



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE
CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL, EN ADULTOS
MAYORES, DEL CENTRO INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR, PUNCHANA 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS

Bach. Enf. CHAVEZ MARIN, LESBI

Bach. Enf. GOMEZ MORI, SONIA JANINA

Bach. Enf. ROJAS ANGULO, ANA RUTH

ASESORES

Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ

Mgr. ELISEO ZAPATA VASQUEZ

IQUITOS, PERÚ

2017

Efecto de la intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual, en adultos mayores, del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017

AUTORES

Lesbi Chavez-Marin, Sonia Janina Gomez-Mori, Ana Ruth Rojas-Angulo

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar el efecto de la intervención educativa sobre los conocimientos en salud sexual en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017. El método de investigación fue el cuantitativo, tipo experimental y diseño cuasi-experimental de un solo grupo intacto con pre y post test. La población, estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 años a más y la muestra por 15 seleccionados considerando los criterios de inclusión y aplicando la Escala del Estado Cognitivo de Pfeiffer para determinar la aptitud o capacidad mental. Los instrumentos utilizados fueron: un Cuestionario de Conocimientos sobre Salud Sexual del Adulto Mayor y un Programa Educativo sobre Salud Sexual del Adulto Mayor. El programa estadístico utilizado fue el SPSS, versión 22 para Windows XP, nivel de confianza de 95% y de significancia de 0,05 ($p < 0,05$). Los resultados muestran que, las características sociodemográficas de los adultos mayores fueron: 60% tuvieron entre 76 a 86 años; 93,3% fueron de sexo femenino; 60% estado civil casada/conviviente; 46,7% grado de instrucción secundaria y 80% con ocupación ama de casa. Respecto al conocimiento sobre salud sexual: Antes de la intervención, 86,7% tuvieron conocimientos inadecuados en mitos y realidades de la sexualidad, 60% en acceso a una pareja y en acceso a la intimidad, respectivamente; después de la intervención, tuvieron conocimientos adecuados 73,3% en mitos y realidades de la sexualidad, 80% en acceso a una pareja y 66,7% en acceso a la intimidad. Se obtuvo efecto positivo en la intervención educativa en: mitos y realidades de la sexualidad (p -valor = 0,002; $p < 0,005$, acceso a un pareja (p -valor = 0,005; $p < 0,005$) y en acceso a la intimidad (p -valor = 0,001; $p < 0,005$); aceptándose las tres hipótesis específicas planteadas.

Palabras clave: intervención educativa, conocimientos, salud sexual, adulto mayor.

Effect of the educational intervention on sexual health knowledge in older adults of the Integral Center for the Elderly, Punchana 2017

AUTHORS

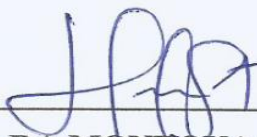
Lesbi Chavez-Marin, Sonia Janina Gomez-Mori, Ana Ruth Rojas-Angulo

ABSTRACT

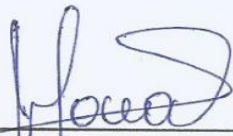
The objective of the research was to determine the effect of the educational intervention on sexual health knowledge in older adults of the Integral Center for the Elderly, Punchana 2017. The research method was the quantitative, experimental type and quasi-experimental design of a single group intact with pre and posttest. The population consisted of 30 adults over 60 years of age and the sample by 15 selected considering the inclusion criteria and applying the Pfeiffer Cognitive Status Scale to determine mental fitness or ability. The instruments used were: a Senior Adult Sexual Health Knowledge Questionnaire and a Senior Adult Sexual Health Education Program. The statistical program used was SPSS, version 22 for Windows XP, confidence level of 95% and significance of 0,05 ($p < 0,05$). The results obtained were: the socio-demographic characteristics of the elderly were 60% between 76 and 86 years old; 93,3% were female; 60% marital status/married couple; 46,7% secondary education and 80% housewife occupation. Regarding knowledge about sexual health: Before the intervention, 86,7% had inadequate knowledge on myths and realities of sexuality, 60% on access to a couple and on access to privacy, respectively; after the intervention, they had adequate knowledge of 73,3% in myths and realities of sexuality, 80% in access to a couple and 66,7% in access to privacy. Positive effect was obtained in: myths and realities of sexuality (p -value = 0,002; $p < 0,005$), access to a couple (p -value = 0,005; $p < 0,005$) and access to privacy (p -value = 0,001; $p < 0,005$), accepting the three specific hypotheses.

Key words: educational intervention, knowledge, sexual health, elderly.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EL DÍA 13 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2017, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:



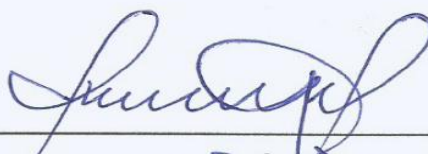
DRA. HILDA MONTOYA TORRES
PRESIDENTA



DRA. JUANA NOVOA GONGORA
MIEMBRO



Dra. MARINA GUERRA VASQUEZ
MIEMBRO - ASESORA



Mgr. Eliseo ZAPATA VÁSQUEZ
ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

A **Dios** nuestro Señor por concederme la vida, por bendecirme día a día, ser mi guía en todas las cosas que me propongo realizar, por estar siempre a mi lado en todo momento y permitirme llegar hasta el final de mi carrera.

A mis amados padres: **Isidro Chavez** y **Celia Marin**, por el apoyo permanente y sacrificado, por sus sabios consejos y palabras de aliento, que contribuyeron positivamente en el logro de mis metas. A mis hermanos y familiares, por brindarme su apoyo y protección para seguir estudiando y culminar mi carrera profesional.

A mi enamorado **José Aliaga**, por su paciencia, apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado dándome fuerzas y valor para seguir adelante y no desmayar en el logro de mis metas personales y profesionales.

Lesbi

DEDICATORIA

Agradezco infinitamente y dedico esta tesis a **Dios** por darme salud y no desfallecer en el camino, fortaleciéndome profesionalmente en mi carrera para sacar adelante a mi familia.

En especial a mis amados padres : **Luis Gomez** y **Graciela Mori**, por su amor incondicional, por confiar en mi como persona, hija y sobre todo como profesional.

A todas las docentes de la facultad, que cumplieron un rol de guía en mi formación para ser una profesional con valores y convertirme en autora de mi propia historia.

Sonia Janina

DEDICATORIA

A **Dios**, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias de mi propia historia en esta noble profesión de Enfermería.

A mi esposo **Celso**, por su apoyo incondicional y motivación para ser mejor cada día y especialmente a mi preciosa hijita **Somaryorlith Nicolly**, por ser detonante de mi felicidad, mis ganas de buscar lo mejor, mi esfuerzo y motivación más grande.

A mis amados padres: **Sofía** y **Migdonio**, por ser ejemplos dignos de superación y entrega, por inculcar en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A mis hermanos: **David**, **Sofía**, **Máximo** y **Patsy**, por compartir alegrías, tropiezos y salir triunfadores por su confianza y su amor. A mi suegra **Maritza** por su apoyo y cariño.

Ana Ruth

RECONOCIMIENTO

Queremos reconocer de manera muy especial a todas las personas e instituciones que en forma directa e indirecta contribuyeron en la ejecución de la investigación desarrollada con el fin de lograr nuestro ansiado Título Profesional.

A las autoridades de nuestra querida Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por su disposición de brindarnos todas las facilidades administrativas para cumplir con los requisitos pertinentes en el desarrollo de la tesis.

A los docentes Miembros del Jurado Calificador, conformado por: Dra. Hilda Montoya Torres (Presidenta), Dra. Juana Novoa Gongora (Miembro) y Dra. Marina Guerra Vasquez (Miembro), por las valiosas sugerencias y aportes que contribuyeron en el desarrollo de nuestra tesis.

A la Dra. Marina Guerra Vasquez, nuestra asesora por brindarnos su constante apoyo, paciencia y motivación durante la realización del trabajo de investigación para avanzar hacia la finalización de la misma y al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por la asesoría estadística brindada.

A cada uno de nuestros docentes de la facultad, por las enseñanzas recibidas en el camino de nuestra formación profesional, porque no solo nos han enseñado las materias, sino también nos enseñaron a luchar por lo que queremos y a conseguirlo.

A la Lic. Esperanza Amasifuen, Coordinadora del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) del Hospital Regional de Loreto, por las facilidades brindadas; asimismo, a los adultos mayores por su importante participación de manera voluntaria en la investigación y haber enriquecido nuestros conocimientos; y a la Lic. Enf. Juana Vela por su valiosa colaboración.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS **Página**

1. Introducción	01
2. Planteamiento del Problema	05
3. Objetivos	06

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. Marco Teórico.....	07
2. Definiciones operacionales.....	31
3. Hipótesis.....	33

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. Método y Diseño de investigación.....	34
2. Población y muestra	35
3. Técnicas e instrumentos.....	37
4. Procedimiento de recolección de datos.....	38
5. Análisis de datos.....	39
6. Limitaciones.....	40
7. Protección de los derechos humanos.....	40

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Resultados	42
2. Discusión.....	52
3. Conclusiones.....	55
4. Recomendaciones.....	56
5. Referencias bibliográficas.....	57

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	PAG.
1	Características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 201	42
2	Conocimientos en salud sexual en relación a mitos y realidades de la sexualidad, en adultos mayores del Centro Integral Del Adulto Mayor, Punchana 2017.	44
3	Conocimientos en salud sexual en relación a acceso a una pareja, en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017.	45
4	Conocimientos en salud sexual en relación a acceso a la intimidad, en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017.	46
5	Análisis comparativo de los indicadores de conocimientos en salud sexual en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017, antes y después de la intervención educativa.	47

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y el incremento cada vez mayor del número de personas en edad adulta mayor de 60 años a más, exige que tanto las personas que conforman el grupo etario de referencia como la sociedad en general, cambie o adopte una nueva perspectiva de la vida para lograr un envejecimiento saludable o exitoso; ello implica en primer lugar que la sociedad cambie la percepción cultural que tiene sobre el adulto mayor y en segundo lugar que el adulto mayor “aprenda a envejecer”, ello significa captar apresuradamente lo que puede ofrecerle la vida, potenciar la experiencia vivida enriquecedoramente procesada y sus capacidades, así como aceptar sus limitaciones biológicas normales. ¹

Para comprender la sexualidad del adulto mayor y ayudarlo a ejercerla plenamente, es necesario no solo conocer los cambios biopsicológicos, sino también ubicarlos en su contexto social y cultural, en su propia historia o desempeño sexual experimentado a lo largo de la vida, aceptar que siguen siendo sexualmente activos, porque la sexualidad no tiene fecha de vencimiento, al contrario necesita de una continuidad hacia una sexualidad saludable, por ser una etapa en la que más se requiere de amor y compañía, y requiere que el adulto mayor esté informado, que aprenda los recursos necesarios para mantenerse saludable, principalmente mejorar su calidad de vida y reconocer que la sexualidad forma parte de una vida normal y que el proceso de envejecimiento puede llegar a ser plenamente saludable. ²

A nivel mundial la población está envejeciendo a pasos acelerados, así en el año 2050 la proporción de personas mayores entre 60 años a 79 años será del 22% o 2000 millones y de personas de 80 años a más será de 19% o 395 millones. El

cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos, así en Francia los habitantes de 65 años o más será de 14% y en países como Brasil y China se duplicarán en menos de 25 años. En el mundo habrá más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes, siendo las mujeres las que vivirán por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.³ La proporción de personas mayores de 60 años a más aumentó a 12% con un rápido crecimiento en el mundo; Europa con 23,9% de población de 60 años y más, Asia registró el mayor crecimiento con 64%, África con 29 millones, asimismo, Alemania, Italia y Japón, tienen entre 2,5 a 3 adultos en edad laboral por cada persona mayor, 14% son mayores de 80 años, 40% vive independientemente (solos o en compañía de su pareja).⁴

En América Latina, el aumento del número de personas en edad adulta mayor, es cada vez más rápido y según el World Population Ageing 2013 (Naciones Unidas), en el Caribe el crecimiento mundial fue de 33 millones de personas, en México de 10,4% y en Chile un 16,7% tiene de 60 años a más.⁴

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) informa que los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas, la estructura por edad y sexo de la población, está mostrando cambios significativos, siendo de 9,9% la proporción de adultos mayores o de 60 a más años (criterio adoptado por Naciones Unidas). En el tercer trimestre del año 2016, el 38,5% de hogares tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad, con una mayor proporción de 41,9% en los hogares del área rural, seguido de Lima Metropolitana con 40,4%. En cuanto a los departamentos con mayor número de personas de 60 años a más, están Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao y el de menor número Madre de Dios con 4,6%. Un cambio relevante que ha experimentado la población peruana es el incremento de la esperanza de vida al nacer (años que en promedio vive la

persona desde que nace), estimándose que el año 2015, la mujer aumentó a 83 años y el hombre a 80 años.⁵

En la ciudad de Iquitos, existen ocho Centros Integrales del Adulto Mayor, con un promedio de 500 adultos mayores inscritos. Así, el centro que funciona en el Hospital Regional de Loreto tiene 79 adultos mayores inscritos pero asisten regularmente a las actividades 30, el Hospital de Apoyo Iquitos tiene 90 inscritos pero solo asisten entre 25 a 30, Essalud tiene 95 inscritos y asisten los 95, el Centro de Salud San Juan con 79 inscritos y asisten de 62 a 64, el Centro de Salud Morona cocha con 38 inscritos pero asisten 18, el Centro de Salud San Antonio con 40 inscritos y asisten 25, el Centro de Salud Túpac Amaru con 34 inscritos y asisten 18 y el Centro de Salud Cardozo con 45 inscritos y asisten 25, todos bajo la coordinación de un profesional de enfermería, con la finalidad de satisfacer la necesidad de interrelacionarse, controlar sus salud, hacer ejercicios, entre otros aspectos, que contribuyen a una mejor calidad de vida.⁶

Sin embargo, no se tratan aspectos de la sexualidad del adulto mayor, quien con una educación sexual adecuada tendrá una visión integral de la misma, al reconocer que el deseo y el placer sexual son un derecho humano básico, es parte integrante de la vida que se expresa en una sexualidad saludable, por medios positivamente enriquecedores que potencian la personalidad, la comunicación, el amor y el disfrute, brindando una sensación de bienestar y capacidad de participar en uno de los dos aspectos importantes y significativos de la vida humana, cual es la capacidad de amar y ser amado. En el adulto mayor el beneficio es que disfrute del ejercicio de su sexualidad de forma libre, plena y placentera, sin tabúes o prejuicios, donde sus manifestaciones sexuales no sean negadas, rechazadas, ignoradas, minimizadas o cuestionadas por la sociedad e incluso por la propia familia.⁷

Todo lo mencionado, nos ha motivado a realizar la presente investigación, planteando la siguiente interrogante: ¿Cuál es el efecto de la intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual en adultos mayores, del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2017?, cuyos resultados constituirán aportes para explicar las variables estudiadas de acuerdo a nuestra realidad y así contribuir con bases teóricas en posteriores investigaciones, complementar la atención integral del profesional de enfermería al grupo poblacional del adulto mayor en las instituciones de salud, en instituciones formadoras de recursos humanos de salud orientados hacia el respeto y manejo saludable satisfactoria y placentera de la sexualidad y a la población en general para el cambio de actitudes negativas, el estigma y la discriminación sobre el mismo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de la intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual en adultos mayores, del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), Punchana 2017?

