

**PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH/SIDA
EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE CALI**

CORAIMA JOSWA VALOYES TOBAR

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

**FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**SANTIAGO DE CALI
2020**

**PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH/SIDA
EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE CALI**

CORAIMA JOSWA VALOYES TOBAR

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

ASESORA

AYDA CRISTINA RIVAS MUÑOZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

**FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

SANTIAGO DE CALI

2020

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del jurado

Firma del jurado

Cali, 27 de mayo de 2020

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo a Dios y a mis padres Isaura Tobar y Manuel Valoyes, quienes con amor incondicional me apoyaron para que este logro fuese posible. Los amo demasiado.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haber permitido que en este proceso de formación como psicóloga estuviese acompañada de personas tan maravillosas como mi familia, amigos y docentes quienes día a día, fortalecieron el amor por esta carrera.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	12
2.	JUSTIFICACIÓN	15
3.	ANTECEDENTES	19
3.1	MARCO CONTEXTUAL	19
4.	ESTADO DEL ARTE.....	22
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
6.	OBJETIVOS	48
6.1	OBJETIVO GENERAL	48
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
7.	MARCO METODOLÓGICO.....	49
7.1	PERSPECTIVA	49
7.2	TIPO.....	49
7.3	DISEÑO.....	49
7.4	VARIABLES	50
7.5	MUESTRA.....	53
7.6	MÉTODO.....	53
7.7	INSTRUMENTO.....	54
7.8	PROCEDIMIENTO.....	55
8.	MARCO TEÓRICO	57
9.	MARCO JURÍDICO.....	77
10.	MARCO ÉTICO	79
11.	RESULTADOS.....	85
12.	DISCUSIÓN	105
13.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
14.	REFERENCIAS	116
15.	ANEXOS.....	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución demográfica de los casos de VIH/Sida, Colombia, 2018	17
Tabla 2 Variables del estudio	50
Tabla 3 Relación de instrumentos	54
Tabla 4 Estadísticas descriptivas de las subescalas del VIH/SIDA 65	89
Tabla 5 Distribución de los resultados de la muestra de la subescala conocimientos correctos respecto al VIH/SIDA.....	90
Tabla 6 Distribución de los resultados de la muestra de la subescala conocimientos erróneos respecto al VIH/SIDA	95

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 3.</i> Resultados de la muestra de subescala actitud positiva respecto al VIH/SIDA.	99
<i>Figura 4.</i> Resultados de la muestra de la subescala actitud negativa respecto al VIH/SIDA.....	100
<i>Figura 5.</i> Resultados de la muestra de la subescala actitud neutra respecto al VIH/SIDA.	101
<i>Figura 6.</i> Resultados de la muestra de la subescala autoeficacia.	103
<i>Figura 7.</i> Resultados de la muestra de la subescala susceptibilidad.	104

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mapa de estratificación de la ciudad de Cali, Valle del Cauca.

..... 87

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, se interesa en identificar y detallar la percepción de riesgo de VIH/SIDA específicamente en un grupo de adultos mayores que asisten al grupo Despertar a la Vida de la ciudad de Cali (Colombia), así mismo, desde una perspectiva de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, pretende exponer el contexto actual de conocimientos, creencias, y actitudes relacionadas con la prevención en el contagio del virus. Lo anterior, es con el objetivo determinar si existe o no percepción de riesgo en VIH/SIDA en la muestra seleccionada. Como metodología planteada, se realiza un estudio cuantitativo con diseño descriptivo de tipo transversal no experimental, así mismo cuenta con la participación de 50 personas entre las edades de 60 y 89 años, pertenecientes a un grupo de adulto mayor “despertar a la vida” que se ubica en el barrio los Andes de la comuna 5 de la ciudad de Cali. Los resultados cuantitativos a nivel general muestran que los adultos mayores del grupo “Despertar a la vida” se perciben vulnerables frente al contagio del virus, pero es de considerar el comportamiento de algunos ítems que denotan desconocimiento de alguna forma de transmisión o de prevención del virus, así como también se observó que una cuarta parte de ellos no les preocupa que puedan contraer el virus.

Palabras clave: Vejez, VIH/SIDA y percepción de riesgo.

SUMMARY

This research work is interested in identifying and detailing the perception of HIV / AIDS risk specifically in a group of older adults who attend the group Awakening to Life in the city of Cali (Colombia), likewise, from a perspective for the promotion and prevention of sexual and reproductive health, aims to expose the current context of knowledge, beliefs, and attitudes related to the prevention of the spread of the virus. The foregoing is with the objective of determining whether or not there is a perception of risk in HIV / AIDS in the selected sample. As a proposed methodology, a quantitative study with a descriptive design of a non-experimental cross-sectional type was carried out, as well as the participation of 50 people between the ages of 60 and 89, belonging to a group of older adults "awakening to life" that It is located

in the Los Andes neighborhood of Commune 5 of the city of Cali. The quantitative results at a general level show that older adults in the “Wake up to life” group perceive themselves vulnerable to the spread of the virus, but it is important to consider the behavior of some items that denote ignorance of some form of transmission or prevention of the virus, as well as it was also observed that a quarter of them do not worry that they could contract the virus.

Keywords: old age, VIH/SIDA and risk perception.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación buscó indagar acerca de la percepción de riesgo de un grupo de adultos de la tercera edad, específicamente, relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana VIH/SIDA, tema que de acuerdo con lo investigado, es poco común teniendo en cuenta que muchos documentos afines mencionados a lo largo de éste trabajo, concuerdan que socialmente se considera que los adultos mayores son poco propensos de adquirir el VIH, debido a que en la tercera edad la actividad sexual disminuye o desaparece y a partir de esa concepción social, se ignoran muchos aspectos importantes como lo son, el hecho de que existen adultos mayores, que adquirieron el virus en etapas más tempranas de su vida, otros que evitan el uso del preservativo al tener relaciones sexuales con sus parejas estables, por creencias sociales en las que se considera que el uso del condón es para las personas que tienen múltiples parejas sexuales, por lo tanto, se considera infiel aquella persona que estando en una relación estable lo solicite, lo cual, hace que los adultos mayores sean vulnerables a la transmisión, por lo tanto, debería realizarse un seguimiento constante de dicho fenómeno, a fin de concientizar a la población general, de la importancia de prevenir ésta problemática, no solo en determinados grupos etarios, sino en toda la sociedad.

Es así, como éste trabajo de investigación toma una postura inclusiva, enfocándose en la tercera edad, como grupo poblacional menos retomado en estudios acordes con el tema, teniendo como premisa que todos los seres humanos tenemos derecho a la salud en las diferentes áreas de nuestra vida, incluyendo la sexual y reproductiva, la cual acoge todos los grupos generacionales, incluyendo al adulto mayor. Ésta investigación tiene como objetivo principal, determinar la percepción de riesgo en VIH/SIDA de un grupo de adultos, que asisten al grupo de la tercera edad denominado “Despertar a la Vida”, ubicado en la ciudad de Cali, así mismo, en el grupo en mención, se pretende describir los conocimientos del VIH/SIDA, identificar actitudes positivas y negativas sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA, especificar la percepción de susceptibilidad de adquirir el virus del VIH/SIDA y la

percepción de autoeficacia en el uso del preservativo. Lo anterior, es teniendo en cuenta que la percepción de riesgo involucra aspectos relacionados con los conocimientos, creencias, actitudes (García, 2012), así como la evaluación de la persona sobre la situación de amenaza y las habilidades de gestión, para enfrentar la situación amenazante (Restrepo, 2016).

En primer lugar, se realiza una contextualización acerca de la importancia de abordar la temática del presente trabajo de investigación, debido a que el VIH/SIDA es una problemática cuyo alcance de afectación es a nivel mundial. Sin embargo, a partir de la revisión documental realizada y presentada en éste trabajo, se evidencia que las diversas entidades gubernamentales como la ONU, El Ministerio de Salud y Seguridad Social, entre otras, que se encargan de supervisar dicha problemática, se enfocan especialmente en los grupos etarios más jóvenes, por lo cual surge el interés de investigar cuál es la percepción de riesgo en VIH/SIDA de los adultos mayores del grupo de la tercera edad Despertar a La Vida ubicados en la ciudad de Cali, todo esto, teniendo en cuenta, que la salud sexual es un derecho que acoge a la población en general y por tanto se debería tener en cuenta los grupos etarios más avanzados, que también son vulnerables de contraer dicho virus.

Luego, se presenta un panorama a nivel internacional, nacional y local, acerca de los diferentes estudios a fines con la temática del presente trabajo de investigación, donde autores como, Fong, Brook, Pullés, Tabares y Fong (2015), Stuardo y Gajardo (2016), Varela, Correa, Arrivillaga, Zapata, Hoyos, y Tovar (2011), entre otros, indagan en la población adulta mayor la percepción de riesgo en VIH/SIDA, prácticas sexuales de riesgo y factores influyentes del VIH/SIDA en adultos mayores, evidenciando la necesidad de aumentar programas de prevención en salud sexual y reproductiva hacia ésta población, toda vez que tuvieron como resultado que en los adultos mayores existen prácticas sexuales de riesgo y una baja percepción de riesgo de contraer el virus, a causa de tabúes y estereotipos que se tienen con respecto a la sexualidad en éste grupo poblacional.

Más adelante, se presenta los conceptos que se tienen en relación con los diferentes aspectos que éste trabajo aborda como la etapa de la vejez (según el

ciclo vital), VIH/SIDA y la percepción de riesgo del virus, brindados por organizaciones como la OMS y El Ministerio de Salud y Protección Social, además lo expuesto por autores como, (Pérez 2006), (García 2012), (Soto, Lacoste, Papenfuss, y Gutierrez, 1997), entre otros. Finalmente, se presentará todo lo relacionado con los aspectos metodológicos empleados en éste trabajo, los resultados y las conclusiones del mismo.

2. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual son de gran preocupación en el área de la salud pública, ya que constituyen una amenaza para todos los países del mundo en términos de epidemias y pandemias. A partir de las numerosas cifras de mortalidad a causa de muchas enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, las organizaciones nacionales como el Ministerio de salud y protección social, Profamilia, Secretarías de salud; e internacionales como la OMS, OPS y ONUSIDA, se han encargado de diseñar políticas públicas que desarrollan programas de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.

En relación con lo anterior, es pertinente presentar un fragmento de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ministerio de Salud y protección Social (2010) donde refiere lo siguiente.

