



**PRÁCTICAS SEXUALES Y FACTORES ASOCIADOS A ITS/VIH-SIDA, EN
ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA**

ANGIE PAOLA FLOREZ PADILLA

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR TÍTULO DE:
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C**

2024



**PRÁCTICAS SEXUALES Y FACTORES ASOCIADOS A ITS/VIH-SIDA, EN
ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2024**

ANGIE PAOLA FLOREZ PADILLA

TUTORA:

MARÍA CRISTINA SARMIENTO RUBIANO

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA - MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**

2024

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a mi asesora María Cristina Sarmiento, por su paciencia, guía y sabiduría en cada paso de este trabajo. A mis compañeras de estudio de maestría por el apoyo y el compañerismo que siempre han mostrado. También agradezco a la Universidad del Sinú y la Alcaldía de Cartagena desde la secretaría de Participación Ciudadana en la Unidad de Adulto mayor, por el acceso a recursos y el apoyo brindado. A los adultos mayores del centro de vida que participan en el programa de adulto mayor de la secretaría de participación, puesto que, con su valiosa colaboración e información ha sido viable la realización de esta investigación. Finalmente agradezco, a mi familia, pareja y amigos, quienes con su apoyo incondicional hicieron posible este logro.

DEDICATORIA

A mi madre Xiomara y mis hermanos Wilman y Ashly, que con su amor, paciencia y dedicación me han enseñado el valor del esfuerzo y la perseverancia. A mi pareja Oscar, quien siempre creyó en mí y me alentó a seguir a pesar de los obstáculos. A mis amigos, por estar siempre ahí en los momentos de alegría y dificultad. A toda mi familia, que siempre me brinda apoyo en momentos difíciles. Y a la memoria de mi padre Wilman, quien en vida siempre me motivó a superarme y perseguir mis metas y sueños.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVOS	18
CAPÍTULO 2.....	19
MARCO DE REFERENCIA	19
MARCO TEÓRICO	21
MARCO LEGAL.....	26
MARCO CONCEPTUAL.....	29
CAPÍTULO 3.....	35
DISEÑO METODOLÓGICO	35
CAPÍTULO 4.....	50
RESULTADOS	50
DISCUSIÓN.....	65
CAPÍTULO 5.....	72
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	90

Lista de Tablas

Tabla 1.	Resumen de Teorías de psicología social aplicadas a la sexualidad. ...	22
Tabla 2.	Operacionalización de variables.....	37
Tabla 3.	Características Sociodemográficas de adultos mayores Cartagena 2024.	50
Tabla 4.	Prácticas Sexuales y de Riesgo en adultos mayores estratificada por sexo, 2024.	55
Tabla 5.	Conocimientos, percepción del riesgo y creencias frente a las ITS VIH/SIDA en adultos mayores 2024, estratificada por sexo.....	58
Tabla 6.	Antecedentes de ITS y abordaje por profesional de la salud en adultos mayores 2024, estratificado por sexo.	60
Tabla 7.	Características asociadas a antecedentes de ITS en adultos mayores de Cartagena 2024.	62
Tabla 8.	Características asociadas a antecedentes de ITS en adultos mayores de Cartagena 2024. Modelo ajustado.	64

Lista de ilustraciones y gráficos

Ilustración 1.	Resultado Cálculo de muestra en Epidat 4.2	36
Gráfico 1.	Procedencia de adultos mayores participantes del estudio, 2024.	52
Gráfico 2.	Actividad sexual según relación de pareja en adultos mayores, 2024.	53
Gráfico 3.	Nombre de Potencializadores utilizados por los adultos mayores.....	56
Gráfico 4.	Motivos de realización prueba VIH adultos mayores.....	61
Gráfico 5.	Nombre de antecedente de ITS en adultos mayores	61

Lista de Anexos

Anexo 1. Listado de Centros de Vida de la Ciudad de Cartagena.....	90
Anexo 2. Cuadro del muestreo aleatorio estratificado	91
Anexo 3. Consentimiento informado.....	92
Anexo 4. Instrumento de recolección de datos.....	93

RESUMEN

Introducción: El incremento de la esperanza de vida ha generado un crecimiento de la población adulta mayor, lo que redefine roles y estructuras familiares, planteando nuevos desafíos en salud pública. A pesar de que la sexualidad sigue siendo relevante para el bienestar físico y emocional en esta etapa, persisten estereotipos y tabúes que limitan la promoción de la salud sexual en los mayores. Este estudio explora las prácticas sexuales de los adultos mayores y factores asociados a la prevalencia de ITS y VIH/SIDA, así como sus conocimientos, percepción de riesgo, antecedentes y abordaje. **Objetivo:** Caracterizar las prácticas sexuales y los factores asociados a ITS y VIH/SIDA en los adultos mayores de Cartagena. **Método:** Descriptivo de corte transversal con enfoque empírico analítico, realizado en 2024. Mediante un muestreo bi etápico, participaron 343 adultos mayores de los Centros de vida, Se comparó la media de cada variable estratificada por sexo, implementando una prueba Chi cuadrado. **Resultados:** Se observó una edad mediana de 74, el 29% tenían vida sexual activa, siendo que tener pareja y el género fueron factores determinantes de la actividad sexual, en que los hombres manifestaron mayor actividad sexual y mayor uso de preservativos, no obstante, también revelaron mayor número de parejas sexuales y conductas sexuales de riesgo. **Conclusiones:** Los participantes presentaron conocimientos sobre VIH, sin embargo, persisten creencias incorrectas que pueden influir en la percepción del riesgo y en las prácticas de prevención, se sugiere mejorar la educación y el acceso a servicios de salud sexual para esta población.

Palabras claves: Sexualidad, Anciano, Enfermedades de transmisión sexual, VIH.

ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy has generated a growth in the older adult population, which redefines roles and family structures, posing new challenges in public health. Although sexuality continues to be relevant for physical and emotional well-being at this stage, stereotypes and taboos persist and limit the promotion of sexual health in the elderly. This study explores the sexual practices of older adults and factors associated with the prevalence of STIs and HIV/AIDS, as well as their knowledge, risk perception, history and approach. **Objective:** To characterize sexual practices and factors associated with STIs and HIV/AIDS among older adults in Cartagena. **Method:** Descriptive cross-sectional study with an empirical analytical approach, carried out in 2024. The mean of each variable stratified by sex was compared, using a Chi-square test. **Results:** A median age of 74 was observed, 29% had an active sexual life, being that having a partner and gender were determinants of sexual activity, in which men manifested greater sexual activity and greater use of condoms, however, they also revealed a greater number of sexual partners and risky sexual behaviors. **Conclusions:** Participants presented knowledge about HIV, however, incorrect beliefs persist that may influence risk perception and prevention practices, it is suggested to improve education and access to sexual health services for this population.

Keywords: Sexuality, Aged, Sexually Transmitted Diseases, HIV.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial ha generado una transición en la dinámica demográfica donde se observa un incremento de personas adultas mayores, lo cual ha redefinido las estructuras familiares así como los roles que cumplen estos en la sociedad, lo que puede generar desafíos requiriendo una estrategia integral de salud pública donde se requiere cambiar estereotipos alrededor de la vejez que resultan limitantes en este curso de vida, como lo es en la sexualidad (1).

Estudios recientes, revelan que la sexualidad en adultos mayores continúa presente y además, representa un aspecto importante en su bienestar físico y emocional para un envejecimiento saludable (2,3).

No obstante, los estereotipos, prejuicios y tabúes alrededor de esta persisten afectando la percepción pública y por ende las políticas de salud dirigidas a esta etapa del ciclo vital, donde en la ejecución de estas estrategias se demuestra la carencia de promoción y mantenimiento de la salud sexual en la tercera edad. Este aspecto de la salud física y emocional precisa tener la importancia que merece en la salud integral de la persona mayor, tener claridad respecto del cuerpo, las enfermedades de transmisión sexual, y reconocer las necesidades emocionales y sociales actuales, proponiendo caminos de transformación.(4)

En este contexto, el presente trabajo se enfoca en explorar las prácticas sexuales de los adultos mayores y los factores asociados a la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS, VIH/SIDA en este grupo demográfico, tratando de identificar patrones de comportamiento sexual, conocimientos en salud sexual y reproductiva, percepción del riesgo ante estas enfermedades y el abordaje recibido sobre salud sexual por parte de los profesionales de la salud.

Se espera que esta investigación contribuya a la formulación de políticas, planes, programas e intervenciones de salud pública más inclusivas y efectivas para proteger la salud sexual y promover el bienestar integral de los adultos mayores.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad es un elemento importante en la vida de las personas, forma parte de la búsqueda de plenitud física y emocional en las relaciones de pareja desempeñando un papel fundamental en la reproducción y la salud afectiva y emocional del ser humano. Por tanto, la intimidad y la identidad sexual son componentes integrales de la vida personal y desempeñan un papel fundamental en el estado de bienestar a lo largo de la vida incluso en la ancianidad (2,5,6).

Generalmente, se tiene la idea de que la sexualidad está relacionada con adolescentes o jóvenes, pero actualmente con el envejecimiento de la población se hace necesario repensar este aspecto y considerar la postura de diversos autores al mencionar que, la investigación de la esfera sexual en los adultos mayores ha tenido poco alcance debido a construcciones sociales en las que los adultos mayores envejecen fuera de la sexualidad; además de los modelos biomédicos en los que la actividad sexual se ha admitido desde un enfoque disfuncional basado en la patología (2,6).

Si bien, los cambios anatómicos y fisiológicos con el envejecimiento afectan la función sexual tanto en hombres como en mujeres (7), mostrando una tendencia a la disminución de la frecuencia en relaciones sexuales (5); la revisión sugiere que ellos y ellas permanecen sexualmente activos y disfrutan de esta hasta los 80 años, por lo que, cambios físicos relacionados con el envejecimiento no conducen necesariamente a una disminución de la capacidad sexual o la pérdida absoluta de salud física y mental (8).

Aunque se ha descrito la presencia de actividad sexual en el adulto mayor, tiende a menospreciarse, puesto que, al no contar con personas a quienes puedan hablar de sus dificultades o les facilite información, los adultos mayores pueden llegar a tener inconvenientes para tener una vida sexual activa sana, y por ende, mayor probabilidad de presentar conductas de riesgo (9).

De tal manera, este grupo poblacional se enfrenta al igual que los adolescentes y adultos en edad reproductiva, a una serie de riesgos en el ejercicio de la sexualidad relacionado con las conductas sexuales inseguras, tales como, tener más de dos parejas sexuales, no uso de preservativo, consumo de alcohol u otras drogas y/o recurrir a servicios de prostitución para la satisfacción de sus necesidades sexuales (10).

Lo anterior, se refleja en un estudio realizado en Colombia, basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007, donde se determinó que de la población entre 55 y 69 años el 33.3% tuvo dos parejas sexuales en los últimos 30 días y el 11.3% tuvo 3 o más; además que el 80.7% no utilizó condón en su última relación sexual, lo que pone en evidencia que no solamente la población joven está exponiéndose, si no que el adulto mayor también se encuentra en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA (11).

Cifras estadísticas de VIH- SIDA y muerte por SIDA en el 2020, registran que del total de los casos a nivel nacional, el 7.2% se presentaron en personas con 55 años o más, y en el análisis de problemas se identificaron 92 situaciones o problemas y se agruparon en factores relacionados con la prestación de servicios individuales en el 43,5% de los casos, acciones de promoción y mantenimiento de la salud en el 22,9%, conocimientos, actitudes y prácticas en salud en 14,1%; de esta manera, las entidades territoriales señalaron como responsables de los problemas identificados a la Institución Prestadora de Servicios de Salud en el 56,5 % de los casos (52), a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios en el 12 % (11 casos) y otros en el 17,4% (16 casos) (12).

Si bien la actividad sexual en los adultos mayores se encuentra muy relacionada con la salud física, las barreras para abarcar estos temas en el ámbito de la atención médica, como en el caso de la atención primaria, son longitudinales por los estereotipos en adultos mayores considerándolos asexuales o seres menos que sexuales, lo que puede causar vergüenza personal y preocupaciones de estigma para pacientes y prestadores; así, las barreras generales para abordar estas

inquietudes incluyen una educación formal poco óptima en los planes de estudios de formación profesional de la salud, preguntas limitadas sobre el historial sexual durante las evaluaciones clínicas y una conciencia insuficiente de las opciones de derivación y tratamiento (6). Lo que puede llevar a la negación de las necesidades y de derechos sexuales.

De cualquier forma, los profesionales de la salud deben ser conscientes de las crecientes necesidades de educación sexual en las personas mayores y se les debería animar a discutir abiertamente sobre asuntos sexuales y preocupaciones de estos pacientes, por lo que habría que desarrollar recursos personales y sociales que faciliten comprender y hacer frente a los cambios asociados al envejecimiento que le permitan a los adultos mayores de 60 años seguir teniendo una vida sexual satisfactoria y saludable (2).

Por otro lado, desde los Sistemas de Información en salud, en la recolección de información por parte de las entidades gubernamentales, se evidencia una invisibilización de la sexualidad y los riesgos en el ejercicio de la misma en los adultos mayores, tal como en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS-2015) en su componente de salud sexual y reproductiva, aborda en este grupo etario en cuanto a la toma de antígeno prostático, toma de citología y mamografía, mientras que, en los reportes de quienes se han realizado la prueba de VIH solamente se tuvo en cuenta la población entre 13 y 49 años (10).

Es así como se debe tener en cuenta que, las ITS son un problema de salud pública en todas las edades, la incidencia y manejo en los adultos mayores difiere debido a factores biológicos, psicológicos y sociales; y debido a los estereotipos y prejuicios en cuanto a la dimensión sexual de los adultos mayores, esta se aborda a en los medios populares y en los entornos sociales, limitando la adecuada evaluación de este componente en el contexto clínico (5,7).

Así mismo lo demuestra Priego et al., en su estudio cualitativo acerca percepción de los médicos de atención primaria sobre las condiciones sociales y sanitarias que

intervienen en la invisibilidad del paciente adulto mayor con VIH/SIDA en Tabasco, donde encontró que estas limitaciones institucionales están relacionadas con el tiempo de atención que no facilitan la labor del médico para reconocer los aspectos clínicos y emocionales, otro factor es la hegemonía médica que no permite tomar en cuenta la opinión del enfermo y no explora la existencia de la práctica sexual en esa fase de la vida, contribuyendo ambos a un diagnóstico tardío de VIH/SIDA; por tal razón afirma que el constante aumento de adultos mayores infectados y la expansión geográfica de la enfermedad deben ser indicadores potenciales para los gestores y profesiones de salud para establecer prioridades en la atención y el control del VIH/SIDA (13).

Sumado a lo anterior, el poco interés por parte del personal de salud en evaluar la sexualidad del paciente mayor de 60 años, obviando este aspecto de sus valoraciones y registros de historia clínica, puede ocasionar un diagnóstico tardío o ausencia de diagnóstico para ITS o VIH/SIDA, disminuyendo la oportunidad de iniciar un tratamiento que sea realmente efectivo y mitigue las complicaciones o comorbilidades en el paciente; y desde el ámbito de promoción y prevención, tampoco son objeto de las campañas en salud sexual y reproductiva, perdiendo la oportunidad de recibir pautas educativas de cómo protegerse de las ITS, si bien no están en edad reproductiva, pero si ejercen su sexualidad como en cualquier otra etapa (14).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las prácticas sexuales y los factores asociados a ITS y VIH/SIDA en los adultos mayores de la Ciudad de Cartagena de Indias, año 2024?

JUSTIFICACIÓN

El cambio demográfico a nivel mundial se ha visto influenciado por el aumento de la esperanza de vida, el cual ha originado un crecimiento significativo de la población de adultos mayores no solo en países desarrollados, sino también en países en vía de desarrollo como Colombia.

Este fenómeno, expone desafíos importantes para la salud pública, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sabiendo que, a pesar de las concepciones sociales de la sexualidad en adultos mayores estos también practican y disfrutan de relaciones íntimas; sin embargo, su bienestar sexual ha sido históricamente obviado en la investigación y en la formulación de políticas de salud, por lo que comprender integralmente la sexualidad en este grupo creciente, puede mejorar la educación, investigación y planteamiento de políticas de atención para desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad efectivas y pertinentes, que tengan en cuenta la realidad emocional y social de los adultos mayores garantizando el goce de los derechos sexuales.

Además, muchos adultos mayores se enfrentan a estigmas relacionados a este tema, que a menudo representan barreras significativas para el acceso a la información sobre prácticas sexuales seguras y servicios de salud; donde la subestimación del riesgo de contraer infecciones, sumada a la falta de información y recursos sobre la salud sexual en este grupo, puede contribuir a un aumento en la incidencia de ITS y VIH/SIDA en esta población.

Por lo tanto, se hace imperativo llevar a cabo una investigación que identifique las prácticas sexuales de los adultos mayores y los factores asociados a la transmisión de ITS y VIH/SIDA.

Por su parte, los profesionales de la salud en sus valoraciones durante sus consultas tienden a limitar el historial sexual, junto con la negación de las necesidades y derechos sexuales, que se traducen en la disminución de opciones

de derivación y tratamiento de las ITS y el VIH/SIDA, lo que puede generar un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores, afectando tanto su salud física como mental. De manera que, se hace necesario identificar y desarrollar recursos personales y sociales que faciliten la comprensión de los cambios asociados al envejecimiento que permitan a los adultos mayores seguir teniendo una vida sexual satisfactoria y saludable, y reducir la carga en los sistemas de salud.

Por lo anterior, el presente estudio no solo pretende dilucidar un tema necesario de estudiar, sino también busca proporcionar una base sólida para el desarrollo de intervenciones efectivas que promuevan la salud sexual en esta población vulnerable, generando información relevante con respecto a las prácticas sexuales y los factores asociados a ITS y el VIH en los adultos mayores de la ciudad de Cartagena de Indias; contribuyendo a mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

El aporte de esta investigación a nivel científico permite ser un referente para estudios similares debido a la poca literatura existente en esta temática a nivel regional; a nivel académico favorece a la formación integral del profesional sanitario promoviendo la valoración del adulto mayor en todas sus dimensiones; a nivel sociopolítico presenta información relevante para la formulación, planeación y ejecución de políticas públicas de salud sexual y reproductiva que no excluyan a los adultos mayores en sus acciones e intervenciones; y en la práctica profesional posibilita la identificación de prácticas sexuales de riesgo en el adulto mayor para guiar las intervenciones hacia esta población creciente en todos los niveles de atención y reducir la carga que las ITS y el VIH/SIDA representan para los sistemas de salud.

Además, procura la sensibilización de la sociedad en torno a la sexualidad en la vejez y fomenta un enfoque más inclusivo, integral y respetuoso hacia las necesidades sexuales de esta población para empoderarlos y fomentar prácticas más seguras.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar las prácticas sexuales y los factores asociados a ITS y VIH/SIDA en los adultos mayores en la Ciudad de Cartagena de Indias, año 2024.

ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los participantes del estudio.
- Establecer la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo de los adultos mayores.
- Determinar la percepción del riesgo a las ITS y VIH/SIDA de los adultos mayores del estudio.
- Determinar los conocimientos, abordaje y antecedentes sobre ITS VIH/SIDA de la población estudiada.
- Analizar los factores asociados a los antecedentes de ITS de los participantes del estudio.

CAPÍTULO 2.

MARCO DE REFERENCIA

Los estudios respecto a prácticas sexuales y el riesgo o vulnerabilidad a las ITS y VIH/SIDA, ha predominado en la población joven o adolescente y en los grupos poblacionales considerados con mayor riesgo de contraer estas infecciones, tal como el estudio de acerca de Prácticas sexuales y comportamiento de jóvenes universitarios frente a la prevención de infecciones de transmisión sexual, en Brasil, en el que el 76.9% de los sujetos inicio actividades sexuales entre los 12-17 años; el 77,83% relató tener una relación fija y de esos 54,62% no utilizan preservativo; 50,31% informaron una multiplicidad de asociaciones sexuales, y el 62,84% no usa el preservativo en todas las relaciones sexuales; los estudiantes informaron consumir alcohol (66,41%), siendo uso esporádico (50,39%), sin embargo, añaden que no tomaron antes de la última relación sexual (69,42%). En cuanto a los cuidados con la salud, el 57,81% buscó atención en los últimos 12 meses, siendo informada por 4,82% jóvenes la ocurrencia de infecciones sexualmente transmisibles (15).

De igual manera, en el 2018 Fernández y Sánchez realizaron una investigación acerca de las actitudes y prácticas sexuales relacionadas con VIH/SIDA en estudiantes de una universidad de Chile, donde encontraron que la mayoría de los estudiantes (97,6%) refieren una actitud favorable hacia el VIH tanto en prevención como inclusión de personas que viven con el virus, no obstante, hubo predominio de prácticas sexuales de riesgo, pues el 80,2% refiere no haber empleado preservativo en el total de sus relaciones (16).

Sin embargo, un artículo sobre el Consumo de alcohol y comportamiento sexual de riesgo en una población que envejece en zonas rurales de Sudáfrica, evidenciaron que el consumo más frecuente de alcohol está asociado con un mayor número de parejas sexuales (β : 1.38, $p < .001$) y mayores probabilidades de tener relaciones sexuales por dinero (OR: 42.58, $p < .001$) en adultos mayores del Sudáfrica.

Además, los bebedores diarios tenían más probabilidades de tener relaciones sexuales sin condón (OR: 2,67, $p = 0,01$). Los adultos mayores que bebían más alcohol tenían más probabilidades de participar en riesgos sexuales. Por lo que se deben considerar las intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol para reducir la transmisión de ITS y VIH en adultos mayores (17).

De otra parte, en un estudio en España acerca del uso de preservativo ante las infidelidades en personas mayores, donde se observa que el 22% de las personas han sido infieles a sus parejas y de ellos, únicamente, el 25,9% de estas personas ha utilizado el preservativo de manera sistemática, utilizándolo el 29,7% de los hombres y el 17,6% de las mujeres, por lo que enfatizan la importancia de ampliar la cobertura de los programas preventivos a la población de personas mayores, y profundizar en nuevos escenarios sexuales como el online que podría estar jugando un importante papel en las conductas de riesgo (18).

De igual manera, en México se llevó a cabo una investigación referente a las actitudes hacia el uso del condón en adultos mayores residentes de monterrey nuevo león, en el cual encontraron más actitudes positivas que negativas, situación que no es congruente con la baja frecuencia de uso del condón en el último encuentro sexual, aclarando la importancia de futuras investigaciones que permitan explorar otros factores involucrados para el desarrollo de la conducta (19).

En el contexto colombiano, además del estudio de Bejarano y Rojas, acerca de la prevalencia de prácticas sexuales y vulnerabilidad a las ITS/VIH-SIDA en los adultos mayores en la localidad de Suba- Bogotá, en Cali se indagó acerca de la Percepción de riesgo de VIH/SIDA en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Cali, que mostró que los adultos mayores del grupo se perciben vulnerables frente al contagio del virus, pero es de considerar el comportamiento de algunos ítems que denotan desconocimiento de alguna forma de trasmisión o de prevención del virus, así como también se observó que una cuarta parte de ellos no les preocupa que puedan contraer el virus (20).

MARCO TEÓRICO

SEXUALIDAD

La sexualidad es un aspecto fundamental de la experiencia humana que abarca dimensiones físicas, emocionales y sociales (21). El desarrollo de este componente está influenciado por factores psicológicos, biológicos y socioculturales, donde biológicamente el hipotálamo juega un papel clave en el comportamiento y la identidad sexual (22).

Siendo así un elemento sumamente complejo y que cuenta con numerosos aspectos que contribuyen a un estado de bienestar general y el desarrollo óptimo de las relaciones; que abarca además de los aspectos físicos y emocionales, el de significado del sexo, o la plenitud sexual, junto con las necesidades de la teoría de la autodeterminación (autonomía, competencia y relación); donde, cada una de estas necesidades a mayor satisfacción se asocia con mayor grado de plenitud sexual, aunque algunas necesidades tienen más relevancia que otras y las asociaciones con los componentes de la plenitud sexual varían; también, la experiencia sexual puede diferir para hombres y mujeres (23).

En cuanto al estado teórico sobre la sexualidad, Quistberg y Sakaluk realizaron una revisión metateórica integral de las teorías de la psicología social aplicables a la ciencia sexual, en la cual analizaron un total de 44 teorías diferentes, donde proveen una comprensión amplia del estado de estas teorías, proporcionando mapas teóricos para agilizar pruebas de dichas teorías, evaluando las fortalezas y debilidades de cada una de ellas (24).

En ese estudio realizado en el año 2021, destaca que estas teorías se fundaron entre 1950 y 2010, en su mayoría antes de los 2000; donde solo 34 de ellas han tenido aplicabilidad a esta disciplina. Especialmente, las teorías de psicología social motivacional/afectiva e interpersonal, que se encontraron bien representadas en la literatura sobre ciencia sexual, y generalmente las aplicaciones a la sexualidad

tienden a incluir variables como la motivación, los estados de ánimo, las actitudes y las relaciones, especialmente las relaciones románticas.

A continuación, se observa una tabla que resume cómo estas teorías de la psicología social se han aplicado a la sexualidad.

Tabla 1. Resumen de Teorías de psicología social aplicadas a la sexualidad.

Teoría	Solicitud(es) a la Ciencia Sexual
Teoría de la evolución	Según la teoría evolutiva, las hembras son más restrictivas sexualmente y seleccionan a sus parejas en función de los recursos físicos y el estatus del macho, mientras que los machos son menos restrictivos sexualmente y seleccionan a sus parejas en función del atractivo físico (Li y Kenrick, 2006).
Teoría de la accesibilidad	La teoría de la accesibilidad se ha aplicado en la investigación del marketing social de la promoción de la salud sexual relacionada con el SIDA. Raghubir y Menon (1998) descubrieron que aumentar la accesibilidad del conocimiento sobre el riesgo de contraer SIDA reducía el sesgo de autopositividad y las intenciones de participar en prácticas sexuales más seguras.
Teoría de la acción razonada	Las actitudes individuales y las normas subjetivas determinan las intenciones que determinan el comportamiento sexual (por ejemplo, Gillmore et al., 2002) y/o las prácticas sexuales seguras (por ejemplo, el uso del condón, véase Sneed y Morisky, 1998).
Teoría del comportamiento planificado (extensión TRA)	Las actitudes de los individuos, las normas subjetivas y el control conductual percibido determinan la intención que determina el comportamiento sexual y/o las prácticas sexuales seguras (por ejemplo, Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001).
Teoría de autodeterminación	La autodeterminación se ha aplicado para comprender la satisfacción sexual, incluyendo: (a) la autonomía necesaria para buscar la actividad sexual, (b) la competencia para mejorar las habilidades técnicas; y (c) la relación necesaria para conectarse con la(s) pareja(s) (ver Smith, 2007 para más detalles).

Teoría de la gestión del terrorismo	"En la medida en que la sexualidad es un recordatorio de su naturaleza animal y creatural, que a su vez es un recordatorio de la inevitabilidad de la muerte, la TMT sugiere que las personas también buscarían imbuir la sexualidad de un significado y un valor abstractos. Por lo tanto, al proporcionar dicho significado y valor, los actos y las relaciones sexuales pueden en realidad mejorar la gestión de las preocupaciones existenciales" (Goldber et al., 1999, p. 1176)
Teoría del enfoque regulatorio	El enfoque regulatorio puede aplicarse para comprender las estrategias sexuales. Por ejemplo, Sassenberg y sus colegas (2012) encontraron un favoritismo endogrupal hacia las mujeres en un enfoque de prevención que hacia un enfoque de promoción y hacia los hombres en un enfoque de promoción, que en un enfoque de prevención.
Teorías implícitas	Se han aplicado teorías implícitas para comprender cómo se define el bienestar sexual (véase Maxwell, Muise, MacDonald, Day, Rosen e Impett, 2017).
Teoría del rol social	La teoría del rol social se ha utilizado para argumentar que las mujeres tienen un menor número de parejas sexuales y ven el sexo prematrimonial de forma más negativa, y los hombres tienen actitudes más negativas hacia la sexualidad (por ejemplo, ver Eagly y Wood, 2016b).
El modelo de inversión de compromiso	El modelo de inversión de compromiso de Rustbult se ha aplicado de diversas maneras en la ciencia sexual, entre ellas: la satisfacción en las relaciones (Hosking, 2013); el impacto de la pornografía en el comportamiento extradiádico (Gwin et al., 2013); la inversión en relaciones de amigos con beneficios (Vanderdrift et al., 2010); prácticas sexuales seguras (Buunk y Barker, 2006; Vanderdrift et al., 2006); la coerción sexual verbal y el mantenimiento de las relaciones (Katz et al., 2006) y la agresión sexual (Christopher et al., 1998).
Teoría de la identidad social	La teoría de la identidad social cuando se aplica para comprender las conductas sexuales seguras y el uso de los medios de comunicación, la teoría de la identidad social predice que cuando las personas perciben mensajes de los medios de comunicación relevantes para su identidad grupal, los utilizarán como información sobre las normas de su grupo, lo que influirá en sus conductas de salud sexual (Morton y Duck, 2000).

Fuente: Quistberg y Sakaluk, Metateoría y sexualidad, 2021 (24).

SEXUALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

Las investigaciones sobre el envejecimiento y la sexualidad se enfocan en la influencia significativa de las concepciones culturales y científicas en cómo se percibe la sexualidad en la vejez (21). A menudo se ha estigmatizado a los adultos mayores como asexuales o carentes de deseos sexuales, lo que puede llevar a la marginación de sus necesidades de salud sexual (25). Sin embargo, Hillman (2008) comenta que la evidencia existente sugiere que la mayoría de los hombres y mujeres mayores mantienen niveles moderados a altos de interés sexual hasta bien entrados los 70 años, a pesar de experimentar diversos cambios relacionados con la edad y disfunciones sexuales; tales como disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, sequedad vaginal e incontinencia (26).

SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

En el adulto mayor la sexualidad es un tema complejo y multifacético que comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, interacción mutua y culturales; incluidas las creencias discriminatorias por la edad, y puede verse afectada por el estigma, el deterioro cognitivo y los sesgos del personal de salud (27,28).

La satisfacción sexual y la intimidad emocional son aspectos importantes del bienestar en la vejez, y la presencia de una pareja y el apoyo social juegan roles cruciales en la experiencia sexual de los adultos mayores. Es así como Sinković y Træen, afirman que la función y la experiencia sexual en los adultos mayores además de verse afectadas por cambios biológicos comunes en esta etapa de la vida, esta se determina por significados personales, aspectos de pareja, aspectos socioculturales, salud y sexualidad, influenciados por la enfermedad y su tratamiento (29,30).

Aunque, la edad avanzada puede afectar la satisfacción y bienestar sexual a nivel individual, interpersonal y cultural; que es paralela a la disminución de la frecuencia de la actividad sexual y menos pensamientos sexuales, no significa una intimidad

significativamente menor, los hallazgos de la investigación de diferentes países sobre satisfacción sexual revelan que solo una minoría experimenta una angustia significativa y que proporciones sustanciales de hombres y mujeres mayores están satisfechos con su vida sexual (27,31,32).

Es así como a pesar de los desafíos, estereotipos negativos relacionados con la salud y los estigmas sociales, muchos adultos mayores continúan valorando y disfrutando de su vida sexual. Entendiendo que, es la salud, no la edad, lo que realmente impacta la sexualidad y que la hegemonía del sexo con penetración, es la que ilustra la compleja y delicada relación entre el envejecimiento y la sexualidad (33).

PERCEPCIÓN DEL RIESGO A ITS/VIH

La percepción del riesgo de VIH, según Mora (34) está determinada por la relación del individuo con la sociedad, donde se crean las condiciones que potencializan la exposición al VIH; este enfoque percibe tres dimensiones la individual, social y programática:

En la dimensión individual, la persona analiza de manera subjetiva las características y severidad de la situación o práctica riesgosa, de la cual genera o no una conducta o respuesta para prevenir ese riesgo percibido.

Por su parte, la dimensión social está enfocada en las relaciones sociales y comprende elementos como las diferentes relaciones de género, relaciones raciales, generacionales, actitudinales frente a la sexualidad que se construyen desde lo social a partir de las creencias, condiciones de pobreza, nivel o acceso a los conocimientos, estigmas, entre otras.

Y finalmente la dimensión programática, la cual abarca el ámbito institucional, desde las políticas disponibles y su implementación, los recursos disponibles y pertinentes, y todo lo relacionado con las limitaciones de las personas para acceder a los planes, programas o proyectos acentuando las condiciones que vulneran los derechos sexuales de los diferentes grupos sociales frente al VIH/SIDA.

MARCO LEGAL

Los derechos de los adultos mayores en Colombia, se encuentran protegidos por el bloque de constitucionalidad vigente y reconocido por el Estado, mediante: 1) Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 (suscrita por Colombia); 2) el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado por la Ley 74 de 1968), 3) el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (aprobado por la Ley 74 de 1968); 4) la Convención Americana de Derechos Humanos (aprobado por la Ley 16 de 1972), 5) el Protocolo de San Salvador (aprobado por la Ley 319 de 1996) y 6) la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad (ratificada por la Ley 1346 de 2009) (35).

Así mismo, en la Ley 1171 de 2007 se establecieron unos beneficios a las personas adultas mayores. La Ley 1251 de 2008, dicta normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores. En avance de esta Ley el Ministerio de Salud y Protección Social coordina la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Con la Ley 1276 de 2009, establece nuevos criterios de atención integral de las personas adultas mayores en los centros día o centros vida, gestionados por las administraciones municipales y distritales, con el apoyo de las gobernaciones departamentales respectivas (35).

Del mismo modo, en Colombia existe actualmente una Política pública nacional del envejecimiento humano y vejez 2015-2024, la cual está estructurada con base en la interrelación de seis núcleos conceptuales que implican el compromiso simultáneo tanto del Estado como de la Sociedad y de las Familias: el envejecimiento de la sociedad, los derechos humanos, el envejecimiento activo, la longevidad, la protección social integral y la organización del cuidado, cuyo objetivo es Crear condiciones para el envejecimiento humano, entendido como el derecho de las y los colombianos, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable, consistente con el principio de corresponsabilidad individual, familiar y social.

En esta política en su eje número 2 Protección social integral, consta de las siguientes líneas estratégicas: ampliación de la seguridad en el ingreso, protección y garantía del derecho a la salud, desarrollo de la promoción y asistencia social, fomento de la seguridad alimentaria y nutricional, promoción de la vivienda digna y saludable, reconocimiento y protección del envejecimiento rural. Adicionalmente, en su eje estratégico 4 Formación del Talento Humano en salud e Investigación, en la línea de Acción y desarrollo de investigación sobre envejecimiento humano y vejez, busca promover e impulsar la investigación tanto nacional como territorial sobre envejecimiento humano y vejez en Colombia, con pertinencia cultural, regional y territorial (35).

Por otra parte también se encuentra una Política nacional de Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 2014-2021, dirigida a todos de los habitantes del territorio nacional, independientemente de sus circunstancias de diversidad, armonizada con los enfoques de derechos, género, diferencial, entre otros, dentro de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud, y tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) (36).

Esta política tiene tres líneas operativas: Promoción de la salud; Gestión del riesgo en salud y Gestión de la Salud Pública, con los siguientes temas priorizados: salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes; la atención integral a la mujer antes, durante y después del evento obstétrico que incluye aspectos claves como la anticoncepción y la prevención del aborto inseguro, el acceso universal a prevención y atención integral de las ITS, VIH/SIDA; el abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales; o los avances que se realizan desde la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles en cuanto a la prevención de los cánceres relacionados con la sexualidad y la reproducción; observadas desde sus interrelaciones con la salud de la población general y la adolescencia como una etapa especialmente focalizada (36).

Por su parte, el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2022- 2031 PDSP (37) se basa en un enfoque de derechos, incluyendo la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los cuales responden a la reivindicación y al reconocimiento de que todas las personas son dueñas de su cuerpo y sexualidad, y que se puede decidir sobre la vida sexual y reproductiva sin presiones, ni coerciones. *“Son derechos que no se extinguen por el paso de los años y mantienen su vigencia en la vejez, salvo por las restricciones ocasionadas por los inevitables cambios biológicos y fisiológicos en el último momento del ciclo vital. El ejercicio igualitario de estos derechos se relaciona con la integridad, la dignidad humana, y las responsabilidades compartidas”* (37). Los derechos sexuales son independientes de los reproductivos, y suponen decisiones con incidencia en la vida relacional de las personas, de las familias y de los colectivos.

Algunos aspectos claves con relación a la sexualidad, ITS y VIH del PDSP:

- Promoción del disfrute del cuerpo y de una sexualidad segura en los distintos momentos del curso de la vida, lo que implica el desarrollo de estrategias integrales de educación para la sexualidad y no solo de enfoques que atiendan exclusivamente intervenciones específicas de eventos en salud pública, dada que se constituye en un aprendizaje indispensable para vivir una sexualidad informada, libre de riesgos y violencias.
- Se relaciona con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población, en todos los niveles de atención dentro del sistema de salud, y en condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y equidad.
- Meta para 2021 a 2031 donde el 70% de las personas que son confirmadas por banco de sangre para HTLV, VIH, Hepatitis B y C, enfermedad de Chagas y sífilis accedan a la atención integral en salud.
- Para 2031 el 55% de las personas que viven con VIH se diagnostican en estadios tempranos de la infección (estadio 0 o 1 de acuerdo con la clasificación clínica del CDC 2014).