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Determinar el efecto de la intervención educativa sobre los conocimientos en salud sexual en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2017.

3.2. ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y ocupación, del adulto mayor del Centro Integral del Adulto Mayor, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2017.
2. Identificar los conocimientos sobre salud sexual en temas de, mitos y realidades de la sexualidad, acceso a una pareja y acceso a la intimidad, que posee el adulto mayor del Centro Integral del Adulto Mayor, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2017, mediante la aplicación de un pretest o prueba de entrada.
3. Elaborar el programa de intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual, con contenidos sobre: mitos y realidades de la sexualidad, acceso a una pareja y acceso a la intimidad, en el adulto mayor del Centro Integral del Adulto Mayor, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2017.
4. Aplicar el programa de intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual, en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2017.
5. Evaluar el efecto del programa de intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2017.

CAPÍTULO II

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

Viriam L, Arguedas C, Hidalgo M, Navarro Y. (España, 2013), en su estudio sobre conocimientos y vivencias que poseen las personas adultas, con respecto al proceso de climaterio y la sexualidad, a una muestra de 176 personas (108 mujeres y 68 varones), obtuvieron entre los resultados más destacados que: 80% poseen vacíos de información en los temas de sexualidad y 20% no; 87% manejan conceptos erróneos en cuanto a la temática de sexualidad, además de tabúes y mitos, y 13% tienen buen concepto.⁸

Perdomo I, Oria NL, Segredo AM, Martín X. (Cuba, 2013), en su estudio sobre conducta sexual de los adultos mayores en el área de salud Tamarindo, en una muestra de 200 adultos mayores, encontraron que, 72,5% tuvieron entre 60 a 64 años, 17,5% entre 65 y 69 años y 10% de 70 años a más; 52,5% fueron de sexo masculino y 47,5% femenino; 32,5% estuvieron casados, 35% acompañados y 32,5% solos; respecto al acceso a una pareja sexual, 66,5% refirieron no mantener relaciones sexuales (36,5% mujeres y 30% varones) y 33,5% que sí lo tuvieron (todos del sexo masculino); en satisfacción con sus relaciones sexuales, 57,4% valoraron que sí (43,8% del sexo masculino, 13,6% femenino) y 42,6% de mujeres indicaron no sentirse satisfechas; 95% de los adultos mayores manifestaron su interés por recibir información relacionada con temas de sexualidad y 5% no se interesó.⁹

Cerquera AM, Galvis MJ, Cala ML. (Colombia, 2012), en su estudio sobre amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez, en una muestra

de 153 personas mayores, sobre dos reactivos, el derecho al amor, a la vida sexual y el derecho de establecer nueva relación afectiva si ha enviudado, obtuvieron que, 69,1% fueron de sexo masculino y 30,9% femenino; 12,4% fueron solteros, 52,9% casados, 23,5% viudos, 10,5% divorciados, 0,7% en unión libre; 26,1% no tuvieron escolaridad, 55,6% primaria, 17,6% secundaria, 0,7% universitarios; en cuanto a la sexualidad, 88,2% considera que tienen derecho al amor y a la vida sexual y un 11,8% que no; 88% considera que la persona mayor que enviuda puede establecer nuevamente una relación afectiva y 12% que no.¹⁰

Coraspe XO, Dasilva DJ, García DB, Máita RA, Ortega HO. (Venezuela, 2012), en su estudio sobre intervención educativa en la sexualidad del adulto mayor, en una muestra de 25 adultos, en quienes se recogió datos antes y después de la intervención, obtuvieron que, 28% tuvieron edades entre 60-64 años, 20% de 65-69 años, 18% de 70-74 años, 24% entre 75-79 años y 10% de 80 años a más; 50% fueron de sexo masculino y 50% femenino; 10% tuvieron estado civil soltero, 16% casados, 10% convivientes, 10% viudos y 54% no tuvieron pareja sexual sea por viudez o soltería. Antes de la intervención, 24% tenía conocimientos sobre salud sexual malo, 76% regular, 0% bueno y 0% excelente; en acceso a una pareja, 52% no tenía ninguna relación por soltería o viudez y 48% con formas de relación preferidas; en acceso a la intimidad, 52% respondieron que nunca realizaban el acto sexual y 48% al menos una vez al año. Posterior a la intervención, 56% tuvieron conocimientos suficientes o buenos sobre el tema y 44% regular; en acceso a una pareja, 56% modificaron su forma de pensar ante la oportunidad de acceder a una pareja sexual a pesar de no tenerla actualmente y 44% refirieron que aplicarían todas las formas expuestas; en acceso a la intimidad o frecuencia de realización del acto sexual, prevaleció el 52% que nunca realizaban el acto sexual, 16% al menos una vez a la semana y 20% al menos una vez al mes y 12% al menos una vez al año, generalmente relacionada con la ausencia de pareja actual.¹¹

Boudet R. (Cuba, 2011), en su investigación de intervención educativa sobre salud sexual en adultos mayores del centro urbano "Abel Santamaría Cuadrado", en una muestra de 25 personas, de ambos sexos, realizando la intervención en tres etapas (diagnóstica, intervención propiamente dicha y evaluación), encontró que, 66% fueron de sexo femenino y 34% de sexo masculino; 52% tuvieron entre 60 a 64 años, 15% de 65-69 años, 16% entre 70 a 74 años y 17% otras edades; 49% tuvieron nivel escolar de secundaria y 51% otros; 84% tuvieron pareja sexual estable y 16% inestable; solo 4% tuvieron conocimientos adecuados y 96% inadecuados antes de la intervención y 100% logró revertir positivamente con conocimientos adecuados después de la intervención.¹²

El Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. (Perú, 2014), en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2014, reporta que 12% de la población total son adultos de 60 años a más; 62,2% casados y/o conviviendo, 23,9% son viudos y 13,9% solteros/divorciados o separados, de ellos 75,3% son de sexo masculino y 50,2% femenino (33,3% fueron viudas); en grado de instrucción, 24,0% no presentan instrucción o sólo tienen una formación inicial (primaria completa o incompleta), siendo casi el doble más con respecto a la educación superior; y además el 33,6% de hogares cuentan con algún adulto mayor.¹³

Flores SC, Cahuaza L, Villacorta BY. (Perú, 2011), en su estudio sobre factores sociodemográficos y comportamiento sexual, del adulto mayor que asiste al Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2011, en una muestra de 70 adultos mayores, encontraron que, 68,57% tenían de 60 a 74 años y 31,43% de 75 años a más; 14,29% fueron de sexo masculino 85,71% femenino; 8,57% fueron solteros, 40% casado/conviviente y 51,43% viudo o divorciado o separado; 5,71% sin instrucción, 91,43% con grado de instrucción baja y 2,86% alta; 62,86% no

tuvieron acceso a una pareja sexual y 38,57% sí; 71,43% refirieron que el tipo de relaciones sexuales era sin penetración y 32,86% con penetración.¹⁴

1.2. BASES TEÓRICAS

A. INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL

Concepto de Intervención Educativa

La intervención educativa, es la acción intencional para la combinación planificada de experiencias de aprendizaje diseñada con la intención de predisponer, facilitar y reforzar comportamientos voluntarios conducentes al logro del desarrollo integral del educando. En el campo de la salud, el objetivo es el “apoyo a las condiciones de vida sana” que conduzcan a la salud bajo el control de las personas (afectadas), actúa en individuos, grupos y comunidades, a través de la educación, la prevención y las medidas de protección.¹⁵

La intervención educativa tiene carácter teleológico, porque:

- Existe un sujeto-agente: conformado por el educando y el educador
- Existe el lenguaje propositivo: se realiza una acción para lograr algo
- Se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro: es decir la meta
- Los acontecimientos se vinculan intencionalmente.¹⁵

Fases de la Intervención Educativa

La intervención educativa, considera que en su desarrollo se deben aplicar las siguientes fases:

- a) **Diagnóstico:** Puede ser de diferentes tipos según su técnica, propósito y campo de acción, denominándose: participativo, institucional, de expertos, clínico y explicativa. Puede aplicarse en el ámbito educativo,

comunitario y organizacional. Sus pasos incluyen: Recolección de datos, observación directa, entrevista y análisis de datos.

- b) Planeación: Es la delimitación de los fines, objetivos y metas a lograr, es decir la planificación del plan a seguir en la intervención educativa.
- c) Intervención: Es la aplicación o ejecución propiamente dicha, del programa educativo o del proceso de enseñanza-aprendizaje. Se debe llevar un registro de cada una de las experiencias obtenidas.
- d) Evaluación: Es el proceso dinámico, continuo, sistemático, enfocado hacia los cambios de las conductas y rendimientos, mediante el cual se verifican los logros adquiridos en función de los objetivos propuestos.¹⁶

Sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que la sexualidad humana es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, que abarca al sexo, la identidad y los papeles de género, así como el erotismo, el placer, intimidad, 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. A pesar de que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre, porque está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.¹⁷

Definición de Salud Sexual

El concepto de salud sexual establecido por la Organización Mundial de la Salud, alude a la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Este concepto destaca la significación de aspectos cualitativos para el ser

humano, como el desarrollo personal, el vínculo con los otros, el valor de la afectividad y de la comunicación.¹⁸

El Ministerio de Salud (MINSA), en su Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, define a la salud sexual como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en la esfera sexual así como en sus funciones y procesos. La persona que tiene salud sexual, es capaz de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas.¹⁹

Salud Sexual en el Adulto Mayor

La salud sexual en el adulto mayor se define como la expresión psicológica de las emociones y compromisos que requieren la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito, pues en esta etapa de la vida, el concepto de sexualidad se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad de ésta y se debe entender en forma amplia, integrando en él, el papel que juega la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades, intereses, entre otros. La educación en salud sexual, exige considerar la etapa de vida en la que se encuentra el adulto mayor que va a ser intervenido, ello contribuirá a un mayor impacto o efecto positivo del programa de intervención educativa. La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, propende hacia la promoción de una conducta sexual saludable en el adulto mayor.²⁰

Las personas adultas mayores como en todas las edades, necesitan lograr un completo estado de bienestar físico, mental y social en su sexualidad, porque

el interés sexual y las prácticas sexuales se mantienen, si bien van disminuyendo con el paso de los años, por la falta de una pareja y por enfermedades crónicas degenerativas que afectan a la sexualidad (diabetes), persisten en una alta proporción de personas mayores de 65 años que conservan una actividad sexual regular con ciertas diferencias respecto a la juventud. En el adulto mayor, cobra mayor importancia la intimidad o cercanía corporal (no pierde el erotismo placentero) evidenciado en el coito con penetración o no, caminar juntos, tomarse de la mano, abrazarse, sus afinidades e intereses; complementado a ella, influye la personalidad o características biopsicosociales propias del adulto mayor, así como su manera de pensar y sentir respecto al ejercicio de la sexualidad en ésta edad, como el hablar de temas sexuales y vivir con recuerdos gratos de su pasado, los valores que predominan como el pensar que es inmoral o no, el tener deseo y actividad sexual, y el género, siendo los hombres quienes con mayor facilidad buscan una nueva pareja, incluso la sociedad misma cuestiona más a la mujer que tiene una nueva pareja que al hombre.²

Conocimientos en Salud Sexual del Adulto Mayor

Los conocimientos en salud sexual en el adulto mayor, es el conjunto de información o datos almacenados mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori), interrelacionados con la sexualidad y todas las funciones relativas a ella. La caracterización de los conocimientos y las prácticas en sexualidad con que cuentan los adultos mayores, es importante como una fuente primaria de información, porque permiten construir categorías analíticas sobre los factores que lo desfavorecen y/o favorecen para una buena salud sexual, partiendo del contexto familiar, cultural, educativo y ambiental en el cual se desarrollan y brindan elementos significativos para la elaboración de programas educativos, preventivos o de orientación sobre su salud sexual.¹⁸

Evaluación del Conocimiento

El conocimiento se evalúa de la siguiente manera:

- Conocimiento Bueno, cuando se demuestra tener información amplia, profunda y suficiente sobre un tema.
- Conocimiento Regular, cuando se demuestra tener información superficial, medio o moderado sobre un tema.
- Conocimiento deficiente, cuando se demuestra tener información escasa e insuficiente sobre un tema. ¹⁸

Asimismo, Boudet R. (Cuba, 2010), en su estudio sobre intervención educativa sobre salud sexual en ancianos y ancianas del Centro urbano “Abel Santamaría Cuadrado”, calificó como conocimientos inadecuados antes de la intervención educativa y después de las acciones educativas calificó como conocimientos adecuados cuando demostraron su eficacia en el aumento del nivel de los mismos. ¹¹

La salud sexual en el adulto mayor se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres del entorno social, pues está presente y forma parte de toda la vida. La sexualidad es una realidad en la vida diaria de todas las personas, trasciende lo físico (relaciones sexuales), se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social, constituye una fuente importante de bienestar, placer físico y mental, y uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades e inequidades. Por ello, es importante la educación sexual, en primer lugar, para un crecimiento en cuanto al desarrollo cultural y personal que permitirá ejercer con mayor asertividad y placer nuestra sexualidad; y en segundo lugar, para establecer relaciones de equilibrio y de afectividad con las personas del mismo sexo y del sexo opuesto que todo ser humano expresa y necesita porque forma parte de la sexualidad. ¹⁹

Para términos de la presente investigación, se tomó los siguientes aspectos de la salud sexual del adulto mayor: Mitos y realidades de la sexualidad, acceso a una pareja y acceso a la intimidad.