(...) la sexualidad es una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos. Otra condición recogida del Plan, se relaciona con la superación del paradigma prevalente sobre el cual gravitaba la salud sexual, asociada a las patologías que la afectan, posición que ha restringido logros sustanciales, para que la población colombiana, independientemente de su edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, cultura, situación económica, nivel educativo, la viva plenamente dentro de un marco de derechos (p 15).

De lo anterior, es importante resaltar que la sexualidad es una condición humana y un derecho que es transversal a los ciclos vitales de la persona. Sin embargo, en Colombia, la difusión para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, en especial VIH/SIDA, no están claramente delineadas y dirigidas a las personas de la tercera edad, debido a que actualmente existen estigmas acerca de la sexualidad, en éste grupo poblacional, mismo que se encuentra en aumento según lo indica el

Ministerio de Salud y Protección Social (2018), a través de la encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), refiriendo que “(...) el índice de envejecimiento del país estaba en 1995 en 13.7 mayores de 65 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años, aumentará a 42 mayores de 65 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años para el 2050” (p.2). Por lo cual, es importante modificar y ampliar la publicidad a todas las edades.

En concordancia, Stuardo y Gallardo (2016) refieren que la epidemia del VIH permite evitar tabúes y cuestiones relacionados con la adultez mayor, como un estadio donde no se corren riesgos relacionados con la actividad sexual, lo cual permite entender que la edad no determina el riesgo por contagio en las personas. Promover hábitos de autocuidado, con respecto a las relaciones sexuales en el adulto mayor, disminuye las prácticas sexuales de riesgo y permite que los mismos ejerzan la sexualidad de manera libre y segura.

No tener en cuenta la población adulta mayor, en relación a sus derechos sexuales y reproductivos implica una ilegalidad por negligencia y en Colombia, existen leyes como la 1850 del 19 de julio de 2017, que se encargan de proteger a la población del adulto mayor y de penalizar todas aquellas acciones que vulneren los derechos y la integridad de los mismos. Sin embargo, como se evidencia en el planteamiento del problema, la promoción y prevención de la salud sexual de la población mayor continúa siendo un reto para las entidades gubernamentales.

Por otra parte, es importante mencionar que, una de las razones por las cuales el presente estudio se interesa en investigar aspectos relacionados con el VIH/SIDA, es porque de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2018), en Colombia, el Valle del Cauca, es uno de los departamentos que más se ve afectado con ésta problemática, el virus del VIH/SIDA, debido a que, junto con Quindío y Risaralda reflejan las tasas más elevadas de casos de personas infectadas. Es así como en el 2018, el Valle del Cauca reportó 39,5 casos por 100000 habitantes, Quindío 52,3 y Risaralda, 47,0. Sumado a lo anterior, para la institución en mención, las cifras más altas de contagio por el virus del VIH (ver tabla1) se encontraban en los rangos de edades de 15 a 24 años con un 25,9% de los casos y entre los 25 y los 34 años

con un 35,6%; mientras que en grupos etarios más tardíos como las personas de 55 a 64 años reportaron 6 % de los casos y las de 65 años en adelante el 2,4%.

Tabla 1

Distribución demográfica de los casos de VIH/Sida, Colombia, 2018

Variable	Categoría	Casos	%
Grupos de edad	15 a 24 años	3 750	25,9
	25 a 34 años	5 152	35,6
	35 a 44 años	2 610	18,0
	45 a 54 años	1 657	11,4
	55 a 64	869	6,0
	65 y más años	351	2,4
	5 a 14 años	53	0,4
	0 a 4 años	32	0,2

Nota. Adaptado de VIH/SIDA COLOMBIA, 2018.

Instituto Nacional de Salud (2018), p. 6

De lo anterior, vale la pena aludir que, aunque las cifras reflejan que la infección por VIH/SIDA en adultos mayores es pequeña, en comparación con los demás grupos etarios, no quiere decir que se debe descuidar a las personas de la tercera edad en temas de programas que contribuyan a disminuir dichas cifras, recordando las ya mencionadas leyes que cobijan a toda la población colombiana sin distinguir edades, respecto al derecho a la salud sexual y reproductiva, por tanto, el presente estudio sumado a otros pretende visibilizar la necesidad de llevar a cabo programas que apunten a disminuir las estadísticas de ETS, en los adultos mayores específicamente de VIH/SIDA, en el sector público como en el sector privado de la salud, así mismo, empoderar a los integrantes del grupo de la tercera edad “despertar a la vida” en relación al tema del VIH/SIDA, de manera que comprendan que al igual que el resto de los grupos etarios, son vulnerables ante las

enfermedades de transmisión sexual, por lo cual, es necesario que los adultos mayores del grupo de la tercera edad en mención se realicen los exámenes que detenten el VIH, de manera voluntaria y lleven a cabo una actitud de autocuidado orientada a la conservación de la salud.

3. ANTECEDENTES

3.1 MARCO CONTEXTUAL

El presente trabajo de investigación se realizó con una muestra que se extrajo de una entidad pública, por ésta razón a continuación se procede a realizar una breve descripción de dicha entidad. Para comenzar, es importante destacar que la muestra pertenece al grupo de la tercera edad “Despertar a la vida” el cual, está ubicado en el barrio los Andes de la comuna 5 de la ciudad de Cali, y actualmente se encuentra liderado por la señora Marta Cecilia Gonzales, además, hace parte del programa de Gimnasia dirigida del Instituto del Deporte, la Educación Física y la Recreación del Valle del Cauca “INDERVALLE” el cual es un establecimiento público del orden Departamental creado para dar cumplimiento a la Ley 181 de 1995, el Decreto Reglamentario 1822 de 1996 y la Ordenanza No. 022 de noviembre 26 de 1997, siendo organismo rector del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física en el departamento del Valle del Cauca, para reemplazar a la Junta Departamental de Deportes y luego paso a ser una seccional del Instituto Colombiano del Deporte Coldeportes en el año 1968 (INDERVALLE, s.f).

A continuación, se presentará la visión y misión de la institución en mención:

Misión: Contribuir a la formación integral de la población vallecaucana, satisfaciendo las necesidades respecto a la práctica del Deporte, la Educación Física y la Recreación, como elementos integradores y facilitadores de los componentes: educación, salud y desarrollo social creando una cultura de vida; comprometiendo su talento humano en la obtención de niveles de eficacia y eficiencia.

Visión: Ser una entidad modelo en el desarrollo de programas de deporte, educación física y recreación, creando un Sistema Regional Deportivo, que nos convierta en líderes en el país con posicionamiento internacional. (INDERVALLE, s.f)

Por otra parte, es importante destacar que INDERVALLE, posee una estructura administrativa conformada por una junta directiva, la gerencia general y cuatro subgerencias, las cuales son: Subgerencia administrativa y financiera, subgerencia de planeación e infraestructura, subgerencia de competición y subgerencia de Fomento y desarrollo, ésta última tiene como objetivo establecer mecanismos que permitan lograr la participación de los ciudadanos en programas relacionados con la recreación, la Educación Física y el aprovechamiento del tiempo libre, promocionando activamente la práctica y el fortalecimiento de la vocación deportiva recreativa en los diferentes niveles de competencia. (INDERVALLE, s.f)

Dentro de las funciones del área de fomento y masificación están:

- Liderar, diseñar, implementar y evaluar las estrategias, programas y acciones de promoción, fomento y fortalecimiento de los servicios y la cultura de la práctica de la recreación, la actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre.
- Definir las acciones de promoción, difusión efectiva de los diferentes programas recreativos, orientada a la participación activa de la comunidad.
- Dirigir la promoción de actividades recreativas e impulsar masivamente la práctica del deporte no competitivo prioritariamente para los niños, niñas, jóvenes, adultos mayores y personas con movilidad reducida. (INDERVALLE, s.f).

Teniendo en cuenta lo anterior, la institución en mención desde la subgerencia de fomento y masificación acoge a la población adulta mayor beneficiándola con el programa de Gimnasia Dirigida como parte de la promoción de Hábitos y Estilos de Vida Saludables en las diferentes comunas de la ciudad de Cali, cumpliendo con la misión de (...) “contribuir a la formación integral de la población vallecaucana, estimulando los procesos mentales superiores de las personas adultas de 63 años, con el fin de potencializar sus actividades básicas diarias, y básicas cotidianas como: memoria, atención, concentración, motivación, aspectos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de esta población” (INDERVALLE, s.f). Es así como desde

el programa de Gimnasia Dirigida surge el grupo de la tercera edad “Despertar a la Vida”, el cual prestó su colaboración para participar en el presente estudio, dando su consentimiento para brindar información a través del instrumento de recolección de datos que más adelante se abordará.

4. ESTADO DEL ARTE

A continuación, se expone una serie de estudios acordes al presente trabajo de investigación, los cuales cumplen con el criterio de abordar desde distintas disciplinas todo lo relacionado con la percepción de riesgo en VIH/SIDA de los adultos mayores, y serán presentados de acuerdo a los países donde fueron realizados, los cuales se ubican en los continentes de Oceanía, África y Suramérica.

Cumpliendo el orden anteriormente descrito, se comienza por presentar, el estudio encontrado en Australia realizado por Negin y Cumming (2010), el cual tiene como objetivo principal cuantificar el número de casos y la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre los adultos de mayor edad en el África subsahariana.

En relación con el diseño metodológico del estudio en cuestión, es importante precisar que, no especifica el tipo, ni el alcance, sin embargo, Negin y Cumming (2010) explicaron el procedimiento para la obtención de información, donde en un primer momento analizaron datos de encuestas demográficas y de salud, cuya fuente principal era información proporcionada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en relación con la prevalencia de la infección por VIH y el informe mundial de 2008 acerca de la epidemia mundial del SIDA. En total revisaron 39 informes en donde entrevistaron personas mayores de 50 años, 18 de esos informes dieron información acerca de la prevalencia de la infección por VIH el resto de los informes tenían datos de conciencia y comportamiento relacionados con el VIH (pp. 847-848).

Entre los resultados de la investigación de Negin y Cumming (2010) encontraron que 3 millones de personas mayores de 50 años en África subsahariana eran VIH positivos en el año 2007, así mismo, la prevalencia del virus en la población mencionada era del 4,0%, en comparación con el 5,0% de las personas menores de 50 años. Por otra parte, identificaron que la población mayor de 50 años, de género masculino, tiene menos información con respecto a la prevención del virus del VIH, debido a que no tenían conocimiento acerca de si el utilizar condón y tener relación monógama (una pareja) eran formas de prevención efectiva.