MARCO CONCEPTUAL

ADULTO MAYOR

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), un adulto mayor es aquella persona mayor de 60 años, sin embargo hay sub clasificaciones, de los 60 hasta los 74 años adulto mayor, de 75 a 90 años se considera anciano y mayor de 90 años, anciano longevo (38).

SEXUALIDAD

Según la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad es “un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción”. Esta se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (39,40).

Por su parte Amor Pan (2002a), comenta que la sexualidad es mucho más que la simple genitalidad, es afecto, es encuentro interpersonal, es realización de la propia personalidad, es corporalidad. Es una dimensión inherente a la persona y no es sólo una necesidad, es al mismo tiempo un deseo, una vivencia que se va construyendo al ritmo del crecimiento global del individuo. Así mismo, Schorn (2008) se refiere a la sexualidad como una energía vital, que es intransferible, propia del ser humano y que se expresa en todo lo que la persona hace como parte integrante de su personalidad (41).

SALUD SEXUAL

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La

salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales (40).

PRÁCTICAS SEXUALES

Las prácticas sexuales se definen como todas las actividades que involucran el cuerpo y la mente, con el fin de experimentar placer, conexión emocional y satisfacción. Las prácticas sexuales pueden incluir actividades como el sexo, la autoestimulación, el masaje, la exploración del propio cuerpo y la interacción con otros (40).

PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

Se considera una conducta sexual de riesgo aquella que puede provocar resultados perjudiciales derivados de la actividad sexual tales como: (a) tener sexo sin protección/ anticonceptivos; (b) sexo como profesión (donde se incluye tanto ejercerlo como participar en actividades sexuales con profesionales); (c) mantener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol/drogas; (d) tener sexo con múltiples parejas; (e) participar del sexo casual (parejas sexuales casuales); y (f) practicar sexo con un compañero con una infección de transmisión sexual (ITS).

De acuerdo con esta definición se establece como prácticas sexuales de riesgo, el inicio temprano de relaciones sexuales, las múltiples parejas, la infidelidad sexual y el consumo de drogas (incluido el alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas y por supuesto el no uso de métodos de protección y anticonceptivos (42).

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son Derechos Humanos y su finalidad es garantizar que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción:

Derechos sexuales: Están encaminados a garantizar el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable y satisfactorio de la sexualidad, se fundamentan en el disfrute de la sexualidad y el erotismo, sin coacción y libre de toda forma de violencia, implican explorar y disfrutar una vida sexual placentera, sin miedos, vergüenza, temores, inhibiciones, culpa, creencias infundadas, prejuicios, que limiten la expresión de estos derechos. Para su ejercicio se requiere del acceso a servicios de salud sexual, para que se tomen medidas para la prevención y atención de Infecciones de Transmisión Sexual, y enfermedades y dolencias que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad. Son derechos sexuales, entre otros (43):

1. Derecho al goce, la satisfacción y la gratificación sexual. Este derecho parte del reconocimiento que tiene toda persona a sentir placer, a disfrutar de su sexualidad, a autosatisfacerse y experimentar con los sentidos, implica que toda persona tiene el derecho a vivir su sexualidad sin vincularla a la reproducción.
2. Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo. Este derecho parte de reconocer que cada persona es única e irrepetible, y por lo tanto cada persona tiene el derecho a conocer su cuerpo y valorar como es, con todas sus características. A partir de este derecho, se cuestionan los cánones de belleza impuesto social y culturalmente, puesto que influyen de forma negativa en la valoración de sí y en la autoestima.
3. Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales. Este derecho parte de entender que las relaciones sexuales deben ser libres, autónomas y requieren de consentimiento previo. Este derecho entraña la facultad que tienen todas las personas a elegir la pareja sexual, a decidir cómo, con quién y cuándo tener relaciones sexuales
4. Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género. Este derecho reconoce la libertad que tienen las personas en sentir atracción por personas de su mismo sexo, del otro sexo o hacia mujeres, hombres o personas intersexuales; y a la autodefinición que una persona hace de sí misma, como

hombre, como mujer, o de la forma como se auto reconoce, independientemente del sexo biológico y binarios impuestos.

5. Derecho a una vida libre de violencias. Todas las personas tienen el derecho a una vida libre de violencia física, psicológica, sexual, económica o patrimonial tanto en las relaciones familiares y de pareja como en ámbitos públicos: la escuela, la calle, el sitio de trabajo, el transporte público, entre otros.

Derechos reproductivos: Se sustentan en la facultad que tienen todas las personas a tomar decisiones libres y sin discriminación, sobre la posibilidad de procrear o no, de regular su fecundidad y de la posibilidad de conformar una familia y disponer de la información y medios para ello. Incluye el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, a la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata. Son derechos reproductivos, entre otros (43):

1. Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos. Este derecho parte de reconocer que todas las personas son libres, sin intromisión alguna, en decidir el número de hijos, y el intervalo entre ellos, e implica por parte del Estado poner a disposición la información, educación y medios para lograrlo.
2. Derecho a decidir a ser padres o madres. Todas las personas tienen el derecho a decidir de forma libre, autónoma y responsable la posibilidad de ser madres o padres, y contar para ello con la información necesaria para garantizar el goce de este derecho.
3. Derecho a conformar una familia. Este derecho se sustenta en la posibilidad que tienen todas las personas a conformar y configurar una familia, de forma libre y sin ningún tipo de estigma y discriminación.
4. Derecho iniciar o postergar el proceso reproductivo. Todas las personas tienen derecho a decidir el momento en el que quieren iniciar su proceso reproductivo, este derecho entraña al acceso tratamientos preventivos, de

dolencias del aparato reproductor o a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, este derecho incluye el derecho a la información y educación sobre su uso y efectos en la salud.

5. Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la maternidad. Este derecho implica que desde los servicios de salud se debe garantizar una vida libre de violencias, sin discriminaciones o tratos desiguales, hacia las mujeres que deciden iniciar un proceso reproductivo, durante el embarazo o en la maternidad.
6. Derecho a una maternidad segura. Todas las mujeres tienen derecho acceder a servicios salud y atención médica, que garanticen una maternidad segura, y libre de todo riesgo en todo el proceso reproductivo, es decir desde la intención reproductiva, la concepción, gestación, parto y puerperio.
7. Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Todas las niñas y mujeres tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo a términos establecidos en la legislación vigente.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - ITS

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son enfermedades infectocontagiosas que logran presentar diversos signos y síntomas, y cuya principal vía de contagio es la sexual, pero existen otras formas de contagio la cuales pueden ser de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia, o a través de la sangre o fluidos corporales contaminados (44).

VIH/SIDA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa la infección de su mismo nombre, este virus infecta las células del sistema inmunitario, alterando su función y debilitando los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades, consiguiendo que la persona que lo porta se vuelva inmunodeficiente gradualmente destruyendo sus linfocitos, su fase más avanzada el VIH conlleva al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

caracterizado por manifestaciones clínicas graves, que tardarán un número indefinido de años en aparecer, dependiendo del sujeto (45).

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendencias a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores, protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas (46).

PERCEPCIÓN DEL RIESGO

Específicamente la percepción del riesgo frente al VIH/SIDA ha sido definido por Mora (2009) como la exposición percibida hacia contraer dicho virus y a las situaciones que se tejen entre el individuo y la sociedad que crean esa exposición mencionada (47).

CAPÍTULO 3.

DISEÑO METODOLÓGICO

1.Tipo de Estudio: Observacional analítico transversal. Enfoque cuantitativo.

Lugar y fecha del estudio: Centros de vida adscritos a la secretaría de participación ciudadana, Cartagena de Indias, año 2024.

2. Población: 3.165 Adultos mayores matriculados en el programa de Adulto Mayor de la Secretaría de Participación ciudadana en el año 2024.

Muestra:

El tamaño de la muestra se calculó mediante el paquete estadístico Epidat 4.2 con los datos obtenidos de la población de adultos mayores matriculados en los centros de vida de Cartagena 2024:

-Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp) (N): 3165

-Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50%

- Límites de confianza como % de 100(error absoluto) (d): 5%

-Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1 (predeterminado)

-Intervalo de Confianza (%): 95%

-Cálculo de tamaño de muestra:

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Ilustración 1. Resultado Cálculo de muestra en Epidat 4.2

[4] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	3.165
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	343

Fuente: Tomado de Epidat 4.2 resultado con datos propios.

Muestreo: Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo bi etápico; primero se realizó un muestreo aleatorio sistemático para escoger 10 (33.3%) de los 30 centros de vida de la Ciudad de Cartagena (Anexo 1) de donde se tomaron los participantes, luego en la segunda etapa, ya teniendo el listado de centros de vida escogidos, se realizó un muestreo estratificado con afijación proporcional de cada uno de los centros de vida con base a la muestra calculada; de esta manera se obtuvo el número de participantes a encuestar por centro de vida (Anexo 2).

Criterios de inclusión: Adultos mayores matriculados en los centros de vida para el año 2024 y que asisten mínimo una vez por semana.

Criterios de exclusión: Adultos mayores que asisten como visitantes o acompañantes al centro de vida o adultos mayores que poseen deterioro cognitivo o mental.

3.Operacionalización de Variables:

Tomadas del cuestionario Prácticas sexuales y vulnerabilidad a las ITS/VIH-SIDA en adultos mayores, creado por Bejarano y Rojas con el objetivo de hacer una medición de las prácticas sexuales y vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en adultos mayores en Bogotá, el cual fue aplicado y validado en ese contexto con 179 adultos de la localidad de suba (10).

Tabla 2. Operacionalización de variables

CATEGORÍAS	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	RELACIÓN DE VARIABLES	ESCALA OPERATIVA
SOCIODEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICAS	Sexo	Características físicas que diferencian a los hombres de las mujeres	Nominal Politómica	Cualitativa	Independiente	• Hombre • Mujer • Otro
	Edad	Años cumplidos	Discreta	Cuantitativa	Independiente	Edad cumplida en años
	Orientación sexual	Atracción constante hacia otra persona en el plano emotivo, romántico, sexual o afectivo	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Heterosexual • Homosexual • Bisexual • Asexual
	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto, al momento de la encuesta.	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Soltero/a • Casado/a • Unión Libre • Separado/a - Divorciado/a • Viudo/a
	Convivencia	Convivencia en los últimos 12 meses	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Cónyuge o compañero/a • Hijos • Familiares • Amigos • Solo • Otros
	Procedencia	Lugar de nacimiento del encuestado	Nominal	Cualitativa	Independiente	Lugar de nacimiento

	Residencia	Lugar en la cual el encuestado ha residido los últimos 5 años.	Nominal	Cualitativa	Independiente	Residencia en los últimos 5 años
	Nivel educativo	Grado de escolaridad al momento de la encuesta	Ordinal	Cualitativa	Independiente	• Primaria incompleta • Primaria completa. • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Técnico • Tecnólogo • Profesional • Estudios de posgrado
	Identidad religiosa	Pertenencia y práctica de alguna creencia religiosa en particular	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
		Frecuencia de asistencia a actos religiosos	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Nunca • alguna vez al año • alguna vez al mes • Una vez por semana • A diario
	Actividad económica principal	Procedencia de ingresos económicos personales los últimos 12 meses	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Trabajando • Buscando trabajo • Rentista • Jubilado o pensionado • Otra
	Ingreso mensual	Ingresos en pesos colombianos/mes	Ordinal	Cualitativa	Independiente	• Menor a un salario mínimo • Hasta 1 SMMLV

						• De 1 a 2 SMMLV • De 2 a 5 SMMLV • De 5 SMMLV en adelante • No recibe ingreso monetario
COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO	Relación de pareja	¿Se encuentra actualmente en una relación de pareja? Y tiempo de relación con esta pareja. Vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
	Actividad Sexual	¿Mantiene relaciones sexuales? Comportamientos para dar o recibir placer sexual	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
	Prácticas Sexuales	Prácticas sexuales que realiza actualmente el adulto mayor	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Acariciar o ser acariciado • Besar o ser besado • Práctica Sexual Vaginal • Práctica Sexual anal • Práctica Sexual Oral • Uso de juguetes sexuales • Práctica Sexual con animales

						Placer mediante el dolor o el sufrimiento
	Número de parejas sexuales	Cantidad de parejas en el último año	Discreta	Cuantitativa	Independiente	Número de parejas en el último año
USO DEL PRESERVATIVO	Conocimiento, actitud frente al uso de preservativo masculino en las relaciones sexuales	Se refiere a las veces que se usa el preservativo masculino, para mantener actividades sexuales penetrativas	Nominal Politómica	Cualitativa	Independiente	- Nunca - Algunas veces - Siempre - No aplica
		Utilización del condón masculino en la última relación sexual penetrativa	Nominal / Dicotómica	Cualitativa	Independiente	- SI - NO
		Se refiere a las prácticas sexuales en las que se utiliza preservativo masculino	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	- Práctica Sexual vaginal - Práctica Sexual oral - Práctica Sexual anal - Ninguna
		¿Reconoce un condón en buen estado?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	- SI - NO
		¿Sabe cómo abrir y usar un condón adecuadamente?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	- SI - NO
		¿Sabe desechar el condón en forma correcta?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	- SI - NO
	Motivos personales frente al no	¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	- A la pareja no le gusta - A usted no le gusta

	uso del preservativo	preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas con su pareja estable?				• Le causa irritación • No tenía condón en ese momento • Siente vergüenza de pedir el preservativo • Siente que disminuye la sensación de placer • Usted o su pareja estaban bajo los efectos de las Alcohol /Drogas • La relación sexual fue sin su consentimiento • Confía en la fidelidad de su pareja • Cree que no es útil • Hay sentimientos de afecto • No tiene dinero para comprarlos • No sabe usarlo
COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO	Intercambio de servicios sexuales por beneficios	Se refiere al acceso del adulto mayor a servicios de sexo intercambiando dinero o beneficios materiales.	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
		Si su respuesta fue afirmativa ¿Utilizó	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO

		condón en estas relaciones sexuales?				
PERCEPCION DE RIESGO FRENTE A ITS – VIH- SIDA	Conciencia de la probabilidad de adquirir una ITS	Ha oído hablar del VIH-SIDA	Nominal / Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
		¿Usted cree que las personas después de los 60 años pueden adquirir una Infección de Transmisión Sexual?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
		¿Usted cree que ha estado en riesgo de una infección de transmisión sexual?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
	Orientación por parte del personal sanitario sobre PyP de ITS VIH/SIDA	Indagación de la salud sexual por parte del profesional de la salud	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
		¿Le hablan de la importancia de protegerse frente a las infecciones de transmisión sexual?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
		¿Le hablan de la importancia de protegerse frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH (o el SIDA)	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
		¿Le explican qué medidas de protección existen para disminuir el riesgo de infección	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO

	de VIH y cómo implementarlas?				
Prueba Voluntaria para el VIH	¿Conoce que existe una prueba para detectar el VIH?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
	Acceso a la prueba de VIH	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
	¿Durante el último año algún profesional le ha sugerido realizarse la prueba para detectar el VIH?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	Conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos (DSR): son Derechos Humanos y su finalidad es garantizar que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO
	¿Ha recibido información sobre sus	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI • NO

	derechos sexuales y reproductivos?				
Creencias en relación al VIH	Conocimiento sobre factores de riesgo para la transmisión del VIH	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Tener relaciones sexuales penetrativas sin condón • Al recibir una transfusión de sangre infectada • Por la picadura de un zancudo • Compartir una comida o bebida con alguien que está infectado/a • Usar una aguja que había sido usada por alguien que ya estaba infectado/a • Uso de baños públicos • Al besar a una persona infectada • Al compartir cubiertos o platos con alguien infectado/a • Uso de piscina o jacuzzi • Al dar la mano o abrazar a alguien infectado/a • Usar un teléfono público

						• Beber de una fuente de agua • Que una persona con VIH/SIDA haya tosido o estornudado al frente suyo.
	Antecedentes de ITS	Información proporcionada de Infecciones de transmisión sexual por parte del Adulto Mayor en el último año	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Dependiente	• Si - Registre el nombre: • No • No recuerda
	Abordaje de ITS/VIH con la pareja	Conversaciones sobre ITS o VIH con la pareja	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• Siempre • Nunca • A veces
CONSUMO DE POTENCIALIZADORES SEXUALES, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS , ALCOHOL.	Consumo de potencializadores sexuales	Se refiere al consumo de sustancias que aumentan la potencia sexual.	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• SI - Nombre • NO
	Consumo de sustancias psicoactivas licitas o ilícitas	Se refiere al consumo de sustancias psicoactivas, licitas o ilícitas	Nominal/ Politómica	Cualitativa	Independiente	• Alcohol • Marihuana • Cocaína • Otra
	Comportamientos sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de	Participación en actividades de riesgo sexual para ITS – VIH/SIDA	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	• Relaciones sexuales que no deseaba tener: Sí ☐ No ☐ • Relaciones sexuales sin condón: Sí ☐ No ☐

	SPA y/o alcohol					• Relaciones sexuales con desconocidos: Sí ☐ No ☐ - Relaciones sexuales con intercambio de agujas o de objetos corto punzantes: Sí ☐ No ☐
		Si alguno de los casos anteriores es afirmativo ¿le ha sucedido en el último año?	Nominal/ Dicotómica	Cualitativa	Independiente	SI NO

4. Fuentes, métodos y mecanismos de recolección de la información: Se utilizaron datos de fuentes primarias, como medio para la obtención de la información de los adultos mayores asistentes a los Centros de Vida de la ciudad de Cartagena en el año 2024, que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado, se creó una base de datos en Excel (licencia Universidad del Sinú) para la tabulación de la información recolectada acorde con las variables establecidas de estudio, para el análisis se utilizó el paquete de análisis estadístico Epidat 4.2

5. Técnicas e instrumentos de recolección de información a implementar:

Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario Prácticas sexuales y vulnerabilidad a las ITS y VIH/SIDA en adultos mayores construida por Bejarano y Rojas (10), y validada en Bogotá en un grupo de 170 adultos mayores en 2017 (Anexo 4).

6. Plan de análisis

FASE DESCRIPTIVA

1. Luego de tabulada la información, se ingresó la base de datos al paquete estadístico Epidat 4.2
2. Se realizó un análisis descriptivo de los aspectos sociodemográficos, económicos y culturales de los adultos mayores que asisten periódicamente a los centros de vida en Cartagena.
3. Las variables cualitativas, se describieron utilizando tablas de frecuencias (absolutas y relativas) y proporciones.
4. Respecto a las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central, aplicando antes la prueba Kolmogorov Smirnov para determinar si tienen una distribución normal; si es el caso, se utilizará las medidas de promedio y desviación estándar, de lo contrario se utilizará la mediana con rangos intercuartílicos.