Mitos y Realidades de la Sexualidad

El solo hecho de ser un adulto mayor fomenta la vulnerabilidad especialmente en el plano de la sexualidad, con una sociedad que le es hostil. El proceso de envejecimiento da lugar a una mayor fragilidad orgánica, aumenta la vulnerabilidad frente a las enfermedades, entre otros, por ser el momento más dramático de la vida, porque se afrontan:

- Pérdidas de todo tipo: del papel productivo, de la capacidad laboral, de la pareja, de amigos, hijos, porque disminuye la eficiencia física e independencia psicológica.
- Temores: a la soledad, al aislamiento, a la incomprensión, a la falta de recursos económicos, a la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia.
- Sentimientos contradictorios frente a la sexualidad: por la posición de evidente debilidad en que se encuentra, que lo priva de su derecho a mantener una actividad sexual satisfactoria, porque gran parte de la sociedad niega, rechaza o dificulta sistemáticamente la manifestación sexual de cualquier tipo.²¹

Para reconocer la sexualidad del adulto mayor, se debe tener en cuenta los principales elementos de la sexualidad, que son:

- Sexo: referido al conjunto de características biológicas que definen a los seres humanos como mujeres y varones.
- Género: suma de valores, actitudes, papeles, prácticas sociales y características culturales basadas en el sexo, que nos hace sentir y vivir nuestra feminidad y masculinidad.

- Identidad de Género: marco de referencia interno que permite organizar un autoconcepto e identificarse como masculino o femenino o alguna combinación de ambos, comportándose socialmente en relación a ello.
- Orientación Sexual: es la atracción, gusto o patrón persistente de preferencias para elegir una pareja o compañero sexual, manifestado en formas de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos o una combinación de estos elementos. Puede ser heterosexual (si el deseo sexual y/o afectivo se dirige hacia personas del sexo opuesto), homosexual (si se dirige hacia personas del mismo sexo) y bisexual (dirigido hacia personas de ambos sexos).
- Identidad Sexual: es la manera en que la persona se identifica como hombre o mujer o una combinación de ambos.
- Erotismo: capacidad humana de experimentar respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, generalmente identificado con placer sexual.
- Vínculo Afectivo: capacidad humana de establecer lazos con otros, que se construyen y mantienen mediante los sentimientos. Se establece en el plano personal y social mediante significados simbólicos y concretos que los ligan a otros aspectos del ser humano, como el amor y la amistad.²²

Los mitos afectan la sexualidad del adulto mayor, se transmiten y son interiorizados desde edades tempranas de la vida y contribuyen a privarlo del disfrute de una vida sexual plena. Algunos mitos son:

- “La mujer mayor no requiere de sexo, es innecesario en su vida, impropio o “anormal” a sus años”. La realidad es que las mujeres incorporan al acto sexual como parte integral de sus vidas, no perciben al sexo como algo malo. Puede resultarles difícil asumir que tiene deseos sexuales y esperar que sea su pareja quien la busque e inicie la relación sexual, debido a una disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer.

- “Las personas mayores no tienen capacidad fisiológica para tener coito, no tienen erección”. La realidad es que la falta de erección puede afectar a cualquier edad. El envejecimiento produce ciertos cambios en la fisiología sexual pero comparado con otros cambios propios de la edad, la función sexual incluyendo el acto sexual coital, se mantiene mucho mejor que las demás funciones en la mayoría; por otro lado, en ésta etapa la relación coital cobra menos fuerza que la cercanía y la intimidad corporal, pues lo más importante es que todas conservan la fisiología del placer sexual activa, por lo que pueden disfrutar de diferentes caricias y conductas sexuales.

- “No les interesa/importa el sexo, no tienen deseo, la mujer mayor no se enamora, no siente nada. No hay sexualidad”. La realidad es que el deseo sexual nace y muere con la persona, nunca se pierde. Las personas mayores de 70 años casados se mantienen activos en un 80% y muy pocos (20%) utilizan la masturbación como sustituto del coito. Para la mujer adulta mayor tener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional, en especial cuando los hijos salen del hogar la pareja puede contar con mayor espacio físico para vivir una sexualidad más libre, sin necesidad de esperar momentos adecuados para ello y disfrutar de la mutua compañía.

- “La actividad sexual perjudica a la salud del adulto mayor, puede tener un infarto”. La realidad es que el infarto es una enfermedad que puede presentarse a cualquier edad y no solamente en el adulto mayor; al contrario, el ejercicio producto de la actividad sexual puede activar y fortalecer el buen funcionamiento del corazón y de otros órganos.

- “El adulto mayor viudo puede buscar otra pareja, pero la mujer viuda no”. La realidad es que ésta es una condición cultural y de prejuicios sociales.

El hombre puede hacer su búsqueda sexual a pesar de cierto rechazo a su comportamiento (fundamentalmente en la familia), porque los prejuicios son menos y más bien la presión está netamente centrada en su rendimiento sexual personal porque teme no responder adecuadamente a las demandas sexuales de su pareja y ello lo abstiene de buscarlo; mientras que la mujer enfrenta un dilema, por un lado la sociedad represiva espera y exige que se convierta en un ser asexuado y por otro lado, sus fantasías, sueños eróticos, deseos sexuales, son autoreprimidos, obligándola a la abstinencia sexual.²

- “Los adultos mayores no pueden ni deben tener manifestaciones eróticas o hablar de sexualidad en público, si se interesan por el sexo es que son inmorales o perversos”. La realidad es que las manifestaciones de la sexualidad deben ser expresadas en todas las etapas de la vida, porque es parte de la funcionalidad como ser humano, pero paradójicamente, la formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal recibida con términos despectivos como “viejo verde”, “viuda alegre”, se piensa que es indecente y de mal gusto que manifiesten intereses sexuales, que es solo para gente joven.

- “Los hombres con posición económica alta pueden pagar para tener parejas jóvenes, pero las mujeres no”. Si bien ésta situación es más tolerada en los hombres, no es exclusivo de ellos, también las mujeres que lo desean pueden acceder a ella. Un porcentaje importante de responsabilidad sobre este mito recae en ciertos hábitos culturales y sociales.²³

Acceso a una Pareja

El adulto mayor puede llegar a tener a su pareja conyugal hasta avanzada edad y seguir disfrutando de actividad sexual sin dificultades, pero también se ve expuesto a la falta de una pareja sexual frecuentemente debido a la

viudez o a la separación conyugal. Perder a la pareja es uno de los factores determinantes de mayor peso en el cese de las actividades sexuales y si la interrupción de la vida sexual es prolongada dificulta la recuperación posterior de dicha actividad, porque les resulta muy difícil la idea de obtener placer nuevamente con otra pareja distinta a su antigua pareja, especialmente cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada. Sin embargo, la viudez no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual según el género, siendo la más afectada la mujer por la fuerte tendencia social de considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios, limitando aún más su actividad sexual, por ello un 90% de ellas cesan sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo.²³

Por otro lado, la mayor longevidad de la población, hace cada vez más probable que las mujeres mayores se casen con mayor frecuencia con parejas sexualmente incapaces, porque normalmente se vuelven a casar con adultos de mayor edad, transformándose en “esposas cuidadoras”, pero en los varones es frecuente el matrimonio con mujeres mucho más jóvenes.²⁴

El patrón sexual, es el conjunto de estrategias, conductas y actitudes que utiliza el ser humano en la búsqueda y disfrute del placer sexual, es producto de un proceso que comienza desde el nacimiento y se extiende a lo largo de la vida, donde el cuerpo responde de manera específica según el tipo de estímulo y lugar de la estimulación, siendo la respuesta más o menos intensa y percibida como agradable, desagradable o neutra dependiendo de lo aprendido a lo largo de la vida con respecto a lo que es “bueno” o “malo”, correcto o incorrecto. En el adulto mayor, los cambios que se presentan dependen de varios factores físicos y emocionales, como, el estado de salud de ambos, grado de incapacidad física y mental, frecuencia y calidad de las relaciones sexuales previas, nivel de conocimientos de los cambios

fisiológicos en la función sexual en el envejecimiento, aspectos psicosociales, disponibilidad de un compañero/a sano/a, personalidad, actitudes hacia y de los otros, nivel de educación, nivel social, creencias sexuales, actitud sexual previa, intereses y prácticas previas, grado de satisfacción con la vida, entre otros.²⁵

Por ello, se considera como estándar ciertas modificaciones en el patrón sexual, como: la disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía, masturbación (bastante común) en los varones mayores de 80 años y en las mujeres independientes mayores de 60 años, explicada en muchos casos, por la existencia de una pareja incapacitada, la frecuencia de viudez en edades avanzadas y por el rechazo social que existe hacia el establecimiento de una nueva pareja.²⁵

Acceso a la Intimidad

La intimidad emocional, afectiva y sexual, es una característica del amor matrimonial o de la pareja, es su condición de entrega total de la vida, de compartir todo y muy especialmente las emociones, la vida afectiva y la sexualidad, con el propósito de constituir una comunidad donde se dan mutua seguridad, placer, compañía, consuelo y apoyo, en una intimidad sexual que establece la donación libre y gozosa de los cuerpos. El grado de complementariedad y beneficios de la sexualidad tiene que ver con el grado de intimidad que la pareja ha alcanzado en los diferentes aspectos de su vida: con el grado de comunicación, de confianza, de respeto, de trato delicado, con la solidaridad y mutuo apoyo en su convivencia diaria. A excepción de las limitaciones que a veces pueda traer a la vida sexual una enfermedad o una disfunción biológica, la mayoría de problemas que afrontan las parejas en la cama, tiene que ver con su intimidad en la vida diaria, ejemplo, es

difícil que la esposa se sienta atraída y dispuesta a dar todo de sí en la noche, a un esposo que durante el día solo la ha criticado u ofendido, o que no la ayudó en las tareas de casa viendola cansada, pues la mayoría de problemas que afrontan las parejas en la cama, tiene que ver con su intimidad o trato en la vida diaria.²⁶

Para mejorar el nivel de intimidad, una pareja debe tener en cuenta lo siguiente:

- Intimidad supone Aceptación: Aceptar al cónyuge es hacerle sentir que aun sabiendo sus defectos y limitaciones sea por su carácter o físicos, es la persona más importante en nuestra vida y que por eso puede contar siempre con nosotros. Esto se demuestra a través de: escucharlo con atención, darle palabras de consuelo, el interés y preocupación por saber cómo se siente y por la forma como manifestamos nuestros desacuerdos (sin juzgar sus intenciones).
- Intimidad supone Confianza: la confianza no es algo que se exige sino una realidad que nace espontáneamente entre dos que se sienten aceptados. Se puede cultivar, partiendo de un acto de fe fundamental, creyendo que en ningún momento el otro tiene la intención explícita de ofendernos o hacernos daño, que tiene buenas intenciones, creer en su bondad fundamental, lo cual es decisivo para que surja un diálogo abierto entre la pareja, tanto a nivel de las diferencias de opinión o modos de actuar, como sobre las preferencias a nivel íntimo, da la libertad de sugerir tener una relación y/o negarse a ella porque no siente ganas de hacerlo, sin que esto lleve a pensar que lo están rechazando o que no lo aman, y cuando con el paso de los años ya no prime la intimidad sexual, es la confianza la que mantiene unida a la pareja. La falta de confianza en cambio obstaculiza todos los niveles de comunicación (emocional, corporal) y puede llevar a desarrollar un gran desgano y fastidio por la sexualidad.

- Intimidad supone Ternura: la ternura se compone de gestos o palabras generosas con las cuales una persona acaricia no sólo el cuerpo sino también el alma de la otra persona. Son esas miradas de admiración, esa guiñada de ojo que levanta el ánimo, las flores con las cuales decimos “hoy pensé especialmente en ti”, el abrazo de consuelo o de compañía con que la recibimos después de un día de trabajo, los “piropos” o frases de halago que aunque pase el tiempo y el espejo muestre el deterioro, la hagan sentir que la seguimos admirando y amando; es decir, el poder de la ternura es tal, que es el mayor y mejor afrodisíaco, porque motiva a las caricias y mantiene a la pareja enamorados.

