



# ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación  
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

## EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Autores: Fernando Ruiz-Vallejo; Juan Carlos Rivillas y Rocío Murad (Profamilia Colombia).

Contacto: [fernando.ruiz@profamilia.org.co](mailto:fernando.ruiz@profamilia.org.co)

### La esperanza de vida sexual y los determinantes de la valoración positiva de la sexualidad en la población adulta mayor de Colombia

#### Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo identificar los niveles y factores asociados a las percepciones positivas de la sexualidad en la población de 60 y más años, teniendo en cuenta el efecto de las variables sociodemográficas, el conocimiento de los derechos sexuales, las experiencias de estigma y maltrato, las condiciones crónicas de salud física y mental, el uso de medicamentos y los estilos de vida saludables. La información proviene de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015; a partir de la cual se estiman indicadores de “esperanza de vida con importancia dada a la sexualidad”, así como estadísticas descriptivas para hombres y mujeres de acuerdo con su interés en la sexualidad y modelos de regresión logística multivariados para identificar los factores asociados dicho interés. Los resultados indican que después de controlar por los grupos de variables antes mencionados, el interés sexual disminuye en las mujeres, y en las edades avanzadas.

#### Abstract

This study aims to identify the levels and factors associated with positive perceptions of sexuality in the population aged 60 and over, taking into account the effect of sociodemographic variables, knowledge on sexual rights, stigma and abuse, chronic physical and mental health conditions, the use of medication, and healthy lifestyles. The information comes from the 2015 National Survey of Health, Well-being and Aging (SABE); from which indicators of "sexuality life expectancy" are estimated, as well as descriptive statistics for men and women according to their interest in sexuality and multivariate logistic regression models were performed to identify factors associated with the dependent variables. After controlling for the groups of covariates, findings show that sexual interest decreases in women and in advanced ages.

## 1. Introducción

De acuerdo con el Censo de 2018, el 9.1% de la población colombiana era mayor de 65 años. Este grupo de edad ha venido aumentando progresivamente desde 1985 cuando alcanzaba el 4.4% del total de la población, y en 2005 el 6.3% (Dulcey-Ruiz, Arrubla, and Sanabria 2013). En consonancia con lo anterior, se observa un aumento del índice de envejecimiento al pasar de 13.7 personas mayores de 65 años por cada 100 individuos de 0 a 14 años, en 1995, a un índice de 40.4 en 2018 (DANE 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle 2016). De esta manera, Colombia se enfrenta al fenómeno global del envejecimiento poblacional, el cual plantea desafíos importantes en materia de servicios de salud y protección social (Rivillas et al. 2017).

El tema del envejecimiento ha sido abordado por investigadores nacionales, quienes han realizado aportes sustantivos en temas de salud tales como la desigualdad social y la mortalidad (Chavarriaga-Ríos and Cardona-Arango 2014; Rivillas et al. 2017), la salud mental (Agudelo-Suárez, Posada-López, and Meneses-Gómez 2015), la salud bucal (Agudelo-Suárez et al. 2014), y el uso de servicios de atención primaria (Melguizo-Herrera and Castillo-Ávila 2012). El tema de la sexualidad en la vejez ha sido abordado directa o indirectamente en Colombia, ya sea por medio de encuestas poblacionales en ciudades específicas como Bogotá (Flores et al. 2018; Reyes-Ortiz et al. 2018) y Medellín (Robledo Marín et al. 2020), empleando muestras pequeñas no probabilísticas (Bedoya et al. 2012; Cerquera Córdoba et al. 2013; Gonzalez and González 2005; Melguizo-Herrera et al. 2015; Ramos and Melguizo 2017; Serpa and Bojacá 2009) y desde abordajes cualitativos o mixtos (Cerquera et al. 2012; Cerquera, Álvarez, and Saavedra 2010). Ninguno de ellos da cuenta del país completo o de distintas regiones, dada la ausencia de las variables de sexualidad en las encuestas nacionales, que no incluyen a la población de estos grupos de edad. De hecho, los estudios internacionales sobre sexualidad en la vejez, basados en muestras probabilísticas poblacionales, se han limitado a las edades reproductivas, dejando por fuera la experiencia de la sexualidad de los adultos, y especialmente, las adultas mayores (Aboderin 2014; Faus-Bertomeu 2017).

Si tenemos en cuenta que, en Colombia, la esperanza de vida para el 2020 se estima en 79.9 años para las mujeres y en 73.6 para los hombres<sup>1</sup> podemos afirmar que desconocemos el estado de salud sexual de un periodo aproximado de 30 años de vida. En esa medida, es importante desarrollar investigaciones que permitan conocer las condiciones, características y dinámicas de la salud sexual de la población mayor, con el objetivo de desarrollar programas y servicios que atiendan esta dimensión durante la vejez. No hay que olvidar la población de 65 o más años son un grupo que seguirá en aumento, alcanzando el 18.5% de toda la población en 2050 y el 25.4% en 2070, es decir, 1 de cada 4 personas será un adulto/a mayor. Para este último año, la esperanza de vida habrá llegado a 83.5 años para las mujeres y 77.9 para los hombres<sup>2</sup>, lo cual significa que la vida sexual también se habrá extendido de forma considerable.

Aunque las fuentes para el estudio de la sexualidad y el envejecimiento en nuestro país son escasas, se han desarrollado esfuerzos nacionales para contar con estadísticas poblacionales que permitan identificar las condiciones de salud de las personas mayores, tales como la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle 2016). La Encuesta SABE incluyó una pequeña sección sobre sexualidad, indagando por la importancia de la sexualidad en la vida de los entrevistados, y sobre su percepción de los derechos sexuales. Así, encontró que para el 50% de la población colombiana mayor de 60 años, la sexualidad se considera un aspecto “muy importante” o “importante” de la vida.

---

<sup>1</sup> Estimaciones del cambio demográfico. DANE. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-del-cambio-demografico> (fecha de consulta: agosto 4 de 2020).

<sup>2</sup> Proyecciones de población para el periodo 2024-2070. DANE. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion> (fecha de consulta: agosto 4 de 2020).

Sin embargo, estos valores van cambiando en el tiempo, pues mientras alcanzó valores de 55% en el grupo de edad 60-64 años, en el grupo de 80 años o más, fue de 32%. Así mismo, se encontraron diferencias importantes entre hombres (73%) y mujeres (28%), o entre niveles educativos; 42% para las personas sin escolaridad y 66% para quienes tenían estudios universitarios (Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle 2016:197).

Los anteriores resultados de la SABE son interesantes y confirman que, con variaciones de acuerdo al sexo, la edad, la región y el nivel socioeconómico; la sexualidad sigue siendo un aspecto importante para la población colombiana de 60 o más años (Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle 2016). Adicionalmente, en el caso de Medellín, se observó que tener una buena salud emocional y un alto nivel de apoyo social, aumenta las probabilidades de reportar una percepción positiva de la sexualidad (Robledo Marín et al. 2020). A pesar de estos hallazgos, los dos trabajos mencionados no consideran otros factores asociados con la sexualidad, tales como el estado auto percibido de salud, las enfermedades crónicas, y el uso de medicamentos en tratamientos de salud física o mental (Delamater 2012; DeLamater and Karraker 2009; Delamater and Koepsel n.d.; Træen, Hald, et al. 2017). De igual forma, otros factores mediadores lo constituyen tener una pareja estable (Træen, Carvalheira, et al. 2017), las cargas familiares y la propia definición de sexualidad (Faus-Bertomeu and Gómez-Redondo 2017).

Por otra parte, los estudios cualitativos sobre la vejez y la sexualidad han mostrado la heterogeneidad de expresiones, significados y vivencias, que van más allá de la función sexual (Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello, Pitts, et al. 2015). Durante el siglo XX, las representaciones sociales sobre el envejecimiento parecían negar la dimensión sexual en esta etapa de la vida, concibiéndola como una época “asexual”. Sin embargo, con el nuevo siglo, los discursos positivos sobre la vejez, presentes en gran medida en los enfoques biomédicos del “envejecimiento activo”, recuperaron la dimensión sexual y promovieron una suerte de paralelismo entre actividad sexual, bienestar y vejez “exitosa” (Marshall 2011). Este nuevo abordaje de la sexualidad, contribuyó a la consolidación del mercado de las cirugías estéticas y los productos “anti-envejecimiento”, que terminó con la emergencia del estereotipo de la mujer mayor de lo que en Colombia podría denominarse “la cuchi-barbie” (*sexy oldie*). Al definir la sexualidad como una parte integral de la salud física y emocional, el sexo se concibe ahora como una responsabilidad individual vinculada al cuidado de la salud, generando así una lectura negativa de aquellos que no lo experimentan, asociándolos con una idea de “descuido de la salud” (Sinković and Towler 2019).

Sin embargo, las lecturas simplistas de la sexualidad en el binarismo asexual/vie-joven, centradas en la penetración y el sexo como algo exclusivo de la juventud; conllevan a ignorar una amplia diversidad de prácticas y expresiones de la sexualidad en la vejez, en las cuales la intimidad, conexión y el afecto, constituyen elementos fundamentales del deseo (Fileborn et al. 2017; Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello, Pitts, et al. 2015). En Latinoamérica, estudios llevados a cabo en Argentina y Brasil proponen términos alternativos como por ejemplo “erotismo en la vejez” como una forma de abordar la multidimensionalidad y heterogeneidad de expresiones de la sexualidad, y al mismo, como una forma de reconocer las particularidades de los contextos históricos y geográficos que delinear las narraciones del erotismo en esta parte del mundo (Debert and Brigeiro 2012; Dulcey-Ruiz 2015; Iacub 2009). Estas reflexiones nos deben alertar sobre la importancia de desarrollar investigaciones cualitativas que conciban el erotismo desde una mirada amplia que dé cuenta de la diversidad de experiencias, condiciones y definiciones de la sexualidad en la población mayor de 60 años.

En el caso de Colombia, tanto los estudios poblacionales, como los de corte cualitativo, sobre la sexualidad y el envejecimiento son limitados, dejando como consecuencia un vacío importante en el conocimiento de la dimensión sexual en este grupo poblacional. En este sentido, la explotación de la SABE 2015, bajo la lupa de la salud sexual, constituye una oportunidad única para subsanar estas ausencias. Si bien la SABE no es una encuesta dirigida a caracterizar las condiciones y prácticas

sexuales, así como tampoco se centra en el estudio de la salud sexual de la población adulta mayor; posiblemente, en términos poblacionales, es la única fuente con alguna información sobre sexualidad que amerita ser analizada en detalle desde la mirada de la sexualidad, en conjunto con la riqueza de información que tiene sobre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, los aspectos conductuales, las condiciones del entorno físico y social, y el uso y acceso a servicios de salud.

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación busca responder XX preguntas de investigación, ¿cuál es grado de importancia que las personas de 60 y más años, atribuyen a la sexualidad? ¿hay diferencias de acuerdo con el sexo y el avance de los años? ¿dichas diferencias persisten cuando se tienen en otros determinantes sociodemográficos relevantes, o relacionados con el conocimiento de los derechos sexuales, las experiencias de estigma y maltrato, las condiciones crónicas de salud física y mental, el uso de medicamentos y los estilos de vida saludables? ¿se observan diferencias en dichos determinantes cuando se analizan las personas actualmente unidas, o los hombres y las mujeres por separado? Para dar respuesta a dichas preguntas, la siguiente sección (2) analiza el estado de la cuestión sobre sexualidad, salud sexual y vejez tanto a nivel internacional como en Colombia. Con estos elementos, el apartado 3 describe la metodología del estudio, especificando las técnicas y variables empleadas en esta aproximación. Los resultados se presentan en la sección 4, a partir de los cuales se hace una discusión con la literatura existente en el último apartado de conclusiones y discusión.

## **2. Antecedentes**

### *2.1 Prácticas y expresiones sexuales en la vejez*

En países con encuestas de sexualidad para la población mayor, se observa que dicho grupo reporta una actividad sexual importante, pero que va reduciéndose con la edad. En Estados Unidos, por ejemplo, entre los varones de 57 a 64 años, 83.7% indicó haber tenido algún tipo de relación sexual en los últimos 12 meses. Para el grupo de edad 65-74 este porcentaje fue de 67% y para el grupo 75-85 fue 38.5%. En las mujeres estos valores fueron menor en los tres grupos de edad, alcanzando niveles de 61.6%, 39.5% y 16.7%, respectivamente (Lindau et al. 2007). En el caso de los hombres, una encuesta europea mostró que entre las personas de 70 y más años, 80% reportó pensamientos sexuales durante el último mes, 60% tuvo relaciones sexuales, 73% experimentó otras formas de sexualidad como besos, abrazos, etc., y 26% reportó haberse masturbado (Corona et al. 2010). En el caso de España, tanto en hombres como en mujeres, las prácticas sexuales se reducen a medida que avanzan los años, y los hombres reportan una actividad más alta. Mientras que el grupo de 65 a 69 años, el 53% de las mujeres y el 88% de los hombres declaraban alguna práctica sexual, el grupo de 85 a 89 años, estos porcentajes fueron 15% y 42%, respectivamente (Faus-Bertomeu 2017).

La investigación cualitativa permite acompañar la lectura de las estadísticas sobre sexualidad en la vejez. En este sentido, la evidencia muestra una amplia heterogeneidad de la importancia que el sexo tiene en la vida de la gente mayor (Sinković and Towler 2019). En países desarrollados se ha encontrado que, para una parte de la población, el envejecimiento está asociado con un crecimiento personal significativo, con más calidad de las relaciones sexuales debido a la mayor liberación de los prejuicios sobre la sexualidad, a las menores cargas familiares, y a tener más confianza en sí mismo/a más confianza en sí misma (Gott and Hinchliff 2003; Kleinplatz et al. 2013; Rowntree 2014, 2015). Para otros, la centralidad del sexo varía de acuerdo con el estado conyugal, la calidad de las relaciones de pareja, el nivel de salud, las condiciones económicas entre otros factores (Lagana and Maciel 2010).

Desde una perspectiva de género, hay diferencias en las narraciones de la sexualidad entre hombres y mujeres. Incluso, en ellas, hablar de sexualidad o declarar la actividad sexual (por ejemplo en las encuestas) está mediado por normas sociales que inhiben la expresión de la sexualidad (Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello, and Pitts 2015). En términos generales, pero con mayor intensidad en las sociedades menos desarrolladas, las mujeres son asociadas con roles pasivos en los intercambios sexuales, en donde se espera de los hombres una mayor iniciativa. En algunas ocasiones, la

satisfacción sexual del varón es vista como una obligación de la pareja que la mujer debe proveer, lo cual refuerza las desigualdades de género en las prácticas sexuales de las personas mayores (Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV and Da 2013; Lagana and Maciel 2010; Ravanipour, Gharibi, and Gharibi 2013; Yun, Kim, and Chung 2014).