5. Se determinó el alfa de Cronbach del instrumento utilizado para la recolección de los datos.

FASE DE ASOCIACIÓN: Para el análisis de asociación, se determinó por medio de la Prueba de Chi cuadrado (X^2), la cual permitió determinar las diferencias existentes entre la hipótesis nula (No hay diferencias o asociación entre variables) y la hipótesis alternativa (Hay diferencias o asociaciones entre variables) y probar la independencia entre ellas, evaluando con un nivel de significancia del 5% ($P < 0,05$) lo que quiere decir que se consideraron asociaciones o diferencias en resultados $P < 0,05$, utilizando el Test Exacto de Fisher cuando los valores esperados fueron < 5 .

Para el análisis bivariado, se utilizó la medida de Odds Ratio OR con los respectivos intervalos de confianza al 95% y valor p con significancia < 0.05 ; seguido de un modelo de Regresión logística para calcular OR ajustados con sus IC al 95% y p valor, para así determinar las variables con asociación estadística, determinando aquellas con un Beta mayor a 1 como factor de riesgo, menor a 1 como factor protector o 0 sin asociación estadística, teniendo en cuenta la presencia del 1 en el intervalo de confianza y el valor de P de cada variable para su interpretación.

CONTROL DE SESGOS: Para el control de sesgos, se usó un marco muestral de fuente oficial, a partir del cual se seleccionaron los participantes; del mismo modo, para el control de sesgo de información se utilizó un cuestionario validado y confiable para la aplicación en la población de estudio y como medida de control de sesgo de información del observador se realizó capacitación y estandarización sobre el manejo adecuado del cuestionario y la forma de la realización de las preguntas del mismo, se revisó la base de datos de acuerdo con los requerimientos de los programas estadísticos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Durante el desarrollo de la investigación, se tuvieron en cuenta diversos aspectos éticos por parte de los investigadores:

- Se socializó la propuesta de investigación a realizar en cada centro de vida escogido a las coordinadoras y los asistentes de manera verbal haciendo énfasis en los objetivos, justificación y beneficios para la sociedad; además de recalcar la confidencialidad de los datos y anonimidad de los participantes.
- Se respetó la integridad de cada participante, independiente de las creencias, condiciones físicas y psicológicas en que se encuentren tanto por el entrevistador como por los investigadores.
- Se explicó y proporcionó el consentimiento informado de acuerdo a lo establecido por el comité de ética de la Universidad del Sinú seccional Cartagena (Anexo 3), tanto a los participantes como a los testigos para poder realizar la toma de la información, resaltando la confidencialidad de los datos proporcionados al iniciar las entrevistas de manera individual, según Resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación en seres vivos (48).
- Este estudio se basó en los principios de la Declaración de Helsinki, priorizando el consentimiento informado, respetando así su autonomía; se garantizó la confidencialidad y protección de datos personales, resguardando la privacidad en un tema sensible, además, su fin es contribuir al conocimiento científico y al bienestar de la comunidad, promoviendo la salud de los adultos mayores y empoderándolos en su salud sexual y reproductiva, alineándose con el compromiso ético de la Declaración (49).
- Se conservó el artículo 15 de la Constitución Nacional sobre información consignada en bases de datos, la garantía de la confiabilidad y seguridad en el manejo de estas.
- Las bases de datos solo son utilizadas con fines investigativos y manipulada únicamente por los investigadores.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El grupo de estudio lo conformaron 343 adultos mayores asistentes a los centros de vida escogidos aleatoriamente en la Ciudad de Cartagena en 2024, en los cuales predominó el sexo femenino con un 57.7%; respecto a la edad se observó una mediana de 74 años ($RI \pm 10$), donde el 50% de las personas de la muestra tienen entre 64 y 84 años; de acuerdo a la orientación sexual el 99.1% se consideró heterosexual, en cuanto al estado civil el 31.8% se encontraron separados o divorciados, seguido del 28.3% en estado de viudez, en referencia a la convivencia el 41.1% vive con los hijos seguido del 29.2% que viven con su cónyuge.

De acuerdo a la procedencia, el 63% provienen del departamento de Bolívar (Gráfico 1); por su parte, el nivel educativo alcanzado más frecuente fue primaria incompleta con un 37.6% seguido de secundaria incompleta con un 19.8%. Predominó la identidad religiosa católica con un 65.3%; en cuanto a la actividad económica principal el 82.5% refirió no tener actividad económica, estos se encuentran realizando labores de casa o desempleados, y con relación a los ingresos mensuales el 64.7% afirmó obtener un ingreso mensual inferior a un salario mínimo SMLMV (Tabla 3).

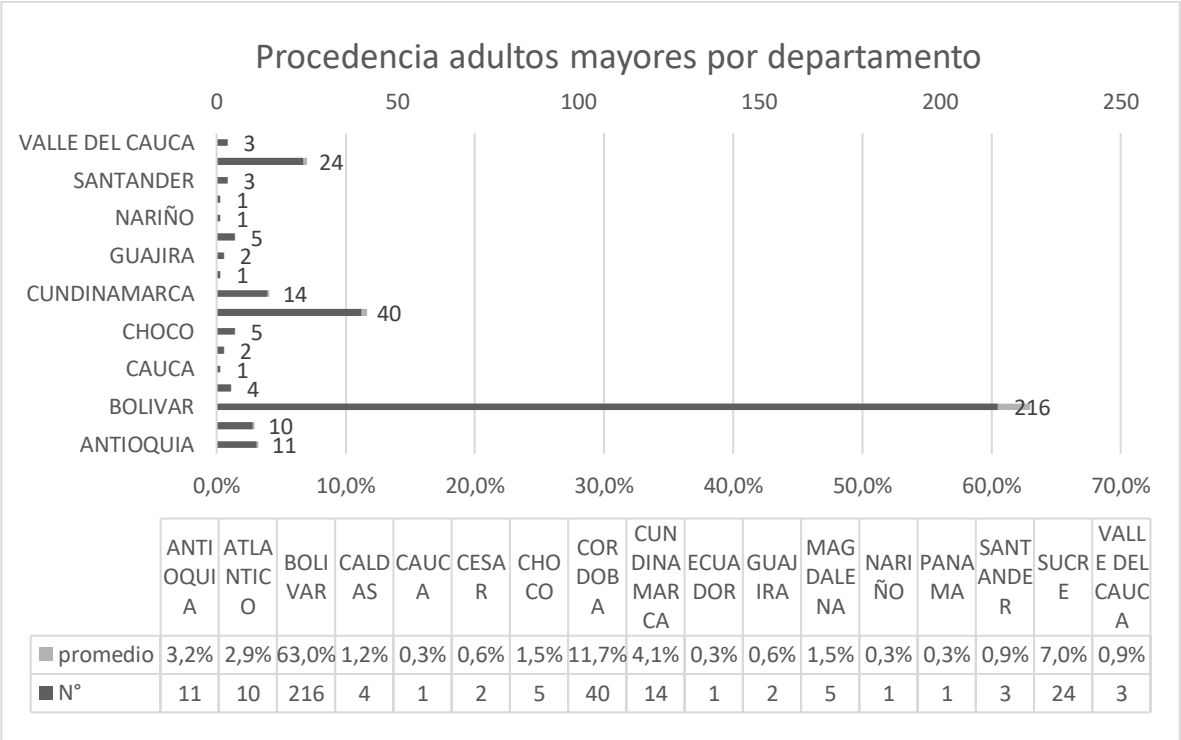
Tabla 3. Características Sociodemográficas de adultos mayores Cartagena 2024.

Variable	Ítem	N	%
Sexo	Hombre	145	42.3
	Mujer	198	57.7
Edad (Mediana - RI)		74	10
Orientación sexual	Heterosexual	340	99.1
	Homosexual	1	0.3
	Bisexual	0	0
	Asexual	2	0.6
Estado Civil	Soltero/a	31	9

	Casado/a	50	14.6
	Unión Libre	56	16.3
	Separado/a - Divorciado/a	109	31.8
	Viudo/a	97	28.3
Convivencia	Cónyuge	100	29.2
	Hijos	141	41.1
	Familiares	63	18.4
	Amigos	4	1.2
	Solo	35	10.2
	Otros	0	0
Nivel educativo	Ninguno	45	13.1
	Primaria incompleta	129	37.6
	Primaria completa	61	17.8
	Secundaria incompleta	68	19.8
	Secundaria completa	18	5.2
	Técnico	14	4.1
	Tecnólogo	7	2
	Profesional	1	0.3
Identidad religiosa	Católica	224	65.3
	Cristiana	98	28.6
	Testigo de Jehová	10	2.9
	Jesuita	2	0.6
	Ninguna	9	2.6
Frecuencia actos religiosos	Nunca	12	3.5
	Alguna vez al año	32	9.3
	Alguna vez al mes	67	19.5
	Una vez por semana	184	53.6
	A diario	48	14
Actividad económica principal	Trabajando	30	8.7
	Buscando trabajo	9	2.6
	Rentista	8	2.3
	Jubilado o pensionado	13	3.8
	Otra	283	82.5
Ingreso mensual	Es menor a un salario mínimo	222	64.7
	Hasta 1 SMMLV	12	3.5
	De 1 a 2 SMMLV	5	1.5
	De 2 a 5 SMMLV	0	0
	De 5 SMMLV en adelante	0	0
	No recibe ingreso monetario	104	30.3

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Procedencia de adultos mayores participantes del estudio, 2024.

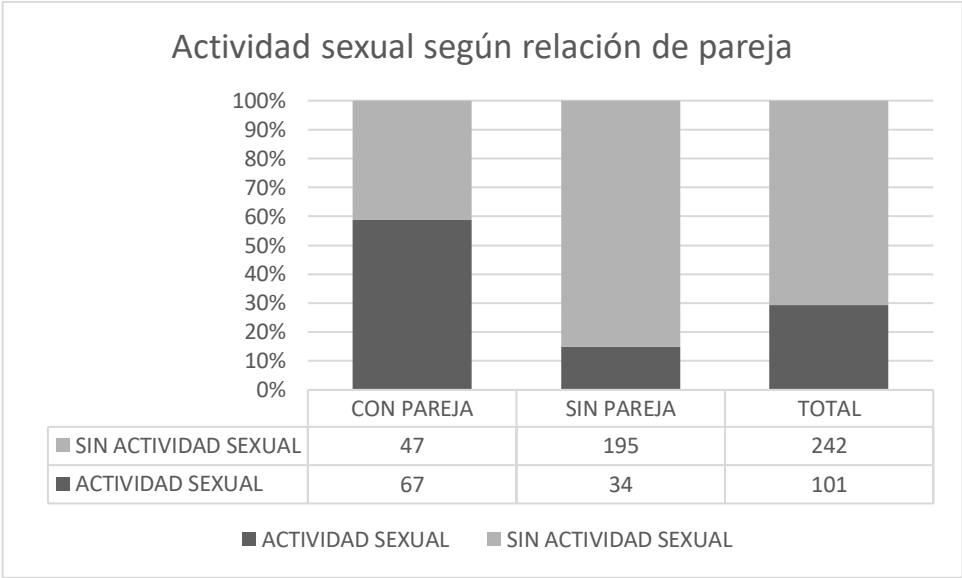


Fuente: Elaboración propia

PRÁCTICAS SEXUALES Y DE RIESGO

La prevalencia observada de vida sexual activa en los adultos mayores fue del 29.4%, por su parte se evidenció que el 33.2% se encontraba en una relación de pareja, con una mediana de tiempo en pareja de 42 años (RI ± 24) donde el 50% de los participantes tienen una relación de pareja entre 18 y 66 años; de esta manera, entre los que refirieron tener una relación de pareja, se encontró que el 58.8% tienen actividad sexual y entre los que no tienen una relación de pareja solo el 14.8% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Actividad sexual según relación de pareja en adultos mayores, 2024.



Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis comparativo por sexo de las prácticas sexuales se obtuvo que, estar en una relación de pareja es más usual en hombres que en mujeres (56.1% vs 46.9% $p=0,000$), de la misma manera se observa que los hombres tienen mayor actividad sexual (76.2% vs 26.8% $p=0,000$); siendo las prácticas sexuales más frecuentes acariciar o ser acariciado y besar y ser besado en un 31.5%, seguido de la práctica sexual vaginal con un 29.7%, todas estas predominaron en hombres (Tabla 4).

En cuanto al número de parejas sexuales, se encontró que el 68.5% de los participantes no tuvo pareja sexual en el último año principalmente por parte de las mujeres (26.8% vs 73.2% $p=0,000$), no obstante, el 21.3% de los participantes tuvo 1 pareja sexual en el último año, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (65.8% vs 34.2% $p=0,000$), así mismo se dio para el caso de 2 a 5 parejas (9.3%).

De la misma manera, se estudió la actitud frente al uso de preservativo masculino en las relaciones sexuales donde se encontró que el 26.8% de los participantes nunca usa el preservativo, siendo esto observado mayormente en los hombres (69.6% vs 30.4% $p=0,000^*$), aun así, en los bajos porcentajes reportados de la

frecuencia de uso de preservativo “Algunas veces” (6.7%) y “Siempre” (3.7%) también se da principalmente por el sexo masculino. Continuando con el uso del condón en la última relación sexual solo el 5.5% afirmó haberlo hecho, de igual manera prevaleció en hombres, quienes en cuanto al tipo de práctica en la que lo utilizan, fue la práctica sexual vaginal en un 11.7%.

Con relación a los motivos personales frente al no uso del preservativo se observa que el 50.4% respondió no utilizarlo por confianza en la pareja, siendo esto más usual por parte de las mujeres (68.8% vs 31.2% $p=0,000$); porque no le gusta utilizarlo un 23%, respuesta principalmente dada por los hombres; por sentimientos de afecto hacia la pareja en un 10.8% con una prevalencia en el sexo femenino; a la pareja no le gusta o no sabe usarlo con un 8.2% respectivamente, teniendo que en estas dos últimas no se obtuvo significancia estadística según en sexo (Tabla 4).

Respecto a las prácticas sexuales de riesgo, el 17.8% afirmó haber intercambiado dinero o beneficios por relaciones sexuales, lo que predominó por parte del sexo masculino (93.4% vs 6.6% $p=0,000$), de los cuales el 60.5% manifestó nunca haber utilizado preservativo, seguido de una frecuencia de A veces en un 19.6%.

En cuanto al consumo de potencializadores, solo el 3.5% afirmó la utilización de estos, todos participantes de sexo masculino, siendo más comunes el uso de Vitafer (41.7%) y Viagra o sildenafil (33.3%) (Gráfico3). Respecto al uso de sustancias, se observó que el 28.6% afirmó haber consumido de alcohol en los últimos 12 meses, esto mayor proporción por parte de los hombres (61.2% vs 38.8% $p=0,000$), y así mismo se observó que de acuerdo a los comportamientos sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de SPA y/o alcohol, el 5.2% de los hombres tuvo relaciones sexuales sin condón, seguido del 2% que refirió tener relaciones sexuales que no deseaba tener y con personas desconocidas (Tabla 4).

Tabla 4. Prácticas Sexuales y de Riesgo en adultos mayores estratificada por sexo, 2024.

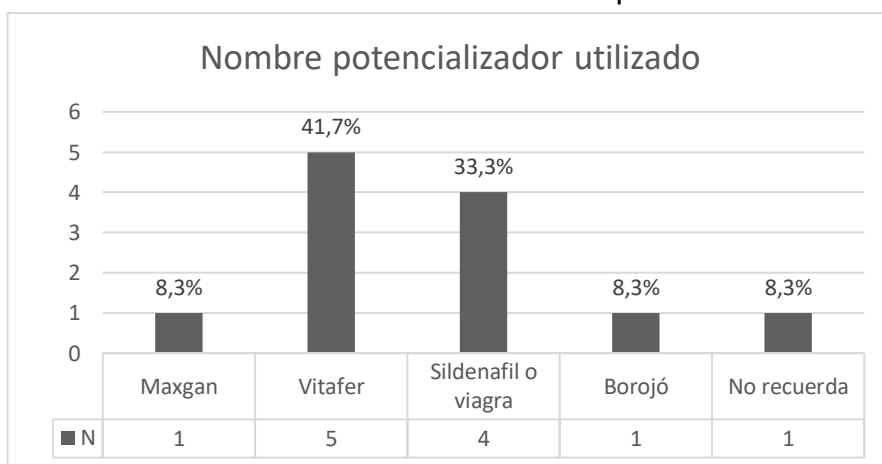
Variables	Hombre n(%)	Mujer n(%)	Total n(%)	P
Relación de pareja	64 (56.1)	50 (46.9)	114 (33.2)	0,000
Actividad Sexual	77 (76.2)	24 (23.8)	101 (29.4)	0,000
Prácticas sexuales				
Acariciar o Ser acariciado	79 (73.1)	29 (26.9)	108 (31.5)	0,000
Besar o Ser besado	78 (72.2)	30 (27.8)	108 (31.5)	0,000
Vaginal	78 (76.5)	24 (23.5)	102 (29.7)	0,000
Anal	6 (100)	0	6 (1.7)	0,005*
Oral	8 (100)	0	8 (2.3)	0,001*
Uso de juguetes sexuales	1 (100)	0	1 (0.3)	0,423*
Número de parejas sexuales				
Ninguna	63 (26.8)	172 (73.2)	235 (68.5)	0,000
1 pareja	48 (65.8)	25(34.2)	73 (21.3)	
2 a 5 parejas	31(96.9)	1 (3.1)	32 (9.3)	
Más de 5	3 (100)	0	3 (0.9)	
Frecuencia de uso preservativo				
Nunca	64 (69.6)	28 (30.4)	92 (26.8)	0,000*
Algunas Veces	21 (91.3)	2 (8.7)	23 (6.7)	
Siempre	10 (90.9)	1 (9.1)	11 (3.2)	
No aplica	50 (23)	167 (77)	217 (63.3)	
Uso en ultima relación sexual	18 (94.7)	1 (5.3)	19 (5.5)	0,000
Uso en práctica sexual				
Vaginal	36 (90.0)	4 (10.0)	40 (11.7)	0,000*
Anal	1 (100)	0	1 (0.3)	
No aplica	108 (35.8)	194 (64.2)	302 (88)	
Intercambio de servicios sexuales por beneficios	57 (93.4)	4 (6.6)	61 (17.8)	0,000
Uso condón en intercambios sexuales por beneficios				
Nunca	34 (91.9)	3 (8.1)	37 (60.5)	0,000*
A veces	12 (100)	1 (1.6)	12 (19.6)	
Siempre	11 (100)	0	11 (18.0)	
Consumo de potencializadores sexuales	12 (100)	0	12 (3.5)	0,000*
Consumo de sustancias psicoactivas licitas o ilícitas				
Alcohol	60 (61.2)	38 (38.8)	98 (28.6)	0,000
Otro (Ninguna)	85 (34.7)	160 (65.3)	245 (71.4)	
Comportamientos sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de SPA y/o alcohol				
Relaciones sexuales que no deseaba tener	7 (100)	0	7 (2)	0,002*
Relaciones sexuales sin condón	18 (100)	0	18 (5.2)	0,000

Relaciones sexuales con desconocidos	7 (100)	0	7 (2)	0,002*
Motivos personales frente al no uso del preservativo				
A la pareja no le gusta	12 (42.9)	16 (57.1)	28 (8.2)	0,948
A usted no le gusta	71 (89.9)	8 (10.1)	79 (23)	0,000
Le causa irritación	1 (33.3)	2 (66.6)	3 (0.9)	0,615
No tenía condón en ese momento	18 (81.8)	4 (18.2)	22 (6.4)	0,000
Siente vergüenza de pedir el preservativo	2 (66.6)	1 (33.3)	3 (0.9)	0,385
Siente que disminuye la sensación de placer	12 (92.3)	1 (7.7)	13 (3.8)	0,000
Usted o su pareja estaban bajo los efectos de las Alcohol /Drogas	0	1 (100)	1 (0.3)	0,577
Confía en la fidelidad de su pareja	54 (31.2)	119 (68.8)	173 (50.4)	0,000
Cree que no es útil	7 (53.8)	6 (42.6)	13 (3.8)	0,389
Hay sentimientos de afecto	7 (18.9)	30 (81.1)	37 (10.8)	0,002
No tiene dinero para comprarlos	6 (100)	0	6 (1.7)	0,005*
No sabe usarlo	7 (25.0)	21 (75.0)	28 (8.2)	0,54

* Prueba exacta de Fisher

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Nombre de Potencializadores utilizados por los adultos mayores



Fuente: Elaboración propia

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO A ITS y VIH/SIDA

Con relación a los conocimientos acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual – ITS y VIH/SIDA, se indagó acerca del conocimiento sobre el condón masculino,

donde el 37.9% de los participantes afirmó reconocer un condón en buen estado, el 35.6% que sabe abrir un condón y el 34.7% que sabe cómo desechar un condón correctamente, de lo anterior, se observa que el conocimiento del condón predomina en participantes de sexo masculino ($p=0,000$).