Por todo esto es claro que “hacer el amor” es mucho más que ir a la cama, es desarrollar en todos los aspectos de la comunicación y convivencia las posibilidades de entrega e intimidad, buscando siempre mejorar.²⁶

El acceso a la intimidad o respeto al derecho de privacidad para el disfrute de una relación amorosa no cambia con el paso de los años. El placer sexual es una experiencia deseable y válida para los adultos mayores porque les genera gran bienestar, a pesar de que hay menor cantidad de contactos sexuales, están los mismos deseos y una mayor calidad en la relación de pareja, como las características más notables de la sexualidad en el adulto mayor. Pero, las mayores dificultades para acceder a la intimidad o mantener relaciones sexuales, lo sufren aquellos que viven con sus hijos o viven institucionalizados (en casas albergues, centros residenciales), porque no cuentan con el ambiente más adecuado o las normas de la institución se lo prohíben expresamente.⁷

Asimismo, es frecuente que la pareja de adultos mayores cambie o tenga que abandonar su domicilio habitual (por problemas médicos o por incapacidad importante), para vivir con familiares directos o ingresar en

residencias o instituciones, lo cual hace perder la privacidad e intimidad como pareja y pueden presentarse conflictos con los familiares o cuidadores directos por no entender sus expresiones sexuales adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia ellos. Esta situación se agrava más cuando se separa a la pareja con la intención de repartir las cargas del cuidado entre los miembros de la familia, sin pensar que existe en ellos una necesidad de estar juntos, manifestar sus sentimientos, emociones y sexualidad; es decir, se carece del reconocimiento social de la necesidad de mantener, en lo posible, el equilibrio entre la intimidad, dignidad y derechos del anciano, incluso ante cierto grado de incapacidad mental, pues lo que siguen teniendo es la capacidad para sentir placer y en muchas ocasiones precisan tocar y ser tocados. ²

Por otro lado, el acceso a la intimidad sexual puede verse afectada por la disponibilidad o no de una pareja, que es el mejor indicador de la vida sexual especialmente en las mujeres, así como la capacidad de la pareja para mantener relaciones sexuales, complementado por las expectativas impuestas por el entorno social y las reacciones psicológicas negativas propias por situaciones como la jubilación, cambios del estilo de vida, aburrimiento, miedos, insatisfacción con la pareja, la actitud negativa ante el proceso de envejecimiento y la existencia de estresores como la pérdida de la pareja, el deterioro de la red social, déficit socioeconómico y problemas de salud en la familia. ²⁷

Las dificultades específicas en el varón, son las dificultades con la erección (demorada, se alarga el periodo entre las erecciones y mayor dificultad para lograrla), y en la mujer, la dispareunia o dolor durante el coito por la atrofia vaginal, disminuye la lubricación de la mucosa vaginal (sequedad) que se vuelve muy susceptible a las lesiones por el roce durante el coito y posibles infecciones, disminución o inhibición o pérdida del deseo, debido al cese de

la producción hormonal (estrógenos) postmenopausia y por enfermedades sistémicas como la incontinencia urinaria (frecuente en mujeres multíparas), causando disminución o ausencia en la capacidad de respuesta sexual, que suele normalizarse cuando los motivos que la afectaban desaparecen, incluso se enriquece si vive la relación como un medio para expresar mejor su afecto hacia su pareja, pues es sabido que sin el amor, la ternura, un vínculo profundo y una capacidad real de diálogo, la sexualidad acabará muriendo en la pareja sea joven o anciana. ²⁷

B. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD SEXUAL

El efecto de la intervención educativa en el campo de la salud, es la que proporciona información y argumentos para comprender los cambios ocasionados por la acción emprendida y para determinar si las actividades desarrolladas han sido eficaces y eficientes, así como mediante qué procesos se han producido estos cambios; es decir, que las intervenciones deben evaluar el proceso y los resultados o la medida de los cambios atribuibles a la actividad realizada. Ello implica considerar las condiciones en la cual se realizaron, como por ejemplo, el número de participantes en relación a los previstos, el porcentaje de los que se abstienen de participar, calidad de los talleres realizados y la satisfacción con el desarrollo de las sesiones, entre otros. ²⁸

Aportes de la Intervención Educativa

Cuando se evalúa el efecto de una intervención educativa, se obtienen los siguientes aportes:

1. Saber hasta qué punto funciona nuestra intervención
2. Conocer por dónde falla o los componentes que pueden mejorar
3. Aumentar el conocimiento general. ²⁸

Las intervenciones educativas en el campo de la salud, deben ser un proceso que informe, motive y ayude a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirija la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos, ello incluye una serie de actividades dirigidas a la población, para:

- Informar sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que pueden mejorar su salud.
- Motivar para que con el cambio, consigan hábitos más saludables.
- Ayudar a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de educación para la salud de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.²⁹

En la promoción de la salud, se utilizan básicamente dos herramientas: Educación para la salud individual, con una serie organizada de consultas educativas programadas pactadas entre el profesional y el usuario, y la Educación para la salud grupal y/o colectiva, con intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de usuarios y/o pacientes, con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud, y también con intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones para aumentar la conciencia sobre diversos factores (sociales, políticos y ambientales) que influyen sobre la salud, porque esta es un proceso dinámico de construcción personal, colectiva y social, donde los aspectos macro del contexto económico, político se conjugan con los aspectos micros referidos a los individuos y su entorno; en la presente investigación optamos por la segunda

herramienta o de la educación para la salud grupal dirigida a los adultos mayores.³⁰

Dentro de las actividades de promoción de la salud, se inserta la intervención educativa que constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. El objetivo de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar, mediante el fomento de comportamientos y estilos de vida saludables. Un enfoque especialmente efectivo es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias, más motivación y crédito de la información.³⁰

Para que se promocióne la salud mediante una intervención educativa, el individuo recibe un mensaje y para que se produzca un cambio de conducta efectivo y permanente, debe llegar a las tres esferas de la conciencia, que son:

- Cognitiva: referido a razonar e implica el conocimiento alcanzado mediante el ejercicio de las facultades mentales o capacidad mental, que nos permite observar con más detenimiento el término mente, definido como la facultad intelectual que actúa dentro del marco del pensamiento, la memoria, la imaginación y la voluntad.
- Afectiva: referido a todo aquello que es propio o relativo al sentimiento del afecto, para designar la susceptibilidad que el ser humano experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en su entorno. El mensaje le debe llegar al sentimiento, que se sienta identificado afectivamente con el mensaje que está recibiendo.

- Volitiva: que el mensaje recibido lo ayude a decidir en forma consciente y con libertad lo que desea o no, para ordenar su propia conducta, es decir que tenga la voluntad de cambiar. ³¹

Evaluación de la Intervención Educativa

El diseño mismo de la intervención educativa incluye los parámetros a evaluar y prevé la forma de hacerlo. Cada uno de los factores debe ser medido antes y después de la intervención, de modo que con los datos, se pueda reflexionar sobre lo que ha funcionado o ha fallado, asimismo, es importante conocer, cuántos han asistido, si les ha gustado, si han visto los carteles de invitación colocados; por otra parte, es necesario conocer cómo juzgan la calidad de los materiales que se ha producido, su comprensión, el atractivo del formato, de los textos, fotos o dibujos, entre otros; se trata de buscar el rango de opiniones sobre la propuesta de material (folleto, anuncio, etc.), de forma no representativa, mediante una muestra pequeña, de 25 a 75 personas. Por otro lado, la evaluación del proceso examina la cantidad y calidad de la información transmitida, la distribución porcentual de personas que han participado, en una, dos, tres o cuatro de las sesiones programadas (instrumento: registro). Por su parte la opinión anónima sobre la propia actividad, el monitor, los materiales o la sala, ayuda a detectar problemas y a mejorar en cualquier caso (instrumento: encuesta post-sesión). ¹⁶

La evaluación de los resultados, pretende medir los cambios en la población diana ocurridos por nuestra intervención, y se realiza en dos direcciones:

- Qué se mide: referido a la valoración de conductas, cambios organizativos, conocimientos, observaciones, habilidades, entre otros. Lo que se mide viene determinado por los objetivos generales y operativos del programa, si deseamos incrementar la proporción de una actividad, se debe medir antes y después la proporción, pues permite tomar decisiones.

- Cómo se mide: referido al diseño evaluativo y a los instrumentos utilizados. En general se adoptan diseños pre-post, que miden variables antes y después de la intervención, tanto entre los participantes como por medio de encuestas poblacionales.¹⁶

Efecto de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual

El efecto de la intervención educativa, se evidencia en los cambios o modificaciones en el conocimiento sobre salud sexual que presenta el adulto mayor, en los aspectos específicos de sexualidad en la vejez, como el de mitos y realidades sobre la sexualidad, acceso a una pareja, acceso a la intimidad, entre otros, después de haber participado en un proceso de enseñanza aprendizaje en un período determinado de tiempo, como una necesidad para conducir a la motivación individual en el campo de la sexualidad de acuerdo a su entorno social y cultural.³⁰

Medición del Efecto de la Intervención Educativa sobre Salud Sexual

El efecto de la intervención educativa sobre salud sexual, se mide mediante la evaluación, que es el último paso de la intervención, que está enfocado hacia los cambios de las conductas y rendimientos, para verificar los logros adquiridos en función de los objetivos propuestos. Existen diferentes formas de medir el efecto, una de ellas es:

- Efecto Positivo, cuando los puntajes obtenidos en el postest se modifican positivamente o aumentan en comparación con el puntaje del pretest, en los aspectos temáticos utilizados en la intervención.
- Efecto Negativo, cuando los puntajes obtenidos en el postest no se modifican positivamente o disminuyen en comparación con el puntaje del pretest, en los aspectos temáticos utilizados en la intervención.³⁰

C. TEORÍAS DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL ADULTO MAYOR

La investigación se relaciona con las siguientes teorías:

Teoría del Envejecimiento Natural: Propuesta por Catele y Du Nouy, la cual afirma que fisiológicamente los órganos del cuerpo tienen una ley de crecimiento y otra ley de disminución de actividad en la medida en que el tiempo pasa, todo lo cual conlleva a la involución o envejecimiento del ser humano cuyas consecuencias son el déficit del funcionamiento fisiológico y la muerte como consecuencia final. Desde este punto de vista, en la actividad sexual se va produciendo de manera gradual una disminución de la producción de las hormonas sexuales que son las responsables del funcionamiento sexual, es así que entre los 45 a 50 años ésta disminución se hace notoria, en el caso de las mujeres con el cese de la menstruación debido a la falta de estrógenos entrando a la menopausia y en el caso de los varones con la disminución de la producción de la testosterona, complementado con las alteraciones en el sistema circulatorio que altera la llegada de sangre a los tejidos cavernosos del pene masculino, haciendo que pierda potencia o fuerza en la erección, lo que dificulta el coito.¹³

Teoría de las Modificaciones del Sistema Endócrino: Propuesta por Lorand, fundamentado en que el sistema endocrino es quien se encarga de la secreción de las sustancias llamadas hormonas, que funcionan como mensajeros y actúan sobre las células que tienen receptores específicos para dichas sustancias en el cuerpo, con la finalidad de regular muchas funciones orgánicas relacionadas con el metabolismo, reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y conducta. La secreción hormonal se modifica a medida que envejecemos y una de las mejores evidencias es el debilitamiento de la función ovárica con la caída de los niveles de estrógeno en sangre, que trae como resultado la menopausia. Esta

teoría señala al agotamiento de las glándulas sexuales como principal causa del envejecimiento.³²

Teoría Epigenética o del Desarrollo Psicosocial: Propuesta por Erick Erikson para describir las fases del desarrollo de la personalidad en función de cómo se va adecuando a ciertas variables psicosociales. Señala, que los ciclos vitales están determinados por la relación del individuo en crecimiento con la realidad social donde actúa por medio de representantes institucionales diversas que facilitan ese desarrollo. Cada ciclo vital tiene tareas evolutivas que el individuo debe resolver, cuyo acierto o desacierto en satisfacerlas determinará su destino. La tarea o el conflicto principal del adulto mayor es la *Integridad del Yo versus la Desesperación*, referido al momento en que el individuo disminuye (no produce tanto como era capaz anteriormente) o deja de ser productivo y explora la vida como una persona jubilada, porque la vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente, los amigos y familiares fallecen, se afrontan los duelos psicológicos (mente) y sociales (relaciones) que causa el envejecimiento. Asimismo durante este periodo contempla sus logros y puede desarrollar integridad si considera que ha llevado una vida acertada. Erikson dice que un Yo completo proviene de la negociación de los conflictos inherentes en la etapa final de la vida. La integridad forma parte de la maduración gradual en las personas que envejecen, dando características personales a ésta vivencia de la vida y según cómo se resuelva el conflicto, sobre vendrá o no la desesperación. Los intereses en esta etapa incluyen, por ejemplo, la aceptación responsable de la vida tal como se ha vivido, adaptación positiva al deterioro físico y a la muerte inminente, que la sabiduría se consigue en la vejez, pero acepta también formas tempranas de sabiduría en otras etapas de la vida, que se irían produciendo en la medida en que las personas se desarrollan adaptándose a los distintos cambios y sucesos vitales.³²

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL: Definida como el conjunto de actividades intencionales conformado por información o saberes, comunicación y educación a desarrollar con contenidos sobre salud sexual del adulto mayor, mediante un proceso instructivo o de enseñanza aprendizaje. Fué valorado mediante un pretest o prueba de entrada en base a las siguientes variables:

- a) **Mitos y Realidades de la Sexualidad:** referido al conocimiento que muestra tener el adulto mayor respecto a los cambios naturales y a las falsas creencias en contraposición a la información científica existente respecto al ejercicio de la sexualidad. Fue medido como:
 - Conocimiento Inadecuado: cuando obtuvo menos de 8 puntos
 - Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos

- b) **Acceso a una Pareja:** referido al conocimiento que muestra tener el adulto mayor respecto a la disponibilidad o dificultad de tener o no una pareja sexual. Fue medido como:
 - Conocimiento Inadecuado: cuando obtuvo menos de 8 puntos
 - Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos

- c) **Acceso a la Intimidad:** referido a los conocimientos que muestra tener el adulto mayor respecto a la oportunidad o dificultad para expresar sus sentimientos afectivos como ser humano a su pareja. Fue medido como:
 - Conocimiento Inadecuado: cuando obtuvo menos de 8 puntos
 - Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos

2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL: Definida como el cambio o modificación en los conocimientos sobre salud sexual, que evidencie el adulto mayor, después de haber participado en la intervención educativa sobre salud sexual. Fue medida mediante un posttest o prueba de salida, como:

- a) Efecto Negativo: cuando se evidencia que los conocimientos inadecuados sobre salud sexual, se mantienen o incrementan su porcentaje, con resultados de menos de 8 puntos, con respecto al resultado inicial en los tres temas educativos impartidos.