## *2.2 Problemas sexuales, enfermedades y condiciones de salud*

Entre las personas sexualmente activas, en Estados Unidos, alrededor de la mitad reportó al menos un problema sexual. Para las mujeres son principalmente el bajo deseo (43%), las dificultades con la lubricación vaginal (39%) y la imposibilidad de alcanzar el clímax (34%) (Lindau et al. 2007). Sin embargo, aunque la edad es un predictor importante de los problemas sexuales, algunos estudios han encontrado una asociación negativa o un patrón con forma de “U” mostrando que, por ejemplo en el caso de las dificultades con la lubricación, las mujeres de 70 y más años, tienen niveles similares que las mujeres de 40 a 49 años (Træen, Hald, et al. 2017). La evidencia sobre los determinantes de las dificultades sexuales de las mujeres mayores muestra una fuerte asociación con los problemas de salud física y mental, tanto en mediciones objetivas, como de estados de salud autoreportados (Træen, Hald, et al. 2017). Otras investigaciones identificaron que los aspectos relacionados con la pareja (calidad de la relación y disponer de una pareja permanente), y con las actitudes positivas hacia la sexualidad, son predictores más fuertes que las variables de salud física y mental (Delamater 2012). De estos resultados se desprende que, en el caso de Estados Unidos, los problemas sexuales de las mujeres mayores no son una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino en realidad una manifestación de tensiones presentes en distintos dominios de la vida (Laumann, Aniruddha, and Waite 2008).

Entre los hombres, la prevalencia más frecuente es la disfunción eréctil (37%), lo cual conlleva a que 14% de estos tomen medicamentos para mejorar el desempeño sexual. A pesar de estas limitaciones con la vida sexual, tan solo 38% de los hombres y 22% de las mujeres reportan haber comentado estos problemas con su médico (Lindau et al. 2007). Por otra parte, la investigación evidencia que los problemas de salud crónicos en esta población afectan su actividad sexual. En Inglaterra se observó que entre los varones mayores (50-90 años), tener artritis, enfermedades cardiovasculares, o diabetes, reduce la probabilidad de actividad sexual. En el caso de las mujeres, esta situación únicamente se observó con los problemas de presión arterial y diabetes. Y en ambos sexos, se constata que la baja autopercepción del estado de salud, reduce sustancialmente la actividad sexual (Lee et al. 2016). Algo similar se encontró en Estados Unidos, en donde los hombres de 55 años que indicaban tener un nivel bueno o excelente de salud, en promedio ganaban entre 5 y 7 años de vida sexual activa, en comparación con quienes reportaban un nivel bajo de salud. En el caso de las mujeres esta ganancia fue de 3-6 años (Lindau and Gavrilova 2010).

Desde la perspectiva de la “intimidad” (Sandberg 2013), los estudios de corte cualitativo muestran una amplia y compleja diversidad de formas en que los hombres se adaptan y validan la sexualidad y la expresión sexual. Ante los problemas de erección, los hombres lo interpretan como parte del “cambio natural” del envejecimiento. Su impacto en el bienestar individual dependerá en gran medida del contexto de pareja en que se encuentre. Sin embargo, las narraciones sobre la sexualidad de los hombres con dificultades de erección, se inscriben en una tensión constante entre, por un lado, la pérdida de la virilidad asociada a los cuestionamientos de la propia masculinidad, y por otro, a los aspectos positivos derivados de dicha condición, al permitir el desarrollo de prácticas alternativas no centradas en el pene (Hinchliff and Gott 2004; Low et al. 2006; Lyons et al. 2015; Potts et al. 2006; Sandberg 2013, 2015).

Al analizar la experiencia de la “restauración sexual” motivada por el uso de fármacos para la erección como el viagra (*sildenafil citrate*), un estudio en Nueva Zelanda encontró que esta publicidad refuerza el imperativo de conservar una sexualidad basada en la juventud, negando las nociones de “normalidad”, “salud” y “disfrute”, que otras modelos alternativos de sexualidad podrían tener (Potts et al. 2006). De igual forma, desde la perspectiva de algunas mujeres heterosexuales, el uso del viagra

por parte de sus parejas puede llegar a generar tensión y conflicto, como resultado de la intensificación de la penetración vaginal y el abandono o la disminución de las expresiones sexuales basadas en la intimidad emocional y romántica (Anon 2008).

En cuanto a los estudios cualitativos sobre sexualidad en las personas mayores, se observa un vacío en la investigación del impacto que los problemas de salud tienen sobre la sexualidad de las mujeres, a pesar de que la mayoría de trabajos en el campo de la sexualidad se centra en estas (Sinković and Towler 2019). En un trabajo sobre los cambios en la vida sexual de las mujeres con cáncer de mama y mastectomía, se encontró que la forma de lidiar con estos cambios es atribuirlo al proceso de envejecimiento en general. Entre las mujeres con parejas poco solidarias, el cáncer implicó una disminución en los contactos sexuales y un cambio en la forma en que las parejas veían sus cuerpos. Sin embargo, los motivos de dicho cambio eran difusos, pues no era claro si era por el cáncer en sí mismo, o por el envejecimiento en general (Sawin 2012).

Además de las afectaciones a la salud sexual antes mencionadas, la investigación ha encontrado que ciertas condiciones o enfermedades tienen impactos negativos en la actividad y la satisfacción sexual. Entre ellas se destacan: a) las condiciones crónicas, tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los daños pulmonares; b) el deterioro cognitivo y la demencia, c) la fragilidad, d) los cambios psicológicos y la enfermedad mental; e) los diferentes tipos de cáncer reproductivos, y f) las ITS y el VIH (Aboderin 2014; Delamater 2012; Træen, Hald, et al. 2017).

### *2.3 Infecciones de transmisión sexual y VIH*

Como cualquier grupo poblacional con vida sexual, las personas mayores también se ven expuestas a prácticas de riesgo, que, sin embargo, son desconocidas o no son objeto de intervención por parte de los programas de promoción y prevención. A nivel global, la evidencia para Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, China y Corea muestra un incremento de las tasa de incidencia de ITS y VIH en las personas mayor de 50 años (Lyons et al. 2017; Minichiello et al. 2012). Es importante advertir que las generaciones de este grupo poblacional, crecieron en una época anterior al VIH, lo cual significa que no han estado expuestas a las campañas de prevención de la misma manera que las personas jóvenes o adultas. De igual manera, los cambios en los patrones de formación y disolución de nuevas uniones, hacen que en la actualidad encontramos más personas en segundas o posteriores uniones, después de haber disueltas relaciones largas o después de la muerte de la pareja. Esto ha generado una proliferación de nuevas relaciones erótico-afectivas, que no siempre encajan en los esquemas tradicionales. De hecho, en esta etapa de la vida, muchas mujeres manifiestan que después de un divorcio, prefieren relaciones menos tradicionales, que no impliquen una convivencia cotidiana y una continuidad de los roles tradicionales (Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello, and Pitts 2015; Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello, Pitts, et al. 2015).

La escasa evidencia sobre este tema muestra que las personas mayores tienen menos probabilidad de usar condón que las personas mayores (de Visser et al. 2014) y tiene menos propensión a rechazar tener sexo sin condón (Bateson et al. 2012). También subestiman en mayor grado la posibilidad de adquirir una ITS (Syme, Cohn, and Barnack-Tavlaris 2017) y se realizan menos pruebas diagnósticas tanto de ITS como de VIH (Tillman and Mark 2015). La invisibilidad del riesgo que tiene esta población por parte de los programas y los proveedores de salud, contrasta con las profundas necesidades de información que, al respecto, manifiestan las personas mayores. En los estudios cualitativos sobre la materia, se identifica una disponibilidad a participar en actividades educativas para la prevención de ITS/VIH (Sinković and Towler 2019). Además de ser una oportunidad perdida para mejorar la salud de las personas mayores, también lo es para transmitir mensajes de prevención a las generaciones más jóvenes, pues cuando hay nietos o bisnietos, estos podrían ser orientados correctamente por las personas mayores, tal como fue comprobado en un programa dirigido a hombres de varias generaciones en la misma familia (Jobson 2010).

## 2.4 Los estudios sobre sexualidad y vejez en Colombia

La literatura sobre sexualidad y envejecimiento en Colombia es escasa, aunque con algunas aportaciones<sup>3</sup>. Todas provienen del campo médico o psicológico, desde un abordaje predominantemente cuantitativo y centrado en las mujeres. Solo una de ellas utiliza un enfoque cualitativo (Cerquera et al. 2010) y otra lo hace a partir de una metodología mixta (Cerquera et al. 2012). En ellos se abordan tres aspectos: a) las prácticas y expresiones sexuales (Arias-Castillo et al. 2009; Gonzalez and González 2005; Serpa and Bojacá 2009); b) las actitudes hacia la sexualidad de las personas mayores, por parte de ellas mismas (Cerquera Córdoba et al. 2013; Melguizo-Herrera et al. 2015; Robledo Marín et al. 2020) o por parte de otros grupos poblacionales (Cerquera et al. 2012, 2010; Cerquera Córdoba, Galvis Aparicio, and Cala Rueda 2012; Ramos and Melguizo 2017) ; y c) los vínculos de la salud sexual con otras condiciones de salud (Bedoya et al. 2012; Flores et al. 2018; Reyes-Ortiz et al. 2018).

### 2.4.1 Las prácticas y expresiones sexuales

En el primer grupo de temas, los tres trabajos identificados permiten caracterizar las prácticas y expresiones de la sexualidad de las personas mayores. Un estudio realizado en el municipio de Puerto Colombia (Atlántico) con 100 personas de 60 y más años (Gonzalez and González 2005), muestra que para el 66% de las mujeres el sexo es poco importante o indiferente. Esto contrasta con las respuestas de los varones, para quienes es algo muy importante o importante (84%). Diferencias similares se observan en otros aspectos como las valoraciones positivas de la relación de pareja, en donde los hombres en mayor medida consideran que son “estrechas” y “cordiales” (82% vs 54% de las mujeres); en la confianza para hablar de sexo con la pareja (68% vs 38% de las mujeres), la satisfacción sexual (88% vs 30% de las mujeres), o la masturbación (10% vs 2% de las mujeres). Estas diferencias tienen a desaparecer cuando se restringen a las mujeres con vida sexual, aunque en un contexto de disminución generalizada de la actividad sexual reportado por los dos sexos, pero con mayor intensidad en los hombres. Llama la atención que las preguntas sobre prácticas sexuales, más de la mitad de las mujeres elegían la opción “no sabe/no contesta”, lo cual da cuenta de las diferencias con los hombres para reportar este tipo de comportamiento.

Cuatro años después, en 2009, fue publicado el trabajo de Serpa y Ramírez sobre sexualidad femenina en Bogotá (Serpa and Bojacá 2009). A partir de 423 encuestas no probabilísticas, con mujeres entre 45 y 62 años, los autores encontraron que la menopausia no afectó el deseo para 33% de las participantes. Para 60% no hubo cambios en la forma de sentir placer y 57% calificaron su vida sexual de forma satisfactoria. Entre las que reportaron actividad sexual, 40% indicó que las relaciones coitales con su pareja es lo que más disfrutaban, seguido de la compañía (28%), los abrazos (16%), los momentos a solas (9%) y las conversaciones (9%). Por otra parte, 59% manifestaron trastornos graves y leves de lubricación, 49% reporta una mayor intensidad de los orgasmos, y para el 65% la masturbación no representa una alternativa del repertorio sexual. Si bien el estudio no incluyó mujeres mayores de 62 años, la riqueza de su descripción confirma la riqueza y vivencia del deseo sexual, que no altera sustancialmente en el clímax.

Enriqueciendo la mirada regional sobre la sexualidad, el último estudio de este primer grupo de artículos recolecta información de 136 pacientes mayores de 52 años de la consulta ambulatoria del Hospital de la Universidad del Valle en Cali (Arias-Castillo et al. 2009). Entre los indicadores de

---

<sup>3</sup> Sin pretender realizar una revisión sistemática que supere el alcance del presente estudio, se hizo una búsqueda breve en dos bases de datos de salud relevantes: PubMed y Scielo. Para ello se emplearon los siguientes criterios de búsqueda en inglés: ((sexuality) OR (sexual health)) AND (colombia) AND ((aging) OR (elderly) OR (old)). De los 73 títulos identificados 7 fueron relevantes para los objetivos del presente estudio, de los cuales, después de leer los resúmenes, únicamente 4 se enmarcaban en los temas y grupo de población de interés. Dicha búsqueda fue complementada con los resultados de Google Scholar y Latindex, que permitieron identificar otros 9 artículos con información empírica sobre el tema, para un total de 13 estudios. No se consideraron revisiones narrativas, reflexiones, o explicaciones médicas.

sexualidad estimados, se observó que 67% consideraba el sexo como algo apropiado, 58% reportó tener deseos sexuales, 45% pensaba que el sexo es muy importante en sus vidas, 54% declaró relaciones sexuales en una o más ocasiones durante el último año, y 16% reportó al menos una masturbación en el mismo periodo temporal. Después de controlar por variables sociodemográficas relevantes, incluyendo la adscripción religiosa, así como por indicadores de calidad de vida y condiciones médicas; se observó que estar en el grupo de 65 o más años y ser mujer, disminuye la probabilidad de reportar que el sexo es importante y de tener actividad sexual. La edad no fue significativa para deseo sexual y la masturbación, pero ser mujer sí lo fue ( $OR=0.20$ ). Estas dos variables tampoco fueron significativas en el indicador del sexo como algo apropiado, en el cual estar casado incrementa la probabilidad de declararlo como tal.

#### *2.4.2 Las actitudes hacia la sexualidad de las personas mayores*

Entre las preocupaciones de la investigación nacional sobre sexualidad y envejecimiento, se encuentran las actitudes que tanto las mismas personas mayores, como las personas en otras etapas de la vida, tienen sobre la sexualidad en la vejez. A partir de una encuesta probabilística de 665 personas de 60 años y más, llevada a cabo en Medellín (Robledo Marín et al. 2020), se encontró que la sexualidad fue considerada como algo importante para el 77% de los hombres y para el 56% de las mujeres. Esta investigación también reporta que este porcentaje va disminuyendo con la edad, al pasar de 66% en el grupo de 60 a 74 años, hasta 47% observado en el grupo de 90 a 99 años. Si bien este último grupo es muy pequeño ( $n=21$ ), es de los pocos trabajos que incluyen un grupo de edad tan avanzado. Por otra parte, el estudio documenta la influencia de la salud mental sobre las actitudes positivas hacia la sexualidad. En comparación con quienes siempre sienten tristeza, soledad o se sienten solos en la noche, aquellos que “a veces” o “nunca” lo sienten, le atribuyen más importancia a la sexualidad. Por otra parte, quienes se sienten queridos y disponen de una red de apoyo social adecuada o alta, también otorgan más importancia a este aspecto.

En este grupo de trabajos se identificó una investigación comparativa sobre los estereotipos alrededor de la sexualidad de la mujer mayor, en Granada (España) y Bucaramanga (Cerquera Córdoba et al. 2013). A partir de una muestra no probabilística de 492 personas entre 20 y 94 años, se indagó por el nivel de aprobación ante la frase “las mujeres mayores tienen menos interés por el sexo”. La muestra colombiana manifestó un poco más de desacuerdo que la española (30% vs 27%), pero en ambos lugares las mujeres de los tres grupos de edad comparados (20-30 años, 31-60 y 61+ años) reportaron un nivel más bajo de desacuerdo que los hombres, a excepción del grupo de hombres colombianos de 60 o más años. Llama la atención que el grupo de personas mayores es el que está más de acuerdo con la afirmación y el grupo de 31 a 60 años, son quienes tiene más apertura. Un estudio similar realizado por la misma autora principal con otras colegas (Cerquera Córdoba et al. 2012), a partir de la muestra intencionada de 107 adolescentes, 68 adultos y 153 personas mayores de Floridablanca (Santander); también encontró que los adultos son los más favorable a reconocer el derecho al amor y a la vida sexual de las personas mayores, así como, a la formación de nuevas relaciones afectivas después de enviudar. Incluso por encima de las propias personas mayores.