En la investigación en mención identificaron que en los países de Benin, la república Democrática del Congo, Ghana y Nigeria, los hombres mayores de 50 años habían tenido más de dos parejas sexuales que la población menor de 49 años. En relación con lo anterior, se refiere que, en Ghana, el 7,9% (5/64) de la población masculina mayor de 50 años que habían tenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos 12 meses, habían utilizado preservativo en su última relación sexual, en comparación con el 26,2%. (120/459) de hombres menores de 50 años.

Finalmente, la investigación de Negin y Cumming (2010) concluye que, en los indicadores de prevalencia por infección de VIH, se debe incluir personas mayores de 50 años a fin de mejorar la supervivencia de los adultos mayores VIH positivo. Además, los autores refieren que hay poca información en relación con la morbilidad asociada con el comportamiento sexual de las personas mayores infectadas con el virus, así mismo, proponen que se debe mejorar los servicios relacionados con el VIH, a fin de suplir las necesidades de los adultos mayores que se ven afectados por el virus.

Pasando a otro continente, específicamente el africano, se encontraron dos estudios acordes con el tema de la presente investigación, el primero realizado en Botswana, por Mpho Keetile (2014) y el segundo realizado en África Subsariana por Lekalakala-Mokgele (2016). El estudio de Mpho Keetile (2014) se interesó en identificar comportamientos de riesgo de VIH/SIDA adultos mayores y qué tan efectivos son las acciones del gobierno para evitar la propagación del virus, teniendo como objetivo principal llenar el vacío en la evaluación de los comportamientos de alto riesgo asociados con el VIH / SIDA y sus implicaciones en los esfuerzos de prevención del VIH / SIDA.

En relación con la metodología, el autor en mención realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, además, contó con una muestra representativa a nivel nacional de 10,159 hombres y mujeres de 20 a 64 años. Como instrumento para la recolección de información utilizó el cuestionario individual BAIS III, y realizó un análisis de regresión logística descriptivos y binarios. Los odds ratios brutos los

obtuvieron del modelo de efectos brutos, mientras que los odds ratios ajustados (AOR) se obtuvieron del modelo de efectos netos (p. 160).

Entre los resultados de la investigación de Mpho Keetile (2014) encontró que los adultos de Botswana tenían comportamientos de riesgo en relación con el virus del VIH, debido a que los resultados evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre múltiples parejas sexuales, el abuso de sustancias psicoactivas, el sexo transaccional (sexo a cambio de dinero), sexo intergeneracional y poco uso del condón. Sin embargo, los resultados evidenciaron que la población que más conductas de riesgo tenía entre los encuestados era la mayor a 40 años, los cuales son más propensos a tener múltiples parejas sexuales en comparación con demás grupos de edad, además reportaban altas cifras (40.5%) en relación con las inconsistencias en el uso del condón. También la investigación arrojó que la educación básica primaria aumenta el 35% de las probabilidades del uso del condón.

Otro de los datos recabados en la investigación en cuestión fue que es complicado realizar un diagnóstico diferencial en la tercera edad, debido a la presencia de múltiples condiciones relacionadas con la edad y la comorbilidad. La investigación de Mpho Keetile (2014), señala que “el uso del preservativo correlaciona inversamente con la edad: a mayor edad, menor uso del preservativo” (p. 143), por lo cual, dicho autor refiere que, es importante intensificar campañas de prevención en adultos mayores. La investigación de Mpho Keetile (2014), concluye que en Botswana, son comunes las conductas de alto riesgo que influyen en la prevalencia del virus del VIH, por tanto, el autor considera importante que el gobierno revise los programas de prevención del VIH/SIDA y desarrollen nuevas estrategias dirigidas a los adultos en Botswana.

Por otra parte, el estudio realizado por Lekalakala-Mokgele (2016), aborda el tema de percepción de riesgo de VIH/SIDA, desde una perspectiva de género, en adultos mayores de Suráfrica, dicho estudio, tiene como objetivo principal explorar las percepciones de género del riesgo de infección por VIH en esta población. Como metodología planteada, el autor en mención realizó un estudio de corte cualitativo,

exploratorio y descriptivo, cuyos participantes eran un total de 32 adultos mayores de 60 años de edad, siendo 22 de ellos pertenecientes al género femenino y los 10 restantes del género masculino. Para la recopilación de datos, realizaron entrevistas a partir de una guía de preguntas diseñada por el investigador, y las respuestas fueron grabadas, traducidas y transcritas al inglés. Para el análisis de datos realizaron una revisión de las transcripciones donde identificaron temas y subtemas en relación con las percepciones de género de la población en cuestión (pp.89-91). Entre los resultados de la investigación de Lekalakala (2016), se encuentra que, los participantes adjudicaban la responsabilidad de la propagación del virus al sexo opuesto, donde los hombres consideraban que eran las mujeres quienes transmitían el virus y las mujeres decían que los hombres infectaban a las mujeres porque son infieles. Otro resultado fue que la mayoría de los participantes masculinos consideraban que una persona infectada por el virus del VIH no revelaría a otros acerca de su situación por temor a que sea divulgado. Por otra parte, la población femenina, consideraba que era pertinente consultar con el médico para evidenciar si tienen el virus, así mismo comunicarlo con la pareja con el fin de que también se realice los exámenes pertinentes para detectar si tiene el virus o no.

En relación con el uso de preservativos la investigación de Lekalakala (2016) encontró que la percepción de la población adulta mayor con respecto al uso del condón era negativa, ya que el proponer a la pareja utilizarlo, implicaba un conflicto debido a que en tiempos pasados no lo habían utilizado y eso ponía en duda la fidelidad de quién lo estuviera proponiendo. Por otra parte, el estudio evidenció prácticas sexuales de riesgo por parte de la población masculina, donde es socialmente aceptado el hecho de que los hombres tengan una gran cantidad de parejas sexuales, así mismo, la población masculina expresó abiertamente el tener relaciones sexuales con mujeres a cambio de dinero.

Finalmente, Lekalakala (2016) concluye que los resultados de la investigación evidencian la necesidad de desarrollar programas de intervención conductual que generen un cambio en el comportamiento de riesgo en los adultos mayores, así

mismo, el autor considera que se debe invertir en iniciativas en el sector de la salud para alentar a los adultos mayores en participar en exámenes voluntarios para la identificación del virus y generar campañas publicitarias educativas dirigidas a adultos mayores, relacionadas con la prevención del contagio por el virus del VIH. Ahora, en cuanto al continente americano, se encontraron varias investigaciones realizadas en países ubicados en sur américa, los cuales son Cuba, Chile, Nicaragua, Brasil, y Colombia. En Cuba, se encontraron tres estudios, el primero, realizado por Fong, Brook, Pullés, Tabares y Fong (2015), el segundo por Rodríguez y Massip (2017) y el tercero por Abad, y Valle (2013), los cuales dan un panorama acerca de la percepción de riesgo de VIH en adultos mayores en ese país.

En primer lugar, el estudio realizado por Fong, et al. (2015) se encarga de visibilizar la problemática en cuanto al incremento de adultos mayores afectados con el VIH/SIDA, con el objetivo de identificar la percepción de riesgo de VIH/ Sida en adultos mayores. Como metodología planteada, los autores realizaron un estudio de corte cualitativo en el Policlínico Docente "Ramón López Peña" de la ciudad de Santiago de Cuba, durante el período 2012 y 2013, escogieron al azar 40 adultos mayores de 60 años que no presentaran deterioro cognitivo y que no fueran portadores de VIH. Para la recolección de información los autores utilizaron grupos focales, aplicando técnicas de lluvia de ideas, escritura de 3 palabras y sociodrama. También realizaron escalas Katz y de Lawton-Brody, y el mini-examen del estado mental.

Uno de los resultados de la investigación fue que los adultos mayores no consideraban hacer uso del condón, debido a que pensaban que las funciones del mismo se limitan a la prevención de embarazos. El estudio concluye que en los adultos mayores hay una baja percepción de riesgo de padecer de VIH/SIDA, lo cual genera la necesidad de aumentar las estrategias de educación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Un segundo estudio realizado en Cuba es el de Rodríguez y Massip (2017), quienes observaron que hay un incremento de VIH/ Sida en edades tardías. Dicho estudio fue realizado con el objetivo caracterizar las personas mayores de 50 años con

VIH/SIDA. En cuanto al diseño metodológico del estudio, es cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 119 historias clínicas de personas que tenían 50 años o más diagnosticadas con de VIH/SIDA y un segundo grupo de 205 historias clínicas con diferentes rangos de edades. Para el análisis de datos utilizaron el paquete estadístico SPSS versión 18, al igual que estadígrafos descriptivos (media aritmética, y desviación estándar).

La investigación tuvo como resultado que las edades con mayor diagnóstico de VIH/Sida están entre los 50 años y los 64 años, siendo la población masculina la que superaba los números de casos. También identificaron que de 108 adultos mayores de sexo masculino de 50 años VIH positivos, 98 refirieron tener relaciones homosexuales. Por otra parte, los autores identificaron que la población más vulnerable al virus son los adultos mayores solteros. La investigación en mención concluyó que, debido al aumento de casos de VIH en adulto mayor, se estima que el número aumente ya que usualmente el diagnóstico es tardío.

Un último estudio encontrado en Cuba, fue realizado por Hernández, Abad, y Valle (2013), cuyo objetivo principal fue demostrar que los pacientes VIH/sida de la tercera edad, tratados con antirretrovirales, presentan disminución de la carga viral y aumento de los linfocitos T CD4+ con el uso del tratamiento. Como metodología planteada, realizaron un estudio cuantitativo observacional prospectivo de corte transversal, cuyos participantes fueron 44 personas mayores de 50 años VIH positivos del servicio de Medicina del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Para el procesamiento de datos, utilizaron el paquete SPSS versión 11.5. (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) (p.141).

Entre los resultados de la investigación de Hernández, Abad, y Valle (2013) encontraron que el 20 % de los participantes pertenecen al sexo femenino y el 80 % pertenecen al sexo masculino. Entre las características predominantes de los pacientes identificaron que además de ser de sexo masculino, la mayoría pertenecía al grupo de edad de 50 a 55 años con un 52,3%, y homobisexual con un 68,2%. En relación con lo anterior, los autores explican que los resultados se deben a que con frecuencia la población masculina con el virus es debido a que llevan a cabo

comportamientos sexuales riesgosos, y aún más, por el coito anal, donde la probabilidad de infección por coito vaginal representa un 0,1 a 0,2% mientras que la anal es de 0,5 a 3,0%.