- b) Efecto Positivo: cuando se evidencia que los conocimientos adecuados sobre salud sexual, incrementan o aumentan su porcentaje, con resultados entre 8 a 10 puntos, con respecto al resultado inicial en los tres temas educativos impartidos.

3. HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

La intervención educativa sobre salud sexual, tiene efecto estadísticamente significativo en los conocimientos de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), Punchana 2017.

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La intervención educativa sobre salud sexual del adulto mayor tiene efecto positivo en el conocimiento sobre mitos y realidades de la sexualidad en los adultos mayores.
2. La intervención educativa sobre salud sexual del adulto mayor tiene efecto positivo en el conocimiento sobre acceso a una pareja en los adultos mayores.
3. La intervención educativa sobre salud sexual del adulto mayor tiene efecto positivo en el conocimiento sobre acceso a la intimidad en los adultos mayores.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

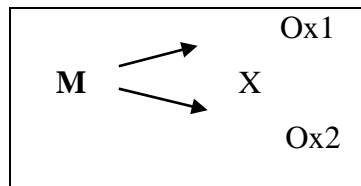
1. Método y Diseño de Investigación

El Método de Investigación que se empleó fue de enfoque cuantitativo, porque las variables se midieron en un nivel numérico para estudiar y describir el problema.

El tipo de investigación fue experimental, por la introducción y manipulación de la variable independiente intervención educativa en conocimientos sobre salud sexual en el adulto mayor para la determinación posterior del efecto, y aplicada, porque previa aplicación de los conocimientos teóricos a una situación concreta se obtuvo consecuencias o cambios en los indicados conocimientos que de ella se derivaron.

El diseño de la investigación, fue cuasi-experimental de un solo grupo intacto pre y post test, porque se aplicó una medición de la variable antes de la intervención de un grupo de adultos mayores y otra medición después de la intervención con la finalidad de evaluar sus efectos. Mediante éste diseño se identificó los conocimientos que poseen sobre salud sexual mediante la aplicación de un pretest o prueba de entrada (antes de la aplicación de la intervención); se elaboró y aplicó un programa de intervención educativa sobre salud sexual en el grupo de adultos mayores; y se evaluaron los cambios o modificaciones en el nivel de conocimientos sobre salud sexual, mediante la aplicación de un posttest o prueba de salida.

El diagrama del diseño es:



Especificaciones

M : Muestra

Ox1: Medición previa u observación antes de la intervención educativa, mediante un pretest

X : Aplicación de la Intervención educativa al grupo experimental

Ox2: Medición posterior u observación después de la intervención educativa, mediante un postest.

2. Población y Muestra

Población

La población, estuvo conformada por todos los adultos mayores, de 60 años a más, de ambos sexos, que asisten de forma regular al Centro Integral del Adulto Mayor en el Hospital Regional de Loreto, en el distrito de Punchana, ciudad de Iquitos, siendo un total de 30 personas.

Muestra

- a) Tamaño de la Muestra: Se determinó la población accesible, sin necesidad de utilizar una fórmula estadística dado su número reducido, considerando los criterios de inclusión, entre todos los adultos mayores que asistieron durante una semana, asumiendo un tamaño de muestra promedio de 15 adultos mayores que reunieron los requisitos para ser incluidos en la investigación.
- b) Procedimiento de Muestreo: el muestreo se realizó aplicando la Escala del Estado Cognitivo de Pfeiffer a los adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente, para determinar su aptitud o capacidad mental

en base a la presentación de un estado cognitivo normal y/o con deterioro cognitivo leve, para participar en el estudio.

- c) Selección de la Muestra: la muestra fue seleccionada considerando los criterios de inclusión utilizando el registro de asistencia diaria del CIAM durante una semana, se fue seleccionando aleatoriamente hasta completar el número total de la muestra, es decir los 15 adultos mayores de 60 años a más.
- d) Criterios de Inclusión: Son los siguientes.
- Adultos de 60 años a más.
 - De sexo masculino y femenino
 - Que sepan leer y escribir
 - Funcionamiento mental normal (estado cognitivo normal o deterioro cognitivo leve, según evaluación de la escala de Pfeifer).
 - Que acepten participar voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento informado.
 - Compromiso de asistir a todas las sesiones o talleres del programa de intervención educativa, es decir, dos veces por semana al Centro Integral del Adulto Mayor.
- e) Criterios de Exclusión:
- Funcionamiento mental deficiente (deterioro cognitivo moderado o severo)
 - No acepta participar voluntariamente en el estudio.
 - No puede asistir regularmente al Centro Integral del Adulto Mayor
- f) Criterios de Salida:
- Aparición de uno de los criterios de exclusión
 - Fallecimiento o viaje fuera de la ciudad
 - En todos los casos no serían reemplazados

3. Técnicas e Instrumentos

Para el proceso de recolección de datos, se empleó la técnica de la entrevista, planteando cada pregunta y esperando que respondan guiándolos paso a paso,

aclarando dudas y brindando la información pertinente. Los instrumentos fueron dos:

a) Cuestionario de Conocimientos sobre Salud Sexual del Adulto Mayor:

elaborado por las autoras, para medir los conocimientos sobre salud sexual estructurado en dos partes, la primera parte con datos de identificación, la segunda parte sobre conocimientos en salud sexual estructurado en tres dimensiones: Mitos y realidades de la sexualidad, acceso a una pareja y acceso a la intimidad, cada una con 10 ítems o preguntas, calificadas como: conocimiento inadecuado cuando obtuvo menos de 8 puntos y conocimiento adecuado cuando obtuvo de 8 a 10 puntos. Fue sometido a prueba de validez y confiabilidad. Duración: 15 minutos. Este instrumento se aplicó como pretest o prueba de entrada antes de la intervención, y como postest o prueba de salida después de la intervención educativa.

b) Programa Educativo sobre Salud Sexual del Adulto Mayor:

Elaborado por las investigadoras con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre salud sexual del adulto mayor, fue desarrollada mediante seis sesiones educativas a razón de tres por semana, durante dos semanas, con una duración de 60 minutos cada una, utilizando diversas técnicas educativas como talleres vivenciales, biodanza, terapias, entre otros, con un contenido específico de acuerdo a tres dimensiones de la salud sexual en estudio: la primera dimensión sobre Mitos y realidades de la sexualidad, con dos sesiones, sesión 1 “Envejecimiento humano sano” y sesión 2 “Mitos y realidades de la sexualidad en el envejecimiento”; la segunda dimensión sobre Acceso a una pareja, con dos sesiones, sesión 3 “Sanando el amor para un disfrute pleno de la sexualidad” y sesión 4 “Terapia del amor”; y la tercera dimensión sobre Acceso a la intimidad, con dos sesiones, sesión 5 “Todos tenemos derecho a la intimidad” y sesión 6 “Terapia de Relajación física y emocional”.

Validez y Confiabilidad

El análisis de validez se realizó para el cuestionario sobre salud sexual del adulto mayor, mediante el procedimiento de juicio de jueces expertos o Método Delphi, conformado por profesionales especializados o que trabajan en el tema del estudio, para verificar si los constructos operacionalizan adecuadamente cada variable a estudiar y si los términos o enunciados utilizados son los correctos, logrando 95% es decir elevada validez. Por su parte la prueba de confiabilidad se realizó sometiendo el instrumento a una prueba piloto, procesando después aplicando el Coeficiente de Cronbach en un 20% de la muestra es decir con seis adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital de Apoyo Iquitos, los mismos que no formaron parte de la muestra de estudio, para analizar las respuestas en las preguntas y evitar que puedan inducir a error o confusión en los sujetos de estudio, logrando aceptable confiabilidad con 92,9% para mitos y realidades, 75,3% en acceso a una pareja y 81,6% en acceso a la intimidad.

4. Procedimiento de recolección de Datos

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- a) Se solicitó la autorización respectiva para la recolección de datos a través del Decanato de la facultad de enfermería de la UNAP a la Dirección del Hospital Regional de Loreto.
- b) Se presentó el anteproyecto, los documentos requeridos y el pago correspondiente, ante el Comité de Ética del Hospital Regional de Loreto, para su revisión y aprobación respectiva.
- c) Se coordinaron las actividades pertinentes: fecha y hora de aplicación del pretest, ambiente de trabajo, fechas y horario de los talleres de la intervención educativa, evaluación de los resultados mediante el posttest, con la enfermera coordinadora del Centro Integral del adulto mayor.
- d) Se iniciaron las actividades coordinadas, bajo responsabilidad de las investigadoras, vistiendo el uniforme de enfermería asistencial, en las fechas y horarios previamente determinados.

- e) Se utilizó el registro de asistencia de los adultos mayores del Centro Integral del adulto mayor, para obtener los datos e identificar a aquellos que cumplían los criterios de inclusión y ser preseleccionados.
- f) Después se aplicó la Escala de valoración del estado cognitivo de Pfeiffer a los adultos mayores preseleccionados, si obtenían estado cognitivo normal o deterioro cognitivo leve y aceptaban participar en el estudio, se les solicitó firmar el consentimiento informado así como un compromiso escrito de asistencia a todas las sesiones programadas.
- g) Se aplicó el pretest utilizando el cuestionario sobre salud sexual a los 15 adultos mayores seleccionados, para identificar sus conocimientos previos sobre salud sexual, con una duración de 15 minutos, leyendo y aclarando los ítems y dejando unos segundos para que marquen sus respuestas.
- h) Se desarrolló las seis sesiones sobre salud sexual, durante dos semanas a razón de tres talleres por semana, en un ambiente del Centro Integral del adulto mayor.
- i) Se aplicó el postest utilizando el cuestionario sobre salud sexual a los 15 adultos mayores seleccionados, para identificar sus conocimientos posteriores sobre salud sexual.

5. Análisis de Datos

En el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22, para un entorno virtual Windows XP en español. El análisis univariado se realizó mediante la estadística descriptiva presentando los resultados en tablas unidimensionales para la distribución de las frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado para la contrastación de la hipótesis se utilizó la estadística inferencial, aplicando la prueba estadística no paramétrica Z de Kolmogorov-Smirnov para el análisis comparativo de las variables numéricas conocimientos en salud sexual en adultos mayores y verificar si los datos provienen de una población con distribución normal antes y después de la intervención educativa (prueba de comparación de medias para muestras

relacionadas), en cuyo caso se utilizaría la prueba paramétrica t de Students para muestras relacionadas que se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal y el tamaño muestral es pequeño; sin embargo, los valores de las observaciones no cumplían con la normalidad, por lo que se descartó el uso de la prueba t de Student y se desarrolló el proceso de prueba de hipótesis utilizando la prueba no paramétrica de distribución libre del rango de Wilcoxon para muestras apareadas, a fin de comparar el efecto o la variación de los conocimientos en el adulto mayor antes y después de la intervención educativa. El nivel de confianza fue del 95%, el nivel de error de $\alpha = 0,05$ y la probabilidad de significancia menor de 0,05 ($p < 0,05$) para aceptar la hipótesis planteada en la investigación.

6. Limitaciones

No se encontraron limitaciones en el desarrollo de la investigación.

7. Protección de los Derechos Humanos

En el desarrollo de la investigación, se tuvo en cuenta:

- a) El respeto y resguardo de los derechos humanos, así como la aplicación de los principios éticos y bioéticos básicos en todo el proceso investigativo.
- b) La investigación fue presentada ante la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y Hospital Regional de Loreto, para su evaluación y aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación, clasificando como una investigación de riesgo mínimo porque no utiliza procedimientos físicos invasivos, protege el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información obtenida.
- c) Autonomía: se indicó a los adultos mayores que la participación en el estudio es voluntaria, libre e independiente, que los instrumentos se administran con su conocimiento y autorización, firmando el consentimiento informado en señal de que aceptan participar.

- d) Justicia: todos los adultos mayores sin discriminación alguna, tuvieron igual opción de participar y las mismas garantías de protección de su dignidad e integridad durante la investigación.
- e) Beneficencia: se brindó retroalimentación individual cuando fue solicitada, los hallazgos se publicaron en pro del beneficio común y pueden generar propuestas de programas de promoción de salud sexual exitosa en adultos.
- e) Respeto: se consideraron las diferentes opiniones e ideas referentes al tema de salud sexual, buscando llegar a un consenso.
- g) No maleficencia: No se causó daños a la integridad física, emocional o moral de los sujetos estudiados, la información recolectada se procesó previamente codificada y en forma agrupada para preservar el anonimato de los participantes y solo se utilizó para fines de la investigación destruyendo posteriormente las evidencias.
- h) Antes y durante la aplicación del cuestionario se les explicó de manera pausada y clara para que puedan entender y contribuir eficazmente en la investigación e independientemente de ello se brindaron las instrucciones del cuestionario.