En el campo metodológico, se identificó un estudio de validez y confiabilidad del Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV), a partir de una encuesta de 130 adultos mayores de Cartagena, sin deterioro cognitivo y que participaban de los programas sociales de la ciudad (Centros de Vida). Los resultados mostraron un alto nivel de consistencia interna de la escala. Aunque no se reportan la distribución de los ítems, el estudio es relevante para el mapeo de mediciones confiables sobre las actitudes hacia la sexualidad. El CASV contiene 14 reactivos que dan cuenta de tres dimensiones clave: los prejuicios (siete ítems), los derechos y las limitaciones (cuatro) y los mitos (tres).



No sólo es importante conocer las actitudes que tienen las personas mayores, sino también las que las generaciones más jóvenes tienen sobre la sexualidad y el envejecimiento. A través de ellas, es posible develar los estereotipos o prejuicios, que, de alguna manera, limitan las expresiones afectivas y sexuales de la gente mayor. Un estudio cualitativo (Cerquera et al. 2010) realizado en Floridablanca (Santander), encontró que tanto los niños, como los adolescentes y adultos (jóvenes y de mediana edad), continúan vinculando la vejez con ideas de decadencia, enfermedad, pérdida, deterioro e incapacidad. En el campo de la sexualidad, las actitudes de estas generaciones se interpretan desde dos puntos de vista negativos: la desexualización de la vejez y el repudio de la sexualidad, al concebirlo como: “una actitud morbosa, patológica e inadecuada” (Cerquera et al. 2010:81). En otro estudio realizado por el mismo equipo, esta vez en Bucaramanga aplicando una metodología mixta a partir de las respuestas de 40 mujeres entre 20 y 30 años (Cerquera et al. 2012), se recopilaban las actitudes positivas del envejecimiento femenino, en particular las ganancias en aspectos como la imagen corporal, la actividad cognitiva y los contactos interpersonales. También se destaca los beneficios de los estilos de vida saludable durante la juventud, a fin abonar terreno para un envejecimiento exitoso.

También se identificó un trabajo realizado en Medellín, con una encuesta no probabilística por conveniencia de 300 personas entre 18 y 88 años, con el fin de aplicar una versión adaptada (10 ítems) del *Cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez* (Orozco Mares and Rodriguez Marquez 2006). Al igual que los trabajos de Cerquera y sus colegas, se observó que las personas mayores (de 46 a 88 años) tienen un nivel más elevado de actitudes negativas hacia su propia sexualidad, en comparación con lo más jóvenes (18-45 años). Aunque las pruebas estadísticas no fueron significativas, hay una tendencia a que los hombres y los sectores económicos más bajos, tengan menos actitudes negativas, aunque esto puede originarse por problemas de composición de la muestra, en la cual los adultos mayores de clases altas no tuvieron una representación importante.

#### 2.4.3 *Los vínculos de la salud sexual con otras condiciones de salud*

Finalmente, el último grupo de artículos muestran una relación entre las afectaciones a la salud sexual y otras enfermedades o condiciones de salud. A partir de la SABE de Bogotá, se confirmó que las experiencias pasadas de abuso sexual de la población de 60 y más años, incrementa el riesgo de caídas 3.8 veces (Reyes-Ortiz et al. 2018) y de depresión 3.91 veces (Flores et al. 2018). Ambos trabajos destacan la relación directa e indirecta del abuso sexual con las condiciones de salud, las cuales pueden prolongarse en el tiempo. Por otra parte, un estudio de seroprevalencia del VPH (tipo 16, 18, 31 y 58) llevado a cabo en Pueblorrico (Antioquia) identificó que, en comparación con las mujeres menores de 25 años, las mujeres de 65 o más reportan un menor riesgo de tener VPH (únicamente en el análisis bivariado).

Es de destacar que, a excepción del estudio realizado en Cali (Arias-Castillo et al. 2009) en donde las condiciones de salud se incluyeron como una variable de control, la literatura nacional no cuenta con investigaciones poblacionales que evalúen la asociación de indicadores de sexualidad con las características de los entornos físicos y sociales, las conductas saludables, el estado cognitivo y funcional, y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (incluyendo el uso de biomarcadores). Tampoco se ha identificado estudios cualitativos que describan y analicen las experiencias, significados e implicaciones que estas condiciones de salud tienen para la sexualidad, la salud y el bienestar de la población colombiana, especialmente para los hombres.

### 3. Metodología

La presente investigación adopta el modelo biopsicosocial del interés sexual propuesto por John DeLamater y colaboradores (DeLamater and Karraker 2009; DeLamater and Moorman 2007). La expresión sexual es resultado de la interconexión de tres tipos de factores:

- *Biológicos*: incluye la herencia genética y las condiciones resultantes de la anatomía y la fisiología, así como sus cambios en el proceso de envejecimiento, tanto de ego como de su

pareja, si existe. Algunos ejemplos de este tipo de factores son las enfermedades hormonales y vasculares.

- *Psicológicos*: corresponde a las actitudes, emociones, residuos de experiencias anteriores, la salud mental, la importancia dada a la sexualidad, los conocimientos y habilidades relacionadas con el cuidado de la salud y de la salud sexual en particular, entre otros.
- *Sociales*: incluyen los contextos normativos, legales, las identidades sociales (incluyendo las construcciones de género) y las dinámicas de pareja (incluyendo las potenciales), y las redes sociales.

El estudio de Aina Faus y Rosa Gómez (Faus-Bertomeu and Gómez-Redondo 2017) sobre los determinantes socioculturales del deseo sexual femenino, adapta el modelo biopsicosocial de DeLamater proponiendo siete grupo de factores: a) el estado de salud (objetivo y auto-percibido), b) el estado de ánimo y emocional, c) las relaciones familiares y de pareja, d) las opiniones y creencias sexuales, e) las actitudes sexuales, y f) el comportamiento sexual. La operacionalización de las variables bajo este esquema ha sido una fuente de inspiración para la presente investigación. A partir de la información disponible en la SABE 2015, se propone un esquema de definición de grupos de variables, que se describirá en la sección correspondiente.

### *3.1 Fuente de datos*

Ante la fragmentación y limitaciones de información sobre la población mayor, en 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Colciencias, la Universidad del Valle y la Universidad de Caldas, llevaron a cabo la Encuesta SABE con el fin de “conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores en Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle 2016:41). La SABE es una encuesta transversal y representativa de hombres y mujeres mayores de 60 años, a través de la cual se registra información de las variables socioeconómicas, del entorno físico y social, de la conducta, la cognición y el afecto, la funcionalidad, el bienestar mental, las condiciones médicas y de salud, y el uso y acceso a servicios de salud. El tamaño de la muestra fue de 26694 personas, indicando un nivel de respuestas efectivas del 66%, y es representativa a nivel nacional, de la población urbana y rural, y de seis regiones del país: Atlántico, Oriental, Orinoquía y Amazonía, Bogotá, Central y Pacífica.

El diseño del cuestionario individual restringió algunos módulos a las personas con un nivel aceptable de capacidad cognoscitiva para responder la totalidad del cuestionario. Esto se realizó a través del examen mental abreviado de Folstein (test Mini-mental), con el cual se identificó que 82,3%<sup>4</sup> de la población mayor tenía capacidad de hacer la encuesta sin un informante proxy. DE esta manera, el presente estudio se basa en esta submuestra de 19004 respuestas.

### *3.2 Variables*

#### *3.2.1 Dependiente*

La variable dependiente corresponde a la importancia que las personas asignan a la sexualidad. La pregunta del cuestionario indagó “¿Qué tan importante es la sexualidad en su vida?”. Las opciones de respuesta eran: “muy importante”, “importante”, “ni muy importante ni poco importante”, “poco importante”, “nada importante”, “no responde” y “no sabe”. Estas dos últimas alternativas fueron excluidas del análisis (1,5%). En su versión dicotómica esta variable fue codificada como “1” para

---

<sup>4</sup> Los porcentajes se reportan después de aplicar los factores de expansión individual.

indicar la importancia en la sexualidad (“muy importante”, “importante”) y “0” para lo contrario (“ni muy importante ni poco importante”, “poco importante”, “nada importante”).

### 3.2.2 *Independientes*

A partir del modelo biopsicosocial del interés sexual propuesto por John DeLamater y colaboradores, los indicadores y variables independientes se organizaron en ocho bloques, con el fin de identificar los determinantes que se asocian con la variable dependiente.

- *Características sociodemográficas*
  - Sexo: hombre y mujer.
  - Grupos de edad: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79 y 80 y más años.
  - Área de residencia: cabecera municipal y rural.
  - Estado civil: casado/a, unión libre, separado/a, viudo/a y soltero/a. En su versión dicotómica esta variable adquiere dos valores: 1 para quienes actualmente reportan una unión (matrimonio+unión libre) y 0 para quienes no (el resto).
  - Número de uniones: ninguna, una, dos, tres y más.
  - Autoclasiificación étnico-racial: indígena, gitano/Rrom, Raizal/Palenquero/Negro, afrodescendiente o afrocolombiano, ninguna de las anteriores.
  - Estrato de la vivienda: estrato 1, estrato 2, estrato 3, estrato 4, y estrato 5-6.
  - Escolaridad: ninguna, primaria incompleta/completa, secundaria incompleta/completa, técnico o tecnológica incompleta/completa, y superior o posgrado incompleto/completo.
  - Ingresos recibidos mensualmente: ninguno, menos de 1 salario mínimo legal vigente en 2015 (SMLV), 1-2 SMLV, 2-3 SMLV, 3+ SMLV.
  - Nivel de religiosidad: nada, poco, y muy religioso/a.
- *Conocimiento de los derechos sexuales (DS), estigma, discriminación y maltrato.*
  - Conocimiento de los DS: es una variable dicotómica que indica si conoce al menos uno de tres DS. En caso de no mencionar ninguno se consideró como “no conoce”. Los tres ítems indagados fueron: a) ¿Conoce o ha oído hablar del derecho a una vida sexual libre de violencia y con protección legal y jurídica frente a la violencia sexual”, b) ¿Conoce o ha oído hablar del derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo?, y c) ¿Conoce o ha oído hablar del derecho a una vida sexual placentera?
  - Actitud positiva sobre la vejez: se consideró que una persona tenía este tipo de actitudes, si al menos marcaba alguna de las siguientes percepciones sobre la vejez: a) relacionada con experiencia, b) con una nueva etapa de su vida, o c) con nuevos proyectos y oportunidades. Si no seleccionaba alguna de las tres, se consideró que “No” tenía una actitud positiva sobre la vejez<sup>5</sup>.
  - Haber sido rechazo/a o discriminado/a por ser un adulto mayor: se construyó una variable que indicaba que había sido experimentado o no esta situación, por “su edad”.
  - Víctima de agresión sexual en el hogar: se consideró como víctima a la persona que elegía la opción de “agresiones sexuales” en la pregunta “En los últimos tres meses, ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones por parte de los miembros de su familia, hogar o convivientes?”.
  - Víctima de maltrato físico: en el mismo sentido que la pregunta anterior, pero aplicada a la opción “maltrato físico”.
  - Víctima de otro tipo de agresiones: igual que la variable anterior, se consideró víctima si había elegido al menos una de las siguientes alternativas: a) Comportamientos irrespetuosos, deshonrosos o insultantes; b) Uso indebido de medicamentos (abuso o negación de medicamentos en las dosis indicadas por el médico); c) Gritos o insultos; d) Privación de contactos sociales, e) Abandono de

---

<sup>5</sup> Las otras opciones cerradas eran “dependencia”, “fragilidad”, y “discriminación”. Estas se asocian con actitudes negativas. Las tendencias son similares si se optan por este tipo de actitudes o por las actitudes positivas.

sus parientes (no proveer alimentos, vestido, atención médica o higiene personal); f) No proporcionar recursos extras cuando estos se necesitan; g) Ser llevado a un ancianato o asilo; h) Le han dejado solo por largos tiempos, días o semanas; i) Abuso económico.

- Participación en asociaciones: resultado de un análisis de clases latentes, se identificaron dos tipos de personas. Aquellas que “tienden a participar en grupos” o aquellas que “no tienden a hacerlo”, en términos de las probabilidades de pertenencia a cada una de estas clases. Los tipos específicos de grupos fueron 12 (ítems binarios): religiosos, deportivos, políticos, culturales, comunitarios, ecológicos, gremiales, étnicos, de salud, de personas mayores, de gimnasia/ejercicio/actividad física y ningún grupo.
- *Autopercepción del estado de salud*: la pregunta indagó por “En general, ¿diría usted que su salud en los últimos 30 días ha sido...?” Las opciones de respuestas eran: “muy buena”, “buena”, “regular”, “mala”, “muy mala”, “no responde”, “no sabe”. En la versión dicotómica se consideró que una autopercepción positiva del estado de salud correspondía a “muy buena” o “buena”, y una negativa a las demás, excluyendo los no sabe/no responde.
- *Enfermedades no transmisibles*: se crearon 11 variables dicotómicas que daban cuenta del diagnóstico reportado por un/a médico/a (“¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido...”) de los siguientes eventos:
  - Hipertensión.
  - Osteoartritis.
  - Diabetes mellitus.
  - Enfermedad cardio-vascular.
  - Osteoporosis.
  - Enfermedad pulmonar crónica.
  - Enfermedad cerebro-vascular.
  - Cáncer no reproductivo (alguno de los siguientes: piel, tiroides, estómago, próstata, pulmón, o colon).
  - Cáncer de próstata.
  - Cáncer de cuello uterino.
  - Cáncer de mama: se excluyen 3 casos de cáncer de mama reportado por hombres. De esta manera, tanto este cáncer como el de cuello uterino se asocia únicamente a mujeres. En el caso de los hombres, el de próstata es exclusivo de ellos.
- *Otras condiciones crónicas/eventos*
  - Incontinencia urinaria: variable dicotómica que indica que, en cuanto a la micción, en la última semana, “ha tenido accidentes ocasionales al menos una vez por semana”, o “no es capaz de retener o usa pañal”.
  - Caídas: variable dicotómica que indica si durante el último año se había caído al piso.
  - Temor a caer: en respuesta a la pregunta “¿tiene miedo a caer?” se incluye cuatro opciones de respuesta: “mucho”, “regular” “poco” y ninguno”. En la versión dicotómica indica que “no tiene miedo (0)” si eligió “mucho” o “regular” y “1” si manifiesta “mucho” o “regular” miedo. Se excluyen los casos no sabe/no responde.
- *Salud mental*
  - Depresión: reproduce la estimación de la SABE 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle 2016), la cual aplica la escala de depresión geriátrica de Yesavage, mediante una escala de 0 a 15 puntos, siendo “5” el valor normal, de 6-9 el nivel leve o subsindromal, y de 10 a 15 la depresión mayor. En su versión dicotómica expresa que tiene (6-15) o no (0- 5) depresión.
  - Problema nervioso, mental o psiquiátrico: variable dicotómica que indica los casos afirmativos a la pregunta “¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tenía un problema nervioso, mental o psiquiátrico?”.
- *Uso de medicamentos*: se crearon ocho variables dicotómicas que daban cuenta del uso de medicamentos para tratar las afectaciones a la salud física y mental:
  - Hipertensión.

