los discursos sociales “originados” en este dispositivo (el Centro Diurno), actúan como agentes de control reproduciendo los estereotipos ya mencionados, en el que la familia, los profesionales de la salud y las/los cuidadores, reprimen y dominan la propia sexualidad de las personas mayores, contribuyendo de este modo a la reproducción de RS y al fomento de la pérdida de autonomía, mediante actitudes caricaturescas y del “no actuar”.

Es importante mencionar, que varios de los participantes consideraron esta temática como importante, por ende, es de vital importancia que no solo los profesionales de este Centro Diurno, sino también quienes se desempeñan en distintos niveles de atención, presenten herramientas y disminuyan esta sensación de escaso conocimiento en la temática, siendo facilitadores de esta actividad y no un agente que limite la expresión de esta mediante barreras actitudinales.

Por último, la presente investigación se ha concentrado en los aspectos reflexivos y declarativos de los y las participantes: de esta forma, se ha así identificado la reproducción de las RS, junto a los prejuicios y estereotipos sobre

la sexualidad en las personas mayores. A pesar de que se hace mención de la dimensión práctica de la temática, en relación con lo que las personas mayores con demencia realizan, permanece una línea de investigación para profundizar, a saber, la que tiene relación con las prácticas de los propios profesionales vinculadas a su actuación dentro del establecimiento; prácticas que pueden tener una influencia directa sobre las personas mayores. Dicha línea de investigación tiene que contener un cuidado ético preponderante para tener el consentimiento del establecimiento como de los posibles participantes.

## Referencias

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732011000200010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010) [Consultado el 10 noviembre de 2018].
- Baron, R. y Byrne, D. (2005). *Psicología Social*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Bourdieu, P. (1993). Esprits d'Etat [Genèse et structure du champ bureaucratique]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 96, 49-62. [https://www.persee.fr/doc/arss\\_0335-5322\\_1993\\_num\\_96\\_1\\_3040](https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1993_num_96_1_3040) [Consultado el 10 noviembre de 2018].
- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. Madrid, España: Ediciones Istmo.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Campos, E. (2010). Reseña: Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber de Michel Foucault *Sapiens*, 11(1), 231-233. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41021794014> [Consultado el 10 noviembre de 2018].
- Carrero, V., Soriano, R. M. y Trinidad, A. (2006). *Teoría Fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Castel, R. (2009). Crítica Social. Radicalismo o Reformismo Político. En Castel, R. et al. *Pensar y Resistir. La sociología crítica después de Foucault* (pp. 9-26). Madrid, España: Círculo de Bellas Artes.
- Castón, P. (1996). La sociología de Pierre Bourdieu. *Reis*, 76, 75-97, [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_076\\_06.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_076_06.pdf) [Consultado el 12 de febrero de 2018].
- Cedeño, T., Cortés, P. y Vergara, A. (2006). *Sexualidad y afectividad en el adulto mayor. Tendencias en salud pública: salud familiar y comunitaria y promoción*. La Serena, Chile: Universidad Austral de Chile.
- Chávez, Ó. (2008). *Sexualidad, Paradigmas y Prejuicios*. México, D. F.: [https://epicuro615.files.wordpress.com/2008/08/sexualidad\\_paradigmas\\_y\\_prejuicios.pdf](https://epicuro615.files.wordpress.com/2008/08/sexualidad_paradigmas_y_prejuicios.pdf) [Consultado el 12 de febrero de 2018].
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009> [Consultado el 11 de junio de 2018].
- Dirección de Estudios Previsionales, Gobierno de Chile (2017). Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario. [https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam\\_resultados\\_junio2018.pdf](https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf) [Consultado en 11 de noviembre de 2108].
- Durkheim, E. (1986). *Las reglas del método sociológico*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Esguerra, I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Avances en Enfermería*, 25(2), 124-140. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12816> [Consultado el 22 de agosto de 2018].
- Fabà, J., y Villar, F. (2011). Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados: ¿Qué sabemos y qué necesitamos saber? *Revista Kairós: Geronto-*

Gainza-Martínez, Claudia; Villarroel-Ríos, Constantino; Ossandón-Parra, Geaninna (2019). Sexualidad al margen. Representaciones de sexualidad asignadas a personas mayores con demencia. *Ánfora*, 26(47), 217 - 240. Universidad Autónoma de Manizales.

*logia*, 14(10), 25-47. <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/9898> [Consultado el 13 de junio de 2018].

Fernández, C. L. (2006). La sexualidad en la vejez. *Índice: revista de estadística y sociedad*, 15, 14-16. <http://www.revistaindice.com/numero15/p14.pdf> [Consultado el 13 de junio de 2018].

Fernández, B. y Herrera, S. (2016). Chile y sus mayores: 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes. *Índice*, 14-16. <http://www.revistaindice.com/numero15/p14.pdf> [Consultado el 25 de enero de 2018].

Flores, R. (2009). *Observando Observadores: Una Introducción a las Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Foucault, M. (1977). *Saber y verdad*. Madrid, España. Ediciones La Piqueta.

Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad del Saber*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.

Gajardo, J. y Monsalves, M. (2013). Demencia, un tema urgente para Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(1), 22-25. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/26633> [Consultado el 12 de abril de 2018].

Ganga, F., Piñones, M. A., González, D. y Rebagliati, F. (2016). Rol del Estado frente al envejecimiento de la población: el caso de Chile. *Convergencia*, 23(71), 175-200. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352016000200175](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352016000200175) [Consultado el 21 de agosto de 2018].