CAPÍTULO IV

1. RESULTADOS

1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO
MAYOR, PUNCHANA 2017

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Nº	%
EDAD $\bar{x} \pm s = 75,7 \pm 6,7$ años	De 60 a 75 años	6	40,0
	De 76 a 86 años	9	60,0
	TOTAL	15	100,0
SEXO	Femenino	14	93,3
	Masculino	1	6,7
	TOTAL	15	100,0
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	1	6,7
	Casada/Conviviente	9	60,0
	Viudo(a)	5	33,3
	TOTAL	15	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	1	6,7
	Primaria	5	33,3
	Secundaria	7	46,7
	Superior	2	13,3
	TOTAL	15	100,0
OCUPACIÓN	Con ocupación	3	20,0
	Ama de casa	12	80,0
	TOTAL	15	100,0

Fuente: Cuestionario de característica sociodemográficas del Adulto mayor

La tabla 1, muestra las características sociodemográficas de los adultos mayores estudiados, donde 60% (9) tuvieron de 76 a 86 años de edad (dos de 76 y 78 respectivamente, y uno de 79, 80, 82, 83 y 86 años respectivamente) y 40% (6) de 60 a 75 años (uno de 60, 65, 71 y 75 y dos de 73 años); 93,3% (14) son de sexo femenino y 6,7% (1) masculino; 60% (9) tuvieron estado civil casada/conviviente, 33,3% (5) viuda y 6,7% (1) soltera; 46,7% (7) grado de instrucción secundaria, 33,3% (5) primaria, 13,3% (2) superior y 6,7% (1) sin instrucción; 80% (12) refirieron tener ocupación como ama de casa y 20% (3) refirieron tener una ocupación.

TABLA 2

CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL EN RELACIÓN A MITOS Y REALIDADES DE LA SEXUALIDAD, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, PUNCHANA 2017

CONOCIMIENTOS EN MITOS Y REALIDADES DE LA SEXUALIDAD	INTERVENCIÓN EDUCATIVA			
	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Conocimientos Adecuados	2	13,3	11	73,3
Conocimiento Inadecuados	13	86,7	4	26,7
TOTAL	15	100,0	15	100,0

Fuente: Test de conocimientos sobre salud sexual del adulto mayor

La tabla 2, muestra los conocimientos en salud sexual en relación a los mitos y realidades de la sexualidad en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017, donde de 15 (100%) adultos mayores que constituyeron la muestra en estudio, antes de la intervención educativa 86,7% (13) calificaron con conocimientos inadecuados y 13,3% (2) con conocimientos adecuados; y después de la intervención educativa, 73,3% (11) calificaron con conocimientos adecuados y 26,7% (4) con conocimientos inadecuados.

TABLA 3

**CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL EN RELACIÓN A ACCESO
A UNA PAREJA, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, PUNCHANA 2017**

CONOCIMIENTOS EN ACCESO A UNA PAREJA	INTERVENCIÓN EDUCATIVA			
	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Conocimientos Adecuados	6	40,0	12	80,0
Conocimientos Inadecuados	9	60,0	3	20,0
TOTAL	15	100,0	15	100,0

Fuente: Test de conocimientos sobre salud sexual del adulto mayor

La tabla 3, muestra los conocimientos en salud sexual en relación a acceso a una pareja en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017, donde de 15 (100%) adultos mayores que constituyeron la muestra en estudio, antes de la intervención educativa 60% (9) calificaron con conocimientos inadecuados y 40% (6) con conocimientos adecuados; y después de la intervención educativa, 80% (12) calificaron con conocimientos adecuados y 20% (4) con conocimientos inadecuados.

TABLA 4

**CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL EN RELACIÓN A ACCESO
A LA INTIMIDAD, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, PUNCHANA 2017**

CONOCIMIENTOS EN ACCESO A LA INTIMIDAD	INTERVENCIÓN EDUCATIVA			
	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Conocimientos Adecuados	6	40,0	10	66,7
Conocimientos Inadecuados	9	60,0	5	13,3
TOTAL	15	100,0	15	100,0

Fuente: Test de conocimientos sobre salud sexual del adulto mayor

La tabla 4, muestra los conocimientos en salud sexual en relación a acceso a la intimidad en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017, donde de 15 (100%) adultos mayores que constituyeron la muestra en estudio, antes de la intervención educativa 60% (9) calificaron con conocimientos inadecuados y 40% (6) con conocimientos adecuados; y después de la intervención educativa, 66,7% (10) calificaron con conocimientos adecuados y 13,3% (5) con conocimientos inadecuados.

1.2. PRUEBA DE DISTRIBUCIÓN NORMAL

TABLA 5
ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CONOCIMIENTOS EN SALUD
SEXUAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR, PUNCHANA 2017, ANTES Y DESPUÉS DE LA
INTERVENCION EDUCATIVA

CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL				KOLMOGOROV-SMIRNOV (K-S)	
				ESTADÍSTICO	Signif.
ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	DE	LA	- Mitos y realidades	0,225	0,040
			- Acceso a una pareja	0,230	0,021
			- Acceso a la intimidad	0,230	0,021
DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	DE	LA	- Mitos y realidades	0,372	0,000
			- Acceso a una pareja	0,300	0,001
			- Acceso a la intimidad	0,326	0,000

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica Z de Kolmogorov-Smirnov de normalidad (prueba de comparación de medias para muestras relacionadas) a los indicadores de conocimientos en salud sexual en los adultos mayores antes y después de la intervención educativa, se observó que: la significancia para cada indicador de conocimientos antes de la intervención educativa fue, para mitos y realidades de la sexualidad una $p=0,040$ ($p<0,05$) con $Z\text{-KS} = 0,225$; para acceso a una pareja y acceso a la intimidad, una $p=0,021$ ($p<0,05$) con $Z\text{-KS} = 0,230$, respectivamente; mientras que la significancia para cada indicador de conocimientos después de la intervención fueron, para mitos y realidades de la sexualidad una $p=0,000$ ($p<0,05$) con $Z\text{-KS} = 0,372$; para acceso a una pareja una $p=0,001$ ($p<0,05$) con $Z\text{-KS} = 0,300$ y para acceso a la intimidad una $p=0,000$ ($p<0,05$) con $Z\text{-KS} = 0,326$; demostrándose que ninguno de los indicadores de conocimientos en salud sexual en adultos mayores antes y después de la intervención educativa sigue la ley de la distribución normal, por lo que no se puede utilizar la prueba paramétrica t de Student, en consecuencia se utiliza la prueba de hipótesis.

1.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS

En la prueba de hipótesis, se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Rango de Wilcoxon para muestras apareadas o dos muestras relacionadas, a fin de determinar si existe diferencia estadística significativa en las mediciones entre ellas. Es una alternativa a la prueba t de Students cuando no se puede suponer la normalidad de dichas muestras (Tabla 05).

HIPÓTESIS GENERAL

La intervención educativa sobre salud sexual, tiene efecto estadísticamente significativo en los conocimientos de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), Punchana 2017.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

H₀: La intervención educativa en salud sexual del adulto mayor tiene efecto negativo en los conocimientos sobre mitos y realidades de la sexualidad en los adultos mayores.

H_a: La intervención educativa en salud sexual del adulto mayor tiene efecto positivo en los conocimientos sobre mitos y realidades de la sexualidad en los adultos mayores.

Nivel de significancia: $\alpha = \text{Alfa} = 0,05 = 5\%$

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon para comparar las dos mediciones y determinar si existe diferencia estadística significativa entre ambas, cuya expresión es:

$$Z = \frac{T - \mu_T}{\sigma_T}$$

Dónde:

T = Menor de los valores absolutos de las sumas de los rangos positivos y negativos

μ_T = Media de los rangos de los valores de cada observación

σ_T = Desviación estándar de los rangos de los valores de cada observación

Se obtuvo:

- Valor de Estadístico Z = -3,100

- Estimación del p-valor (programa SPSS versión 22) = 0,002 = 0,2%

Se rechaza la hipótesis nula: Si p-valor es < 0,05 (p=significación asintótica bilateral)

Toma de decisión: A un nivel de error del 0,0% el indicador de conocimientos en salud sexual en relación a mitos y realidades de la sexualidad, mejoró significativamente o tuvo un efecto positivo como resultado de la intervención educativa, obteniéndose que existe diferencia estadística significativa entre ambas mediciones, con una **p - valor = 0,002 = 0,2% (p < 0,05)**, aceptándose la hipótesis alterna planteada.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

H₀: La intervención educativa sobre salud sexual del adulto mayor tiene efecto negativo en el conocimiento sobre acceso a una pareja en los adultos mayores.

H_a: La intervención educativa sobre salud sexual del adulto mayor tiene efecto positivo en el conocimiento sobre acceso a una pareja en los adultos mayores.

Nivel de significancia: α = Alfa = 0,05 = 5%

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon para comparar las dos mediciones y determinar si existe diferencia estadística significativa entre ambas, cuya expresión es:

$$Z = \frac{(T - \mu_T)}{\sigma_T}$$

Dónde:

T = Menor de los valores absolutos de las sumas de los rangos positivos y negativos

μ_T = Media de los rangos de los valores de cada observación

σ_T = Desviación estándar de los rangos de los valores de cada observación

Valor de Estadístico $Z = -2,818$

Estimación del p-valor (programa SPSS versión 22) = 0,005 = 0,5%

Se rechaza la hipótesis nula si: p-valor < 0,05 (p = significación asintótica bilateral)

Toma de decisión: A un nivel de error del 0,0% el indicador de conocimientos sobre salud sexual del adulto mayor en cuanto a acceso a una pareja, mejoró significativamente o tuvo un efecto positivo como resultado de la intervención educativa, obteniéndose que existe diferencia estadística significativa entre ambas mediciones, con una **p-valor = 0,005 = 0,5% (p < 0,05)**, aceptándose la hipótesis alterna planteada.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

H₀: La intervención educativa sobre salud sexual del adulto mayor tiene efecto negativo en el conocimiento sobre acceso a la intimidad en los adultos mayores.

H_a: La intervención educativa sobre salud sexual del adulto mayor tiene efecto positivo en el conocimiento sobre acceso a la intimidad en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017.

Nivel de significancia: $\alpha = \text{Alfa} = 0,05 = 5\%$

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon para comparar las dos mediciones y determinar si existe diferencia estadística significativa entre ambas, cuya expresión es:

$$Z = \frac{(T - \mu_T)}{\sigma_T}$$

Dónde:

T = Menor de los valores absolutos de las sumas de los rangos positivos y negativos

μ_T = Media de los rangos de los valores de cada observación

σ_T = Desviación estándar de los rangos de los valores de cada observación

Valor de Estadístico $Z = -3,419$

Estimación del p-valor (programa SPSS versión 22): p-valor = 0,001 = 0,1%

Se rechaza la hipótesis nula si: p –valor < 0,05 (p = significación asintótica bilateral)

Toma de decisión: A un nivel de error del 0,1% el indicador de conocimientos en salud sexual del adulto mayor acceso a la intimidad mejoró significativamente o tuvo un efecto positivo como resultado de la intervención educativa, obteniéndose que existe diferencia estadística significativa entre ambas mediciones con una p-valor = 0,001 = 0,1% ($p < 0,05$), aceptándose la hipótesis alterna planteada.

2. DISCUSIÓN

Al analizar el efecto de la intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual, en adultos mayores, del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), Punchana 2017, se encontró que:

En relación a los mitos y realidades de la sexualidad, antes de la intervención educativa predominaron los conocimientos inadecuados representando 86,7% y después de la intervención educativa se observó un efecto positivo con 73,3% que calificaron con conocimientos adecuados, obteniéndose una significancia estadística de $p\text{-valor} = 0,002 = 0,2\%$ ($p < 0,05$) según la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon. Este resultado no lo pudimos comparar con las variables específicas, pero si en cuanto a las modificaciones obtenidas sobre salud sexual en forma general, es así que tiene similitud con lo encontrado Boudet R. (Cuba, 2011), en su investigación de intervención educativa sobre salud sexual en adultos mayores, encontrando que, 96% tuvieron conocimientos inadecuados antes de la intervención y que el 100% logró revertir positivamente con conocimientos adecuados después de la intervención. Los resultados obtenidos muestran que la intervención educativa aplicada ha sido efectiva y de mucho beneficio para la salud sexual de los adultos mayores participantes, porque ha fortalecido sus conocimientos sobre todo en el tema de mitos sobre la sexualidad, pues a pesar de que la atención en este grupo poblacional ha alcanzado logros notables, sin embargo, en el tema de la sexualidad aún persisten actitudes que tienden a rechazar, juzgar o ignorar la existencia de la actividad sexual en esta edad; es necesario reflexionar sobre la existencia de mitos o prejuicios incluso en el personal de salud que atiende a estas personas, causándoles problemas sexuales capaces de producirles un empobrecimiento emocional y por tanto empeorar la calidad de vida del adulto mayor. Es necesario tomar la decisión de incluir la historia sexual como parte de la historia clínica general para brindar una atención integral al adulto mayor donde se incluyan los aspectos relacionados con su sexualidad.