Por su parte el 94.2% ha oído hablar sobre el VIH/SIDA, donde el 88% reconocen que las personas después de los 60 años pueden adquirir una ITS, con una mayor percepción en mujeres que en hombres; sin embargo, solo el 28.6% afirma que ha sentido alguna vez estar en riesgo de adquirir una ITS VIH/SIDA, para este caso la percepción es mayor en hombres ($p=0,02$).

Respecto al conocimiento de la prueba para detectar el VIH, el 54.8% confirmó conocerla; y en cuanto al conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos – DSR solo el 11.4% mencionó conocer algo al respecto, teniendo los hombres mayor conocimiento de estos que las mujeres (Tabla4).

En cuanto a las creencias en torno al VIH/SIDA en relación al modo de transmisión de la enfermedad, se encontró que la gran mayoría acertó en las opciones correctas: Tener relaciones sexuales penetrativas sin condón un 96.5%, Al recibir una transfusión de sangre infectada un 94.2% y Usar una aguja que había sido usada por alguien que ya estaba infectado/a 91.5%. Sin embargo, también se encontró altos porcentajes de respuestas a creencias de formas de transmisión incorrectas, tales como Al besar a una persona infectada un 78.4%, Por la picadura de un zancudo un 77.6%, Cuando una persona con VIH/SIDA toce o estornuda al frente de alguien 77%, por el uso de baños públicos un 72.3%; y entre las demás opciones, el puntaje más bajo obtenido fue un 48.0% que afirma que al dar la mano o abrazar a alguien infectado/ase pueden contagiar; de igual manera se observa que en algunos casos las mujeres poseen mayores creencias incorrectas sobre el VIH/SIDA que los hombres (Ver tabla 4).

En resumen, de lo anterior se clasificó este conocimiento de transmisión de VIH/SIDA en 3 categorías, donde el 94.8% de los participantes obtuvieron un

conocimiento parcialmente claro, dado que respondieron afirmativamente en casi todos los ítems tanto correctos como incorrectos, lo que se dio en igual proporción tanto en hombres como en mujeres, y solo el 2.9% obtuvo un conocimiento claro de este tema (Tabla 5).

Tabla 5. Conocimientos, percepción del riesgo y creencias frente a las ITS
VIH/SIDA en adultos mayores 2024, estratificada por sexo.

Variables	Hombre n(%)	Mujer n(%)	Total n(%)	P
Conocimientos sobre condón masculino				
Reconoce condón en buen estado	98 (75.4)	32 (24.6)	130 (37.9)	0,000
Sabe abrir condón	94 (77.0)	28 (23.0)	122 (35.6)	
Sabe desechar condón	93 (78.2)	26 (21.8)	119 (34.7)	
Conciencia de la probabilidad de adquirir una ITS				
Ha oído hablar del VIH-SIDA	135 (41.8)	138 (58.2)	323 (94.2)	0,471
Creencia de riesgo de ITS después de los 60 años	134 (44.4)	168 (55.6)	302 (88)	0,033
Percepción del riesgo personal de ITS – VIH/SIDA	54 (55.1)	44 (44.9)	98 (28.6)	0,002
Conoce que existe una prueba para detectar el VIH	81 (43.1)	107 (56.9)	188 (54.8)	0,738
Conoce sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	25 (64.1)	14 (35.9)	39 (11.4)	0,003
Conversaciones de ITS/VIH con la pareja				
Nunca	78 (36.1)	138 (63.9)	216 (63)	0,008
A veces	40 (55.6)	32 (44.4)	72 (21)	
Siempre	27 (49.1)	28 (50.9)	55 (16)	
Creencias en relación al VIH				
Tener relaciones sexuales penetrativas sin condón	142 (42.9)	189 (57.1)	331 (96.5)	0,218
Al recibir una transfusión de sangre infectada	138 (42.7)	135 (57.3)	323 (94.2)	0,497
Por la picadura de un zancudo	117 (44.0)	149 (56.0)	266 (77.6)	0,233
Compartir una comida o bebida con alguien que está infectado/a	108 (47.2)	121 (52.8)	229 (66.8)	0,009
Usar una aguja que había sido usada por alguien que ya estaba infectado/a*	137 (43.6)	177 (56.4)	314 (91.5)	0,094
Uso de baños públicos	102 (41.1)	146 (58.9)	248 (72.3)	0,488
Al besar a una persona infectada	121 (45.0)	148 (55.0)	269 (78.4)	0,053

Al compartir cubiertos o platos con alguien infectado/a	110 (46.2)	128 (53.8)	238 (69.4)	0,026
Uso de piscina o jacuzzi	81 (42.2)	111 (57.8)	192 (56)	0,971
Al dar la mano o abrazar a alguien infectado/a	75 (44.9)	92 (55.1)	167 (48.7)	0,336
Usar un teléfono público	78 (45.9)	92 (54.1)	170 (49.6)	0,180
Beber de una fuente de agua	81 (42.2)	111 (57.8)	192 (56)	0,971
Que una persona con VIH/SIDA haya tosido o estornudado al frente suyo.	123 (46.6)	141 (57.7)	264 (77)	0,003
Conocimientos transmisión VIH				
Claro	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (2.9)	0,951*
Parcialmente claro	138 (42.5)	187 (54.5)	325 (94.8)	
Sin claridad	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (2.3)	

*Prueba exacta de Fisher

Fuente: Elaboración propia.

ANTECEDENTES Y ABORDAJE SOBRE ITS VIH/SIDA

A los participantes del estudio se les preguntó acerca del abordaje de los profesionales de la salud sobre su salud sexual, donde solo el 35.6% respondió haber sido indagados sobre esta en una consulta, lo cual fue más habitual en el caso de los hombres ($p=0,009$).

De igual manera, el 41.1% afirmó haber recibido información acerca de las ITS y un 42.6% educación sobre VIH, así mismo el 41.1% confirma haber recibido explicación sobre cómo prevenir VIH/SIDA; y solo un 5% respondió haber escuchado información sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, situaciones que fueron más usuales para el sexo masculino (Tabla 6).

Por otra parte, en cuanto al acceso a la prueba el 23% afirmó habérsela realizado; sin embargo, se obtuvo un promedio de tiempo de realización de última prueba de 7.3 años, donde un 36.3 % se la realizó hace 2 o 9 años seguido de un 27.5% que se la hizo hace más de 10años; en cuanto al motivo de realización, el 68.8% realizó habérsela realizado por rutina, seguido del 16.3% que afirmó que fue voluntaria (Gráfico 4); y durante el último año solo al 1.7% de los participantes algún profesional de la salud ha sugerido realizarse la prueba para detectar el VIH.

En cuanto a los antecedentes de ITS el 14.3% confirmaron haber tenido una ITS con mayor prevalencia en los hombres ($p=0,000$), siendo la más común la gonorrea con un 69.4% (Gráfico 5); sin embargo, cabe resaltar que estas infecciones no se dieron en el último año.

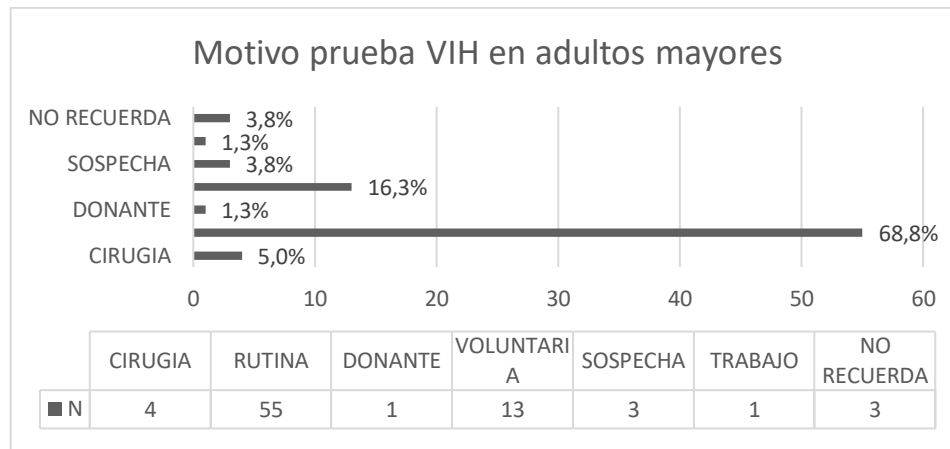
Tabla 6. Antecedentes de ITS y abordaje por profesional de la salud en adultos mayores 2024, estratificado por sexo.

Variables	Hombre n(%)	Mujer n(%)	Total n(%)	P
Abordaje por parte del personal sanitario sobre ITS VIH/SIDA				
Indagación de la salud sexual por parte del profesional de la salud	63 (51.6)	59 (48.4)	122 (35.6)	0,009
Educación sobre protección contra ITS	74 (52.5)	67 (47.5)	141 (41.1)	0,001
Educación de prevención ante VIH	74 (50.7)	72 (49.3)	149 (42.6)	0,007
Educación y explicación protección ante VIH	70 (49.6)	71 (50.4)	141 (41.1)	0,021
Ha recibido información sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	12 (70.6)	5 (29.4)	17(5)	0,015
Prueba Voluntaria para el VIH				
Acceso a la prueba de VIH	38 (48.1)	41 (51.9)	79 (23)	0,232
Tiempo de última prueba				
No recuerda	4 (36.4)	7 (63.6)	11 (13.8)	
1 año o menos	12 (66.7)	6 (33.3)	18 (22.5)	0,299
2 a 9 años	12 (41.4)	17(58.6)	29 (36.3)	
10 años o más	10 (45.5)	12 (54.5)	22(27.5)	
¿Durante el último año algún profesional le ha sugerido realizarse la prueba para detectar el VIH?	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (1.7)	0,70*
Antecedentes de ITS	36 (73.5)	13 (26.5)	49 (14.3)	0,000

* Prueba exacta de Fisher

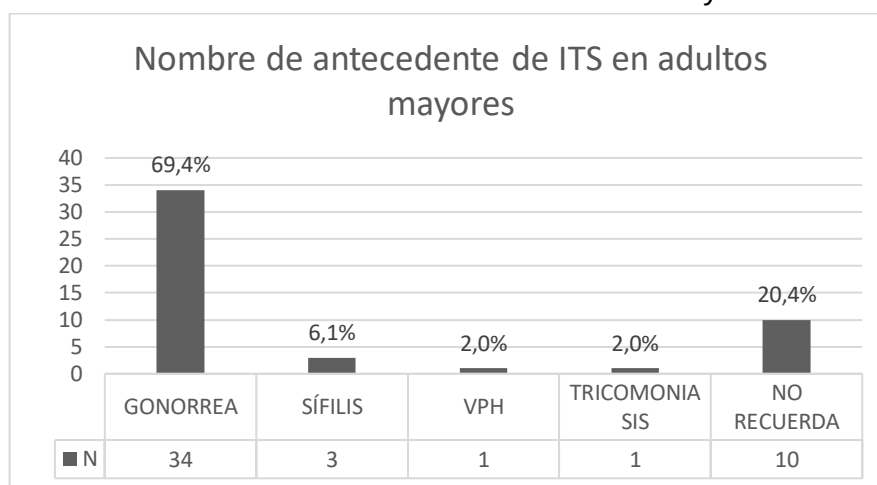
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. Motivos de realización prueba VIH adultos mayores



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5. Nombre de antecedente de ITS en adultos mayores



Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, para evaluar la confiabilidad del instrumento utilizado en el estudio, se aplicó la prueba de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.74; indicando que el instrumento presenta una confiabilidad aceptable, dado que los valores de alfa superiores a 0.70 son considerados adecuados para investigaciones en el ámbito de las ciencias sociales y la salud. Por lo tanto, el instrumento es consistente para medir las variables relacionadas con prácticas sexuales, percepción del riesgo y antecedentes de ITS en adultos mayores en Cartagena.

FACTORES ASOCIADOS A ITS EN ADULTOS MAYORES

Se encontró en el análisis bivariado que, el sexo masculino está asociado con un mayor riesgo de antecedentes de ITS y las mujeres tienen un 79% menor probabilidad de haber presentado antecedentes de ITS en comparación con los hombres; de la misma forma el estado civil viudo se observó como factor protector ya que se evidenció que las personas en estado de viudez tienen un 82.1% menos de probabilidad ($1-0.179=0.821$) de haber presentado antecedentes de ITS en comparación con otras categorías de la variable. Así mismo las personas que siempre usan preservativo tienen un 77.4% menor probabilidad de haber presentado antecedentes de ITS en comparación con las personas que no lo usan siempre.

Por su parte se observó que entre las variables asociadas con mayor riesgo de antecedentes de ITS, se halló que las personas con actividad sexual tienen el doble de probabilidades de haber presentado antecedentes de ITS en comparación con aquellas que no han tenido, así como las personas que han intercambiado relaciones sexuales por beneficios presentan 7 veces el riesgo de antecedentes de ITS, consumir sustancias como el alcohol aumenta las probabilidades 1.9 veces, tener relaciones sin condón bajo efectos de sustancias 3 veces, tener poco conocimiento sobre el condón masculino 2 veces comparado con los que no realizan estas prácticas sexuales de riesgo, además no tener una percepción personal del riesgo a padecer ITS aumenta hasta 13 veces la probabilidad de antecedentes de estas enfermedades (Tabla 7).

Tabla 7. Características asociadas a antecedentes de ITS en adultos mayores de Cartagena 2024.

Variable	Ítem	OR crudo	IC 95%	Valor de p
Sexo		0.213	0.108-0.419	0.000
Estado Civil	Casado/a	0.716	0.112-4.589	0.724
	Unión Libre	0.733	0.183-2.935	0.661
	Separado/a - Divorciado/a	0.864	0.217-3.430	0.835

	Viudo/a	0.179	0.059-0.542	0.002
Relación de pareja		0.690	0.350-1.360	0.282
Actividad Sexual		2.006	1.078-3.735	0.026
Número de parejas sexuales		2.167	0.473-9.925	0.319
Frecuencia de uso preservativo	Nunca	16.305	0.279-953.188	0.271
	Algunas Veces	1.947	0.156-24.229	0.605
	Siempre	0.226	0.073-0.701	0.010
Uso en ultima relación sexual		2.273	0.780-6.622	0.167*
Intercambio de servicios sexuales por beneficios		7.465	3.859-14.441	0.000
Uso condón en intercambios sexuales	Nunca	13.952	1.859-104.719	0.010
	A veces	2.612	0.304-22.406	0.381
	Siempre	0.649	0.054-7.834	0.733
Consumo de sustancias psicoactivas	Alcohol (40.8) Ninguna (59.2)	1.910	1.021-3.571	0.040
Relaciones sexuales que no deseaba tener		4.728	1.025-21.812	0.063
Relaciones sexuales sin condón		3.279	1.169-9.196	0.030
Relaciones sexuales con desconocidos		4.728	1.025-21.812	0.063
Conocimientos sobre condón masculino		2.148	1.166-3.957	0.013
Ha oído hablar del VIH-SIDA		3.316	0.434-25.355	0.221
Creencia de riesgo de ITS después de los 60 años		1.620	0.551-4.765	0.377
Percepción del riesgo personal de ITS – VIH/SIDA		13.473	6.502-27.916	0.000
Conoce prueba para VIH		1.117	0.606-2.056	0.723
Conoce sus Derechos Sexuales y Reproductivos		1.655	0.712-3.850	0.238
Conversaciones de ITS/VIH con la pareja	Nunca	0.773	0.238-2.506	0.668
	A veces	0.693	0.204-2.359	0.558
Indagación de la salud sexual por parte del profesional de la salud		1.174	0.630-2.189	0.612
Educación sobre protección contra ITS		0.656	0.346-1.244	0.194
Educación de prevención ante VIH		0.753	0.403-1.407	0.373
Ha recibido información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos		0.791	0.175-3.574	0.761

* Prueba exacta de Fisher

Fuente: Elaboración propia.

De lo anterior, según las variables con significancia estadística se realizó un modelo de regresión logística para analizar las asociaciones con OR ajustados; así mismo se realizó la prueba de ajuste de Hosmer-Lemeshow que arrojó un p valor de 0.319, mayor a 0.05 indicando la fiabilidad y ajuste del modelo.

El modelo arrojó que, controlando las demás variables las personas con actividad sexual tienen 5.6 veces la probabilidad de haber presentado antecedentes de ITS, a pesar de tener un IC amplio, la asociación es estadísticamente significativa. De la misma forma, se encontró que las personas con menor frecuencia de uso del preservativo tienen 1.84 veces la posibilidad de haber presentado antecedentes de ITS en comparación con aquellas con mayor frecuencia de uso.