Continuando con las investigaciones realizadas en sur américa, en Chile se encontraron dos estudios afines con el presente trabajo de investigación, el primero de ellos realizado por Stuardo y Gajardo (2016) quienes en su investigación retomaron fuentes epidemiológicas realizadas por el ministerio de Salud en dicho país además abarca temáticas en cuestión a los factores influyentes del VIH/ Sida en adultos mayores.

Dentro de los datos destacados del artículo se encuentran, que la sexualidad es un aspecto básico de la condición humana, la cual es transversal en todos los ciclos de la vida de la persona. Sin embargo, en la adultez es un tema que implica varias limitaciones en la hora de abordarlo, siendo las entidades de salud las que no investigan lo suficiente en el momento de abordar comportamientos sexuales de riesgo con dicha población, por lo cual la mayoría de adultos mayores carecen de conocimientos relacionados con las infecciones de transmisión sexual y los métodos de prevención, teniendo como resultado un aumento de casos de VIH en adultos mayores de 50 años en Chile, donde la tasa fue de 13,2 x 100 mil (n:124) durante el año 2010, a 15,4 x 100 mil (n:167) durante el año 2014 , así como un aumento en la notificación de cifras de mortalidad relacionadas con el virus.

Por lo anterior, los autores sugieren que la edad no determina el riesgo el contagio de enfermedades e infecciones de transmisión sexual, es por ello que se debe evitar los tabús y cuestionar los estereotipos que se tiene sobre la población adulta mayor, considerando que carecen de actividad sexual y de los riesgos relacionados a ella. Otra de las investigaciones encontradas en Chile es la realizada por Laroque et al. (2011), la cual consiste en el abordaje del tema relacionado con personas mayores que enfrentan enfermedades de transmisión sexual (ETS) y tiene como objetivo identificar el comportamiento de las personas mayores en la prevención de las ETS/ SIDA. Como metodología planteada, realizaron un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, cuyos participantes fueron 6 adultos mayores de 60 años que hacían

parte de un grupo de Unidad Básica de Salud (BHU) en el año 2007. Como instrumento para la recolección de información utilizaron un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas. La información obtenida del cuestionario fue grabada y posteriormente transcrita. Una vez aplicado el instrumento, los autores explicaron a los participantes los métodos preventivos y clarificaron dudas en relación con el VIH (pp. 775-776).

Entre los resultados de la investigación de Laroque et al. (2011) encontraron que 4 de los participantes eran casados y que 1 de ellos expresó haber tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio y así contrajo una enfermedad de transmisión sexual. Además, entre los resultados de la investigación en mención está que los medios por los cuales los adultos mayores recibían información para la prevención de VIH/SIDA, eran la televisión, la radio, los periódicos, las revistas y conversaciones con familiares respecto al tema, sin embargo, ninguno de ellos expresó haber recibido información directamente por parte de profesionales en salud.

Otro de los resultados que obtuvo la investigación en mención fue que los adultos mayores hacían uso del condón sólo con fines anticonceptivos, pero no como método de protección del VIH/SIDA, por lo cual, no consideraban necesario el uso del condón en mujeres mayores de edad que hayan pasado por la menopausia; además consideraban que era más complejo llevar a cabo las relaciones sexuales cuando se implementaba el uso del condón y que no era un hábito utilizarlo en parejas estables. Además, solo 1 adulto mayor de 73 años refirió nunca haber usado el condón.

Por otra parte, los participantes en la investigación de Laroque et al. (2011), presentaban dificultad a la hora de hablar sobre sexualidad, debido a que tenían ciertos prejuicios acerca del uso del condón refiriéndose a ellos como algo tonto y algunos de ellos evitaban el tema en el momento que se abordaba.

En relación con las prácticas sexuales protectoras del VIH/SIDA, los adultos encuestados refieren que el sexo monógamo, la atención y la higiene corporal son los que los protegían ante el contagio del virus del VIH, así mismo, todos consideraban que sus prácticas sexuales son suficientes para protegerse ante

enfermedades de transmisión sexual. Finalmente, los autores refieren que los adultos mayores encuestados, cuentan con unas concepciones socialmente construidas que implican un obstáculo a la hora de acceder a las instalaciones de información y prevención del virus del VIH/SIDA, generando en ellos prejuicios, que llevan a sentimientos de culpa, vergüenza e información errónea con respecto al tema.

La investigación de Laroque et al. (2011), concluye que la tercera edad es una etapa en la cual también se incluye la sexualidad, así, los adultos mayores son vulnerables al contagio por VIH/SIDA, por lo cual, es importante que los profesionales en el área de salud se enfoquen más en éste grupo generacional, en aras de promover conductas sexuales protectoras ante el contagio por VIH/SIDA, todo esto, por medio de espacios de difusión y programas de prevención. Lo anterior, se fundamenta a partir de que los resultados del estudio evidenciaron que la comprensión de los participantes acerca de la prevención está distorsionada, debido a la influencia de factores socioculturales, vinculados a su historia y concepciones.

Por otra parte, en Nicaragua, Pérez (2013), realizó un estudio que se encarga de abordar la problemática desde un aspecto socioeducativo para contribuir en la educación para el verdadero desarrollo, con el objetivo de identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de riesgo acerca del contagio y la convivencia con personas que con VIH/SIDA.

Como metodología planteada, realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, el cual tuvo un total de 1812 jóvenes pertenecientes a una institución educativa, de los cuales 548 pertenecían al sexo masculino y 1264 al femenino. También, contaron con un grupo de 36 profesores entre las edades de 24 a 54 años. Como instrumentos de recolección de información aplicaron cuestionarios, entrevistas con grupos de expertos en el área de VIH/Sida, e hicieron una revisión bibliográfica, además, las técnicas que realizaron fueron dos grupos de discusión (pp.321-322).

Algunos de los resultados en la investigación fueron que las personas entre la edad de 45 y 54 años, refirieron haber utilizado métodos anticonceptivos y otros no. Entre los que dijeron que sí, utilizaron métodos de anticonceptivos definitivos como la

cirugía para impedir la procreación, pero no los exime del riesgo al contagio por VIH/SIDA. En el estudio se concluye que, de acuerdo a los resultados de la investigación, se evidencia que los participantes no tienen mucho conocimiento acerca de la enfermedad del SIDA, lo cual implica un riesgo para la población nicaragüense.

En lo concerniente a las investigaciones realizadas en Brasil, se encontraron cuatro investigaciones relacionadas con el presente estudio, una de ellas realizada por Lopes, Pinto, Andrade, Macedo, Barbosa, Sousa, Oliveira, Silva, Almeida, Vasconcelos, Queiroga, y Ferreira (2016), la cual tiene como objetivo principal identificar el conocimiento de las personas mayores sobre el VIH / SIDA. Como metodología planteada, realizaron un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, cuyos participantes fueron 26 adultos mayores de 60 años que se encontraban inscritos en los diabéticos hipertensos y Sistema de Monitoreo (HIPERDIA). Como instrumentos de recolección de información utilizaron entrevistas con un cuestionario estructurado y analizados de acuerdo con la Técnica de Análisis de Contenido propuesta por Bardin (p. 2).

Entre los resultados de la investigación de Lopes et al. (2016) encontraron que los adultos mayores definían el VIH/SIDA como una enfermedad incurable. Por otra parte, resultados de la investigación arrojaron que los participantes desconocían aspectos generales del VIH/SIDA, y algunos de ellos conocían la naturaleza sexual de la enfermedad. En relación con lo anterior, los autores infieren que dicho desconocimiento puede estar relacionado con que muchos de los participantes eran analfabetos, así identifican que, en la tercera edad, la educación es un factor protector contra el virus, debido a que tener conocimientos previos permite que las personas puedan comprender mejor los riesgos del virus y así tener conductas protectoras.

Otro de los hallazgos que tuvo la investigación de Lopes et al. (2016), fue que los principales medios de difusión de información acerca del VIH, que identificaron los adultos mayores fueron la radio y la televisión. Además, identificaron falencias en la difusión de información sobre el VIH hacia las personas de la tercera edad, por parte

de los profesionales en salud, ya que pocos adultos mayores recibieron información por parte de ellos, por lo cual los autores explican que se debe a que generalmente las campañas de prevención del virus están orientadas a adolescentes y adultos jóvenes. En cuanto al tratamiento, en la investigación, encontraron que los adultos mayores tenían conocimiento acerca de la terapia antirretroviral. La investigación de Lopes et al. (2016), concluye que, a partir de los resultados es necesario que las entidades de salud realicen estrategias para promover la salud y la prevención del VIH/SIDA en la población adulta mayor.

Una segunda investigación hallada en Brasil, fue realizada por Bittencourt et al. (2015), la cual tiene como objetivo principal conocer las creencias de los adultos mayores sobre su vulnerabilidad al VIH / SIDA e identificar los diagnósticos de enfermería. Como metodología planteada, realizaron un estudio del tipo cualitativo implementado en Unidades de Salud Familiar en João Pessoa, Brasil. La información que obtuvieron para el desarrollo de su investigación fue a partir de datos relacionados con el VIH del año 2011 de 250 adultos mayores de 60 años. Dichos datos fueron obtenidos a través de entrevistas semi estructuradas con la aplicación de la prueba de asociación de palabra libre (FWAT) (8). Para el análisis de datos de género y edad, utilizaron el software SPSS, versión 11.0, y para los datos sobre el grupo semántico de palabras realizaron un análisis en tres etapas, estableciendo una triangulación de técnicas de análisis de datos: análisis de contenido, mapeo cruzado con los términos ICNP ® 2011 y construcción de un mapa conceptual (pp. 496-497).

Entre los resultados de la investigación de Bittencourt, et al. (2015) encontraron que, en relación con las creencias de vulnerabilidad al virus del VIH/SIDA, los adultos mayores tienen conocimientos acerca de prevención de VIH, mediante el reconocimiento de prácticas sexuales protegidas. Además, los adultos mayores del estudio en mención perciben el VIH/SIDA como una enfermedad grave e incurable, la cual conlleva a la muerte.

La investigación de Bittencourt, et al. (2015) concluye que, la percepción de las personas mayores en relación con el virus del VIH/SIDA, es de enfermedad grave

e incurable, la cual se previene por medio del uso del preservativo, además asociaron sentimientos negativos con respecto a la enfermedad, relacionados con la muerte, los prejuicios y la moral. Por último, los autores sugieren que es necesario evaluar el conocimiento de la población adulta mayor en cuanto a la transmisión y prevención del VIH, a fin de contribuir en acciones de educación sanitaria.