- Osteoartritis.
- Diabetes mellitus: medicamentos orales o insulina.
- Osteoporosis.
- Enfermedad cardio-vascular
- Enfermedad pulmonar crónica: inhalador u oxígeno.
- Enfermedad cerebro-vascular.
- Cáncer: para cualquiera de los 11 tipos de cáncer indagados.
- Sedantes/tranquilizantes/para dormir.
- *Estilo de vida saludable*
  - Índice de masa corporal (IMC): a partir del peso y estatura se calcula el IMC estableciendo cuatro categorías, a) bajo peso, para valores <18.5; b) normal, 18.5-24.9; c) sobrepeso, 25.0-29.5; d) obesidad, 30+.
  - Fuma actualmente: variable dicotómica que indica si fuma o no actualmente.
  - Consumo de alcohol actual: variable dicotómica que indica si consume o no alcohol en la actualidad.
  - Nivel de actividad física: se crea una variable que replica la medición de la actividad física a partir de la escala de Actividades Diarias de Reuben, adoptada por la SABE 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle 2016). De esta manera, clasifica a la población mayor en cuatro niveles: a) las que realizan ejercicio físico frecuentemente; b) las que realizan actividad física moderada -caminan con frecuencia largas distancias-; c) quienes realizan actividad física ligera -caminan con frecuencia distancias cortas y d) las inactivas.

### 3.3 *Análisis estadísticos*

#### 3.3.1 *Estimación de indicadores basados en la metodología de esperanza de vidas aplicadas al estado de salud.*

El concepto de “esperanza de vida saludable” es una herramienta útil para cuantificar las diferencias en salud entre determinadas poblaciones. Bajo esta concepto se ha extendido su aplicación a la actividad sexual, proponiendo el concepto de “esperanza de vida sexualmente activa”, definido como “el número de año promedio de permanencia de vida sexual activa” (Lindau and Gavrilova 2010:3). Este indicador se base en el método de Sullivan del cálculo de la esperanza de vida en salud, de amplia aceptación en la comunidad internacional (Jagger, Oyen, and Robine 2014). Dado que la SABE 2015, no indagó por la frecuencia sexual, no es posible estimar la “actividad sexual”. Sin embargo, se utiliza la pregunta sobre la importancia que tiene la sexualidad en la vida de la gente mayor, para adaptar el método. De esta manera, se propone el indicador “esperanza de vida con importancia sexual” (EVIS). Se realizan estimaciones tanto para hombres como mujeres, para ver su evolución en los grupos de edad quinquenales entre 60 y 80+ años.

#### 3.3.2 *Análisis descriptivo*

Con el fin de describir tanto la variable dependiente como las independiente, se realiza tablas de frecuencia y de contingencia que permite ver tanto la distribución de cada variable de forma individual, como para tres grupos: hombres, mujeres y total. En todos los casos, se observa la distribución de las categorías de cada variable de acuerdo con quienes no consideran la sexualidad como algo importante y quienes sí lo hacen. Los porcentajes se calculan aplicando los factores de expansión y se reporta el número de casos de la variable de interés sin cruzar con la de sexualidad.

#### 3.3.3 *Modelos de regresión logística multivariado*

Con el fin de identificar y estimar los determinantes de la “importancia sexual”, se realizan modelos de regresión logísticos multivariados, a partir de la versión dicotómica de la variable dependiente: “0”, si la sexualidad no es importante y “1” si lo es. Para observar la asociación con el grupo de variables independientes los modelos se realizaron en dos etapas:

- *Adición progresiva de grupos de variables:* además de identificar los determinantes del interés en la sexualidad, los 10 modelos realizados en esta etapa se proponía observar los cambios que el sexo y los grupos de edad reportaban a medida que se agregaban los bloques de variables independientes. Para tal fin se adopta una estrategia acumulativa, de los siguientes modelos:
  - Modelo 1: incluye únicamente la variable sexo.
  - Modelo 2: M1+Grupos de edad.
  - Modelo 3: M2+Otras variables sociodemográficas.
  - Modelo 4: M3+Conocimiento de los derechos sexuales (DS), estigma, discriminación y maltrato.
  - Modelo 5: M4+ Autopercepción del estado de salud.
  - Modelo 6: M5+ Enfermedades no transmisibles. Se excluyen 3 tipos de cáncer por estas asociados a un sexo en particular: cáncer de mama y cuello uterino para las mujeres y de próstata para los hombres. Estos tipos específicos tienen alta relación con la vivencia de la sexualidad y por tanto son centrales en nuestro análisis.
  - Modelo 7: M6+ Otras condiciones crónicas/eventos.
  - Modelo 8: M7+ Salud mental.
  - Modelo 9: M8+ Uso de medicamentos.
  - Modelo 10: M9+ Estilo de vida saludable.
- *Modelos para grupos específicos:* a partir del modelo M10, se ajustan modelos específicos para poblaciones particulares con el fin de observar si la asociación de las variables independientes persiste. Dichos modelos son:
  - Modelo 11: personas que no están unidas actualmente.
  - Modelo 12: personas unidas actualmente.
  - Modelo 13: hombres. Se agrega el cáncer de próstata.
  - Modelo 14: mujeres. Se agrega el cáncer de mama y de cuello uterino.

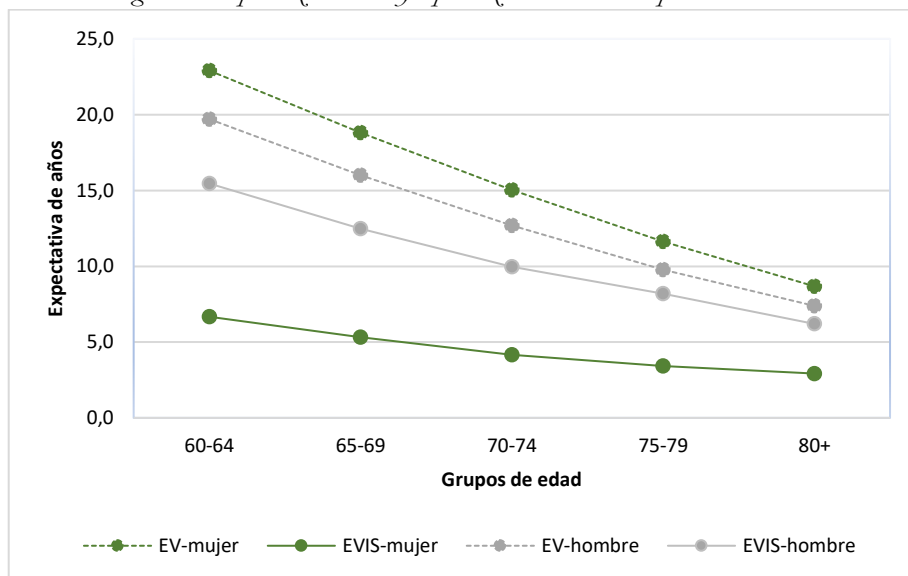
## 4. Resultados

Los hallazgos del estudio se presentan de acuerdo con los tres tipos de análisis estadístico propuestos en la sección 3.3. No son resultados definitivos, y por el contrario, constituyen un avance del análisis que aún se encuentra en elaboración. Por tanto, deben ser tomados con cautela y de forma muy preliminar.

### 4.1 La esperanza de vida con importancia sexual

La figura 1 muestra que tanto la esperanza de vida (EV), como la esperanza de vida con importancia en la sexualidad (EVIS) disminuye en las edades avanzadas. Las mujeres tienen menos años de EVIS en comparación con los hombres, a pesar de tener EV más altas en todo el periodo. Esto pone en evidencia las brechas más altas de las mujeres entre los años por vivir y aquellos con interés en la sexualidad. Por el contrario, en los hombres esta brecha es mucho menor, al observarse menos espacio entre las dos líneas grises.

Figura 1. Esperanza de vida y esperanza de vida con importancia sexual



Fuente: elaboración propia a partir de la SABE 2015 y las tablas de mortalidad del DANE para 2015.

## 4.2 Resultados descriptivos

### 4.2.1 Variables sociodemográficas

La distribución de la variable dependiente indica que 34% de las personas mayores consideran la sexualidad como algo importante, seguido del 24% para quienes es “nada importante”, alrededor del 15% considera que es algo “poco importante” o “muy importante”, y finalmente para 10% de la población “ni es muy importante ni poco importante” (ver cuadro 1). Se observan diferencias importantes de acuerdo con el sexo, pues para los hombres (que representan el 46% de los casos) la sexualidad era algo importante en el 73%, mientras que para las mujeres lo era para el 28%. Estas brechas entre hombres y mujeres se mantienen en todos los grupos de edad, aunque en ambos casos se observa una reducción progresiva de la importancia dada a la sexualidad a medida que se envejece. Los resultados confirman las tendencias observadas en el indicador de EVIS de la sección anterior. En relación con el autorreconocimiento étnico/racial se observa que las personas identificadas como raizal, palenquero, negro o afrodescendiente, reportan los niveles más alto de la importancia dada a la sexualidad (a partir de ahora IS).

*Cuadro 1. Variables sociodemográficas de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada (A)*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
	No casos	Porcentaje ponderado	Hombre		Mujer		Total	
			No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
Importancia dada a la sexualidad								
Muy importante	2399	15,1						
Importante	6069	34,0						
Ni muy importante ni poco importante	1781	9,9						
Poco importante	3388	16,7						
Nada importante	5085	24,4						
Total	18722	100,0						
Sexo								
Hombre	8344	46,5					26,7	73,3
Mujer	10660	53,5					72,1	27,9
Total	19004	100,0					50,9	49,1
Grupos de edad								
60-64	6073	36,4	20,1	79,9	67,7	32,3	45,1	54,9
65-69	4946	26,8	23,3	76,7	70,0	30,0	48,1	51,9
70-74	3584	17,7	31,1	68,9	76,2	23,8	54,8	45,2
75-79	2494	11,6	36,7	63,3	77,3	22,7	59,0	41,0
80+	1907	7,5	48,9	51,1	83,0	17,0	68,1	31,9
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Autoreconocimiento étnico/ racial								
Indígena	2308	10,2	21,2	78,8	77,7	22,3	44,4	55,6
Gitano/ROM	38	0,2	5,0	95,0	49,9	50,1	27,9	72,1
Raizal/ Palenquero/ Negro, afrodescendiente o afrocolombiano	2413	10,5	18,6	81,4	66,3	33,7	42,9	57,2
Ninguno de los anteriores	13080	79,1	28,2	71,8	72,7	27,4	52,4	47,6
Total	17839	100,0	26,2	73,8	72,4	27,6	50,5	49,5

*Fuente: elaboración propia a partir de la SABE 2015.*

El estado civil actual es una variable diferenciadora de la IS. Tanto en hombres como en mujeres, se observa que las personas actualmente manifiestan un nivel más alto especialmente quienes viven en unión libre (81% vs 76% de los casados, y de 41% vs 36% de las casadas), en comparación con la viudez y soltería (cuadro 2). Otro aspecto interesante es el número de uniones, pues quienes no han tenido alguna de ellas, tienen menores porcentajes de IS. Sin embargo, en los hombres las diferencias son menos considerables que en las mujeres. Para ellas, mientras que en las nunca unidas el 20% considera la sexualidad como algo importante, en las que reportan 3 o más uniones, este valor se duplica (41%). La escolaridad es otro eje diferenciador de la sexualidad, pues a medida que aumenta el nivel educativo se incrementa el IS, especialmente entre las mujeres (42% en las de alta escolaridad vs 21% de las que no reportan escolaridad). La religiosidad también muestra variaciones relevantes pero las diferencias son menores, particularmente entre los hombres (76% de los que no se consideran religiosos vs 73% son muy religiosos). Esto muestra que la sexualidad es un aspecto importante tanto para las personas que son religiosas y las que no lo son.



*Cuadro 2. Variables sociodemográficas de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada (B)*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
	No casos	Porcentaje ponderado	Hombre		Mujer		Total	
			No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
Estado civil								
Casado (a)	7514	40,4	23,6	76,4	64,3	35,7	40,2	59,8
Unido (a)	3234	15,2	19,3	80,7	58,5	41,5	34,1	65,9
Separado (a)	2232	12,4	33,8	66,2	77,1	22,9	59,4	40,7
Viudo (a)	3911	19,3	44,1	55,9	79,0	21,0	72,5	27,5
Soltero (a)	2107	12,7	37,6	62,4	80,1	19,9	64,9	35,1
Total	18998	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Número de uniones								
Ninguna	2110	12,7	37,6	62,4	80,1	19,9	64,9	35,1
Una	13019	69,9	27,2	72,9	71,0	29,0	51,3	48,7
Dos	2875	13,4	21,8	78,2	71,3	28,7	42,2	57,8
Tres o más	951	4,0	20,3	79,7	59,5	40,6	31,4	68,6
Total	18955	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	51,0	49,0
Escolaridad								
Ninguna	3074	11,7	35,8	64,2	79,4	20,6	57,5	42,5
Primaria								
(in)completa	11218	53,5	29,2	70,8	74,9	25,2	54,8	45,2
Secundaria								
(in)completa	3253	21,9	22,2	77,9	68,1	31,9	46,1	54,0
Técnica/ tecnológica								
(in)completa	649	5,3	22,1	77,9	60,9	39,1	41,0	59,0
Superior y posgrados								
(in)completa	775	7,6	15,0	85,0	57,6	42,4	34,4	65,7
Total	18969	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	50,9	49,1
Religiosidad								
Nada religioso(a)	725	4,3	23,6	76,4	65,1	34,9	40,5	59,5
Poco religioso(a)	5859	33,0	26,8	73,2	75,2	24,8	47,3	52,7
Muy religioso(a)	12292	62,7	27,0	73,0	71,2	28,8	53,5	46,5
Total	18876	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1

*Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.*

De acuerdo con el cuadro 3 se observa que el estrato de la vivienda y el nivel de ingreso mensuales afectan el IS, pues los tener más recursos económicos incrementa estos niveles. La independencia económica actúa en el IS, pero en sentido contrario entre hombres y mujeres. Para los primeros, tener esta independencia aumenta el IS (75% vs 64%), pero en las mujeres la independencia económica reduce el IS, aunque levemente (27% vs 29%). Algo similar ocurre con el área de residencia, pues en los hombres se observa un mayor nivel de IS en las cabeceras municipales (76% vs 64% de las zonas rurales), y en las mujeres en las zonas rurales (30% vs 27% de cabecera)