En relación a acceso a una pareja, antes de la intervención educativa predominaron los conocimientos inadecuados representando 60% y después de la intervención educativa se observó un efecto positivo con 80% que calificaron con conocimientos adecuados, obteniéndose una significancia estadística de $p\text{-valor} = 0,005 = 0,5\%$ ($p < 0,05$) según la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon. Este resultado tiene cierta similitud con lo encontrado por Coraspe XO, et. al. (Venezuela, 2012), en su estudio sobre intervención educativa en la sexualidad del adulto mayor, donde obtuvieron que, antes de la intervención 76% tenía conocimientos regular sobre salud sexual y 52% no tenía acceso a una pareja; posterior a la intervención, 56% tuvieron conocimientos suficientes o buenos y 56% modificaron su forma de pensar ante la oportunidad de acceder a una pareja sexual. Los resultados obtenidos muestran que la falta de conocimientos adecuados acerca del acceso a una pareja sexual en el adulto mayor, pueden limitar la actividad sexual lo cual no quiere decir que no pueda disfrutar de la actividad sexual plenamente, pero es necesario que tenga los conocimientos adecuados para que pueda expresar libremente sus emociones, adquirir compromisos con su pareja de un mayor acercamiento, de mayor cantidad y calidad de comunicación durante toda su existencia, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito, es decir, fundamentalmente necesita aprender a tener una optimización de la calidad de su relación de pareja. El adulto mayor, necesita tener una pareja para expresar su amor, ya no como cuando era joven donde necesariamente se incluía el coito con penetración, sino teniendo la extraordinaria posibilidad de comunicación para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías, afectos, caricias o ternura, acompañamiento, amistad, simplemente decir o hacer a la vez todas esas cosas con las manos, con toda la piel, con un abrazo, un beso, entre otros, como un componente fundamental de satisfacción de sus necesidades de amor y afecto, de su capacidad de sentir, de vivir, expresar y compartir sensaciones corporales, afecto y ternura, independientemente de la edad que tenga.

En relación a acceso a la intimidad, antes de la intervención educativa predominaron los conocimientos inadecuados representando 60% y después de la intervención

educativa se observó un efecto positivo con 66,7% que calificaron con conocimientos adecuados, obteniéndose una significancia estadística de p-valor = 0,001 = 0,1% ($p < 0,05$) según la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon. Este resultado no tiene similitud con lo encontrado por Coraspe XO, et. al. (Venezuela, 2012), en su estudio sobre intervención educativa en la sexualidad del adulto mayor, donde obtuvieron que, antes de la intervención, 52% respondieron no tener acceso a la intimidad o que nunca realizaban el acto sexual, posterior a la intervención, prevaleció el 52% que nunca realizaban el acto sexual. Los resultados muestran que los conocimientos inadecuados predominantes sobre el acceso a la intimidad sexual que tienen los adultos mayores, le afecta para ejercerla a pesar de tener la disponibilidad de una pareja; sin embargo, el acceso a la intimidad es el mejor indicador de la vida sexual y de la capacidad de la pareja para mantener relaciones sexuales, complementado por las expectativas impuestas por el entorno social y las reacciones psicológicas negativas propias por situaciones como la jubilación, cambios del estilo de vida, aburrimiento, miedos, insatisfacción con la pareja, la actitud negativa ante el proceso de envejecimiento y la existencia de estresores como la pérdida de la pareja, el deterioro de la red social, déficit socioeconómico y problemas de salud en la familia. En el caso de los varones, específicamente se relacionan con dificultades en la erección (demorada o mayor dificultad para lograrla) y en la mujer, la dispareunia o dolor durante el coito por la atrofia vaginal, la disminución de la lubricación de la mucosa vaginal (sequedad) que se vuelve muy susceptible a las lesiones por el roce durante el coito y posibles infecciones, disminución o inhibición o pérdida del deseo, debido al cese de la producción hormonal (estrógenos) postmenopausia y por enfermedades sistémicas como la incontinencia urinaria (frecuente en mujeres multíparas), afecta su capacidad de respuesta sexual; ante ello, el profesional de enfermería puede intervenir hacia la normalización de los motivos que afectan la intimidad sexual, dándoles la oportunidad de enriquecer su relación como un medio para expresar mejor su afecto hacia su pareja, pues es sabido que sin el amor, la ternura, un vínculo profundo y una capacidad real de diálogo, la sexualidad acabará muriendo en la pareja sea joven o sea adulto mayor.

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegamos después de realizar el estudio, en relación con los objetivos y resultados obtenidos, son:

1. Las características sociodemográficas de los adultos mayores estudiados fueron: 60% tuvieron entre 76 a 86 años de edad; 93,3% fueron de sexo femenino; 60% tuvieron estado civil casada/conviviente; 46,7% con grado de instrucción secundaria y 80% con ocupación ama de casa.
2. Los conocimientos sobre salud sexual del adulto mayor fueron: Antes de la intervención, 86,7% tuvieron conocimientos inadecuados en mitos y realidades de la sexualidad, 60% con conocimientos inadecuados en acceso a una pareja y en acceso a la intimidad, respectivamente. Después de la intervención, 73,3% tuvieron conocimientos adecuados en mitos y realidades de la sexualidad, 80% con conocimientos adecuados en acceso a una pareja y 66,7% con conocimientos adecuados en acceso a la intimidad.
3. Se obtuvo efecto positivo como resultado de la intervención educativa, obteniéndose que existe diferencia estadística significativa entre ambas mediciones, en: mitos y realidades de la sexualidad (p -valor = 0,002 = 0,2%; $p < 0,005$); en acceso a una pareja (p -valor = 0,005 = 0,5%; $p < 0,005$); y en acceso a la intimidad (p -valor = 0,001 = 0,0%; $p < 0,005$); aceptándose las tres hipótesis específicas planteadas.

4. RECOMENDACIONES

1. Al Centro de Atención Integral del Adulto mayor, para que repliquen esta intervención educativa en otros grupos de adultos mayores, a fin de favorecer el desarrollo sano de la sexualidad.
2. Que se apliquen programas de intervención educativa con otras temáticas, por ser una forma efectiva de obtener logros satisfactorios en la modificación de ciertas conductas o comportamientos, que pueden favorecer el autocuidado de la salud física y mental del adulto mayor.
3. A la Facultad de Enfermería, considerar en la currícula de formación profesional estos resultados para mejorar la intervención en los adultos mayores y propiciar nuevas investigaciones sobre este grupo profesional.
4. A la comunidad científica, a seguir realizando investigaciones con ésta metodología utilizando diversas variables y dirigida a diferentes grupos poblacionales, para favorecer a la salud de la comunidad y de la población en general.
5. A los adultos mayores a tomar conciencia de que en este momento de su vida, la persona más importante es él mismo, por ello debe buscar disfrutar plenamente su vida, con la certeza de que ha cumplido en su momento con el rol que le ha asignado la sociedad.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salas E. Aprendiendo a envejecer. Universidad Nacional de Chile. 2011. Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/emma_2.pdf>
2. Álvarez L, Rodríguez A, Salomón N. Salud sexual y envejecimiento. Rev. Cubana Salud Pública. V. 34(1). Cuba. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S086434662008000100010&script=sci_arttext>
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Washington, Estados Unidos. 2017. Disponible en: www.who.int/agein/about/facts/es/
4. Organización de Naciones Unidas. Situación demográfica en el mundo 2014. Envejecimiento de la población. Nueva York, EE. UU. 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. Informe Técnico N° 4, diciembre 2016. Lima, Perú. 2016. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informetecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
6. Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM). Estadísticas sobre el adulto mayor. Mes febrero. Iquitos, Perú. 2017.
7. Sarmientos GV, Pagola J, Oramas L. La sexualidad en el adulto mayor. Rev. Salud Sex. 2010. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ssoc/vol5_3_99/ssoc08399.htm>
8. Viriam L, Arguedas C, Hidalgo M, Navarro Y. Enfoque de género y cambios culturales. Rev. de Ciencias Sociales. Universidad La Rioja. España. 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4568325>
9. Perdomo I, Oria NL, Segredo AM, Martín X. Conducta sexual de los adultos mayores en el área de salud Tamarindo, 2010. Rev. Cubana Med. Gen Integr. vol.29 no.1, La Habana ene.-mar. 2013. Cuba. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252013000100003
10. Cerquera AM, Galvis MJ, Cala ML. Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez. Psychol. av. discip. vol. 6, n° 2 Bogotá July/Dec. 2012. Universidad

Pontificia Bolivariana. Colombia. 2012. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190023862012000200007

11. Coraspe XO, Dasilva DJ, García DB, Máita RA, Ortega HO. Intervención educativa la sexualidad del adulto mayor, La Lorena club de Abuelos “El Paraíso” Heres Bolívar marzo-julio 2012. República Bolivariana de Venezuela. 2012.
12. Boudet R. Intervención educativa sobre salud sexual en ancianos y ancianas del Centro urbano “Abel Santamaría Cuadrado”. MEDISAN v.14 n.4 Santiago de Cuba 1/Mayo-9/jun. Cuba. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400005&script=sci_arttext
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar. Lima, Perú. 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib 1292/libro.pdf
14. Flores SC, Cahuaza L, Villacorta BY. Factores sociodemográficos y comportamiento sexual, del adulto mayor que asiste al Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto. Iquitos, 2011. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Perú. 2011.
15. Touriñán JM. Intervención educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. Revista Portuguesa de Pedagogía Extra-Série. 2011. Universidad de Santiago de Compostela. Galicia, España. 2011.
16. Díez E. Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. Barcelona, España. 2010. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/267/583>
17. Ministerio de Educación – MINEDU. Tutoría y Orientación Educativa (TOE) en la Educación Secundaria. Lima, Perú. 2015.
18. Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de informes Técnicos. Ginebra. 2012.

19. Sexualidad, género y relaciones de pareja. Universidad de Huelva. España. 2012. Disponible en: <http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/Apuntes/programas/Sexualidad/sexualidad.pdf>
20. Ministerio de Salud - MINSA. Salud sexual y reproductiva. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud sexual y reproductiva. Perú. 2015. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10
21. Velásquez P. Sexualidad en el adulto mayor. Hospital Josefina Martínez de Ferrari. Universidad Andrés Bello. 2012. Disponible en: http://es.slideshare.net/gaby_miranda_carmen/sexualidad-en-el-adulto-mayor-diapositivas-pdf?next_slideshow=1
22. Gamboa C, Valdés S. Manual Taller sexualidad. El embarazo en adolescentes. Instituto Aguascalentense de Las Mujeres. México. 2013.
23. Santos M. Sexualidad en el anciano. España. 2013. Disponible en: http://es.slideshare.net/DRAMONISANTOS/sexualidad-en-el-anciano-ppt?next_slideshow=2
24. Moreno L. La Sexualidad. Venezuela. 2011. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/2568203/La-Sexualidad>
25. Monroy I. Sexualidad en el adulto mayor. 2014. Disponible en: http://es.slideshare.net/ams_1977/sexualidad-en-el-adulto-mayor-40781650
26. Tobar, D. Intimidad y sexualidad. EE. UU. 2014. Disponible en: <http://www.portumatrimonio.org/prepara/v/intimidad-y-sexualidad/>
27. Olivera C, Bujardón A. Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor. RevHumMed v.10 n.2 Camaguey Mayo-ago. Cuba. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202010000200006&script=sci_arttext
28. Gobierno de Chile. Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud 2014. Chile. 2013. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplan_com2014.pdf
29. Marqués F. Marco teórico de la promoción y la educación para la salud. España. 2012. Disponible en: http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fitxers/unidad_1.pdf

30. Isla CA, Solar MT. Efecto de un programa educativo en el conocimiento y actitud de las adolescentes de una institución educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma. Lima.
Perú. 2015 Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/378/1/Isla_ca% 3B%20Solar_mt.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/378/1/Isla_ca%20Solar_mt.pdf)
31. Molina S. Educación para la salud. Argentina. 2012.
32. González J. Teorías de envejecimiento. Tribuna del Investigador, Vol. 11, N° 1-2. Venezuela. 2010.

ANEXOS

Efecto de la intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual, en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Punchana 2017

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

FECHA: / /

HORA:

Propósito:

Muy buenas tardes, respetable señor/a, somos las Bachilleres en Enfermería: Chavez Marin Lesbi, Gomez Mori Sonia y Rojas Angulo Ana Ruth, egresadas de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Enfermería y nos encontramos realizando la tesis titulada: Efecto de la intervención educativa sobre conocimientos en salud sexual, en adultos mayores del Centro Integral de Adultos Mayores, Punchana 2017, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. El propósito de la investigación es identificar cuánto conoce usted sobre salud sexual en ésta etapa de su vida para después hacerle partícipe de un programa de conocimientos sobre temas de salud sexual en el adulto mayor y posteriormente volver a evaluar sus conocimientos y determinar, si hubo o no aumento del mismo, lo cual consideramos será de beneficio en su salud física y mental; asimismo, la aceptación para participar implica cumplir con asistir puntualmente al CIAM a seis sesiones educativas, a razón de tres sesiones por semana, durante dos semanas.

Elección a participar en el estudio:

Es por ello, que solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización para participar de forma voluntaria en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, solo por las investigadoras y para los objetivos del estudio. Le informamos además, que si después de haber aceptado participar usted desea retirarse en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio de su integridad física o moral, sin tener que dar explicaciones y sin ningún tipo de condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 25 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta participar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Bachiller en Enfermería Ana Ruth Rojas Angulo, al teléfono N° 930493970. Si está de acuerdo, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

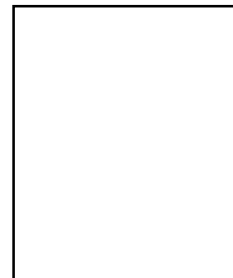
FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

He leído y/o escuchado la información sobre el estudio, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento informado recibido y decido participar en forma voluntaria en la presente investigación, por lo que firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2017

.....

Firma del participante



Huella digital

ANEXO 2

ESCALA DEL ESTADO COGNITIVO DE PFEIFFER

I. PRESENTACIÓN

La Escala del Estado Cognitivo de Pfeiffer, permite valorar el funcionamiento mental del adulto mayor a través de 10 preguntas las mismas que son evaluadas como acierto y error. Duración: 10 minutos.

II. INSTRUCCIONES

Marque con una X donde corresponda, sea acierto o error. No deje ningún ítem o pregunta sin contestar.