Otra de las investigaciones encontradas en Brasil, fue realizada por Almeida, Oliveira, Ribeiro, Aparecida, S., Aparecida, A. y Scatena (2014). La cuál, visibiliza los factores asociados al VIH en la población adulta mayor, teniendo como objetivo principal analizar las características sociodemográficas, tendencia epidémica y difusión espacial del riesgo del sida en adultos mayores.

Como metodología planteada, realizaron estudio ecológico de base poblacional, que utilizó datos secundarios del Sistema de Información de Agravios de Notificación del Estado de Paraíba entre los años 2000 y 2010. Como fuente de información contaron con un total de 3.766.528 registros de casos de sida procedentes de los 223 municipios de Paraíba, de los cuales fueron seleccionados 307 casos de adultos mayores de 50 años. Los instrumentos que utilizaron para el análisis de datos fueron el software Statistic 12.0; el test de asociación de ji-cuadrado (χ^2), técnica de regresión lineal, interpolaciones geométricas de la población de Paraíba de los Censos Demográficos Brasileiros realizados en 2000 y 2010 y de los datos de la Investigación Nacional por Muestra de Domicilios y la integración de los programas Excel (pp. 356-367).

Algunos de los resultados de la investigación fueron que hay un crecimiento de incidencia del virus en la población con 50 años y más. Uno de los factores que influyen, es la percepción de que en las edades avanzadas hay inactividad en las relaciones sexuales, lo cual mantiene este grupo poblacional fuera de las prioridades políticas y preventivas. Aunado con lo anterior, la investigación arroja datos socioculturales relacionados con el predominio del virus, como la raza, la escolaridad y la orientación sexual, siendo las personas de color parda, con prácticas heterosexuales y con baja escolaridad, quienes hacían parte del predominio del virus.

Finalmente, los autores concluyen que, los resultados confirman la necesidad de llevar a cabo acciones que permitan la disminución de desigualdad en éste grupo de edad. Además, sugieren un cambio en la manera de realizar acciones de prevención y de educación en salud donde se reconozca la existencia de la práctica sexual en esta fase de la vida, la cual es la tercera edad.

Una última investigación encontrada en Brasil, fue la realizada por Teixeira De Souza, Stein, Dall' Asta, De Lima, Freitas, y Caino (2009), la cual evalúa los conocimientos que tienen los adultos mayores con respecto al VIH/SIDA, teniendo como objetivo principal verificar el nivel de conocimiento de un grupo de adultos mayores en relación con el VIH/SIDA. Como metodología planteada, realizaron una investigación cualitativa-exploratoria, contando con 23 adultos mayores de edades entre los 50 a 96 años, miembros de un grupo de la tercera edad en Brasil. Como instrumento de recolección de información utilizaron un cuestionario semi-estructurado compuesto por preguntas abiertas y cerradas.

Entre los hallazgos de la investigación en mención se encuentra que, los adultos mayores presentan conductas sexuales de riesgo, debido a las múltiples parejas sexuales, con las cuales no utiliza preservativos, además, la mayoría de los participantes consideran que el VIH sólo afecta a los jóvenes, los homosexuales y a los que se inyectan drogas. Por otra parte, 21 ancianos conocen los métodos de barrera para la protección de transmisión sexual, sin embargo, algunos presentan dudas con respecto a la transmisión, considerando que un beso en la boca puede transmitir el virus.

Por otra parte, la investigación arrojó como resultado que las mujeres mayores de edad que se encontraban en una relación estable tenían inconvenientes en el momento de negociar el uso del condón con sus parejas, ya que expresaban el temor de generar inseguridad en la relación con respecto a la fidelidad, situación que podía causar la pérdida del proveedor en el hogar, por lo cual debían someterse a tener relaciones sexuales sin condón. Otro dato importante en la investigación en mención fue que los adultos mayores obtienen información acerca del VIH/ SIDA, a través de medios de comunicación como lo son la radio y la televisión. La

investigación concluye que es de vital importancia llevar a cabo procedimientos alternativos de información acerca del VIH/SIDA, para aclarar en la población adulta mayor dudas en cuanto al tema.

Ya centrados en nuestro país, se encontraron 9 investigaciones relacionadas con el tema que aborda el presente trabajo, el cual es la percepción de riesgo de VIH en adultos mayores, entre ellas se encuentra la realizada por García, Cortés, Rodríguez, Sánchez, Rojas, Giraldo, Rojas, y Buccini, (2010), en la ciudad de Bogotá, cuya temática consiste en el análisis de las prácticas sexuales de riesgo en una población rural, con el objetivo de regular la metodología de la intervención educativa, realizada a integrantes del grupo de asesores, supervisores, críticos y encuestadores de campo (SS/E) que fueron elegidos agentes preventivos en VIH y sida, y tuvieron una mayor responsabilidad con el desarrollo de todo el proceso de transversalización.

En cuanto a la metodología, realizaron un estudio descriptivo transversal, con un total de 1461 participantes entre los 27 y los 48 años de edad, los cuales pertenecían a las familias guardabosques beneficiarias de la fase IV del Programa Familias Guardabosques (PFGB). Para la recolección de información aplicaron una encuesta de 17 preguntas mediante el sistema de captura inteligente Teleform.

La investigación tuvo como resultado que, de acuerdo con la autopercepción de riesgo de infección por VIH, el 48% de los encuestados consideraron que sí podrían infectarse; el 33,7%, que no tienen riesgo; y un 17,7% no respondió. Por otra parte, se encontró mayor frecuencia en actitudes negativas en personas mayores de 48 años con respecto a compartir vivienda, comida, trabajo o reuniones sociales con personas infectadas. Además, encontraron que hay poco conocimiento con respecto al uso del condón. Dichos resultados dan cuenta la poca información con respecto a la forma en que el virus puede transmitirse, teniendo como resultado la frecuencia de prácticas sexuales de riesgo y la percepción negativa de las personas contagiadas con el virus de VIH. La investigación concluye que, los resultados evidencian falencias en educación sexual y reproductiva en la población

encuestada, siendo el Amazonas, Cauca y Chocó las regiones con más bajo conocimiento en torno al tema en cuestión.

Otra investigación afín con el presente trabajo es la de Quevedo (2014), realizada en la ciudad de Bogotá. El artículo toca aspectos importantes relacionados en cómo la mayoría de la atención en salud sexual está dirigida a la población joven, dejando a un lado a la población adulta mayor, la cual a medida del tiempo va en aumento. Es importante aclarar que dicha investigación no contiene una metodología, ni resultados, sin embargo, tiene como objetivo realizar una reflexión acerca de los factores físicos y psicosociales, las ventajas, los riesgos y los mitos en torno a la sexualidad en el adulto mayor.

Algunos de los datos proporcionados en la investigación evidencian que, en Colombia, las políticas de salud sexual del año 2003 estaban dirigidas a la población joven, visualizando la sexualidad como función reproductiva, debido a que se desconocía la importancia de retomar éste tema en dicho grupo etario, contribuyendo en el bienestar y calidad de vida de los mismos. Otro de los datos proporcionados en la investigación de Quevedo (2014) es que en Bogotá de acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA), en el primer semestre del año 2009, reportó 18 casos de adultos mayores con VIH correspondiente a un 2,4% del total de la población con la enfermedad y para el primer semestre del año 2011, para este mismo grupo poblacional, se reportaron 30 casos correspondientes a un 3,8% (pp. 75-76)

Aunado con lo anterior, los autores refieren que con el propósito de tener una vida sexual activa, los adultos mayores, tienden a llevar a cabo comportamientos sexuales de riesgo, relacionado con el utilizar medicamentos para mejorar la disfunción eréctil, además de tener diversos cambios de pareja debido a la viudez, lo cual los hacen vulnerables a adquirir infecciones de transmisión sexual siendo la más destacadas el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) debido a todas las implicaciones y estigma que conlleva. Algunas de las desventajas de los adultos mayores al adquirir dicha infección se relaciona con que la evolución del SIDA se da de forma más acelerada disminuyendo la respuesta de las células a la terapia

antirretroviral, se debe agregar que, el riesgo en mujeres es mayor debido en esa etapa del desarrollo las paredes vaginales son más finas y la lubricación es menor, lo cual las hace más susceptibles a sufrir lesiones durante las relaciones sexuales. En relación a lo anterior, los autores destacan que no se tienen en cuenta las necesidades del adulto mayor y que a medida que las personas envejecen, existen cada vez más tabúes o barreras sociales más fuertes y no se reconocen las necesidades sexuales de esta población y las barreras sociales para tratar temas sobre sexualidad, lo cual obstaculiza el desarrollo de programas educativos, generando carencias en conocimientos sobre el VIH/SIDA.

Otro de los estudios realizados en Bogotá es el de Mora, Posada, y Rubiano (2017), quienes se interesan en observar de qué manera se han llevado a cabo las medidas preventivas frente el VIH/SIDA en Colombia, partiendo desde la década de los 80 hasta la actualidad, teniendo como objetivo revisar y analizar la prevención de la infección por el VIH. Como metodología planteada, realizaron un análisis documental de artículos científicos del año 2000 al 2006, en diferentes idiomas como español, inglés y portugués. En total obtuvieron setenta y cinco artículos de los cuales seleccionaron veintinueve para desarrollar su investigación.

Dentro de los datos destacados de la investigación, se encuentra que las políticas de prevención de VIH en Colombia están guiadas a partir de los lineamientos establecidos por organizaciones internacionales como la OMS, la OPS, Onusida y Ungass, lo cual comprende una desventaja o desajuste en la forma de llevar a cabo la prevención, debido a que establece un modelo que no se acomoda al contexto sociocultural y las realidades del país. Por lo anterior es importante que la prevención del VIH se realice a partir de un enfoque de derecho, que tenga en cuenta las diferencias culturales y que permita crear en la comunidad un conocimiento colectivo acerca del virus. Por lo tanto, es necesario el apoyo político y financiero de entidades nacionales e internacionales que promuevan el desarrollo humano, social y económico, así como la participación activa de profesionales de la salud en miras de una protección social integral, que permita una atención de calidad y tratamiento enfocado en la población afectada.

Siguiendo la línea de estudios nacionales, pero ésta vez en Medellín (Colombia), se encontró la investigación de Lopera (2012), la cual trata acerca de la prevalencia de enfermedades oportunistas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana, con el objetivo principal de estimar la prevalencia de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH, así como la asociación de los factores sociodemográficos y clínicos.