Garza, R. I. y González, J. (2017). Comparativo de la calidad de vida subjetiva entre México y Chile: perspectiva desde el envejecimiento. *Actualidades en Psicología*, 31(123), 73-87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6176852> [Consultado el 11 de noviembre de 2018].

Giddens, A. (2009). *Sociology*. Cambridge, Londres: Polity Press.

Horton, J., Macve, R. y Struyven, G. (2004). Qualitative Research: Experiences in Using Semi-structured Interviews. In C. Humphrey y B. Lee. *The*

Gainza-Martínez, Claudia; Villarroel-Ríos, Constantino; Ossandón-Parra, Geaninna (2019). Sexualidad al margen. Representaciones de sexualidad asignadas a personas mayores con demencia. *Ánfora*, 26(47), 217 - 240. Universidad Autónoma de Manizales.

*Real Life Guide to Accounting Research. A Behind-The-Scenes View of Using Qualitative Research Methods* (pp. 339-357). Amsterdam: Christopher Humphrey Bill Lee, Ed.

Jaramillo, J. (2012). Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes de discurso. Una aproximación conceptual a partir del Análisis Crítico del Discurso. *Entramado*, 8(2), 124-136. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-38032012000200009&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-38032012000200009&script=sci_abstract&tlng=es) [Consultado el 12 de abril de 2018].

Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en blanco. Serie indagaciones*, 21(1), 133-154. <http://www.redalyc.org/html/3845/384539803006/> [Consultado el 11 de abril de 2018].

Juger, C. (2010). *Estudio sobre la sexualidad en los adultos mayores* (Tesis Doctoral). Universidad Academia de Humanismo Cristiano. <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2277/tpsico348.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consultado el 23 de agosto de 2018].

McGrath, M. y Lynch, E. (2014). Occupational Therapists' Perspectives on Addressing Sexual Concerns of Older Adults in the Context of Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 36(8), 651-657. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23802139> [Consultado el 13 de febrero de 2018].

Ministerio de Desarrollo Social y de familia (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN\\_2015\\_Resultados\\_adultos\\_mayores.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf) [Consultado el 10 de enero de 2019].

Ministerio de Educación de Chile, MINEDUC. (2013). *Formación en sexualidad, afectividad, y género*. Santiago, Chile. <https://media.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/28/2017/07/Formaci%C3%B3n-en-Sexualidad-Afectividad-y-G%C3%A9nero.pdf> [Consultado el 22 agosto de 2018].

Ministerio de Salud, MINSAL. (2017). *Plan Nacional de Demencia*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf> [Consultado el 22 agosto de 2018].

- Montejo, Á. (2005). *Sexualidad y salud mental*. Barcelona, España: Editorial Glosa.
- Mora, M. (2002). La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. *Revista de pensamiento e investigación social*, 1(2), 2-24. <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945> [Consultado el 25 de enero].
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Huemul.
- Muñoz, V. D. (1987). Bourdieu y su consideración social del lenguaje. *Reis*, (37), 41-55. [http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_037\\_04.pdf](http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_037_04.pdf) [Consultado el 29 de marzo de 2018].
- Observatorio Social Chile (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN*. [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN\\_2015\\_Resultados\\_adultos\\_mayores.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf) [Consultado el 10 de enero de 2019].
- Organización de Estados Americanos, OEA, (2015). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf) [Consultado el 14 de enero de 2019].
- Oyaneder, C. y Miranda, L. (2014). La constitucionalización de los derechos sexuales y reproductivos. Hacia una igual ciudadanía para las mujeres. *Revista Ius et Praxis*, 21(1), 271-314. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/iusetp/v21n1/art08.pdf> [Consultado el 24 de junio de 2018].
- Pedraza, T. (2014). *Vejez y sexualidad: reflexiones para la práctica de terapia ocupacional*. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), 245-255. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/35726> [Consultado el 3 de julio de 2018].
- Pollard, N. y Sakellariou, D. (2007). Sex and Occupational Therapy: Contradictions or Contraindications? *British Journal of Occupational Therapy*, 70(8), 362-365. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802260707000807> [Consultado el 21 de octubre de 2018].

Gainza-Martínez, Claudia; Villarroel-Ríos, Constantino; Ossandón-Parra, Geaninna (2019). Sexualidad al margen. Representaciones de sexualidad asignadas a personas mayores con demencia.

*Ánfora*, 26(47), 217 - 240. Universidad Autónoma de Manizales.

- Ramos, C. (2008). ¿Sistema, campo de lucha o red de traducciones y asociaciones? Tres modelos para investigar la ciencia social y un intento de integración. *Persona y Sociedad*, 22(2), 9-52. <http://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/4006> [Consultado el 1 de noviembre de 2018].
- Sarabia, M. y Pfeiffer, C. (2015). *Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería*. *Gerokomos*, 26(1), 10-12. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n1/original2.pdf> [Consultado el 11 de noviembre de 2018].
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. (2013). *Guía de operaciones de Centros Diurnos*. [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GUIA\\_PROGRAMA\\_CENTROS\\_DIURNOS.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GUIA_PROGRAMA_CENTROS_DIURNOS.pdf) [Consultado el 11 de enero de 2018].
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. (2017). *Plan Nacional de Demencia*. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf> [Consultado el 14 de enero de 2019].
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York: Guilford Publications.