Por su parte el modelo determinó que para el caso de intercambios sexuales por beneficios y percepción personal del riesgo a ITS, hubo una diferencia sustancial entre el OR crudo y el OR ajustado. En el análisis bivariado, se encontraron OR superiores a 1, lo que indicaba una asociación de riesgo con los antecedentes de ITS; sin embargo, en el modelo ajustado, el OR se redujo considerablemente para ambos casos, sugiriendo que otros factores están influenciando la probabilidad de antecedentes de ITS para el caso de estas dos variables.

Con relación a las demás variables incluidas en el modelo, no se obtuvo significancia estadística ya sea por el valor de p o por la presencia del valor 1 en los intervalos de confianza al controlar las demás variables.

Tabla 8. Características asociadas a antecedentes de ITS en adultos mayores de Cartagena 2024. Modelo ajustado.

Variable	OR ajustado	IC 95%	Valor de p
Sexo	1.609	0.544-4.756	0.390
Estado Civil	1.080	0.755-1.506	0.649
Actividad Sexual	5.565	1.639-18.891	0.006
Frecuencia de uso preservativo	1.844	1.240-2.743	0.002
Intercambio de servicios sexuales por beneficios	0.237	0.94-0.598	0.002
Consumo de sustancias psicoactivas	0.557	0.234-1.322	0.184
Relaciones sexuales sin condón	0.656	0.153-2.806	0.569
Conocimientos sobre condón masculino	1.183	0.479-2.925	0.716
Percepción del riesgo personal de ITS – VIH/SIDA	0.070	0.030-0.162	0.000

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten identificar y describir algunos factores de prácticas sexuales que han sido asociados al riesgo de ITS y VIH/SIDA en adultos mayores en otros estudios e investigaciones realizadas.

PRÁCTICAS SEXUALES Y DE RIESGO

Realizando la búsqueda de literatura, se encontró un estudio realizado en los Estados Unidos sobre Cultura sexual en viviendas de bajos ingresos para adultos mayores, el cual estuvo conformado por 283 participantes, donde el 52.3% fueron hombres, el 37% entre 62 a 74 años, mayormente latinos (60%), con secundaria incompleta un 51%, católicos 50%, el 71% vivía solo y el 93.6% se encontró desempleado; en el cual se determinó que el 44% eran activos sexualmente (50). Lo que permite contrastar los hallazgos en este trabajo, donde se obtuvo que los participantes fueron mayormente de sexo femenino (esto debido a que entre los matriculados en la población de referencia existían más de sexo femenino), con edades entre 64 y 84 años, separados, divorciados o viudos, la mayoría convive con sus hijos, presentaron una escolaridad de primaria o secundaria incompleta, católicos, donde la mayoría refirió no tener actividad económica, encontrándose un 29% con vida sexual activa, se destaca además la similitud de los estudios con relación a las condiciones socioeconómicas de los colaboradores.

Respecto a las prácticas sexuales donde se observó que, de los que tienen vida sexual activa el 33% tienen pareja y de estos el 58.8% tienen actividad sexual, por su parte, entre los que no tenían pareja solo el 15% afirmó tener actividad sexual; esto se asemeja a un estudio realizado en China, donde se encontró una prevalencia de vida sexual activa en el 45,6% de los adultos mayores, donde tener pareja se asoció a la actividad sexual en mayor grado que el estar solo (ORa=2,80; IC del 95 %: 1,41-5,58 vs ORa=0,51; IC del 95 %: 0,27-0,96) (51); de la misma forma un estudio en Brasil reportó una proporción de un 45% siendo los hombres quienes presentaron mayor actividad sexual (52).

Así pues, se encontró que los hombres son quienes más se hallan en una relación de pareja y por ende tienen mayor actividad sexual, donde las prácticas más comunes fueron caricias, besos y práctica sexual vaginal; situación similar encontrada por Pino et al. en un estudio realizado en Latinoamérica, en que los hombres mayores a 60 años son quienes dicen tener más actividad sexual, en comparación con mujeres de la misma edad, y con relación al deseo y la actividad sexual, es mayor en aquellos adultos mayores que poseen pareja estable, en comparación con aquellos que se encuentran sin pareja; así pues también exploran la sexualidad de adultos mayores con disfunción eréctil, quienes, al ser consultados por las prácticas sexuales, señalan la importancia de las caricias, besos, contacto físico y emocional con sus parejas (53).

Respecto al número de parejas, este trabajo arrojó que la mayoría de mujeres no tuvo una pareja sexual en el último año y para el caso de los hombres con vida sexual activa estuvieron con una a cinco parejas; similar a lo reportado por Gómez et al. en una revisión realizada que reportó que el sexo se asocia a conductas sexuales, donde identificaron que ser mujer se relaciona con un comportamiento sexual menos riesgoso y el ser hombre se asociaba a no usar condón y tener múltiples parejas sexuales (54).

Lo anteriormente descrito, se relaciona con lo reportado en los resultados donde el 27% nunca utiliza condón primordialmente hombres, aunque entre quienes lo utilizan el 5.5% lo emplearon en la última relación sexual, usado principalmente en la práctica sexual vaginal; no obstante, en China la tasa de uso de condón entre los adultos mayores de la comunidad en Chongqing es baja, con un 9.7% usándolos durante su última relación sexual (55). Por su parte, un estudio Brasil determinó y que sólo el 5,5% de los participantes reportó utilizar preservativo y de éstos, sólo el 1,3% afirmó utilizarlo en todas sus relaciones sexuales (56); otra investigación en este mismo país concluyó que el no uso de condones fue mayor entre las personas casadas o en unión libre, aquellas sin educación o con educación primaria incompleta y entre las personas mayores y la prevalencia de no uso de

preservativos entre las parejas casadas o en unión libre fue igual para ambos sexos (75%); sin embargo, en otro trabajo se encontró que entre los no convivientes, la disparidad entre sexos resultó relevante ya que el 39,1% de las mujeres no utilizó preservativo en su última relación sexual, mientras que entre los hombres este resultado fue del 26,9% (57).

Otro aspecto importante son los motivos de no uso de condón, en la población estudiada se observó que generalmente fue por confianza en la pareja o sentimientos de afecto hacia la pareja principalmente para el caso de las mujeres y en hombres porque no les gusta, o a la pareja no le agrada.

Por su parte, Melasio et al. determinó los factores individuales, psicológicos y socioculturales del no uso de condón en adultos mayores, donde encontró que en hombres que le dan más importancia al sexo tenían más probabilidades de no usar condón, al igual que la falta de conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH, sin embargo, para el caso de las mujeres tuvo que ver con la baja decisión sexual y el autosilenciamiento, que describe cómo las mujeres silencian o suprimen pensamientos, sentimientos y acciones que entran en conflicto con los de su pareja para evitar conflictos y mantener una relación (54).

Continuando con las conductas sexuales de riesgo, se obtuvo que el 18% de los participantes realizó intercambio de dinero o beneficios por relaciones sexuales principalmente de sexo masculino, donde un 60.5% nunca usó preservativo en dichos intercambios, lo que se puede comparar con lo reportado por Schensul en donde el 7.4% de la población estudiada, veían a trabajadoras sexuales, esencialmente hombres de los que el 40% no usaban condones regularmente (50).

Con relación al consumo de potencializadores, la presente investigación reportó que se dio preferentemente en hombres en un 3.5%, y en cuanto al consumo de sustancias un 28.6% consumió alcohol en el último año, generalmente hombres, de los cuales el 5.2% afirmó haber tenido relaciones sin condón bajo efectos del alcohol y el 2% haber tenido relaciones que no deseaba y con personas desconocidas. De

la misma forma lo reporta Gómez et al., en su revisión donde el uso de drogas no terapéuticas, la frecuencia de las relaciones sexuales y el uso de sildenafil también se asociaron con conductas sexuales de riesgo, donde el uso de cualquier droga en los últimos 6 meses se asoció con un menor uso de condón y un mayor número de parejas sexuales (54).

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO A ITS

Con relación a los conocimientos y percepción del riesgo a ITS se obtuvo que, solo el 36% consideró tener conocimientos sobre el uso del condón (reconocer el estado, abrirlo y desecharlo) especialmente en hombres; caso igualmente reportado en un estudio realizado en Bogotá por Bejarano y Rojas, donde el 28,7% del grupo de la tercera edad manifestó reconocer un preservativo en buen estado, el 19% saber abrir y usar el preservativo y el 21,8% saber cómo desecharlo, encontrándose diferencia significativa en este último aspecto relacionada al sexo, siendo mayor en los hombres que en mujeres (10).

Del mismo modo, este estudio encontró que el 94% han oído hablar sobre el VIH; análogo a uno hecho en Nigeria, donde el 75,7% obtuvo su información sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA de la televisión, las campañas de sensibilización (43,5%), los periódicos (38,6%), los amigos (37,3%) y los vecinos (27,1%) (58).

En cuanto a la percepción del riesgo, el 88% reconocen el riesgo que tiene las personas de mayores de 60 de adquirir una ITS, apreciación mayor por el sexo femenino; por otra parte, el 28.6% registran que han sentido estar en riesgo de adquirir una ITS principalmente por el sexo masculino. En contraparte, un estudio en EEUU arrojó que la mayoría de la muestra creía que su probabilidad de infectarse con VIH era baja (n = 18, 16,7%) o nula (n = 83, 76,9%) (59); de igual forma un estudio realizado en hombres mayores de Nigeria, aunque reconocieron que habían oído hablar del VIH/SIDA, quienes informaron que eran sexualmente activos

negaron sus posibilidades de contraer la infección, presunción que podría estar relacionada con su gran confianza en la naturaleza holística de la medicina tradicional y su capacidad para abordar una amplia gama de problemas relacionados con la salud (60).

Otro aspecto importante son las creencias y conocimientos sobre el VIH, donde se observó que una media del 94% reconoció que las relaciones sexuales penetrativas sin condón, el recibir una transfusión de sangre infectada y usar una aguja que había sido usada por alguien que ya estaba infectado/a, son modos de transmisión del VIH; sin embargo, también manifestaron altos porcentajes de respuestas a creencias de formas de transmisión incorrectas (77.6%), tales como besar a una persona infectada o por la picadura de un mosquito, característicamente mujeres. Situación similar encontrada en Cuba, donde el 96.5% de los entrevistados reconoció la vía de transmisión sexual vaginal, el 84% la vía anal, y el 72.2% la intravenosa (sangre contaminada) y uso de jeringuillas o material contaminado, sólo el 32.2% señaló la vía oral; hubo un 8.8 % que señala la picadura de mosquito como vía de transmisión, sin embargo, de acuerdo a la escala establecida para medir conocimientos, estos fueron suficientes en hombres y mujeres en similares proporciones, lo que se puede deducir que el conocimiento no se comportó como una barrera en ese caso (61).

ANTECEDENTES DE ITS Y ABORDAJE POR PERSONAL DE SALUD

Ahora bien, en cuanto al abordaje a los adultos mayores por el personal de salud el 35.6% afirmó haber sido indagado en consulta sobre salud sexual, habitualmente hombres; por su parte, en un estudio realizado por Graf, Cohn y Syme, donde el 35% de los adultos mayores reportó haber hablado con un médico sobre salud sexual en el último año, la proporción entre hombres y mujeres no difirió significativamente (62).

Así mismo, Ezhova et al. en su revisión identificaron resultados mixtos y diferencias entre países, en el estudio GSSAB los hombres estadounidenses hablaron con un

médico con más frecuencia que las participantes femeninas, por el contrario, en Brasil el doble de mujeres que hombres informaron haber hablado con un médico sobre problemas sexuales. En la rama europea del GSSAB, los hombres británicos tenían más probabilidades de hablar con un médico, pero las mujeres tenían más probabilidades de hacerlo cuando vivían en otras partes de Europa. Sin embargo, las conversaciones sobre el desempeño sexual con pacientes femeninas tendían a ser iniciadas por la paciente, mientras que los médicos a menudo las iniciaban con los pacientes masculinos (63), de igual manera en un estudio cualitativo realizado en Colombia, los participantes mencionaron que no se percibe interés por parte de los proveedores, pues “no preguntan” sobre sexualidad, y si lo han realizado no han sido experiencias satisfactorias (64).

Del mismo modo, el presente trabajo determinó que el 41% reconoció haber recibido información de cómo prevenir ITS - VIH y solo al 1.7% el personal de la salud le ha sugerido realizarse la prueba en el último año; contrario a lo referido por Tracy et al. en su estudio, donde el 80,6% de participantes indicaron que su proveedor de atención primaria de salud habitual no les había ofrecido materiales educativos para la prevención del VIH, y al 78% ni les había ofrecido pruebas del VIH (caso que se asemeja), aunque no muchos participantes informaron haber tenido conversaciones sobre el VIH con su profesional de atención sanitaria (40,7%) (59).

En cuanto al conocimiento sobre la existencia de una prueba para detectar VIH, más de la mitad afirmó conocer la prueba para detectar VIH, por su parte en relación con el acceso a esta, el 23% afirmó haberla realizado, teniendo como principal motivo los exámenes de rutina y solo un 16.3% lo hizo de forma voluntaria.

Caso opuesto se observó en los Estados Unidos durante 2019, que entre 2 452 507 pruebas de VIH financiadas por los CDC proporcionadas en 412 164 (16,8 %), se proporcionaron a adultos mayores (65). Similar a un estudio realizado en las zonas urbanas de Malawi, reportó que el 42,8 y el 66,7% de los hombres y mujeres mayores de 40 años participaron en el primer año de distribución de pruebas de autodiagnóstico del VIH en la comunidad, sin embargo los adultos mayores

percibieron las pruebas de VIH como una amenaza para el estatus, lo que contribuyó a los bajos niveles de pruebas de VIH recientes en comparación con los adultos más jóvenes (66).

Por su parte, Youssef et al. en sus estudios determinó siete factores asociados con la oferta de pruebas de VIH a personas mayores: el escaso conocimiento, el estigma, los estereotipos, la percepción inexacta del riesgo, la atribución incorrecta de síntomas, la discusión del VIH con los pacientes, los procedimientos de consentimiento y cuestiones prácticas (67,68).

Respecto a los antecedentes de ITS en los participantes, el 14.3% afirmó haber contraído una de estas, esencialmente hombres donde la más frecuente fue la gonorrea, no obstante, estas se dieron en el último año; es así como el impacto de esta situación también se refleja en Estados Unidos con los datos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, indicando que la prevalencia de la gonorrea entre las personas de 55 años o más ha aumentado de 3,5 casos por cada 100 000 personas en 2010 a 17,2 por cada 100 000 en 2020, y que la sífilis y la clamidia siguen patrones similares (58).

CAPÍTULO 5.

CONCLUSIONES

Concordando con la evidencia actual encontrada en comparación con estudios internacionales los hallazgos sugieren que, los factores culturales y sociodemográficos pueden influir en la frecuencia y naturaleza de las prácticas sexuales en este grupo, teniendo en cuenta que en Cartagena-Colombia nuestra población adulta mayor es conservadora en aspectos de la sexualidad, especialmente las mujeres; es así como estos resultados destacan la importancia de considerar estas diferencias en el diseño de intervenciones de salud sexual adaptadas a las características específicas de los adultos mayores en los diferentes contextos.

En cuanto a las prácticas sexuales, se evidenció que el tener pareja y el género son factores clave para la actividad sexual en adultos mayores, es así como los hombres con pareja presentaron mayor frecuencia de actividad sexual, destacando prácticas como caricias, besos y relaciones sexuales vaginales, en coherencia con estudios previos.

Por su parte, se encontró que la mayoría de mujeres no tuvieron una pareja sexual en el último año, mientras que los hombres con vida sexual activa reportaron entre una y cinco parejas; lo que sugiere que ser mujer está asociado con conductas sexuales menos riesgosas, en contraste con los hombres quienes tienden a no usar condón y tener múltiples parejas, siendo este un comportamiento común registrado en diversas fuentes, donde las tasas de uso de preservativo entre adultos mayores son igualmente bajas, lo que devela la urgente necesidad de implementar estrategias de educación sobre su uso en esta población.

Respecto a los motivos de no uso de condón entre los participantes del estudio, varían significativamente por género, encontrando factores emocionales, personales, psicológicos y de conocimiento, como barreras para su uso.

Este estudio además reveló que el 18% de los participantes principalmente hombres, se involucró en el intercambio de dinero o beneficios por relaciones sexuales, y alarmantemente el 60.5% de estos nunca utilizó preservativo en tales intercambios; situación preocupante, ya que se determina la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en esta población destacando la importancia de estrategias efectivas de educación y prevención que aborden específicamente las prácticas sexuales seguras.

También, se encontró un bajo porcentaje de hombres que reportaron el uso de potencializadores y un 28.6% que consumió alcohol en el último año, de los cuales el 5.2% tuvo relaciones sexuales sin condón, y el 2% experimentó relaciones no deseadas con desconocidos bajo sus efectos, siendo estas prácticas riesgosas para la infección por ITS o VIH.

Con relación a los conocimientos del uso del condón, se observó solo un 36% de participantes refiriendo tener conocimientos adecuados sobre el uso del condón, como el reconocimiento de su estado, saber abrirlo y desecharlo, siendo este porcentaje más alto en hombres, por lo que se requiere aumentar este en la población con intervenciones educativas integrales considerando que el uso de este es una práctica de protección.

En lo que respecta al VIH, se obtuvo que el 94% de los participantes ha oído hablar de esta enfermedad; de la misma manera, reveló que el 88% de los participantes reconoce el riesgo de adquirir una ITS después de los 60 años, con una percepción de riesgo colectiva más alta entre las mujeres, caso contrario de la percepción personal del riesgo con 28.6%, apreciación predominante en los hombres, encontrándose una variación según el género.

Otro aspecto importante, fue que el 94% de los participantes reconoció correctamente el modo de transmisión de VIH, pero también se obtuvo un alto porcentaje de creencias erróneas sobre la transmisión, especialmente entre mujeres.

Estos hallazgos prueban que, aunque hay un reconocimiento general de las vías de transmisión correctas, persisten creencias incorrectas que pueden influir en la percepción del riesgo y en las prácticas de prevención, por lo que el conocimiento no siempre se traduce en comprensión o práctica efectiva, lo que recalca la necesidad de intervenciones educativas continuas y más efectivas, evaluando la calidad y precisión de la información, basándose no solamente en los aspectos técnicos, sino también en la percepción de riesgo y en la corrección de mitos, creando un enfoque más completo para promover una percepción de riesgo más realista y, por ende, una mayor adopción de prácticas de prevención, contribuyendo así en la disminución del impacto de esta enfermedad en adultos mayores.