Como metodología planteada, realizaron un estudio observacional con enfoque analítico, el cual contó con 37.325 registros de personas con VIH afiliadas al sistema de salud durante el período 2011 y 2012. De los datos recolectados, realizaron análisis descriptivos y bivariados utilizando pruebas de Ji cuadrado y ANOVA, ajustadas por Bonferroni y regresión logística múltiple en la población adulta, para establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos con la presencia de al menos una infección oportunista como variable de respuesta.

La investigación, tuvo como resultados que la prevalencia de infecciones oportunistas fue significativamente mayor en hombres con un 19,4% de la población, y en adultos mayores de 40 años con un 20%. La investigación concluye que es necesario que las empresas prestadoras de servicios realicen acciones que garanticen la continuidad del tratamiento y la atención integral y oportuna de las personas con HIV.

Siguiendo con los estudios realizados en Colombia sobre el tema, se encontró una investigación realizada en Pereira (Colombia) por Cardona, Segura y Garzón (2014). La temática de la investigación gira en torno la forma en que afecta el VIH en adultos mayores, con el objetivo de analizar la mortalidad por VIH en los adultos mayores de 50 años, en el rango de tiempo de 1998 a 2009. Como metodología planteada, realizaron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, tomando como fuente de información los registros de defunción y las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Para el procesamiento de la información utilizaron el paquete SPSS versión 20,0 y ArcGis versión 10,0 y realizaron un análisis univariado y bivariado utilizando la prueba Chi-cuadrado de independencia.

Entre los resultados de la investigación, encontraron que el riesgo de morir por VIH fue de 5.0 por cien mil adultos mayores de 50 años, para los hombres, el riesgo fue de 9.0 para las mujeres y 1.4 por cien mil personas del mismo sexo, siendo los departamentos de mayor mortalidad Amazonas, Guaviare, Quindío, Atlántico y Valle, y los de menor riesgo Boyacá, Nariño, Chocó, Cauca y Arauca. Todavía cabe señalar que, el riesgo por infección en la población adulta mayor aumenta porque dicha población no es foco de las campañas de información pública, por tanto, no reciben educación que facilite conocimientos acerca de cómo protegerse de la enfermedad.

La investigación concluye que, existe un aumento de la mortalidad por VIH/SIDA en la población adulta mayor, lo cual puede ser debido al número de casos reportados y los cambios en el comportamiento sexual. Sin embargo, el diagnóstico de dicho grupo etario puede confundirse con otros síndromes comunes, lo cual hace invisible la enfermedad debido a que el riesgo se minimiza, lo cual se convierte en un peligro letal y silencioso.

En relación con los estudios realizados en el Valle del Cauca, es importante destacar que se encontraron pocos relacionados con el presente tema de investigación, pero ante la relevancia de algunos estudios es pertinente retomar la investigación realizada por Varela, Correa, Arrivillaga, Zapata, Hoyos, y Tovar (2011), cuya temática consiste en la descripción de prácticas sexuales de riesgo en un grupo etario que no tiene mucha información al respecto, como adultez media y adultez mayor, debido a que la mayoría de los datos recaban en la población adulta joven y adolescente, teniendo como objetivo principal, “establecer la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en Colombia y su relación con características sociodemográficas en población adulta (Varela et al., 2011, p. 473).

Como metodología planteada, realizaron un estudio poblacional, observacional con diseño transversal, a partir de un análisis de la información de la Encuesta Nacional de Salud del año 2007. La muestra estuvo conformada por 2960 personas entre 18 y 69 años. Para la selección de la muestra realizaron un muestreo probabilístico,

por conglomerado, estratificado y polietápico. Para analizar los datos utilizaron los programas SPSS versión 17.0 y Ji cuadrado (p. 474).

Entre los resultados del estudio encontraron que en Colombia hay una alta prevalencia de conductas sexuales de riesgo relacionadas con la cantidad de parejas sexuales, la promiscuidad, la manera de utilizar los preservativos, el consumo de drogas durante las relaciones sexuales y la baja percepción de riesgo de VIH/SIDA. Entre los datos que obtuvieron de las personas de 55 a 69 años, un 11,3% refirió haber tenido más de 3 parejas sexuales en los últimos 30 días, un 80,7% negó haber utilizado preservativos durante la última relación sexual, un 0,6% refirió haber consumido drogas durante la relación sexual y un 3,8% refirió haber consumido alcohol durante la última relación sexual. En dicho estudio se concluye que es necesario aumentar la solicitud de acceso a programas de prevención en salud sexual y reproductiva de forma igualitaria en toda la población colombiana, sin discernir de la capacidad de pago de las personas afiliadas al sistema de social, con el fin de disminuir prácticas sexuales de riesgo.

Una segunda investigación a nivel local relacionada con la temática de la presente investigación, es el estudio de Tovar y Arrivillaga (2011), el cual se encarga de indagar desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, todos los factores sociales conductuales y estructurales que determinan el estado de salud de la población vallecaucana en relación con el VIH/SIDA. El objetivo principal del estudio fue determinar la relación entre la prevalencia de VIH/SIDA teniendo en cuenta los determinantes sociales estructurales en los municipios del valle del cauca.

Como metodología planteada, realizaron estudio de tipo observacional, descriptivo, ecológico, a partir de los datos de un cuestionario ampliado del Censo de Población realizado por el DANE en el año 2005, además utilizaron el programa X²- Chi cuadrado de Pearson, para analizar los datos (pp.115-117). El estudio tuvo como resultado que hay una relación estadísticamente significativa entre la infección de VIH/SIDA y la calidad de viviendas, la infraestructura sanitaria y accesos a los servicios de salud; determinantes sociales que evidencia la prevalencia de la

infección en los municipios con altos niveles de pobreza en el Valle del Cauca. La prevalencia de VIH/SIDA según autorreporte encontrada para el período 2000-2005 en el departamento del Valle fue del 0,06% (2283 casos).

Las prevalencias más altas se presentaron en los municipios de Vijes (0,99%), Argelia (0,46%), El Dovio (0,34%), Buenaventura (0,32%) y Trujillo (0,12%). No obstante, el 3,39%, es decir 136.760 personas, no informaron al respecto, y que en la mitad de los municipios del departamento (21 municipios) no se encontraron personas que durante el período 2000-2005 reportaron tener alguna enfermedad que requiriera tratamiento para el VIH/SIDA; éstos fueron: Candelaria, Florida, Alcalá, Ansermanuevo, El Cairo, La Unión, La Victoria, Roldanillo, Toro, Ulloa, Versailles, Zarzal, Andalucía, El Cerrito, Ginebra, Restrepo, Friofrío, San Pedro, Tuluá, Yotoco, Caicedonia. Como en el resto del país, datos de esta naturaleza revelan la persistencia del subregistro en el diagnóstico del VIH. Al igual que en el estudio de Varela et al. (2011), la investigación concluye que, es importante la efectividad de las políticas públicas en salud y prevención de enfermedad para reducir las estadísticas en relación al VIH/SIDA.

Otro estudio relacionado con el tema a investigar es el de Arrivillaga, Pérez, Borrero, Zea, Holguín y Ross. (2016). El cual se encargó de indagar acerca de la mortalidad por VIH/SIDA en Cali, teniendo como objetivo principal analizar la mortalidad por VIH/sida en Cali, teniendo en cuenta desde el punto de vista conceptual, los determinantes sociales relacionados.

Como metodología planteada, realizaron un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo. La muestra se obtuvo a partir de los registros de casos de VIH/SIDA reportados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en el periodo 1986 a 2012 de la ciudad de Cali, contando así con un total de 14 192 casos. Algunos hallazgos de la investigación fue que el 75.4% de los casos fueron hombres y el 24.6% mujeres, además existen desigualdades en la mortalidad por VIH/SIDA, relacionadas con la distribución de riqueza, debido a la crisis en la situación económica y la de servicios en el sector salud, ya que entre los datos de la

investigación un 44.9% de los casos reportados pertenecían a personas que vivían en estrato bajo, un 47.9% en estrato medio y un 7.2% en estrato alto.

En relación al tipo de afiliación al sistema de salud, el 61.4% de las personas tenían afiliación al plan y el 38.6% estaba afiliado al plan subsidiado), o era lo que población pobre no asegurada (PPNA). En la investigación concluyen que, es imprescindible instaurar registros de vigilancia de salud de calidad, así mismo diseñar políticas públicas que disminuyan las desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad por VIH.

Una última investigación realizada a nivel local, es la de Chaparro y Tafur (2010), la cual, da un panorama de la incidencia, prevalencia y mortalidad de VIH/SIDA en adultos mayores, dando a conocer la problemática del acceso al sistema de salud, de la población que no tiene los recursos para afiliarse a la seguridad social. El objetivo principal es determinar la incidencia y prevalencia de VIH/SIDA en adultos mayores de 60 años, a partir de los registros de la Secretaria de Salud Pública Municipal (SSPM) de Cali.

En el artículo en cuestión, los autores realizaron un estudio descriptivo de serie de casos, donde caracterizaron los casos de VIH/SIDA en adultos mayores de 60 años, también determinaron la incidencia y prevalencia de VIH/SIDA en el período 2004 - 2007 de dicho grupo etario. Entre los resultados encontraron que el 26% del total de 383 adultos mayores de 60 años son VIH positivo. Las estadísticas demuestran que la población adulta mayor que reside en la a comuna 3, fue la más afectada con la infección, el 13% de ella no poseía ningún tipo de servicio de salud y 37% tenía SIDA.

La edad reportada de los adultos mayores con SIDA estaba entre los 60 años y más de 80 años. De los 142 adultos mayores con SIDA 75% había fallecido. Así mismo, identificaron hay una limitación en diagnóstico oportuno y tratamiento integral de la población en mención, debido a que no contaban con una afiliación a seguridad social. Finalmente, concluyen que, a partir de los resultados obtenidos en su investigación, surge la necesidad de invertir en campañas de prevención y

promoción dirigidas a la población que no tiene los recursos para acceder a servicios especializados de salud, con el fin de reducir los casos de VIH positivo.