*Cuadro 3. Variables sociodemográficas de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada (C)*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
	No casos	Porcentaje ponderado	Hombre		Mujer		Total	
			No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
Estrato de la vivienda								
Estrato 1	7803	25,8	30,9	69,1	76,5	23,5	53,7	46,3
Estrato 2	7448	40,0	29,1	70,9	72,2	27,8	52,6	47,4
Estrato 3	3098	26,7	22,3	77,7	70,5	29,5	47,6	52,4
Estrato 4	502	5,1	12,2	87,8	56,8	43,2	36,6	63,4
Estrato 5 y 6	153	2,3	16,7	83,3	75,8	24,2	59,8	40,2
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Área de residencia								
Cabecera municipal	14040	80,2	24,3	75,8	72,7	27,3	50,3	49,7
Rural	4964	19,8	36,4	63,6	69,6	30,5	53,4	46,6
Total	19004	100	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Independencia económica								
No	6129	30,2	36,0	64,0	70,9	29,1	63,5	36,5
Sí	12875	69,8	25,3	74,8	73,1	26,9	45,5	54,5
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Ingresos mensuales								
Ninguno	2731	14,1	31,7	68,3	73,8	26,2	59,4	40,6
Menos de 1 SMLV	10470	45,9	32,9	67,1	74,4	25,6	57,4	42,7
1-2 SMLV	2778	17,7	24,8	75,2	72,2	27,8	47,1	52,9
2-3 SMLV	1739	13,0	19,0	81,1	67,3	32,7	36,8	63,3
3+ SMLV	1009	9,3	15,6	84,4	62,8	37,2	34,4	65,6
Total	18727	100,0	26,6	73,4	72,5	27,5	51,0	49,0

*Fuente: elaboración propia a partir de la SABE 2015.*

#### *4.2.2 Conocimiento de los derechos sexuales (DS), estigma, discriminación y maltrato.*

Los resultados muestran que el reconocimiento de los derechos sexuales por parte de la población mayor, incrementa el IS tanto en hombres como en mujeres (cuadro 4). En ellas, se duplica dicho interés (36%) en comparación con no reconocer los DS (15%). Una relación similar se manifiesta en la tendencia a la participación en grupos, pues, aunque el grupo de los más activos en este tema es pequeño (solo 5% del total), reportan niveles más altos de interés sexual (60%) en comparación con el mayoritario grupo de los que no tienden a participar (48%) para el total nacional. De igual manera, tener actitudes positivas hacia la vejez, aumenta el IS, pero en pocas cantidades. Por el contrario, las experiencias de discriminación y maltrato familiar durante los últimos tres meses socaban la importancia que la gente mayor da a la sexualidad. Las agresiones sexuales y físicas actúan diferente de acuerdo con el sexo. Los abusos sexuales de la familia disminuyen la IS en los hombres (40% vs 73 de quienes no lo experimentaron), pero se incrementa en las mujeres (46% vs 28%). En las agresiones físicas la relación se invierte, dado que los varones agredidos bajo esta modalidad reportan un mayor porcentaje de IS, mientras en las mujeres se reduce. De cualquiera manera, la interpretación de estos datos debe ser cuidadosa porque la prevalencia de los dos tipos de maltratos fue muy baja: 0.3% de las agresiones sexuales, y 2.4% de la física. Valores inferiores a los otros tipos de agresión familiar que tienen una prevalencia de 18.3%.

*Cuadro 4. Variables de conocimiento de los DS, estigma, discriminación y maltrato de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada.*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
	No casos	Porcentaje ponderado	Hombre		Mujer		Total	
			No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
Conocimiento de DSR								
No	4081	17,3	46,4	53,6	84,5	15,5	66,9	33,1
Sí	14688	82,7	22,6	77,4	69,5	30,5	47,5	52,5
Total	18769	100,0	26,7	73,4	72,1	27,9	50,8	49,2
Actitudes positivas sobre la vejez								
No	1433	7,0	28,3	71,7	73,6	26,4	55,5	44,5
Sí	17571	93,0	26,6	73,4	72,0	28,0	50,6	49,4
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Participación en asociaciones								
Tendencia a la no participación	18169	94,6	27,3	72,7	72,6	27,4	51,5	48,5
Tendencia a la participación	835	5,4	18,1	81,9	63,3	36,7	40,0	60,0
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Haber sido rechazado/ discriminado por ser adulto mayor								
No	17548	90,5	26,0	74,0	71,5	28,6	50,7	49,3
Sí	1427	9,5	32,1	67,9	80,3	19,7	52,6	47,4
Total	18975	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Víctima de agresiones sexuales al interior del hogar								
No	18909	99,7	26,7	73,3	72,2	27,8	50,9	49,1
Sí	72	0,3	69,1	30,9	53,9	46,1	56,5	43,5
Total	18981	100,0	26,8	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
Víctima de agresiones físicas al interior del hogar (últimos 3 meses)								
No	18553	97,6	26,9	73,1	71,9	28,1	50,8	49,2
Sí	426	2,4	19,5	80,5	77,7	22,3	58,1	41,9
Total	18979	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	50,9	49,1
Víctima de otro tipo de agresiones al interior del hogar (últimos 3 meses)								
No	15721	81,7	26,0	74,0	70,4	29,6	49,2	50,8
Sí	3151	18,3	31,1	68,9	78,9	21,1	59,1	40,9
Total	18872	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	51,0	49,0

*Fuente: elaboración propia a partir de la SABE 2015*

#### 4.2.3 Auto percepción del estado de salud

La variable del estado auto-percibido de salud en el último mes, muestra una concentración en las categorías “buena” (46%) y “regular” (41%). Al analizar la distribución de la importancia dada a la sexualidad se observa que las mujeres declaran porcentajes más altos en la opción “muy buena” (33%) y estos niveles van disminuyendo progresivamente a medida que se aleja de un buen estado de salud, hasta llegar a niveles de 11% de IS en la categoría “muy mala”. En los hombres el patrón no es tan de progresivo, pues el valor más alto se ubica en la opción “buena salud”, las siguientes dos categorías muestran niveles similares (70%) y al igual que las mujeres, el estado “muy mala salud” tienen el porcentaje más bajo de IS (54%). Ver cuadro 5.

*Cuadro 5. Percepción del estado de salud de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada.*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
	No casos	Porcentaje ponderado	Hombre		Mujer		Total	
			No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
Percepción del estado de salud								
Muy buena	864	5,6	28,7	71,4	66,6	33,4	45,5	54,5
Buena	8255	45,7	23,7	76,4	69,7	30,3	46,5	53,5
Regular	8265	41,4	29,7	70,3	73,9	26,1	55,2	44,9
Mala	1448	6,7	29,7	70,3	77,2	22,8	57,6	42,4
Muy mala	167	0,7	45,9	54,1	89,1	10,9	71,1	28,9
Total	18999	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1

*Fuente: elaboración propia a partir de la SABE 2015.*

#### 4.2.4 Enfermedades no transmisibles (ENT)

El cuadro 6 permite observar que las ENT se comparten de distinta manera en relación con el interés dado a la sexualidad. El análisis bivariado muestra que algunas de ellas, como la enfermedad cardiovascular o haber sufrido infartos (en ambos sexos) o la hipertensión arterial en los hombres, no afecta la importancia que la gente mayor le atribuye a la sexualidad (valores similares entre quienes reportan el diagnóstico y quienes que no). En otros casos, se encontró que tanto los hombres como las mujeres que no reportan osteoartritis, enfermedad pulmonar crónica, osteoporosis, cáncer de cuello uterino (en mujeres) y cáncer de próstata (en hombres), tienen porcentajes más altos de IS en comparación con quienes sí viven tal condición. Por el contrario, en otras ENT se encontró que haber sido diagnosticado/a con diabetes, aumenta el IS en los hombres (76% vs 72% de quienes no la tienen), pero lo disminuye en las mujeres (26% vs 28 de quienes la tienen). En ambos casos las diferencias son pequeñas. El patrón se invierte en la enfermedad cerebro-vascular, pues las mujeres que la reportaron tienen un mayor porcentaje de IS (34%) en comparaciones con quienes no la tienen (27%). En los hombres es todo lo contrario, 74% de quienes no tienen dicho diagnóstico declaran la sexualidad como algo importante vs 62% de IS entre los que sí experimentaron esta enfermedad.

*Cuadro 6. Enfermedades no transmisibles de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada.*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
	No casos	Porcentaje ponderado	Hombre		Mujer		Total	
			No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
<i>Hipertensión arterial</i>								
No	9077	47,2	26,8	73,2	69,1	30,9	46,3	53,7
Sí	9902	52,8	26,5	73,5	74,2	25,8	55,0	45,0
Total	18979	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Osteoartritis</i>								
No	13958	73,5	24,8	75,2	71,5	28,5	46,0	54,0
Sí	5022	26,5	38,2	61,8	73,2	26,8	64,6	35,4
Total	18980	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Diabetes mellitus</i>								
No	15831	82,5	27,2	72,8	71,8	28,2	50,5	49,5
Sí	3108	17,6	24,4	75,7	73,4	26,7	52,7	47,4
Total	18939	100,0	26,8	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Enfermedad cardiovascular</i>								
No	16515	86,0	26,6	73,4	72,1	27,9	50,7	49,3
Sí	2474	14,0	27,9	72,1	72,1	27,9	52,1	47,9
Total	18989	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Osteoporosis</i>								
No	16759	88,1	26,6	73,4	70,5	29,6	48,2	51,9
Sí	2176	11,9	30,7	69,4	79,3	20,7	71,3	28,7
Total	18935	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Enfermedad Pulmonar Crónica</i>								
No	17210	90,0	26,1	73,9	71,5	28,5	50,0	50,0
Sí	1770	10,0	33,8	66,3	77,4	22,6	59,7	40,3
Total	18980	100,0	26,7	73,3	72,2	27,8	50,9	49,1
<i>Enfermedad Cerebro-Vascular</i>								
No	18315	96,2	26,4	73,7	72,4	27,6	50,8	49,2
Sí	672	3,8	38,2	61,8	65,8	34,2	54,0	46,0
Total	18987	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Cáncer no reproductivos</i>								
No	18598	97,2	26,8	73,2	72,5	27,5	51,0	49,0
Sí	406	2,8	22,4	77,6	63,0	37,0	49,2	50,8
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Cáncer de mama</i>								
No	18887	99,4			72,2	27,9		
Sí	117	0,6			69,8	30,2		
Total	19004	100,0			72,1	27,9		
<i>Cáncer de cuello uterino</i>								
No	18829	99,2			72,1	27,9		
Sí	175	0,8			75,9	24,1		
Total	19004	100,0			72,1	27,9		
<i>Cáncer de próstata</i>								
No	18877	99,0	26,5	73,5				
Sí	127	1,0	39,1	60,9				
Total	19004	100,0	26,7	73,3				

Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.

#### 4.2.5 Otras condiciones crónicas/eventos

Las caídas durante el último año y el temor actual de caerse, parece no tener un patrón muy claro de acuerdo con la variable de IS (cuadro 7). En los hombres no hay diferencias en la IS entre los que se cayeron y los que no (en ambos casos 27%, y en las mujeres las diferencias son pequeñas). Entre los que no tienen ningún miedo a caer o el miedo es regular, se observan los valores de IS respecto a las otras categorías y son similares (75% en los varones y 32% en las mujeres). Por el contrario, la incontinencia urinaria reduce el IS en los hombres (47%) en comparación con quienes no la experimentan (74%). En las mujeres la relación es inversa, pues en las que tienen incontinencia, el porcentaje de IS es más alto (78% vs 72% de las que no la reportan).

*Cuadro 7. Otras condiciones crónicas/eventos de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada.*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
			Hombre		Mujer		Total	
	No. casos	Porcentaje ponderado	No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
<i>Caidas en último año</i>								
No	13376	68,8	26,7	73,3	73,0	27,1	49,4	50,6
Sí	5628	31,3	26,9	73,1	70,7	29,3	54,2	45,8
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Temor a caer</i>								
Mucho	10780	51,4	28,7	71,3	73,2	26,8	56,9	43,1
Regular	2511	15,6	24,7	75,3	68,9	31,1	46,2	53,9
Poco	1905	10,4	28,4	71,6	79,2	20,8	50,5	49,5
Ninguno	3737	22,7	24,6	75,4	67,0	33,0	40,8	59,2
Total	18933	100,0	26,8	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Incontinencia urinaria</i>								
No	18238	96,0	26,0	74,0	71,8	28,2	50,1	49,9
Sí	766	4,0	52,5	47,5	78,5	21,5	70,1	29,9
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1

*Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.*

#### 4.2.6 Salud mental

Los dos indicadores de salud mental muestran valores muy similares tanto en hombres como en mujeres, sobre el porcentaje de IS entre los que experimentan estas condiciones (problemas nerviosos y depresión) y quienes no. Al igual que las variables de las secciones anteriores, los hombres reportan niveles más altos de IS que las mujeres, y llama la atención que la salud mental no genere cambios en la importancia atribuida a la sexualidad en las personas adultas mayores (ver cuadro 8).

*Cuadro 8. Salud mental de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada.*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
			Hombre		Mujer		Total	
	No. casos	Porcentaje ponderado	No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
<i>Problema nervioso, mental o psiquiátrico</i>								
No	17538	92,3	26,7	73,3	71,9	28,1	50,2	49,8
Sí	1428	7,7	28,0	72,0	73,9	26,1	58,3	41,7
Total	18966	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Depresión</i>								
Normal	8116	48,2	27,2	72,8	71,8	28,2	50,9	49,1
Leve	9816	46,0	26,0	74,0	72,3	27,7	50,4	49,6
Mayor	1072	5,8	29,6	70,4	73,4	26,6	54,7	45,3
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1

*Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.*

#### 4.2.7 Uso de medicamentos

Si bien el uso de medicamentos está condicionado al diagnóstico de las enfermedades no transmisibles y de salud mental, se describen los resultados en una sección específica, dado que las afectaciones a

la sexualidad se pueden generar de forma directa o indirecta al consumir distintos tipos de medicamentos. Al comparar los resultados del cuadro 9 con los del cuadro 6 sobre ENT, se advierte que no necesariamente el patrón es similar. Esto puede originarse en los problemas de adherencia, dado que, aunque la persona sea diagnóstica de una determinada ENT, puede optar por tratamientos diferentes a los medicamentos, o puede negarse a tomarlos. De esta manera, se observa que, tanto en los varones como en las mujeres, los porcentajes de IS son similares entre quienes toman o no medicamentos para la hipertensión arterial, la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la osteoartritis en el caso de las mujeres. Por otra parte, las personas que toman medicinas para la enfermedad pulmonar reportan menos niveles de IS (62% en hombres y 23% en mujeres) respecto a quienes no las toman (74% hombres y 28% mujeres). Algo similar se encontró en los medicamentos para tratar la osteoartritis de los varones, para quienes el 74% de quienes no los usan reportan IS, en comparación con 57% de IS entre quienes sí los toman. Finalmente, se encontró que los medicamentos para la enfermedad cerebro-vascular, el cáncer y los sedantes/tranquilizantes operan de forma opuesta entre hombres y mujeres. Para los primeros, el IS es más alto entre quienes no consumen estas medicinas, mientras que, para las mujeres, se observa un mayor nivel de IS cuando usan estas medicinas.