III. CONTENIDO

FECHA: / /

CÓDIGO: -----

A. DATOS DE IDENTIFICACION:

- Edad: ----- Sexo: F M Estado civil: -----
- Grado de instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()
Superior (Técnica) (Universitaria)
- Ocupación: ----- Vive: Solo () Con pareja ()
Con otras personas (Especificar) -----

ESTADO COGNITIVO DE PFEIFFER (Asigne un punto por cada error)	ACIERTO	ERROR
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	0	1
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	0	1
3. ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	0	1
4. ¿Cuál es su número de teléfono?. Si no tiene ¿Cuál es la dirección de su vivienda (completa)?	0	1

5. ¿Cuántos años tiene?	0	1
6. ¿Dónde nació?	0	1
7. ¿Cuál es el nombre del actual presidente del Perú?	0	1
8. ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	0	1
9. Dígame el primer apellido de su madre	0	1
10. Reste de 3 en 3 desde 30 (un error hace errónea la respuesta)	0	1
TOTAL:		

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

CALIFICACIÓN

1. VALORACIÓN COGNITIVA (MENTAL)

- a) Normal o Sin Deterioro Cognitivo : Si tiene 2 Errores
- b) Deterioro Cognitivo Leve : De 3 a 4 Errores
- c) Deterioro Cognitivo Moderado : De 5 a 7 Errores
- d) Deterioro Cognitivo Severo :De 8 a 10 Errores

Nota: Si la persona tiene solo primaria incompleta o es analfabeta, se resta un punto a la suma total.

ANEXO 3
CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL DEL ADULTO MAYOR
(PRETEST Y POSTEST)

I. PRESENTACIÓN

El presente instrumento ha sido elaborada con el fin de obtener información sobre la salud sexual del adulto mayor, en tres dimensiones: mitos y realidades de la sexualidad, acceso a una pareja y acceso a la intimidad. Consta de diez ítems con dos alternativas de respuestas, donde solo una es la correcta y tiene el valor de un punto. Se aplica en dos momentos: como pretest antes de la intervención educativa y como postest después de la intervención educativa. Es confidencial y anónimo, nadie sabrá lo que usted dice, su respuesta es muy valiosa para entender su nivel de conocimiento, por ello, le pedimos sinceridad y honestidad. Muchas gracias.
Duración: 15 minutos.

II. INSTRUCTIVO

Marque con una X la alternativa de respuesta que indique el adulto mayor de acuerdo a como se presenta la situación en su comportamiento sexual actual.

III. CONTENIDO

Sección I: MITOS Y REALIDADES DE LA SEXUALIDAD <i>Las personas de 60 años a más, llamados adultos mayores:</i>	SI	NO
1. No deben seguir interesándose ni preguntar sobre temas de sexualidad	0	1
2. Solo los jóvenes y adultos deben hablar sobre sexualidad	0	1
3. La actividad sexual es frecuentemente peligrosa para la salud	0	1
4. Experimentan reducción del placer del orgasmo en comparación con el joven	0	1
5. La mayoría pierde o no sigue manteniendo el interés sexual	1	0
6. Aceptan tener la relación sexual aun sin desearlo	1	0
7. No mantiene su capacidad fisiológica para el acto sexual coital	0	1
8. No debe manifestar amor a su pareja en público y en todo lugar	0	1

9. Está mal visto que en la edad mayor, busquen tener una nueva pareja	0	1
10. Ya no necesitan tener pareja	0	1
TOTAL:		
Sección II: ACCESO A UNA PAREJA	SI	NO
1. Necesita tener su pareja conyugal hasta muy avanzada edad	1	0
2. Se queda solo al perder a la pareja	0	1
3. Es difícil conseguir una pareja	1	0
4. Solamente se puede tener una pareja hasta el fallecimiento del/a esposo/a	0	1
5. No siente atracción por tener una pareja	0	1
6. La familia o los hijos se oponen o se opondrían a que tenga nueva pareja	1	0
7. No tener pareja a esta edad es bueno porque están más tranquilos	0	1
8. La falta o pérdida de la pareja no produce problemas porque es la ley de la vida	1	0
9. La falta de una pareja produce desgano, falta de interés por todo	1	0
10. Da mucha cólera o impaciencia ver que otros a mi edad tienen pareja	0	1
TOTAL:		
Sección III: ACCESO A LA INTIMIDAD	SI	NO
1. La intimidad se refiere a la relación sexual con penetración	0	1
2. La intimidad permite expresar los sentimientos y afectos a la pareja	1	0
3. Toda pareja a cualquier edad merece respeto al derecho de privacidad sexual	1	0
4. La intimidad causa el mayor bienestar para las personas adultas mayores	1	0
5. La intimidad permite seguir disfrutando de la relación amorosa y sexual	1	0
6. La intimidad no se afecta por enfermedad, críticas u ofensas en la vida diaria	0	1
7. Ciertas situaciones dificultan la intimidad, como: vivir con los hijos o familiares, no tener un ambiente adecuado.	1	0
8. La intimidad no se refiere a la calidad de la relación de pareja sino al acto sexual propiamente dicho.	0	1
9. La intimidad no tiene que ver con darse mutua seguridad, placer, compañía, consuelo y apoyo	0	1
10. La palabra intimidad aparte de lo sexual, incluye otros aspectos de la vida: la emocional, espiritual, interacciones, entre otros.	1	0
TOTAL:		

OSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

2. MITOS Y REALIDADES DE LA SEXUALIDAD

Total: 10 puntos. Medido como:

- a) Conocimiento Inadecuado: cuando obtenga menos de 8 puntos
- b) Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos

3. ACCESO A LA PAREJA

Total: 10 puntos. Medido como:

- a) Conocimiento Inadecuado: cuando obtenga menos de 8 puntos
- b) Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos

4. ACCESO A LA INTIMIDAD

Total: 10 puntos. Medido como:

- a) Conocimiento Inadecuado: cuando obtenga menos de 8 puntos
- b) Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos

ANEXO 4
PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SALUD SEXUAL DEL ADULTO
MAYOR

I. OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Modificar positivamente con el incremento de conocimientos sobre la salud sexual de los adultos mayores que asisten al CAIAM del Hospital Regional de Loreto.

II. DIMENSIONES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

1. MITOS Y REALIDADES DE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Sesión 1: “Envejecimiento Humano Sano”

- a) Objetivo: Reconocer los cambios anatómico-fisiológicos normales así como los estilos y condiciones de vida favorables para un envejecimiento sano.
- b) Tiempo: 60 minutos
- c) Materiales: video, pancartas, papel, lápiz y borrador
- d) Contenido:
 - Etapas y tipo de envejecimiento, cambios anátomo-fisiológicos.
 - Estilos y condiciones de vida que favorecen una salud armónica y un envejecimiento sano.
 - Decálogo de los derechos de la vejez
- e) Metodología
 - Actividad 1: Bienvenida
 - Actividad 2: Técnica de presentación por parejas.
 - Actividad 3: Presentación del video “Sexualidad del adulto mayor”.
 - Actividad 4: Dinámica grupal para plantear preguntas y socializarlas.
 - Actividad 5: Sesión educativa sobre los procesos de envejecimiento y la importancia del autocuidado.
 - Actividad 6: Evaluación de lo aprendido y retroalimentación
 - Actividad 7: Cierre, con agradecimiento y despedida

Sesión 2 “Mitos y realidades de la sexualidad en el envejecimiento”

- a) Objetivo: Reconocer los mitos y su repercusión negativa en la sexualidad en contraposición con la realidad y sus beneficios para el adulto mayor.
- b) Tiempo: 60 minutos
- c) Materiales: video, pancartas, papel, lápiz y borrador
- d) Contenido:
 - Mitos de la sexualidad en el envejecimiento
 - Realidad de la sexualidad que favorece la salud sexual del adulto mayor
- e) Metodología
 - Actividad 1: Bienvenida
 - Actividad 2: Dinámica “Me pica”
 - Actividad 3: Presentación del video “Mitos y Realidades en la Sexualidad del adulto mayor”.
 - Actividad 4: Debate previa discusión grupal sobre el tema y socialización.
 - Actividad 5: Ronda de aceptación de la realidad de la sexualidad en el envejecimiento.
 - Actividad 6: Evaluación de lo aprendido y retroalimentación
 - Actividad 7: Cierre, con agradecimiento y despedida

2. ACCESO A UNA PAREJA

Sesión 3: “Sanando el amor para un disfrute pleno de la sexualidad”

- a) Objetivo: Reconocer que el amor es la base primordial de la convivencia humana y que debe irradiar de nosotros hacia nosotros mismos y hacia los demás
- b) Tiempo: 60 minutos
- c) Materiales: video, pancartas, papel, lápiz y borrador
- d) Contenido:
 - El amor en el envejecimiento
 - Reconocimiento del amor que hay en cada persona
 - Curando heridas y suavizando cicatrices del alma
- e) Metodología
 - Actividad 1: Bienvenida

- Actividad 2: Dinámica “Quién soy”
- Actividad 3: Presentación del video “El Amor”.
- Actividad 4: Debate previa discusión grupal sobre el tema y socialización.
- Actividad 5: “Terapia del Perdón”
- Actividad 6: Evaluación de lo aprendido y retroalimentación
- Actividad 7: Cierre, con agradecimiento y despedida

Sesión 4: “Terapia del amor. Biodanza”

- a) Objetivo: Sanación del amor como una forma de buscar la felicidad a través de la biodanza
- b) Tiempo: 60 minutos
- c) Materiales: equipo de sonido, música, ropa cómoda, medias gruesas.
- d) Contenido:
 - El amor
 - Dar y recibir amor
- e) Metodología
 - Actividad 1: Cambiarse para la biodanza
 - Actividad 2: Bienvenida en círculo
 - Actividad 3: Biodanza propiamente dicha
 - Actividad 4: Reconocimiento de lo vivenciado en la experiencia
 - Actividad 5: de cierre, con agradecimiento y despedida

3. ACCESO A LA INTIMIDAD

Sesión 5: “Todos tenemos Derecho a la Intimidad”

- a) Objetivo: brindar información sobre el derecho a la intimidad y demostrar el papel determinante para alcanzar una salud sexual satisfactoria.
- b) Tiempo: 60 minutos
- c) Materiales: papel, lápiz, borrador.
- d) Contenido:
 - La intimidad, contexto y elementos para mejorarla
 - Derecho a la intimidad

e) Metodología

- Actividad 1: Bienvenida
- Actividad 2: Dinámica “Lo que me gusta de ti”
- Actividad 3: Técnica de análisis ¿Por qué?. Derecho a la Intimidad
- Actividad 4: Sesión educativa sobre la Intimidad, contexto y elementos para mejorarla.
- Actividad 5: Evaluación de lo aprendido y retroalimentación
- Actividad 6: Cierre, con agradecimiento y despedida

Sesión 6: “Terapia de Relajación Física y Emocional”

a) Objetivo: Sanación del alma y alivio de tensiones físicas y emocionales

b) Tiempo: 60 minutos

c) Materiales: equipo de sonido, música, ropa cómoda, colchoneta, almohada y sabana.

d) Contenido:

- La Relajación

e) Metodología

- Actividad 1: Acondicionar las colchonetas, almohadas y sabanas
- Actividad 2: Cambiarse y ponerse cómodos
- Actividad 3: Bienvenida e indicaciones pertinentes
- Actividad 3: Relajación propiamente dicha
- Actividad 4: Reconocimiento de lo vivenciado en la experiencia
- Actividad 5: Cierre, con agradecimiento y despedida

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV. AGRADECIMIENTO Y DESPEDIDA

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su valiosa participación!

ANEXO 5
MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
VARIABLE INDEPENDIENTE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	Definida como el conjunto de conocimientos intencionales de un proceso instructivo o de enseñanza aprendizaje, con contenidos sobre salud sexual del adulto mayor. Fue valorado mediante un cuestionario sobre salud sexual del adulto mayor (en modalidad de pretest y postest) en base a los siguientes indicadores:	a) Mitos y Realidades de la Sexualidad	Conocimiento que muestra el adulto mayor sobre las falsas creencias en contraposición a la información científica respecto al ejercicio de la sexualidad. Fue medido como: - Conocimiento Inadecuado: cuando obtuvo menos de 8 puntos - Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos	Nominal	Pre test Conocimientos sobre Salud Sexual del Adulto Mayor
		b) Acceso a una Pareja	Conocimiento que tiene el adulto mayor respecto a la disponibilidad o dificultad de tener una pareja sexual. Fue medido como: - Conocimiento Inadecuado: cuando obtuvo menos de 8 puntos - Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos	Nominal	
		c) Acceso a la Intimidad	Conocimiento que tiene el adulto mayor sobre la oportunidad o dificultad para expresar sentimientos afectivos a su pareja. Fue medido como: - Conocimiento Inadecuado: cuando obtuvo menos de 8 puntos - Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 8 a 10 puntos	Nominal	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>EFEECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL</p>	<p>Definida como el cambio o modificación en los conocimientos sobre salud sexual, que evidencie el adulto mayor, después de haber participado en la intervención educativa sobre salud sexual. Fue medida mediante un postest o prueba de salida, como:</p>	<p>a) Efecto Negativo</p> <p>b) Efecto Positivo</p>	<p>Cuando los conocimientos inadecuados mantuvieron su porcentaje o bajaron a menos de 8 puntos, sin evidenciar cambios o incremento en los conocimientos sobre salud sexual, con respecto al resultado inicial de los tres temas educativos impartidos.</p> <p>Cuando los conocimientos inadecuados disminuyeron en porcentaje, aumentando el porcentaje de conocimientos adecuados, entre 8 a 10 puntos, evidenciando incremento en los conocimientos sobre salud sexual, con respecto al resultado inicial de los tres temas educativos impartidos.</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Postest Conocimientos sobre Salud Sexual del Adulto Mayor</p>