Para finalizar éste apartado, es importante destacar que cada una de las investigaciones revisadas aportan información que dan cuenta de una realidad que vulnera la población adulta mayor frente al virus del VIH/SIDA, evidenciadas en cifras de contagio y de mortalidad, debido a una baja percepción de riesgo, teniendo en cuenta los limitados conocimientos y las actitudes negativas que tienen los mismos frente al contagio. También, un común denominador en todos éstos estudios es que están de acuerdo con que las instituciones encargadas de prevenir y promover la salud, deberían aumentar las campañas educativas dirigidas a los adultos mayores, encaminadas a disminuir las cifras de contagio del VIH. Por otro lado, vale la pena mencionar que, se encontraron limitaciones al realizar la búsqueda de estudios nacionales relacionados con la presente investigación, debido a que muchos de ellos retoman la percepción de riesgo de VIH, en grupos etarios más tempranos.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, son causa importante de afecciones en la salud sexual y reproductiva de las personas, teniendo en muchos casos un final letal para quien la padece. Dichas enfermedades pueden ser prevenidas en la medida que haya acceso a la educación, prevención, diagnóstico y atención integral de manera oportuna y con calidad.

La Organización Mundial de la Salud (2019) refiere que cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS); anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna infección de transmisión sexual ya sea candidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Por otra parte, dicha organización, añade que algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar el riesgo de contraer el VIH.

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2018), otros lugares que presentan altas cifras de personas con nuevas infecciones por el VIH son Asia y el Pacífico con 280.000 personas, Latinoamérica con 100.000, el Caribe con 15.000, Europa Oriental y Asia Central con 130.000.

En ese sentido el Instituto Nacional de Salud (2018) en el informe de evento VIH/SIDA, COLOMBIA, refiere que en el mundo hay 36,9 millones de personas que viven con VIH/SIDA, siendo África oriental y meridional quien reporta una cifra de 19,6 millón de casos con personas con VIH la cual representa una de las cifras más altas de VIH/ SIDA a nivel mundial. Por otra parte, América Latina presenta 1,8 millones de casos de personas con VIH.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2018), en Colombia la incidencia de VIH/SIDA tuvo un aumento progresivo teniendo en cuenta que en el año 2008 fue de 13,7 casos por 100.000 habitantes y en el año 2018, se encontró en 28,1 casos por 100000 habitantes, además, dicha entidad refiere que el valle del cauca es uno de los departamentos que reporta la mayor incidencia de VIH/sida notificados con una tasa aproximada de 39 casos por 1000000 habitantes. Por grupos de edad, la mayor proporción de incidencia del VIH/SIDA se observa en el grupo de 25 a 34

años, seguido por los grupos de 15 a 24 años y de 35 a 44 años. Actualmente, para a el Instituto Nacional de Salud (2018) la tasa de personas con VIH/SIDA en Colombia se encuentra en 28,2 por cien mil habitantes y en el Valle del Cauca en 39,5. Por otra parte, vale la pena resaltar que en relación con los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Cali, las cifras más altas se muestran que en los grupos de edad entre los 25 y 29 años, con un 22%, mientras que los grupos de 60 años en adelante muestran 3,4% de ellos (Secretaría de Salud del Valle del Cauca, 2017). Lo anterior, brinda un panorama acerca del comportamiento del VIH/Sida, el cual continúa siendo un problema cuya afectación es a nivel mundial, donde la trasmisión se da en todos grupos etarios. En concordancia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2012) de Colombia, menciona que el VIH, se puede transmitir por medio de las relaciones sexuales sin protección, de tipo penetrativo por vías ano, boca o vagina; por el contacto con la sangre o fluidos contaminados; por vías de transfusiones sanguíneas que no tengan el análisis de rigor en los bancos de sangre; y por el uso de objetos cortopunzantes contaminados como cuchillas, agujas, piercings y jeringas.

En relación a los datos anteriores, es importante tener en cuenta que existen muchos programas de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva como estrategia para enfrentar dicha problemática, sin embargo, son orientados en la población que indica altas cifras de incidencia, las cuales suelen ser adolescente y adulto joven, dejando de lado la población conformada por los adultos mayores, cuyas cifras no son tan altas como las de los grupos etarios anteriormente mencionados. Sin embargo, la población adulta mayor al igual que el resto de la población tiene derecho a acceder a los programas de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva, debido a que también están expuestos en contraer enfermedades de transmisión sexual.

Lo anterior, se puede constatar en la ley 1251 del 27 de noviembre del 2008, decretada por el Congreso de Colombia, donde se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de la población adulta mayor, la cual, especifica en el artículo 17, que todos los adultos mayores tienen

derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así mismo, describe que entidades gubernamentales como el Ministerio de la Protección Social, debe formular políticas en materia de salud y bienestar social, atendiendo las necesidades de este grupo poblacional, en concordancia entre los objetivos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en Colombia, se describe lo siguiente:

Fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que en el marco de respeto a las normas y principios de los derechos humanos sean posibles. Estas acciones darán especial atención al cuidado de la sexualidad en la niñez, la adolescencia y la vejez y de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, así como, a los mecanismos para el control de posibles formas de conculcación o persecución legal basadas en la vivencia de la sexualidad o la reproducción cuando median circunstancias étnicas o culturales y otras formas que requieran manejos excepcionales ante la ley (MindSalud, 2010, p.73)

Lo anterior, brinda un panorama inclusivo adoptado por el Ministerio de Salud, ya que desde el marco de derechos toma en cuenta la salud sexual acogiendo no solo un grupo etario, si no, enfocándose en todas las etapas del ser humano. Por otra parte, es importante tener en cuenta que el adulto mayor representa una población en aumento, en concordancia la OMS (2015) refiere que, a nivel mundial, la proporción de adultos mayores de 60 años ha aumentado rápidamente. En el año 2015 se presentó un porcentaje del 12% (1100 millones) y se estima que para el año 2050 se duplique este valor al 22% (2000 millones). En Colombia, según la encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en el año 2015 se calculó que la población adulto mayor de 60 años corresponde al 11% (5.2 millones) de colombianos, adicional a esto, se estimó que para el año 2020, este porcentaje aumente al 12,5% (6,5 millones) y para el 2050 se espera un porcentaje del 23% (14.1 millones) (MinSalud, 2018).

Ahora bien, teniendo en cuenta la información previa, surgen diversos interrogantes respecto al tema de la percepción de riesgo de VIH/SIDA en el adulto mayor, por lo

que se considera importante conocer principalmente cuáles son los conocimientos de salud sexual y reproductiva de los adultos mayores. Para lo anterior, se requiere identificar qué conocimientos correctos o erróneos tienen los adultos mayores sobre métodos de protección sexual, también qué actitudes tienen con respecto al VIH y cómo perciben el riesgo de contagio por el virus, ya que, para autores como García, (2012), Bermúdez, Buela y Uribe, (2005) Fernández, Rodríguez y Dafonte (2002), entre otros, los conocimientos, las actitudes y la percepción de susceptibilidad son factores que construyen la percepción de riesgo.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de riesgo en VIH/SIDA que tienen los adultos mayores del grupo Despertar a La Vida de la ciudad de Cali?

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de riesgo en VIH/SIDA en un grupo de adultos mayores que asisten al grupo Despertar a la Vida de la ciudad de Cali.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir conocimientos sobre VIH/SIDA que tienen los adultos mayores que asisten al grupo Despertar a la Vida.
- Identificar actitudes positivas y negativas de los adultos mayores del grupo despertar a la vida sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA.
- Especificar la percepción de autoeficacia en el uso del preservativo asociado a la percepción de susceptibilidad del contagio por el virus del VIH/SIDA de los adultos mayores del grupo despertar a la vida.

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 PERSPECTIVA

La investigación por desarrollar es de corte cuantitativo, debido a que se está interesada en describir la percepción de riesgo de VIH/SIDA en adultos mayores, además arroja resultados numéricos los cuales se analizan e interpretan para conocer la presentación del fenómeno estudiado, siendo en éste caso la percepción de riesgo en una muestra particular. Lo anterior es teniendo en cuenta lo expuesto por Hernández, Fernández y Baptista (2014), quienes refieren que este tipo de investigación se plantea para explorar describir, relacionar o explicar el fenómeno a investigar (p. 68). Por otra parte, los autores mencionados, dicen que el enfoque cuantitativo es objetivo y comprende un conjunto de procesos rigurosos, que se dan de manera secuencial, es decir, define una serie de pasos que buscan dar cuenta de una realidad, por medio de la medición y análisis estadísticos.

7.2 TIPO

El tipo de la investigación es descriptivo debido a que se encarga en detallar todo lo relacionado con el fenómeno investigado. Para Hernández, Fernández y Baptista (2014), los estudios descriptivos, pretenden especificar de manera precisa las características de los fenómenos a indagar, donde se recopila una serie de información de las variables del objeto de estudio.

7.3 DISEÑO

El presente estudio tiene un diseño transversal no experimental, debido a que se analizaron los datos obtenidos de la muestra en un período de tiempo determinado, además no hubo manipulación de los mismos.

7.4 VARIABLES

Las variables que comprenden el presente estudio corresponden a los términos de vejez, y percepción de riesgo de VIH/SIDA, las cuales se presentarán de manera detallada en la siguiente tabla.

Tabla 2

Variables del estudio

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional
Adulto mayor (vejez)	Es un proceso multidimensional cuyo desarrollo es desde la concepción hasta la muerte. (Ministerio de Salud y protección social, 2015). Es importante mencionar que los autores García y Salazar (2014) refieren que, el término vejez es socialmente relacionado con la jubilación, donde se determinada a partir de los 60 años.	Desde el punto de vista cronológico tradicional se consideran personas adultas mayores a mujeres y hombres con edades de 60 años o más, lo cual es reconocido y usado como estándar por la Organización de Naciones Unidas, al referirse a las personas de avanzada edad, y en Colombia establecido por la Ley 1251 del 2008, artículo 3. (MindSalud, 2015,p. 13)
Percepción de riesgo de VIH/SIDA	Mora (2009) Refiere que la percepción de riesgo del VIH, está mediada por la relación entre el individuo y la sociedad, en la cual se crean condiciones que potencializan la exposición al VIH. Ésta percepción de riesgo de contagio por el virus comprende 3 dimensiones. La individual, donde la persona realiza un análisis	La percepción de riesgo se mide a través de la escala VIH/SIDA 65 adaptado por Uribe (2005), la cual comprende un conjunto de subescalas denominadas conocimientos correctos, conocimientos erróneos, actitudes positivas, actitudes negativas, actitud neutra, percepción de autoeficacia en el uso del preservativo y percepción de susceptibilidad para la infección por VIH.

subjetivo en relación a las características y severidad de la situación riesgosa, y a partir de ello, genera una respuesta en función de prevenir el riesgo. La dimensión social, la cual se centra en las relaciones sociales y contiene aspectos como las relaciones de género, raciales, generacionales, actitudinales frente a la sexualidad, creencias, pobreza, conocimientos, entre otras. Y finalmente la programática, la cual retoma el ámbito institucional, los recursos, y todo lo relacionado con las limitaciones de las personas para acceder a los proyectos y programas acentuando las condiciones que vulneran los grupos sociales frente al VIH/SIDA.