*Cuadro 9. Uso de medicamentos de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada.*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
			Hombre		Mujer		Total	
	No casos	Porcentaje ponderado	No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
<i>Hipertensión arterial</i>								
No	10211	53,2	26,8	73,2	70,2	29,8	46,7	53,3
Sí	8793	46,8	26,7	73,3	73,7	26,3	55,7	44,3
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Osteoartritis</i>								
No	16432	86,3	25,6	74,4	72,4	27,6	48,7	51,3
Sí	2572	13,7	43,2	56,8	71,1	28,9	64,9	35,2
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Diabetes mellitus</i>								
No	16448	85,5	27,0	73,0	72,0	28,0	50,5	49,5
Sí	2556	14,5	25,1	74,9	73,0	27,0	53,5	46,5
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Enfermedad cardiovascular</i>								
No	17315	91,2	26,7	73,3	72,4	27,6	50,9	49,1
Sí	1681	8,8	27,3	72,7	70,1	29,9	51,1	48,9
Total	18996	100,0	26,7	73,3	72,2	27,8	50,9	49,1
<i>Enfermedad Pulmonar Crónica</i>								
No	17777	93,0	25,9	74,1	71,7	28,3	50,3	49,8
Sí	1227	7,0	38,1	61,9	77,1	22,9	59,7	40,4
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Enfermedad Cerebro-Vascular</i>								
No	18624	97,9	26,5	73,5	72,2	27,8	50,8	49,2
Sí	380	2,1	39,0	61,0	67,6	32,4	54,7	45,3
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Cáncer</i>								
No	18502	96,9	26,5	73,5	72,4	27,6	51,0	49,0
Sí	502	3,1	33,6	66,4	62,5	37,5	49,5	50,5
Total	19004	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Sedantes/tranquilizantes</i>								
No	17855	93,4	26,2	73,8	72,7	27,4	50,7	49,3
Sí	1118	6,6	37,9	62,1	65,6	34,4	55,1	44,9
Total	18973	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	51,0	49,1

*Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.*

#### 4.2.8 Estilo de vida saludables

El último bloque de variables del modelo biopsicosocial adoptado en el presente estudio, corresponde a indicadores sobre tener estilos de vida saludables (cuadro 10). Al considerar el sobrepeso, las variaciones observadas más destacadas ocurren en el grupo de “bajo peso”, pues tanto en hombres como en mujeres, declaran los niveles más bajos de IS respecto las personas con peso normal, con sobrepeso y obesidad que reportan niveles similares de IS (alrededor de 73% en varones y 27% en mujeres). El consumo de alcohol y el nivel de actividad física frecuente muestran un patrón similar, es decir, quienes declaran tanto uno como el otro, tienen niveles más altos de IS en comparación con las otras categorías de su respectiva variable. Por el contrario, fumar en la actualidad exhibe una tendencia diferente entre varones y mujeres. En los primeros, el hecho de no hacerlo implica un nivel más alto de IS (74%) en comparación con quienes fuman (70%). En las segundas, se observa lo contrario, 31% de IS en fumadoras vs 28% de IS en las que no lo hacen.

*Cuadro 10. Estilos de vida saludables de acuerdo con la importancia dada a la sexualidad y el sexo de la persona encuestada.*

Variables	Distribución variable		Importancia dada a la sexualidad de acuerdo con el sexo					
			Hombre		Mujer		Total	
	No casos	Porcentaje ponderado	No importante	Importante	No importante	Importante	No importante	Importante
<i>Índice de masa corporal</i>								
Bajo peso	439	2,1	47,5	52,5	76,5	23,5	64,0	36,0
Normal	5456	29,6	28,8	71,3	72,5	27,5	46,7	53,3
Sobrepeso	6896	42,0	24,9	75,1	71,2	28,8	47,1	52,9
Obesidad	4429	26,3	24,9	75,1	72,4	27,6	58,9	41,1
Total	17220	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	50,5	49,6
<i>Fuma actualmente</i>								
No	16990	88,7	26,1	73,9	72,4	27,6	51,7	48,3
Sí	2012	11,4	30,1	69,9	68,9	31,1	44,8	55,3
Total	19002	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Consume alcohol actualmente</i>								
No	16439	84,5	30,1	69,9	72,6	27,4	55,1	44,9
Sí	2553	15,5	16,9	83,2	65,6	34,4	28,6	71,4
Total	18992	100,0	26,8	73,2	72,1	27,9	50,9	49,1
<i>Nivel de actividad física</i>								
Inactividad	5602	24,2	33,3	66,7	73,6	26,4	61,4	38,6
Ligera	2851	15,1	30,4	69,6	75,9	24,2	58,4	41,7
Moderada	6965	37,8	27,5	72,5	72,6	27,4	49,2	50,8
Frecuente	3574	22,9	20,7	79,3	64,5	35,5	37,8	62,2
Total	18992	100,0	26,7	73,3	72,1	27,9	50,9	49,1

*Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.*

#### 4.3 Resultados de los modelos de regresión logística

Los resultados descriptivos han permitido identificar las diferencias en la importancia de la sexualidad para las personas mayores, de acuerdo con los bloques de variables del modelo biopsicosocial de esta investigación. Sin embargo, estas aparentes asociaciones pueden estar mediadas por la presencia de otras variables, razón por la cual se presentan los resultados de los modelos logísticos multivariados, con el objetivo de identificar los determinantes de la importancia sexual, después de controlar por las otras variables.

El cuadro 11 presenta las razones de probabilidad de las variables independientes, organizadas en grupos que se van agregando progresivamente. Al juzgar por los valores del AIC, se constata que éste se fue reduciendo paulatinamente, lo cual indica que cada bloque adicionado, contribuía a la explicación de la variable dependiente. En todo el proceso, tanto la variable sexo como edad y tipo de unión, fueron significativas, es decir, que aún después de tener en cuenta el rol de las variables de salud, estigma, discriminación y estilos de vida saludables, se constata el menor riesgo de las mujeres, las edades avanzadas y los estados civiles sin pareja; sobre la importancia dada a la sexualidad. Los modelos para poblaciones específicas (cuadro 12) también confirman este hallazgo.

*Cuadro 11. Modelos de regresión logística (OR) para la identificación de los determinantes vinculados a la importancia de la sexualidad de las personas de 60 y más años en Colombia 2015.*

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7	Modelo 8	Modelo 9	Modelo 10
<i>Sexo (ref: hombre)</i>										
Mujer	0,16***	0,14***	0,16***	0,15***	0,16***	0,16***	0,16***	0,16***	0,16***	0,17***
<i>Grupos de edad (ref: 60-64 años)</i>										
65-69		0,74***	0,77***	0,78***	0,78***	0,80***	0,80***	0,80***	0,80***	0,80***
70-74		0,58***	0,64***	0,65***	0,66***	0,68***	0,68***	0,68***	0,67***	0,69***
75-79		0,43***	0,51***	0,53***	0,54***	0,56***	0,56***	0,57***	0,56***	0,57***
80+		0,30***	0,37***	0,39***	0,40***	0,43***	0,43***	0,43***	0,42***	0,46***
<i>Estado civil (ref: casado/a)</i>										
Unido (a)			1,22***	1,23***	1,23***	1,22***	1,22***	1,22***	1,22***	1,26***
Separado (a)			0,58***	0,58***	0,58***	0,58***	0,58***	0,58***	0,58***	0,59***
Viudo (a)			0,53***	0,54***	0,54***	0,53***	0,53***	0,53***	0,53***	0,53***
Soltero (a)			0,00	0,01	0,01	0,42***	0,42***	0,42***	0,41***	0,45***
<i>Número uniones (ref: ninguna)</i>										
Uno			0,00	0,00	0,01	0,75**	0,75***	0,74***	0,75***	0,79*
Dos			0,00	0,00	0,00	0,9	0,9	0,89	0,9	0,96
Tres			0,00	0,00	0,00	omitida	omitida	omitida	omitida	omitida
<i>Autoreconocimiento étnico/racial (ref: indígena)</i>										
Gitano/ROM			2,72*	2,50*	2,42*	2,41*	2,40*	2,43*	2,44*	1,84
Raizal/Palenquero/Negro, afrodescendiente o afrocolombiano			1,47***	1,42***	1,44***	1,42***	1,43***	1,43***	1,43***	1,37***
Ninguno de los anteriores			1,01	0,99	0,99	0,99	1,00	1,03	1,00	0,99
<i>Estrato socioeconómico de la vivienda (ref: uno)</i>										
Estrato 2			1,07	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,03
Estrato 3			1,16*	1,13*	1,12	1,14*	1,14*	1,14*	1,13*	1,10
Estrato 4			1,32*	1,29*	1,26	1,30*	1,31*	1,31*	1,31*	1,27
Estrato 5 y 6			1,00	0,98	0,94	0,93	0,93	0,93	0,93	0,89
<i>Zona de residencia (ref: cabecera municipal)</i>										
Rural			0,95	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01
<i>Escolaridad (ref: ninguna)</i>										
Primaria (in)completa			1,12*	1,06	1,07	1,07	1,07	1,08	1,07	1,06
Secundaria (in)completa			1,54***	1,39***	1,38***	1,40***	1,40***	1,40***	1,40***	1,38***
Técnica/tecnológica (in)completa			1,83***	1,60***	1,59***	1,60***	1,63***	1,62***	1,62***	1,59***
Superior y posgrados (in)completa			1,96***	1,68***	1,64***	1,63***	1,62***	1,62***	1,63***	1,51***
<i>Independencia económica (ref: no)</i>										
Es independiente			0,86**	0,86**	0,86**	0,86**	0,86**	0,86**	0,86**	0,84***
<i>Ingresos mensuales (ref: ninguno)</i>										
Menos de 1 SMLV			1,12*	1,12*	1,11	1,11	1,11	1,11	1,12	1,13*
1-2 SMLV			1,43***	1,39***	1,36***	1,36***	1,35***	1,36***	1,36***	1,38***
2-3 SMLV			1,72***	1,64***	1,58***	1,59***	1,58***	1,58***	1,58***	1,57***



3+ SMLV	2,01***	1,89***	1,79***	1,80***	1,79***	1,79***	1,78***	1,80***
<i>Religiosidad (ref: nada religioso/a)</i>								
Poco religioso(a)	0,87	0,86	0,88	0,87	0,87	0,87	0,87	0,83
Muy religioso(a)	0,97	0,96	0,97	0,96	0,96	0,96	0,96	0,92
<i>Conocimiento de los DSR (ref: no)</i>								
Sí		2,02***	2,02***	2,04***	2,04***	2,04***	2,04***	2,05***
<i>Actitudes positivas sobre la vejez (ref: no)</i>								
Sí		1,10	1,11	1,12	1,11	1,11	1,12	1,11
<i>Haber sido rechazado/ discriminado por ser adulto mayor (ref: no)</i>								
Sí		0,76***	0,79**	0,80**	0,80**	0,80**	0,81**	0,80**
<i>Víctima de agresiones sexuales al interior del hogar (últimos 3 meses) (ref: no)</i>								
Sí		0,61	0,62	0,62	0,62	0,62	0,63	0,63
<i>Víctima de agresiones físicas al interior del hogar (últimos 3 meses) (ref: no)</i>								
Sí		1,11	1,12	1,14	1,14	1,14	1,13	1,10
<i>Víctima de otro tipo de agresiones al interior del hogar (últimos 3 meses) (ref: no)</i>								
Sí		0,76***	0,79***	0,80***	0,80***	0,80***	0,80***	0,81***
<i>Participación en asociaciones (ref: Tendencia a la NO participación)</i>								
Tendencia a la participación		1,36***	1,35***	1,37***	1,37***	1,39***	1,40***	1,25***
<i>Percepción del estado de salud (ref:regular/ mala/ muy mala)</i>								
Muy buena/buena			1,36***	1,30***	1,30***	1,29***	1,30***	1,26***
<i>Hipertensión arterial (ref: no)</i>								
Sí				0,96	0,96	0,96	0,93	0,92
<i>Osteoartritis (ref: no)</i>								
Sí				0,90*	0,90*	0,90*	0,89*	0,87*
<i>Diabetes mellitus (ref: no)</i>								
Sí				0,99	1,00	1,00	1,03	1,09
<i>Enfermedad cardiovascular (ref: no)</i>								
Sí				1,00	1,00	1,01	0,83	0,83
<i>Osteoporosis (ref: no)</i>								
Sí				0,83**	0,83**	0,83**	0,83**	0,84**
<i>Enfermedad Pulmonar Crónica (ref: no)</i>								
Sí				0,92	0,92	0,92	0,98	0,94
<i>Enfermedad Cerebro-Vascular (ref: no)</i>								
Sí				0,76**	0,77**	0,77**	0,83	0,87
<i>Cáncer no reproductivos (ref: no)</i>								
Sí				0,99	0,99	1,00	1,13	1,12
<i>Caídas en último año (ref: no)</i>								
Sí					0,98	0,98	0,98	0,97

<i>Temor a caer (ref: poco/ningún miedo)</i>										
Sí						1,04	1,04	1,03	1,05	
<i>Incontinencia urinaria (ref: no)</i>										
Sí						0,74**	0,75**	0,76**	0,78*	
<i>Depresión</i>										
Sí							0,99	0,99	0,99	
<i>Problema nervioso, mental o psiquiátrico</i>										
Sí							0,95	0,93	0,95	
<i>Med. Hipertensión arterial (ref: no)</i>										
Sí								1,04	1,06	
<i>Med. Osteoartritis (ref: no)</i>										
Sí								1,04	1,08	
<i>Med. Diabetes mellitus (ref: no)</i>										
Sí								0,96	0,91	
<i>Med. Enfermedad cardiovascular (ref: no)</i>										
Sí								1,30*	1,32*	
<i>Med. Enfermedad Pulmonar Crónica (ref: no)</i>										
Sí								0,91	0,97	
<i>Med. Enfermedad Cerebro-Vascular (ref: no)</i>										
Sí								0,87	0,84	
<i>Med. Cáncer (ref: no)</i>										
Sí								0,82	0,9	
<i>Sedantes/ tranquilizantes (ref: no)</i>										
Sí								1,15	1,08	
<i>Índice de masa corporal (ref: bajo peso)</i>										
Normal										0,94
Sobrepeso										1,01
Obesidad										1,02
<i>Fuma actualmente (ref: no)</i>										
Sí										0,92
<i>Consume alcohol actualmente (ref: no)</i>										
Sí										1,33***
<i>Nivel de actividad física (ref: inactividad)</i>										
Frecuente										1,47***
Moderada										1,06
Ligera										0,93
<i>Constante</i>	2,26***	3,55***	3,89	1,25	1,48	1,87***	1,85***	1,85***	1,83***	1,67*
<i>AIC</i>	-11104,3	-10839,0	-9554,9	-9270,8	-9234,7	-9140,3	-9122,4	-9104,9	-9087,2	-8217,1
<i>Número de personas</i>	18722	18722	17209	16964	16963	16825	16808	16779	16750	15212

Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.