Ahora bien, en lo que respecta al abordaje de adultos mayores sobre salud sexual y reproductiva en la atención sanitaria, se halló que solo el 35.6% de los adultos mayores afirmó ser indagado sobre su salud sexual durante las consultas, con una tendencia notable entre los hombres. No obstante, diversos estudios a nivel mundial reportan una tendencia global donde la comunicación sobre salud sexual varía significativamente según el género y el contexto cultural; donde para el caso de Colombia, este déficit en la atención se ve exacerbado por valores culturales que limitan las discusiones sobre sexualidad en entornos clínicos, por lo que se precisa de forma urgente fortalecer la capacitación del personal de salud en temas de sexualidad en la vejez.

En lo que respecta a la información brindada por los servicios de atención primaria en salud, se evidenció que el 41% de los adultos mayores reconoció haber recibido información sobre la prevención de ITS y VIH, mientras al 1.7% se le recomendó realizar una prueba en el último año; esto coincide con otra evidencia existente que demuestra que los proveedores de atención primaria no ofrecen materiales educativos sobre la prevención o recomendaciones para la prueba del VIH a esta población.

Es así como a pesar de que más de la mitad de los encuestados conocía la prueba para detectar el VIH, solo un 23% se la había realizado, principalmente por

exámenes de rutina; otro hallazgo importante, fue respecto a los antecedentes de ITS con una distribución de un 14%, siendo la gonorrea la más frecuente concurrente con las tendencias entre personas de 55 años o más, lo que pone de manifiesto un riesgo creciente de ITS en este grupo.

Por lo anterior, se debe mejorar la educación y el acceso a servicios de salud sexual en esta población, se requiere promover el acceso a pruebas de VIH entre los adultos mayores y su regularidad en los que son activos sexualmente, teniendo en cuenta el riesgo creciente de ITS no diagnosticadas y su potencial propagación en la población adulta mayor eliminando barreras que limitan la prevención y detección de ITS y VIH/SIDA.

RECOMENDACIONES

Ante los hallazgos presentados, es pertinente que se implemente una acción coordinada y efectiva para abordar la salud sexual de los adultos mayores en Cartagena-Colombia, desde la Atención Primaria en salud, donde se desarrollen programas educativos que no solo aumenten el conocimiento sobre el VIH y las ITS, sino que también promuevan una comunicación abierta sobre la sexualidad en la vejez, respetando las particularidades culturales de esta población. Así mismo, se requiere una capacitación intensiva del personal de salud para que pueda abordar estos temas con sensibilidad y conocimiento, asegurando que todos los adultos mayores tengan acceso a información precisa y recursos para la prevención.

Además, es crucial aumentar la disponibilidad y el acceso a pruebas de VIH y otros servicios de salud sexual, eliminando barreras que actualmente limitan la detección y el tratamiento de infecciones. Solo a través de un enfoque integral y adaptado a las necesidades de esta población podremos reducir el riesgo de ITS y VIH, promoviendo así una vida sexual saludable y satisfactoria en los adultos mayores.

En síntesis, las recomendaciones generadas son:

1. Investigaciones futuras: Si bien el estudio aporta evidencia importante, la muestra es limitada a una región específica, razón por la cual no se pueden generalizar los hallazgos. Se recomienda la continuidad de investigaciones con un enfoque multicéntrico que capture mayor diversidad y considere los diferentes estratos socioeconómicos; además, de investigaciones con análisis estadísticos robustos que contribuyan a una comprensión más amplia de la situación expuesta, con el fin de adaptar mejor las intervenciones.
2. Desarrollo de Programas Educativos: Implementar programas de educación integral y pertinente sobre salud sexual específicamente dirigidos a adultos mayores, que aborden temas como la prevención de ITS y VIH, el uso

adecuado de condones y la importancia de la comunicación sobre sexualidad en la vejez, teniendo en cuenta las características de esta población.

3. Capacitación del Personal de Salud: Planteamiento, ejecución y seguimiento de planes educativos y de sensibilización del personal de salud para el abordaje la sexualidad y salud reproductiva en la vejez, para que puedan abordar estos temas de manera sensible y sin prejuicios durante la atención.
4. Aumento del Acceso a Pruebas de VIH: Promover las pruebas de VIH y otras ITS en centros de atención primaria, asegurando que se ofrezcan regularmente a todos los adultos mayores, especialmente a aquellos que son sexualmente activos, eliminando barreras de acceso.
5. Fortalecimiento de las estrategias de divulgación de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con inclusión del adulto mayor: Desarrollar materiales educativos accesibles y culturalmente relevantes que informen a los adultos mayores sobre la salud sexual, los riesgos asociados y las prácticas de prevención, que puedan ser distribuidos en las instituciones y centros comunitarios. Además de fomentar una comunicación abierta, promoviendo campañas que animen a los adultos mayores a hablar abiertamente sobre su salud sexual, en todos los entornos, para reducir el estigma asociado y mejorar la atención.
6. Políticas o cambios: Se recomienda revisar la operacionalización de políticas públicas como la Política de Salud Sexual y Reproductiva, teniendo en cuenta la inclusión de todos los grupos etarios y programas especiales para el abordaje preventivo de ITS/VIH del adulto mayor, desde todos los contextos.
7. Cooperación Interinstitucional: Fomentar la colaboración entre instituciones de salud, organizaciones comunitarias y grupos de defensa de los derechos de los adultos mayores para crear una red de apoyo que aborde de manera integral la salud sexual en esta población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mueses-Marín HF, Tello-Bolívar Inés Constanza;, Galindo-Orrego María Isabel, Galindo-Quintero Jaime. Percepciones sobre riesgo sexual, VIH y prueba del VIH en Cali, Colombia. *Revista Colombia Médica* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 22];139–47. Available from: <http://www.bioline.org.br/abstract?rc18036>
2. Hernández Carrasco M, de la Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, Cano Pazos M. Características de la esfera sexual en pacientes adultos mayores. *Med Fam Semer* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Aug 21];45(1):37–43. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-caracteristicas-esfera-sexual-pacientes-adultos-S1138359318303782>
3. von Humboldt S, Cabras E, Low G, Leal I. Sexual Well-Being and Aging Patterns: Findings of a Cluster Analysis among Older Adults in Portugal and Spain. *Eur J Investig Heal Psychol Educ* [Internet]. 2024 Jul 11 [cited 2024 Aug 15];14(7):2013–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39056649/>
4. Palmeira R de A. Sexualidad del adulto mayor. *Rev Científica UPAP* [Internet]. 2021 Oct 12 [cited 2024 Aug 15];1(1):75–81. Available from: <https://revistacientifica.upap.edu.py/index.php/revistacientifica/article/view/18>
5. Melguizo-Herrera E, Álvarez-Romero Y, Cabarcas-Mendoza MV, Calvo-Rodríguez RS, Flórez-Almanza J, Moadie-Contreras OP, et al. Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2022 Aug 21];44(2):87–92. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502015000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

6. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2022 Aug 21];21(10):1–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1090-4>
7. Morton L. Sexuality in the Older Adult. *Prim Care Clin Off Pract*. 2017 Sep 1;44(3):429–38.
8. Delamater J. Sexual Expression in Later Life : A Review and Synthesis. *J Sex Res* [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 21];4499(January):125–41. Available from: <https://sci-hub.se/10.1080/00224499.2011.603168>
9. López-Ramos H, Medina-Rico M, Hernandez P, Silva JM. Sexuality in the elderly, behaviors and challenges - Review of the literature. *Urol Colomb* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 21];28(2):121–9. Available from: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1645849>
10. Bejarano Tofiño C, Rojas Barragán L, Sanabria Parra D, Torres Benjumea A, Ibáñez Pinilla M, Andrade Forero L. Prevalencia de prácticas sexuales y vulnerabilidad a las ITS/VIH-Sida en adultos mayores, localidad Suba. Bogotá, 2018 [Internet]. [Bogotá]: Universidad El Bosque; 2018 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=11553b6c-14cb-4d85-9689-610a0fdd965c%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=cub.572278&db=cat06715a>
11. Teresa M, Arévalo V, Correa Sánchez D, Quintero MA, Helmer De Jesús I, Ossa Z, et al. Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2011 [cited 2022 Aug 21];37(4):472–81. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Instituto Nacional de Salud. VIH, SIDA Y MUERTE POR SIDA COLOMBIA 2020. INS [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 21];1:16. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_2020.pdf
13. Heberto Romeo Priego Álvarez, Karen Cristell Arellano Zuñiga, María Isabel Ávalos García, Catherine Bracqbien Noygues. Vista de Invisibilidad del adulto mayor con VIH/SIDA: La percepción del médico de primer nivel en Tabasco, México. Salud Uninorte [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 21];36(2):412–24. Available from: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13004/214421445268>
14. Leticia Vizcaíno Cela. Abordaje de la infección por VIH en personas mayores: efectos, causas y estrategia terapéutica. [Coruña]; 2014.
15. Spindola T, Soares De Barros De Araújo A, De E, Brochado J, Fernanda D, Marinho S, et al. Prácticas sexuales y comportamiento de jóvenes universitarios frente a la prevención de infecciones de transmisión sexual . Enfermería Glob [Internet]. 2020 Apr [cited 2022 Aug 22];58:109–19. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.382061>
16. Fernández-Silva CA, Sánchez-Martínez DE, Fernández-Silva CA, Sánchez-Martínez DE. Actitudes y prácticas sexuales relacionadas con VIH/SIDA. Rev la Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2018 Nov 20 [cited 2022 Aug 22];50(4):350–7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072018000400350&lng=en&nrm=iso&tlng=es

17. de Vlieg RA, van Empel E, Montana L, Xavier Gómez-Olivé F, Kahn K, Tollman S, et al. Alcohol Consumption and Sexual Risk Behavior in an Aging Population in Rural South Africa. *AIDS Behav* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Aug 23];25(7):2023–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33387135/>

18. Ballester-Arnal R, Giménez-García C, Castro-Calvo J, Bover MB, Gil-Llario MD. Personas mayores en riesgo: uso del preservativo ante las infidelidades. *Rev INFAD Psicol Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2022 Aug 22];5(1):479–86. Available from: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1630>

19. Astrid Gómez-Melasio D, Julia Onofre-Rodríguez D, Enrique Trujillo-Hernández P, Rodríguez-Vázquez N, Luis Hernández-Torres J, Josué Lara-Reyes B. ACTITUDES HACIA EL USO DEL CONDÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE MONTERRE...: IdeA - Descubridor Biblioteca Universidad El Bosque: Heal Addict [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 23];22(2):90–101. Available from: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=70d25e2f-b6ec-4f48-9764-349bdf0da2a%40redis&bdata=Jmxbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=158257454&db=asx>

20. De F, Programa S, Psicología DE. Percepción de riesgo de VIH/Sida en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Cali. 2021 [cited 2022 Aug 23]; Available from: <http://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/2135>

21. Hinchliff S. Ageing and Sexual Health in the UK. <https://doi.org/10.1177/1359105308101673> [Internet]. 2009 Apr 1 [cited 2024 Oct 20];14(3):355–60. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105308101673>

22. Ferenidou F, Athanasiadis L, Fountoulakis KN. Psychobiology of Sexuality. *Psychobiol Behav* [Internet]. 2019 Jul 27 [cited 2024 Oct 20];139–60. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-18323-3_5

23. Price AA, Busby DM, Leavitt CE. The Need for Sexual Wholeness: Linking Self-Determination Theory to the Physical, Emotional, and Meaning Aspects of Sex. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 23];49(2):229–41. Available from: <https://www-tandfonline-com.bibliotecavirtual.unisinu.edu.co/doi/abs/10.1080/0092623X.2022.2094304>

24. Quistberg K, Sakaluk JK. Good in Theory: A Metatheoretical Review of Social Psychological Theories of Human Sexuality. 2021 Feb 8 [cited 2024 Oct 29]; Available from: <https://osf.io/pnqfv>

25. von Humboldt S, Rolo J, Ribeiro-Gonçalves JA, Benko E, Low G, Leal I. What Distresses Sexual Well-Being Among Older Adults in Different Cultures? A Qualitative Study with Slovenian and Portuguese Older Adults. *Sex Res Soc Policy* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Oct 20];20(1):377–90. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-022-00765-0>

26. Hillman J. Sexual Issues and Aging Within the Context of Work With Older Adult Patients. *Prof Psychol Res Pract*. 2008 Jun;39(3):290–7.

27. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2024 Nov 2];21(10):1–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1090-4>

28. DeLamater J, Karraker A. Sexual functioning in older adults. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2009 Jan 22 [cited 2024 Nov 2];11(1):6–11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-009-0002-4>

29. Sinković M, Towler L. Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834> [Internet]. 2018 Dec 25 [cited 2024 Nov 2];29(9):1239–54. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732318819834>
30. Træen B, Hald GM, Graham CA, Enzlin P, Janssen E, Kvaalem IL, et al. Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and its Difficulties. *Int J Sex Heal*. 2017 Jan 2;29(1):1–10.
31. Træen B, Carnevalheira A, Kvaalem IL, Štulhofer A, Janssen E, Graham CA, et al. Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of The Recent Literature, Part 2: Body Image and Sexual Satisfaction. *Int J Sex Heal*. 2017 Jan 2;29(1):11–21.
32. Kolodziejczak K, Rosada A, Drewelies J, Düzel S, Eibich P, Tegeler C, et al. Sexual activity, sexual thoughts, and intimacy among older adults: Links with physical health and psychosocial resources for successful aging. *Psychol Aging*. 2019 May 1;34(3):389–404.
33. Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Ayalon L, Benyamini Y, Biermann V, Coffey A, et al. How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies. *Cult Health Sex* [Internet]. 2019 Mar 4 [cited 2024 Nov 2];21(3):293–308. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2018.1465203>
34. Mora Cárdenas CM, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro RB. Vulnerabilidade al VIH/Sida: sociabilidade y trayectorias de mujeres jóvenes con prácticas homoeróticas en Rio de Janeiro. 2009 [cited 2024 Oct 20]; Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2376>

35. Ministerio de Salud. POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ. MinSalud Colombia; 2015 p. 1–54.
36. Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia; OIM; UNFPA. Política Nacional de Sexualidad y Derechos sexuales y reproductivos [Internet]. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos Bogotá: Min Salud y PS; 2014 p. 1–150. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO POLITICA SEXUAL SEPT 10.pdf>
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal Salud Pública 2022-2031 [Internet]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf, 1035 Colombia; Jun 14, 2022 p. 1–273. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
38. Sánchez-Pérez H, Ramírez-Rosillo FJ, Carrillo-Esper R, Sánchez-Pérez H, Ramírez-Rosillo FJ, Carrillo-Esper R. Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2024 Aug 15];45(1):40–7. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032022000100040&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Roldán-Restrepo D, Arenas-Duque A, Forero- Martínez LJ, Rivera D, Rivillas JC, Roldán-Restrepo D, et al. Conocimientos y percepciones de niñas, niños y adolescentes sobre la sexualidad. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2024 Aug 15];39(2). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2021000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud sexual y su relación con la

salud reproductiva: un enfoque operativo. Hum Reprod Program [Internet]. 2018;1–12. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

41. Losada AV, Muñiz AM. Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual : mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. Prospect en Psicol [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 15];3(2):4–15. Available from: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12792>
42. Rodríguez Pérez LF, Becerra Hernández A, Rodríguez Pérez LF, Becerra Hernández A. Percepciones asociadas a conductas sexuales de riesgo. Horiz Sanit [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 15];21(2):292–8. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592022000200292&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Minsalud Colombia. Derechos sexuales y derechos reproductivos en salud. Of Promoción Soc [Internet]. 2018 Mar;1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/derechos-sexuales-derechos-reproductivos-r1904-2017.pdf>
44. Melchor Vera K, Rios Rios AN. Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios de la carrera de obstetricia Universidad Privada del Norte Lima Este, 2020-II [Internet]. Universidad Privada del Norte. [Lima]: Universidad Privada del Norte; 2024 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/37141>
45. Farago D, Triantafilo J, Martí M, Perry N, Quiñones P, Silvestre C Di. VIH/SIDA: definición, significados y vivencias. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2018 Aug 24 [cited 2022 Aug 22];22(1):21–30. Available from: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/51017>
46. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS Ministerio de la Protección

Social - MPS. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública [Internet]. Scripto Lt. Parra AM, Álvarez ACP, editors. Bogotá; 2007. 1–17 p. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/guias-promocion-salud-tomo-II-2007-pars.pdf?ID=23619>

47. Linda Teresa Orcasita Pineda, Diana Marcela Palma García, Juliana Munévar Cabal. Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales. *Rev Psicol Univ Antioquia* [Internet]. 2013 [cited 2024 Aug 15];5(2):63–79. Available from: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922013000200006
48. MinSalud-Colombia. Res. 8430 de 1993 Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993 p. 1–19.
49. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. *An la Fac Med* [Internet]. 2001 [cited 2024 Aug 26];62(1):82–4. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37962112>
50. Schensul JJ, Radda KE, Corbeil C. Sexual culture in low-income older adult housing: norms, behaviours and risks. *Cult Health Sex* [Internet]. 2018 Oct 3 [cited 2024 Nov 3];20(10):1130–44. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2018.1472809>
51. Wang B, Li X, Peng X, Fu L, Tian T, Lu Y, et al. [Sexually active status and its correlates among community-based older adults in Tianjin]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2023 Dec 1;44(12):1874–9.
52. Andrea A, Lay R, Aparecida Y, Duarte O, Duarte S, Luiza A, et al. Sexual

- activity and satisfaction in older adults from a Brazilian cohort study. *Aging Ment Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 3];27(2):417–24. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2021.2025338>
53. Alvarez MJP, Veloz AA, Dottis SB, Díaz GP, Barrera VR, Góngora JS, et al. Conductas y creencias de la sexualidad en el adulto mayor, Latinoamérica 2009-2019. *Matronería Actual*. 2022 Jan 28;(3):11.
 54. Gómez Melasio DA, Onofre Rodríguez DJ, Benavides Torres RA, Trujillo Hernández PE. A Systematic Review of Individual, Psychological and Sociocultural Factors Associated with Safe and Risky Sexual Behavior in Older Adults. *Am J Sex Educ* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 3];16(3):415–34. Available from: <https://www-tandfonline-com.bibliotecavirtual.unisinu.edu.co/doi/abs/10.1080/15546128.2021.1904310>
 55. Lu Y, Peng X, Li X, Fu L, Tian T, Wang B, et al. [Condom use and its correlates among community-based older adults in Chongqing]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Nov 3];44(12):1886–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38129144/>
 56. Nardelli GG, Gaudenci EM, da Silveira RE, Garcia LAA, Malaquias BSS, Santos Á da S. Knowledge about HIV/AIDS in older adults using the services of Family Health Strategy. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2019 May 16 [cited 2024 Nov 3];52:e20180355. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/J5vBTBFXZQBKfSvY9xgXyd/?lang=en>
 57. Gomes NL, de Souza Lopes C. Panorama dos comportamentos sexuais de risco na população adulta brasileira - PNS 2019. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2022 Jun 24 [cited 2024 Nov 3];56:61–61. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/199933>

58. EE Felipe-Efraín, ANI Gyuse, NE Udonwa, EJ Peters, CC Anyanechi. Conocimiento y percepción de la prevención del VIH mediante el uso del preservativo entre adultos de mediana edad y mayores en Calabar, Nigeria - PubMed. *Med las Indias Occident* [Internet]. 2010 Jul [cited 2024 Nov 3];4(59):423–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21355520/>
59. Davis TEK, Elder MA. HIV Knowledge and Preferences for HIV Prevention Among Older Adults Living in the Community. <https://doi.org/10.1177/2333721420927948> [Internet]. 2020 Jun 17 [cited 2024 Nov 3];6:233372142092794. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333721420927948>
60. Agunbiade OM, Gilbert L. Risky sexual practices and approaches to preventing sexually transmitted infections among urban dwelling older Yoruba men in Southwest Nigeria. *SSM - Qual Res Heal* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2024 Nov 3];3:100252. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100252>
61. Gutiérrez, M. R. B., & Lugo NS. PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN MAYORES DE 50 AÑOS EN LA HABANA, CUBA. In: Álvarez HRP, Lugo N de la CS, Hernández JAC, editors. *Marketing Salutogénico*. Universida. Tabasco, Mexico: ISBN: 978-607-606-567-9; 2021. p. 93–111.
62. Graf AS, Cohn TJ, Syme ML. Social Cognitive Theory as a Theoretical Framework to Predict Sexual Risk Behaviors among Older Adults. *Clin Gerontol* [Internet]. 2021 May 27 [cited 2024 Nov 3];44(3):331–44. Available from: <https://www-tandfonline-com.bibliotecavirtual.unisinu.edu.co/doi/abs/10.1080/07317115.2020.1825584>
63. Ezhova I, Savidge L, Bonnett C, Cassidy J, Okwuokei A, Dickinson T. Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review.