*Cuadro 11. Modelos de regresión logística (OR) para la identificación de los determinantes vinculados a la importancia de la sexualidad de las personas de 60 y más años en Colombia 2015.*

	<i>Modelo 11</i>	<i>Modelo 12</i>	<i>Modelo 13</i>	<i>Modelo 14</i>
<i>Sexo (ref: hombre)</i>				
Mujer	0,13***	0,20***		
<i>Grupos de edad (ref: 60-64 años)</i>				
65-69	0,87	0,76***	0,88	0,75***
70-74	0,82*	0,62***	0,66***	0,74***
75-79	0,77*	0,45***	0,51***	0,67***
80+	0,57***	0,37***	0,40***	0,64***
<i>Estado civil (ref: casado/a)</i>				
Unido (a)			1,29**	1,24*
Separado (a)			0,86	0,43***
Viudo (a)			0,69***	0,45***
Soltero (a)			0,71*	0,30***
<i>Número uniones (ref: ninguna)</i>				
Uno	0,96	referencia	0,90	0,69*
Dos	1,14	1,38***	1,12	0,79
Tres	1,37*	1,31***	omitida	omitida
<i>Autoreconocimiento étnico/racial (ref: indígena)</i>				
Gitano/ROM	2,21	1,32	1,5	2,14
Raizal/Palenquero/Negro, afrodescendiente o afrocolombiano	1,02	1,70***	1,40**	1,42**
Ninguno de los anteriores	0,85	1,08	0,91	1,09
<i>Estrato socioeconómico de la vivienda (ref: uno)</i>				
Estrato 2	0,95	1,04	1,04	1,01
Estrato 3	1,02	1,11	1,12	1,09
Estrato 4	1,06	1,39	1,39	1,2
Estrato 5 y 6	1,14	0,7	0,68	1,03
<i>Zona de residencia (ref: cabecera municipal)</i>				
Rural	1,00	0,97	0,89	1,12
<i>Escolaridad (ref: ninguna)</i>				
Primaria (in)completa	1,03	1,08***	1,09	1,02
Secundaria (in)completa	1,21	1,49***	1,44***	1,34**
Técnica/tecnológica (in)completa	1,15	2,12***	1,60*	1,67***
Superior y posgrados (in)completa	1,34	1,61***	1,29	1,83***
<i>Independencia económica (ref: no)</i>				
Es independiente	0,97	0,81**	0,99	0,83**
<i>Ingresos mensuales (ref: ninguno)</i>				
Menos de 1 SMLV	0,98	1,23**	1,12	1,16*
1-2 SMLV	1,28	1,45***	1,51***	1,31*
2-3 SMLV	1,42*	1,69***	1,78***	1,43**
3+ SMLV	1,44	2,16***	1,95***	1,60**
<i>Religiosidad (ref: nada religioso/a)</i>				
Poco religioso(a)	0,96	0,75*	0,74*	0,95
Muy religioso(a)	0,92	0,9	0,81	1,07
<i>Conocimiento de los DSR (ref: no)</i>				
Sí	2,51***	1,80***	2,20***	1,88***
<i>Actitudes positivas sobre la vejez (ref: no)</i>				
Sí	1,04	1,16	1,17	1,07
<i>Haber sido rechazado/discriminado por ser adulto mayor (ref: no)</i>				
Sí	0,69**	0,89	0,76**	0,83
<i>Víctima de agresiones sexuales al interior del hogar (últimos 3 meses) (ref: no)</i>				
Sí	1,71	0,33*	0,16**	1,48
<i>Víctima de agresiones físicas al interior del hogar (últimos 3 meses) (ref: no)</i>				
Sí	1,13	1,04	1,20	1,06
<i>Víctima de otro tipo de agresiones al interior del hogar (últimos 3 meses) (ref: no)</i>				
Sí	0,78**	0,82**	0,87	0,75***
<i>Participación en asociaciones (ref: Tendencia a la NO participación)</i>				
Tendencia a la participación	1,46*	1,13	1,31	1,26
<i>Percepción del estado de salud (ref:regular/ mala/ muy mala)</i>				

Muy buena/buena	1,17*	1,32***	1,22***	1,30***
<i>Hipertensión arterial (ref: no)</i>				
Sí	1,01	0,86	0,98	0,83
<i>Osteoartritis (ref: no)</i>				
Sí	0,94	0,81**	0,95	0,84*
<i>Diabetes mellitus (ref: no)</i>				
Sí	1,17	1,03	0,94	1,19
<i>Enfermedad cardiovascular (ref: no)</i>				
Sí	0,81	0,85	0,84	0,83
<i>Osteoporosis (ref: no)</i>				
Sí	0,87	0,83*	0,86	0,83*
<i>Enfermedad Pulmonar Crónica (ref: no)</i>				
Sí	0,78	1,05	1,11	0,83
<i>Enfermedad Cerebro-Vascular (ref: no)</i>				
Sí	1,10	0,79	0,79	0,98
<i>Cáncer de mama (ref: no)</i>				
Sí			0,62	
<i>Cáncer del cuello del útero (ref: no)</i>				
Sí				1,62
<i>Cáncer de próstata (ref: no)</i>				
Sí				1,28
<i>Caídas en último año (ref: no)</i>				
Sí	0,96	0,99	0,98	0,97
<i>Temor a caer (ref:poco/ ningún miedo)</i>				
Sí	1,14	0,99	1,10	1,02
<i>Incontinencia urinaria (ref: no)</i>				
Sí	0,78	0,75	0,61**	0,94
<i>Depresión</i>				
Sí	1,01	0,98	0,97	1,04
<i>Problema nervioso, mental o psiquiátrico</i>				
Sí	1,13	0,85	0,95	0,95
<i>Med. Hipertensión arterial (ref: no)</i>				
Sí	1,04	1,07	1,04	1,13
<i>Med. Osteoartritis (ref: no)</i>				
Sí	1,09	1,05	0,82	1,21*
<i>Med. Diabetes mellitus (ref: no)</i>				
Sí	0,88	0,92	0,92	0,88
<i>Med. Enfermedad cardiovascular (ref: no)</i>				
Sí	1,46	1,23	1,36	1,27
<i>Med. Enfermedad Pulmonar Crónica (ref: no)</i>				
Sí	1,13	0,9	0,8	1,14
<i>Med. Enfermedad Cerebro-Vascular (ref: no)</i>				
Sí	0,65	0,99	1,02	0,74
<i>Med. Cáncer (ref: no)</i>				
Sí	0,95	0,87	0,95	0,86
<i>Sedantes/ tranquilizantes (ref: no)</i>				
Sí	1,14	1,05	0,99	1,14
<i>Índice de masa corporal (ref: bajo peso)</i>				
Normal	0,95	0,95	1,05	0,89
Sobrepeso	0,97	1,05	1,16	0,92
Obesidad	0,96	1,08	1,26	0,93
<i>Fuma actualmente (ref: no)</i>				
Sí	0,86	0,98	0,88	0,97
<i>Consume alcohol actualmente (ref: no)</i>				
Sí	1,55***	1,20*	1,28***	1,29*
<i>Nivel de actividad física (ref: inactividad)</i>				
Frecuente	1,52***	1,43***	1,88***	1,25**
Moderada	1,08	1,04	1,23**	1
Ligera	0,91	0,95	1,07	0,89
<i>Constante</i>	0,81	1,41	0,98	0,36**
<i>AIC</i>	-3195,9	-4955,5	-3714,5	-4418,1
<i>Número de personas</i>	6402	8810	6914	8298

Fuente: elaboración propia a partir de la S.ABE 2015.

## 5. Conclusiones y discusión

Los hallazgos de la presente investigación confirman el carácter multidimensional de la valoración positiva de la sexualidad en la vejez, en la cual intervienen factores biológicos o de la salud física, así como aspectos psicológicos y sociales tal como ha sido propuesto por Delamater y colaboradores, en el estudio de la expresión sexual mediante el enfoque biopsicosocial (DeLamater and Karraker 2009; Delamater and Koepsel n.d.; DeLamater and Koepsel 2015). La evidencia presentada confirma una vez más, el rol fundamental del sexo y la edad en la importancia dada a la sexualidad (Træen, Carvalheira, et al. 2017). Este resultado cuestiona la aparente inmutabilidad del interés sexual a lo largo de la vida, para dar paso a interpretaciones de la sexualidad como una dimensión social con dos ejes fundamentales de organización del erotismo: el género y la generación (Debert and Brigeiro 2012). Posiblemente, uno de los resultados más relevantes del estudio es la evidencia de la profunda desigualdad de género en la sexualidad de las personas mayores. Para el 40% las mujeres, esta dimensión es algo “nada importante”, mientras solo un 7% de los varones lo consideró de esta manera. Esta brecha se confirmó en los modelos multivariados, confirmándose en el país, lo encontrado en la literatura internacional (Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV and Da 2013; Fileborn, Thorpe, Hawkes, Minichiello, and Pitts 2015; Lagana and Maciel 2010; Ravanipour et al. 2013; Yun et al. 2014).

Sin embargo, los modelos multivariados, indican que, además del sexo y la edad, los factores psicológicos tienen un peso importante en la explicación del interés sexual. Entre ellos, los relacionados con tener pareja actualmente y haberse unidos más de una vez, son variables que lo incrementan (Træen, Carvalheira, et al. 2017; Træen, Hald, et al. 2017). Lo opuesto ocurre con el maltrato y el abuso por parte de familiares, pues sufrirlo disminuye dicho interés. Una relación similar fue encontrada en Bogotá, al comprobar el vínculo entre las experiencias pasadas de abuso sexual y el mayor riesgo de caídas en la población de 60 y más años (Reyes-Ortiz et al. 2018). Estos resultados constituyen un llamado de atención a los programas de salud sexual dirigidos a la población mayor, los cuales deberán incluir protocolos para la detección de situaciones de abuso y maltrato familiar, para activar las rutas de atención necesarias para la restitución de derechos, el cuidado de la salud y la promoción del bienestar.

Por otra parte, el estado de salud es un aspectos fundamentales de la valoración positiva de la sexualidad, tal como se encontrado en los países desarrollados (Aboderin 2014; Delamater 2012; Træen, Hald, et al. 2017) y en Colombia, a partir de una muestra pequeña de un hospital de Cali (Arias-Castillo et al. 2009). El presente estudio confirmó que un bajo nivel de salud afecta negativamente la importancia dada a la sexualidad. De esta manera, se confirma el rol la comorbilidad como un factor decisivo del erotismo en las personas mayores, y al mismo tiempo, como un reto de los servicios de salud para abordar de manera integral el estado de salud de esta población.

Por otra parte, contrario a lo esperado, se observó que después de controlar por todas las variables, tres variables relacionadas con los estilos de vida saludables, operan en direcciones distintas, cuando se habla de la sexualidad. Fumar no se asocia con ella, y consumir alcohol, así como tener una actividad física frecuente, sí lo hace. Esta aparente contradicción, podría explicarse por un efecto de selección que lleva a las personas con problemas de salud, a no fumar, tomar alcohol o hacer ejercicio; o también por diferencias en los valores morales cercanos a los estilos de vida hedonistas en los cuales consumir alcohol y la importancia dada a la sexualidad son dos caras de una misma moneda. De cualquier manera, debe tenerse en cuenta que las variables sobre consumo de alcohol y cigarrillo, no da cuenta de la intensidad del hábito, sino únicamente del uso actual.

En cuanto a los factores sociales o estructurales, las diferencias entre las regiones del país respecto a la valoración positiva de la sexualidad, pareciera dibujar una heterogeneidad de culturas sexuales a lo largo del país (Wade, Urrea, and Viveros 2008) que continúa, incluso posiblemente con más fuerza, en la vejez por ser el periodo de mayor “diversidad acumulada” (Dulcey-Ruiz 2015). No solo las características del territorio son factores importantes de la sexualidad en las personas de 60 y más años, también lo es su capital económico y simbólico, entendidos como los niveles de ingreso y escolaridad. Aún después de controlar por los factores biológicos y psicológicos, el estatus social se consolida como un factor central que determina la experiencia sexual. De esta manera, además de la desigualdad de género, la de clase es otro eje fundamental para entender la importancia que la gente mayor atribuye a la sexualidad. En términos de los programas de salud sexual, esto plantea dos retos fundamentales. En primer lugar, ofrecer una oferta de servicios para todos los sectores sociales, ya a través del plan obligatorio de salud o desde los programas privados; y por otro, desarrollar acciones que promuevan la divulgación de los derechos sexuales en las personas mayores, especialmente en sectores vulnerables y marginalizados.

Además de las condiciones geográficas y materiales que enmarcan el erotismo en la vejez, la investigación demostró la centralidad de la participación social, como un factor que aumenta la valoración positiva de la sexualidad, pues, aunque minoritarias, las personas adultas mayores con un espíritu participativo tienen mayor probabilidad de considerar la sexualidad como algo importante. Un resultado similar ya había sido identificado de forma descriptiva en Medellín utilizando escalas para la medición del apoyo social global (Robledo Marín et al. 2020).

El presente trabajo representa un aporte significativo para el conocimiento de la experiencia sexual de la población colombiana de 60 y más. Si bien permitió un acercamiento multidimensional para entender la complejidad de las actitudes sobre la sexualidad en el curso de vida, también tiene limitaciones que deben ser planteadas para tomar con cautela los resultados presentados anteriormente. La principal de ellos tiene que ver con la variable dependiente, dado que no da cuenta de la práctica sexual en sí misma, sino de la valoración positiva hacia la sexualidad. A pesar de ello, los hallazgos son similares a los encontrados por otras investigaciones basadas en mediciones de la

frecuencia y tipo de actividad sexual, en donde también, se ha encontrado una menor ocurrencia o interés por parte de las mujeres y una reducción en los grupos de mayor edad (Corona et al. 2010; Faus-Bertomeu and Gómez-Redondo 2017; Lindau et al. 2007). Adicionalmente, algunas variables independientes solo incluyen la presencia o ausencia de un fenómeno, sin considerar su intensidad.

Las anteriores limitaciones se podrán subsanar en la medida que se cuente con información estadística más detallada sobre heterogeneidad de prácticas y significados de la sexualidad de las personas adultas mayores. Sin duda alguna, la salud sexual, el placer y el erotismo en este grupo poblacional es una agenda de investigación una infinidad de temas de investigación, que, desde abordajes cualitativos y cuantitativos, permitan avanzar en el conocimiento de la sexualidad en la vejez, y con ello, el ejercicio de los derechos sexuales de este importante grupo poblacional.

## Referencias

- Aboderin, Isabella. 2014. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Older Men and Women: Addressing a Policy Blind Spot." *Reproductive Health Matters* 22(44):185–90.
- Agudelo-Suárez, Andrés, Santiago Alzate-Urrea, Felipe López-Vergel, Carolina López-Orozco, Érica Espinosa-Herrera, Adriana Posada-López, and Edwin Meneses-Gómez. 2014. "Barreras y Facilitadores de Acceso a Los Servicios de Salud Bucal Para La Población Adulta Mayor Atendida En La Red Pública Hospitalaria de Medellín, Colombia." *Rev. Gerenc. Polít. Salud* 13(27):181–99.
- Agudelo-Suárez, Andrés, Adriana Posada-López, and Edwin Meneses-Gómez. 2015. "Salud Mental En Adultos Mayores Atendidos En La Red Hospitalaria Pública de Medellín, Colombia." *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 32(4):701–8.
- Anon. 2008. "Challenging Social Myths and Stereotypes of Women and Aging: Heterosexual Women Talk About Sex." *Hinchliff, Sharron Gott, Merrun* 20(1):65–81.
- Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV, Penna Lhg and Da. 2013. "Representações Sociais Da Vida Sexual De Mulheres No Social Representations of Climacteric Women ' S Sexual Life Assisted in the Public Health Care System." *Texto Contexto Enfermagem* 22(1):114–22.
- Arias-Castillo, Liliana, Janeth Ceballos-Osorio, Jhon Ochoa, and Carlos A. Reyes-Ortiz. 2009. "Correlates of Sexuality in Men and Women Aged 52-90 Years Attending a University Medical Health Service in Colombia." *J Sex Med* 6(11):3008–18.
- Bateson, Deborah J., Edith Weisberg, Kirsten J. McCaffery, and Georgina M. Luscombe. 2012. "When Online Becomes Offline: Attitudes to Safer Sex Practices in Older and Younger Women Using an Australian Internet Dating Service." *Sexual Health* 9(2):152–59.
- Bedoya, Astrid M., Angela M. Gaviria, Armando Baena, Mauricio Borrero, Diego F. Duarte, Alba L. Combita, Jorge Castaño, Hugo Grisales, and Gloria I. Sánchez. 2012. "Age-Specific Seroprevalence of Human Papillomavirus 16, 18, 31, and 58 in Women of a Rural Town of Colombia." *International Journal of Gynecological Cancer* 22(2):303–10.
- Cerquera, Ara Mercedes, José Alejandro Álvarez, and Ángela Cecilia Saavedra. 2010. "Identificación de Estereotipos y Prejuicios Hacia La Vejez Presentes En Una Comunidad Educativa de Floridablanca." *Psychologia. Avances de La Disciplina* 4(1):73–87.
- Cerquera, Ara Mercedes, Carolina Meléndez Merchán, Claudia Bibiana, and Villabona Galarza. 2012. "Identificación de Los Estereotipos Sobre Envejecimiento Femenino, Presentes En Un Grupo de Mujeres Jóvenes." *Pensamiento Psicológico* 10(1):77–88.
- Cerquera Córdoba, Ara, Karen López Ceballos, Yoleiby Núñez Forero, and Edily Porras Portela. 2013. "Sexualidad Femenina En La Tercera Edad." *Informes Psicológicos* 13(2):135–47.
- Cerquera Córdoba, Ara Mercedes, Mayra Juliana Galvis Aparicio, and María Lucía Cala Rueda. 2012. "Amor, Sexualidad e Inicio de Nuevas Relaciones En La Vejez: Percepción de Tres Grupos Etarios." *Psychologia* 6(2):73–81.
- Chavarriaga-Ríos, Marcia and Doris Cardona-Arango. 2014. "Medición de La Inequidad En Salud En Adultos Mayores de Medellín , 2009." *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 32(3):290–304.
- Corona, G., DM Lee, G. Forti, DB O'Connor, M. Maggi, TW O'Neill, N. Pendleton, G. Bartfai, S. Boonen, FF Casanueva, JD Finn, A. Giwercman, TS Han, IT Huhtaniemi, K. Kula, MEJ Lean, M. Punab, AJ Silman, D. Vanderschueren, FCW Wu, and EMAS Study Group. 2010. "Age-Related Changes in General and Sexual Health in Middle-Aged and Older Men : Results from the European Male." *J Sex Med* 7:1362–80.
- DANE. 2018. *Resultados Del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Bogotá.
- Debert, Guita and Mauro Brigeiro. 2012. "Fronteiras de Gênero e a Sexualidade Na Velhice."



- Delamater, John. 2012. "Sexual Expression in Later Life : A Review and Synthesis." 49:125–41.
- DeLamater, John and Amelia Karraker. 2009. "Sexual Functioning in Older Adults." *Current Psychiatry Reports* 11(1):6–11.
- Delamater, John and Erica Koepsel. n.d. "Sexual and Relationship Therapy Relationships and Sexual Expression in Later Life : A Biopsychosocial Perspective." (August 2014):37–41.
- DeLamater, John and Erica Koepsel. 2015. "Relationships and Sexual Expression in Later Life: A Biopsychosocial Perspective." *Sexual and Relationship Therapy* 30(1):37–59.
- DeLamater, John and Sara M. Moorman. 2007. "Sexual Behavior in Later Life." *Journal of Aging and Health* 19(6):921–45.
- Dulcey-Ruiz, Elisa. 2015. *Envejecimiento y Vejez. Categorías y Conceptos*. Bogotá: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.
- Dulcey-Ruiz, Elisa, Deisy Arrubla, and Pablo Sanabria. 2013. *Envejecimiento y Vejez En Colombia. Serie: Estudios a Profundidad Basados En Las ENDS 1990-2010*. Vol. 6. Profamilia. Bogotá: Profamilia.
- Faus-Bertomeu, Aina. 2017. "Salud, Sexualidad y Bienestar En Las Personas Mayores." Universidad Nacional de Educación a Distancia de España (UNED).
- Faus-Bertomeu, Aina and Rosa Gómez-Redondo. 2017. "Determinantes Socioculturales Del Deseo Sexual Femenino." *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 160:61–78.
- Fileborn, Bianca, Sharron Hinchliff, Anthony Lyons, Wendy Heywood, Victor Minichiello, Graham Brown, Sue Malta, Catherine Barrett, and Pauline Cramer. 2017. "The Importance of Sex and the Meaning of Sex and Sexual Pleasure for Men Aged 60 and Older Who Engage in Heterosexual Relationships: Findings from a Qualitative Interview Study." *Archives of Sexual Behavior* 46(7):2097–2110.
- Fileborn, Bianca, Rachel Thorpe, Gail Hawkes, Victor Minichiello, and Marian Pitts. 2015. "Sex and the (Older) Single Girl: Experiences of Sex and Dating in Later Life." *Journal of Aging Studies* 33:67–75.
- Fileborn, Bianca, Rachel Thorpe, Gail Hawkes, Victor Minichiello, Marian Pitts, and Tinashe Dune. 2015. "Sex, Desire and Pleasure: Considering the Experiences of Older Australian Women." *Sexual and Relationship Therapy* 30(1):117–30.
- Flores, Renee J., Adalberto Campo-Arias, Jim P. Stimpson, Claudia M. Chalela, and Carlos A. Reyes-Ortiz. 2018. "The Association Between Past Sexual Abuse and Depression in Older Adults From Colombia." *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 31(1):13–18.
- Gonzalez, Jose and Jazmín González. 2005. "Estudio Descriptivo de La Sexualidad de Personas Mayores de 60 Años En El Caribe Colombiano." *Psicogente* 8(13):17–27.
- Gott, Merryn and Sharron Hinchliff. 2003. "How Important Is Sex in Later Life? The Views of Older People." *Social Science and Medicine* 56(8):1617–28.
- Hinchliff, Sharron and Merryn Gott. 2004. "Perceptions of Well-Being in Sexual Ill Health: What Role Does Age Play?" *Journal of Health Psychology* 9(5):649–60.
- Iacub, Ricardo. 2009. "Nuevas Parejas En La Vejez." *Revista de Psicología IMED* 1(1):137–46.
- Jagger, Carol, Herman Van Oyen, and Jean-marie Robine. 2014. *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method : A Practical Guide*. Newcastle: Newcastle University.
- Jobson, Geoffrey. 2010. "Changing Masculinities: Land-Use, Family Communication and Prospects for Working with Older Men towards Gender Equality in a Livelihoods Intervention." *Culture*,

- Kleinplatz, Peggy J., A. Dana Ménard, Nicolas Paradis, Meghan Campbell, and Tracy L. Dalglish. 2013. "Beyond Sexual Stereotypes: Revealing Group Similarities and Differences in Optimal Sexuality." *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement* 45(3):250–58.
- Lagana, Lucianà and Michelle Maciel. 2010. "Sexual Desire among Mexican-American Older Women: A Qualitative Study." *Culture, Health and Sexuality* 12(6):705–19.
- Laumann, Edward, Das Aniruddha, and Linda J. Waite. 2008. "Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57–85 Years of Age." *Journal of Sexual Medicine* 5(10):2300–2311.
- Lee, David M., James Nazroo, Daryl B. O. Connor, Margaret Blake, and Neil Pendleton. 2016. "Sexual Health and Well-Being Among Older Men and Women in England : Findings from the English Longitudinal Study of Ageing." *Archives of Sexual Behavior* 133–44.
- Lindau, Stacy Tessler and Natalia Gavrilova. 2010. "Sex, Health, and Years of Sexually Active Life Gained Due to Good Health: Evidence from Two US Population Based Cross Sectional Surveys of Ageing." *British Medical Journal* 340:c810.
- Lindau, Stacy Tessler, Philip Schumm, Edward Laumann, Wendy Levinson, Colm O'Muircheartaigh, and Linda Waite. 2007. "A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States." *The New England Journal of Medicine* 357(8):762–74.
- Low, WY, CJ Ng, WY Choo, and HM Tan. 2006. "How Do Men Perceive Erectile Dysfunction and Its Treatment? A Qualitative Study on Opinions of Men." *Aging Male* 9(3):175–180.
- Lyons, Anthony, Samantha Croy, Catherine Barrett, and Carolyn Whyte. 2015. "Growing Old as a Gay Man: How Life Has Changed for the Gay Liberation Generation." *Ageing and Society* 35(10):2229–50.
- Lyons, Anthony, Wendy Heywood, Bianca Fileborn, Victor Minichiello, Catherine Barrett, Graham Brown, Sharron Hinchliff, Sue Malta, and Pauline Crameri. 2017. "The Sex, Age, and Me Study: Recruitment and Sampling for a Large Mixed-Methods Study of Sexual Health and Relationships in an Older Australian Population." *Culture, Health and Sexuality* 19(9):1038–52.
- Marshall, Barbara L. 2011. "The Graying of 'Sexual Health': A Critical Research Agenda." *Canadian Review of Sociology* 48(4):390–413.
- Melguizo-Herrera, Estela, Yuleysi Álvarez-Romero, Mayerlin Vanessa Cabarcas-Mendoza, Rossy Stefanie Calvo-Rodríguez, Jeomaidis Flórez-Almanza, Olga Patricia Moadie-Contreras, and Adalberto Campo-Arias. 2015. "Validez y Confiabilidad Del Cuestionario de Actitudes Hacia La Sexualidad En La Vejez En Adultos Mayores En Cartagena, Colombia." *Revista Colombiana de Psiquiatria* 44(2):87–92.
- Melguizo-Herrera, Estela and Irma Castillo-Ávila. 2012. "Factores Asociados Al Uso de Servicios de Atención Primaria Por Adultos Mayores de Cartagena, Colombia." *Revista de Salud Pública* 14(5):765–75.
- Minichiello, Victor, Saifur Rahman, Gail Hawkes, and Marian Pitts. 2012. "STI Epidemiology in the Global Older Population: Emerging Challenges." *Perspectives in Public Health* 132(4):178–81.
- Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle, Universidad de Caldas. 2016. *Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento En Colombia*. Colombia.
- Orozco Mares, I. and D. D. Rodriguez Marquez. 2006. "Prejuicios y Actitudes Hacia La Sexualidad En La Vejez." *Psicología y Ciencia Social* 8(1):3–10.
- Potts, Annie, Victoria M. Grace, Tiina Vares, and Nicola Gavey. 2006. "Sex for Life? Men's

- Counter-Stories on 'Erectile Dysfunction', Male Sexuality and Ageing." *Sociology of Health and Illness* 28(3):306–29.
- Ramos, Edgardo and Estela Melguizo. 2017. "Factores Asociados a Actitudes Sobre La Sexualidad En La Vejez En Medellín, Colombia." *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas* 17(33):267–75.
- Ravanipour, Maryam, Tayebbeh Gharibi, and Tahereh Gharibi. 2013. "Elderly Women's Views about Sexual Desire during Old Age: A Qualitative Study." *Sexuality and Disability* 31(2):179–88.
- Reyes-Ortiz, Carlos A., Jose Mauricio Ocampo-Chaparro, Adalberto Campo-Arias, Holly Holmes, and John Halphen. 2018. "Association Between History of Abuse and Falling in Older Adults." *Journal of the American Geriatrics Society* 66(8):1603–7.
- Rivillas, Juan Carlos, Liliana Gómez-Aristizabal, Herney Rengifo-Reina, and Elsa Muñoz-Laverde. 2017. "Envejecimiento Poblacional y Desigualdades Sociales En La Mortalidad Del Adulto Mayor En Colombia ¿Por Qué Abordarlos Ahora y Dónde Comenzar?" *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 35(3):369–81.
- Robledo Marín, Carlos Arturo, Doris Cardona Arango, Jairo Cardona Jiménez, Douglas Lizcano Cardona, and Ángela Quintero Echeverri. 2020. "Percepción de La Sexualidad En Personas Mayores de 60 Años. Medellín, Colombia." *Revista Colombiana de Ciencias Sociales* 11(1):56–77.
- Rowntree, Margaret R. 2014. "Comfortable in My Own Skin': A New Form of Sexual Freedom for Ageing Baby Boomers." *Journal of Aging Studies* 31:150–58.
- Rowntree, Margaret R. 2015. "The Influence of Ageing on Baby Boomers' Not so Straight Sexualities." *Sexualities* 18(8):980–96.
- Sandberg, Linn. 2013. "Just Feeling a Naked Body Close to You: Men, Sexuality and Intimacy in Later Life." *Sexualities* 16(3–4):261–82.
- Sandberg, Linn. 2015. "In Lust We Trust? Masculinity and Sexual Desire in Later Life." *Men and Masculinities* 19(2):192–208.
- Sawin, Erika Metzler. 2012. "The Body Gives Way, Things Happen: Older Women Describe Breast Cancer with a Non-Supportive Intimate Partner." *European Journal of Oncology Nursing* 16(1):64–70.
- Serpa, María de la Paz and Édgar Eduardo Bojacá. 2009. "Sexualidad y Menopausia: Un Estudio En Bogotá (Colombia)." *Revista Colombiana de Psiquiatría* 38(1):85–98.
- Sinković, Matija and Lauren Towler. 2019. "Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults." *Qualitative Health Research* 29(9):1239–54.
- Syme, Maggie L., Tracy J. Cohn, and Jessica Barnack-Tavlaris. 2017. "A Comparison of Actual and Perceived Sexual Risk Among Older Adults." *Journal of Sex Research* 54(2):149–60.
- Tillman, Jessica L. and Hayley D. Mark. 2015. "HIV and STI Testing in Older Adults: An Integrative Review." *Journal of Clinical Nursing* 24(15–16):2074–95.
- Træen, Bente, Ana Carvalheira, Ingela Lundin Kvalem, Aleksandar Štulhofer, Erick Janssen, Cynthia A. Graham, Gert Martin Hald, and Paul Enzlin. 2017. "Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of The Recent Literature, Part 2: Body Image and Sexual Satisfaction." *International Journal of Sexual Health* 29(1):11–21.
- Træen, Bente, Gert Martin Hald, Cynthia A. Graham, Paul Enzlin, Erick Janssen, Ingela Lundin Kvalem, Ana Carvalheira, and Aleksandar Štulhofer. 2017. "Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and Its Difficulties." *International Journal of Sexual Health* 29(1):1–10.

- de Visser, Richard O., Paul B. Badcock, Chris Rissel, Juliet Richters, Anthony M. A. Smith, Andrew E. Grulich, and Judy M. Simpson. 2014. "Safer Sex and Condom Use: Findings from the Second Australian Study of Health and Relationships." *Sexual Health* 11(5):495–504.
- Wade, Peter, Fernando Urrea, and Mara Viveros, eds. 2008. *Raza, Etnicidad y Sexualidades: Ciudadanía y Multiculturalismo En América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Yun, Okjong, Miyoung Kim, and Seung Eun Chung. 2014. "The Sexuality Experience of Older Widows in Korea." *Qualitative Health Research* 24(4):474–83.