Int J Nurs Stud. 2020 Jul 1;107:103566.

64. Ruiz-Vallejo F, Devía C, Alfonso M, Alegría A, Vera C. Percepciones y experiencias de adultos mayores sobre sexualidad y servicios de salud sexual en Colombia. Salud UIS [Internet]. 2023 Apr [cited 2024 Aug 7];55. Available from:
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/12737/12963>
65. Marano-Lee M, Williams W, Huang T, Uhl G. Adults Aged ≥ 50 Years Reached by the Centers for Disease Control and Prevention's HIV Testing Programs in the United States and US Dependent Areas, 2019. <https://doi.org/10.1177/00333549221120239> [Internet]. 2022 Aug 25 [cited 2024 Nov 3];138(4):625–32. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549221120239>
66. Johnson C, Kumwenda M, Meghji J, Choko AT, Phiri M, Hatzold K, et al. 'Too old to test?': A life course approach to HIV-related risk and self-testing among midlife-older adults in Malawi. BMC Public Health [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Nov 4];21(1):1–13. Available from:
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10573-7>
67. Youssef E, Wright J, Davies K, Delpech V, Brown A, Cooper V, et al. Factors associated with HIV testing in people aged ≥ 50 years: an integrated qualitative analysis of patients and healthcare providers. Ther Adv Infect Dis [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Nov 4];10. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20499361231186873>
68. Youssef E, Wright J, A Davies K, Delpech V, Brown A, Cooper V, et al. Factors associated with offering HIV testing to people aged ≥ 50 years: A qualitative study. <https://doi.org/10.1177/09564624211059369> [Internet]. 2021 Dec 29 [cited 2024 Nov 4];33(3):289–95. Available from:

ANEXOS

Anexo 1.Listado de Centros de Vida de la Ciudad de Cartagena

Nº	Centro de Vida	Localidad
1	San francisco	1
2	Calamares	1
3	El zapatero	1
4	Nuevo Bosque	1
5	San Isidro	1
6	Pidera de Bolívar	1
7	Bocachica	1
8	Caño de oro	1
9	Isla fuerte	1
10	El pozón	2
11	La candelaria	2
12	La esperanza	2
13	Las palmeras	2
14	Nuevo paraíso	2
15	Ricaurte	2
16	El tancón	2
17	Chiquinquirá	2
18	Arroyo Grande	2
19	La boquilla	2
20	Bayunca	2
21	Pontezuela	2
22	Bella vista	3
23	César florez	3
24	Socorro	3
25	La Reina	3
26	Los caracoles	3
27	Tenera	3
28	Ciudadela 2000	3
29	Pasacaballos	3
30	Santa ana	3

Anexo 2. Cuadro del muestreo aleatorio estratificado

MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO CON AFIJACIÓN PROPORCIONAL

Tamaño de la población objetivo.....	863
Tamaño de la muestra que se desea obtener.....	343
Número de estratos a considerar.....	10

Afijación simple: elegir de cada estrato 34,3 sujetos

Estrato	Identificación	Nº sujetos en el estrato	Proporción	Muestra del estrato
1	Los caracoles	78	9,0%	31
2	Nuevo Bosque	89	10,3%	35
3	San francisco	80	9,3%	32
4	El pozón	91	10,5%	36
5	El tancon	97	11,2%	39
6	Ciudadela 2000	110	12,7%	44
7	La candelaria	116	13,4%	46
8	El zapatero	59	6,8%	23
9	Chiquinquirá	70	8,1%	28
10	Las palmeras	73	8,5%	29
		Correcto	100,0%	343

Anexo 3. Consentimiento informado

 UNIVERSIDAD DEL SINÚ Eliás Bechara Zainúm Seccional Cartagena	PROCESO: INVESTIGACIÓN, CIENCIA E INNOVACIÓN TÍTULO: CONSENTIMIENTO INFORMADO INVESTIGACIONES CON POBLACION MAYOR DE EDAD CÓDIGO: R-INVE-034 VERSIÓN: 001
--	--

Fuentes: Declaración de Helsinki 2002, Resolución 008430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud, Normas éticas internacionales para la investigación en humanos. Decreto 2378 de 2008.

Título del proyecto: PRÁCTICAS SEXUALES Y FACTORES ASOCIADOS A ITS/VIH-SIDA, EN ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA

Identificación de los investigadores: Estudiante de maestría Epidemiología Universidad del Sinú Cartagena.

Información para el paciente:

Esta investigación busca describir los factores asociados para las Infecciones de Transmisión sexual y VIH, a través de la identificación de prácticas sexuales de riesgo de los adultos mayores.

Ha sido invitado a participar en el estudio PRÁCTICAS SEXUALES Y FACTORES ASOCIADOS A ITS/VIH-SIDA EN ADULTOS MAYORES DE CARTAGENA 2024. Debido a que cumple con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

La información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente, con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los entrevistados en el formato, así mismo, los resultados de este estudio pueden ser publicados, por lo tanto, dichas publicaciones no incluirán el nombre de los participantes.

Aceptación de la participación

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente

Firma

Nombre: _____

C.C. _____ de _____

Teléfonos de contacto: _____ / _____

Firma del testigo 1

Nombre del testigo 1: _____

C.C. _____ de _____

Teléfonos de contacto: _____ / _____

Comité de bioética

Universidad del Sinú – Eliás Bechara Zainúm

Seccional – Cartagena

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos

PRÁCTICAS SEXUALES Y FACTORES ASOCIADOS A LAS ITS/VIH-SIDA EN LOS ADULTOS MAYORES, CARTAGENA*

*Tomado de: Bejarano Tofino C, Rojas Barragán L, Sanabria Parra D, Torres Benjumea A, Ibáñez Pinilla M, Andrade Forero L. Prevalencia de prácticas sexuales y vulnerabilidad a las ITS/VIH-Sida en adultos mayores, localidad Suba, Bogotá, 2018 [Internet]. [Bogotá]: Universidad El Bosque; 2018 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=11553b6c-14cb-4d85-9689-610a0fdd965c%40redis&bdata=jmxhbm9ZXMmc20ZT11ZHMibG12ZS5yZ29wZT1zaXRi#AN=cub.572278&db=cab06715a>

Formulario N°: _____ Fecha de diligenciamiento: ____/____/____
Día Mes Año

SECCIÓN A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS

1. Sexo:
☐ 1. Hombre
☐ 2. Mujer
☐ 3. Otro, ¿Cuál? _____
2. Años cumplidos: _____
3. Teniendo en cuenta que la Orientación Sexual es una atracción constante hacia otra persona en el plano emotivo, romántico, sexual o afectivo. Usted considera que su orientación sexual es:
☐ 1. Heterosexual; es decir, sólo siente atracción hacia las personas de un sexo diferente al suyo.
☐ 2. Bisexual, es decir, siente atracción tanto hacia hombres como mujeres.
☐ 3. Homosexual, es decir sólo siente atracción hacia las personas de su mismo sexo.
☐ 4. No siente atracción romántica, afectiva o sexual por ninguna persona.
4. Actualmente su estado civil es:
☐ 1. Soltero/a
☐ 2. Casado/a
☐ 3. Unión Libre
☐ 4. Separado/a Divorciado/a
☐ 5. Viudo/a
5. En los últimos 12 meses ¿Con quién ha vivido la mayor parte del tiempo? (Puede marcar varias opciones)
☐ 1. Cónyuge o compañero/a
☐ 2. Hijos
☐ 3. Familiares
☐ 4. Amigos
☐ 4. Solo
☐ 5. Otros, ¿Quiénes? _____
6. Lugar de nacimiento: _____
7. Lugar de residencia: _____
8. Marque con una X, la casilla que corresponde a su nivel de estudios:
☐ 0. Ninguno
☐ 1. Primaria incompleta.
☐ 2. Primaria completa.
☐ 3. Secundaria incompleta.
☐ 4. Secundaria completa.
☐ 5. Técnico
☐ 6. Tecnólogo.
☐ 7. Profesional.
☐ 8. Estudios de Postgrado.
☐ Otro ¿cuál? _____
9. Profesa alguna religión:
☐ 1. Si ¿Cuál? _____
☐ 2. No
10. ¿Asiste a actos religiosos?
☐ 1. Nunca
☐ 2. Alguna vez al año
☐ 3. Alguna vez al mes
☐ 4. Una vez por semana
☐ 5. A diario

11. En relación con su actividad económica durante los últimos 12 meses ¿En qué situación ha estado durante la mayor parte del tiempo?
- ☐ 1. Trabajando
 - ☐ 2. Buscando trabajo
 - ☐ 3. Arrendador
 - ☐ 4. Jubilado o pensionado
 - ☐ 5. Otra ¿Cuál? _____
12. Actualmente su ingreso mensual es:
- ☐ 1. Es menor a un salario mínimo es decir por debajo de \$1.462.000
 - ☐ 2. Hasta 1 SMMLV (\$1.462.000)
 - ☐ 3. De 1 a 2 SMMLV. (Es decir entre \$1.462.000 y \$2.924.000)
 - ☐ 4. De 2 a 5 SMMLV (Es decir entre \$2.924.000 y \$ 7.310.00)
 - ☐ 5. De 5 SMMLV en adelante (Es decir de \$7.310.00 en adelante)
 - ☐ 6. No recibe ingreso monetario.

SECCIÓN B: VULNERABILIDAD FRENTE A ITS Y VIH

A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con sexualidad. Recuerde, como se mencionó al comienzo, que sus respuestas serán completamente confidenciales y anónimas, es decir, no se solicita el nombre de los participantes, ni tampoco se podrá identificar a las personas que respondieron los cuestionarios. En caso que se sienta incomodo/a con alguna pregunta, o desee finalizar su participación, recuerde que puede hacerlo sin ningún tipo de consecuencia, solo infórmelo a la persona responsable de aplicar el cuestionario.

13. ¿Actualmente tiene una relación de pareja?
- ☐ 1. Sí. Si respondió Afirmativamente: Entonces ¿Su relación de pareja tiene una duración mayor o igual a 6 meses? ¿Cuántos? _____
 - ☐ 2. No
14. Durante el último año ha tenido relaciones sexuales
- ☐ 1. Sí
 - ☐ 2. No (Si su respuesta es negativa pase a la pregunta Número 20)
15. En la siguiente pregunta, marque con una X, SI actualmente realiza alguna de las siguientes prácticas. **(Puede marcar varias opciones)**
- ☐ 1. Acariciar o ser acariciado
 - ☐ 2. Besar o ser besado
 - ☐ 3. Práctica Sexual Vaginal
 - ☐ 4. Práctica Sexual Anal
 - ☐ 5. Práctica Sexual Oral
 - ☐ 6. Uso de juguetes sexuales
 - ☐ 7. Práctica Sexual con animales
 - ☐ 8. Obtención del placer mediante el dolor o el sufrimiento
16. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año? _____
17. ¿Usa condón durante las relaciones sexuales penetrativas?
- ☐ 1. Nunca
 - ☐ 2. Algunas veces
 - ☐ 3. Siempre
 - ☐ 4. No aplica
18. ¿Utilizó condón en la última relación sexual?
- ☐ 1. Sí
 - ☐ 2. No
19. ¿En qué tipo de prácticas sexuales utiliza condón? **(Puede marcar varias opciones)**
- ☐ 1. Práctica Sexual Vaginal
 - ☐ 2. Práctica Sexual Oral
 - ☐ 3. Práctica Sexual Anal
 - ☐ 4. No aplica
20. ¿Reconoce un condón en buen estado?
- ☐ 1. Sí
 - ☐ 2. No
21. ¿Sabe cómo abrir y usar un condón adecuadamente?

- ☐ 1. Sí
☐ 2. No
22. ¿Sabe desecher el condón en forma correcta?
☐ 1. Sí
☐ 2. No
23. En la siguiente pregunta, marque con una X ¿Cuáles fueron los motivos por los que NO usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas? **(Puede marcar varias opciones)**
- ☐ 1. A su pareja no le gusta
☐ 2. A usted no le gusta
☐ 3. Le causa irritación
☐ 4. No tenía condón en ese momento.
☐ 5. Siente vergüenza de pedir el condón
☐ 6. Siente que disminuye la sensación de placer.
☐ 7. Usted o su pareja estaban bajo los efectos de las Drogas/ Alcohol
☐ 8. La relación sexual fue sin su consentimiento
☐ 9. Confía en la fidelidad de su pareja
☐ 10. Cree que no es útil
☐ 11. Hay sentimientos de afecto
☐ 12. No tiene dinero para comprarlos
☐ 13. No sabe usarlo
24. ¿Alguna vez en su vida ha intercambiado dinero o beneficios materiales para tener relaciones sexuales?
☐ 1. Sí
☐ 2. No **(Si su respuesta es Negativa, Pase a la pregunta 26)**
25. Si su respuesta fue afirmativa ¿Utilizó condón en estas relaciones sexuales?
☐ 1. Nunca
☐ 2. Algunas veces
☐ 3. Siempre
26. Ha oído hablar sobre el VIH o SIDA
☐ 1. Sí
☐ 2. No
27. ¿Usted cree que las personas después de los 60 años pueden adquirir una Infección de Transmisión Sexual?
☐ 1. Sí
☐ 2. No
28. ¿Usted cree que ha estado en riesgo de una infección de transmisión sexual?
☐ 1. Sí
☐ 2. No
- Responda las **preguntas 29 al 32** de acuerdo al siguiente enunciado:
***Durante las consultas médicas, los profesionales de la salud que lo atienden:**
29. ¿Le preguntan sobre su vida sexual?
☐ 1. Sí
☐ 2. No
30. ¿Le hablan de la importancia de protegerse frente a las infecciones de transmisión sexual?
☐ 3. Sí
☐ 4. No
31. ¿Le hablan de la importancia de protegerse frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana- VIH (o el SIDA)?
☐ 1. Sí
☐ 2. No
32. ¿Le explican qué medidas de protección existen para disminuir el riesgo de infección de VIH y cómo implementarlas?
☐ 1. Sí
☐ 2. No
33. ¿Conoce que existe una prueba para detectar para detectar el VIH?
☐ 1. Sí. Si la respuesta es Afirmativa, ¿Recuerda su nombre? _____
☐ 2. No
34. ¿Se ha hecho la prueba para detectar VIH?
☐ 1. Sí ¿Hace cuánto? _____ ¿Por qué se realizó la prueba? _____
☐ 2. No

35. ¿Durante el último año algún profesional le ha sugerido realizarse la prueba para detectar el VIH?
- ☐ 1. Sí ¿Hace cuánto? _____
- ☐ 2. No
36. ¿Conoce usted sus Derechos Sexuales y Reproductivos?
- ☐ 1. Sí. Mencione uno: _____
- ☐ 2. No
37. ¿Durante las consultas médicas los profesionales de las o su EPS, le han informado sobre sus derechos sexuales y reproductivos?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
38. ¿En cuál de las siguientes situaciones considera que podría adquirir el VIH/ SIDA? Marque con una "X" las que considere. **(Puede marcar varias opciones)**
- ☐ 1. Tener relaciones sexuales penetrativas sin condón
- ☐ 2. Al recibir una transfusión de sangre infectada
- ☐ 3. Por la picadura de un zancudo
- ☐ 4. Compartir una comida o bebida con alguien que está infectado/a
- ☐ 5. Usar una aguja que había sido usada por alguien que ya estaba infectado/a
- ☐ 6. Uso de baños públicos
- ☐ 7. Al besar a una persona infectada
- ☐ 8. Al compartir cubiertos o platos con alguien infectado/a
- ☐ 9. Uso de piscina o jacuzzi
- ☐ 10. Al dar la mano o abrazar a alguien infectado/a
- ☐ 11. Usar un teléfono público
- ☐ 12. Beber de una fuente de agua
- ☐ 13. Que una persona con VIH/SIDA haya tosido o estornudado al frente suyo.
39. ¿Le han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual?
- ☐ 1. Sí ¿Cuál? _____
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No Recuerda
40. ¿Habla con su pareja sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida?
- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Algunas veces
- ☐ 3. Siempre
41. ¿En el último año, ha utilizado algún medicamento o planta o remedio para lograr una relación sexual satisfactoria?
- ☐ 1. Sí ¿Registre el nombre? _____
- ☐ 2. No
42. ¿Ha consumido durante el último año, alguna de las siguientes sustancias? Señale las que correspondan. **(Puede marcar varias opciones)**
- ☐ 1. Alcohol
- ☐ 2. Marihuana
- ☐ 3. Cocaína
- ☐ 4. Otra ¿Cuál? _____
43. Si señaló alguna de las opciones anteriores, le ha sucedido que después de consumir dicha(s) sustancia(s) ha tenido:
- 1. Relaciones sexuales que no deseaba tener: Sí ☐ No ☐
 - 2. Relaciones sexuales sin condón: Sí ☐ No ☐
 - 3. Relaciones sexuales con desconocidos: Sí ☐ No ☐
 - 4. Relaciones sexuales con intercambio de agujas o de objetos corto punzantes: Sí ☐ No ☐
44. Si alguno de los casos anteriores es afirmativo ¿le ha sucedido en el último año?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No