En la subescala de conocimientos correctos, se evalúa todos aquellos ítems cuya información es verídica con respecto al VIH/SIDA, teniendo en cuenta que, Uribe y Orcasita (2011) refieren que, dichos conocimientos correctos son fundamentales debido a la influencia que tienen en el riesgo y en la percepción de riesgo como un factor de protección frente al VIH e incluyen, las diferentes ideas sobre la infección, las vías de transmisión del VIH y las formas de prevención.

Por otra parte, la subescala de conocimientos erróneos evalúa todos los ítems cuya información es incorrecta respecto al VIH/SIDA, lo cual, de acuerdo con los autores en mención, dichos conocimientos erróneos son áreas muy importantes en la adquisición del VIH/SIDA.

En cuanto a las subescalas de actitudes positivas, negativas, y neutras, se tiene en cuenta el concepto proporcionado por Castillo (2015) quién entiende como actitud, la disposición de un sujeto en llevar a cabo un comportamiento de forma selectiva frente a diversas situaciones de la vida. En la subescala de actitudes positivas, se encuentran todos

los ítems que hacen referencia a las actitudes que favorecen comportamientos protectores frente al VIH/SIDA. Por otra parte, la subescala de actitudes negativas, contiene los ítems de actitudes que implican un riesgo de contagio por el virus del SIDA.

En relación con la percepción de autoeficacia en el uso del preservativo, Bandura (1990), refiere que es la creencia del sujeto acerca de la capacidad de ejercer control en su motivación, comportamiento y entorno social, de manera que, cuando la persona carece de un sentido de autoeficacia, no tiene la capacidad de manejar las situaciones de forma adecuada. Teniendo en cuenta lo anterior, la subescala percepción de autoeficacia en el uso del preservativo evalúa la creencia del sujeto en relación a la capacidad de tener control sobre el uso del condón como forma de prevención del VIH.

Finalmente, de acuerdo con Castillo (2015) la percepción de susceptibilidad, es la percepción de riesgo que tiene una persona frente a una enfermedad específica. Es así como la subescala de percepción de susceptibilidad para la

infección de VIH, mide la percepción de riesgo frente al VIH.

7.5 MUESTRA

Para llevar a cabo éste estudio, se seleccionó una muestra por conveniencia asociada a periodo, es decir, según el cronograma de aplicación se optó por aplicar el instrumento a los adultos mayores que asisten al grupo de la tercera edad los días martes y jueves del mes de octubre, debido a que los días mencionados eran donde asistían la mayor parte de ellos en comparación con otros días de la semana. En relación con los criterios de inclusión, se seleccionaron 50 personas que aceptaran participar en el estudio y que firmaran el consentimiento informado (anexo 1), las cuales debían estar entre las edades de 60 y 89 años que cumplieran con el requisito definitorio de adulto mayor en Colombia, y que hicieran parte del grupo de la tercera edad “Despertar a la Vida” de Indervalles. Por otra parte, entre los criterios de exclusión están no pertenecer a Indervalles, no estar en el rango de edades entre los 60 y 89 años, y no firmar el consentimiento informado.

7.6 MÉTODO

El método de la presente investigación es deductivo, debido a que se abordará de manera general la percepción de riesgo de VIH/SIDA en adultos mayores, partiendo de las teorías que tengan una validez científica, para aplicarlo a casos individuales por medio de instrumentos que arrojen datos numéricos que comprueben la realidad de dicho fenómeno.

7.7 INSTRUMENTO

Los instrumentos tentativos para el proceso de obtención de información del presente estudio fueron dos escalas, una de ellas es la diseñada por Bermúdez, Buela y Uribe, (2005) donde evalúa conocimientos acerca del VIH/sida, actitudes hacia personas con sida, aspectos relacionados sobre el virus, la percepción de susceptibilidad para la infección por VIH y percepción de autoeficacia en el uso del condón. Otro de los instrumentos es la Escala de Actitudes del VIH (VIH-AS) diseñada por Espada, Ballester, Huedo, Secades, Orgilés y Martínez, (2013) el cual se encarga en medir actitudes relacionadas con el VIH/SIDA. A continuación, se presentará en detalle los instrumentos seleccionados para el presente estudio.

Tabla 3
Relación de instrumentos

Prueba.	Autor.	Confiabilidad.	Criterios de Calificación.
<p>Escala de VIH/SIDA</p> <p>Está constituida por 65 items que evalúan conocimiento correcto, ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA actitudes negativas hacia personas con SIDA actitudes positivas sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA, actitudes negativas hacia los preservativos, percepción de</p>	<p>Bermúdez, Buela y Uribe, (2005)</p>	<p>El análisis factorial confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach 0.79 para la adaptación del instrumento a la población colombiana (Bermúdez, Buela y Uribe, 2005).</p>	<p>Para los datos descriptivos se establecieron frecuencias y porcentajes, puntuaciones mínima y máxima de cada una de las subescalas, su media y su desviación típica. Posteriormente, con base en la desviación típica se establecieron diferentes niveles en cada una de las subescalas: el nivel bajo se estableció a partir de la media menos dos</p>

susceptibilidad para la infección por el VIH y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo.

desviaciones típicas, el nivel alto se estableció a partir de una media más dos desviaciones típicas y los intermedios entre esos rangos eran los de nivel medio. A partir de estos rangos se calcularon los porcentajes de cada uno de los niveles por variable. (Bermúdez, Buela y Uribe, 2005).

7.8 PROCEDIMIENTO

El desarrollo de la investigación consta de tres fases, las cuales son:

Fase I

En ésta fase se realizó la formulación de la investigación a trabajar, también se realizó una revisión con referencia al tema percepción de riesgo de VIH/SIDA en adultos mayores. Adicionalmente, se estructuraron apartados del trabajo como: planteamiento del problema, justificación, objetivos (general y específico). Posteriormente se desarrolló el estado del arte el cual contiene las investigaciones que han estudiado el tema, por otro lado, se creó el marco teórico con base a definiciones de los conceptos de adulto mayor, vejez, VIH/SIDA, percepción de riesgo de VIH/SIDA, y las diferentes teorías que engloban el concepto de percepción de riesgo en salud como la teoría de modelos de creencias de salud de Rosenstock (1974), la teoría acción razonada y acción planeada, propuesta por Ajzen y Fishnein en 1980, la teoría la motivación protectora, de Rippetoe y Rogers en 1987 y, por último, el modelo de percepción de riesgo en la salud propuesto por Restrepo en el

2016. Adicionalmente se recopilaron las leyes que cobijan al adulto mayor (Ley 1850, sancionada el 19 de Julio de 2017).

Fase II

Ésta fase tiene que ver con el proceso metodológico del estudio, el cual como anteriormente se mencionó, es de corte cuantitativo, tipo descriptivo y diseño transversal no experimental. En un primer momento se seleccionaron dos escalas para la composición del instrumento, las cuales fueron la Escala de Actitudes del VIH (VIH-AS) de Espada, Ballester, Secades, Orgilés y Martínez, (2013) y la Escala VIH/Sida 65 de Bermúdez, Buela y Uribe, (2005), las cuales fueron aplicadas como prueba piloto hacia 10 adultos mayores pertenecientes al grupo Centro Vida ubicados en el barrio Floralia de la ciudad de Cali, con el objetivo de observar si comprendían cada uno de los ítems de la prueba, así mismo, si presentaban dificultades para la resolución de ella.

Como resultado se obtuvo que todos los participantes presentaron dificultades en la resolución del instrumento, debido a diferentes factores que incluían limitación visual y extensión de la prueba, puesto que incluye más de 70 ítems en total, también se identificó la dificultad para comprender los ítems de la Escala de Actitudes del VIH (VIH-AS) Espada, Ballester, Secades, Orgilés y Martínez, (2013), debido a que expresaban que muchos de ellos no tenían una pareja actual, por lo cual no sabían o querían responder dichas preguntas.

Teniendo en cuenta las limitaciones anteriormente mencionadas respecto al instrumento, en un segundo momento, se decidió que en la fase de aplicación del instrumento solo se utilizaría la Escala VIH/Sida 65 de Bermúdez, Buela y Uribe, (2005) la cual fue más comprensible para la muestra a la hora de diligenciar el instrumento y fue pertinente para lo que pretendió evaluar la presente investigación. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en las instalaciones del instituto SENA, a las personas del grupo de la tercera edad “Despertar a la Vida” de Indervallo.

Fase III

En ésta fase se presentan los resultados de la presente investigación, así como el análisis de los mismos y las conclusiones.

8. MARCO TEÓRICO

Con relación al tema de investigación, a continuación, se presentarán las conceptualizaciones sobre los aspectos que éste trabajo aborda como son la etapa de la vejez (según el ciclo vital), se mencionan también aspectos importantes sobre el tema del VIH/SIDA y la percepción de riesgo del virus. Comencemos entonces por comprender desde diferentes posturas lo que se entiende por adulto mayor y vejez. Para ello es necesario tener en cuenta que, tanto a nivel nacional como internacional, son considerados adultos mayores todas aquellas personas de 60 años o más, lo cual es descrito por la Ley Colombiana 1251 del año 2008 y por la OMS a través del Informe Mundial Sobre Envejecimiento y la Salud en el año 2015. Con respecto al concepto de vejez, Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernandez. (2009) refieren que éste, comprende tres vertientes las cuales son la biológica, la psicológica y la social. La biológica se compone de dos dimensiones, una de ellas en relación con la parte cronológica del sujeto y la otra en relación con los cambios físicos y funcionales que dependen del grado de envejecimiento. La vertiente psicológica incluye dos dimensiones, la primera dimensión se relaciona con el desarrollo y con los procesos psicológicos básicos, tales como la atención, la percepción y la memoria, y la segunda con el estudio de la personalidad y los cambios en ella. Finalmente, la social comprende tres partes; la sociodemográfica, la sociopolítica que se relaciona con la participación y la integración social del adulto mayor y la económica política relacionada con los recursos de los adultos mayores. Por otra parte, dichos autores refieren que, desde una aproximación psicosocial, la vejez, se entiende como una situación que se compone de la memoria colectiva, las representaciones sociales y de los significados que surgen en la interacción social, los cuales se construyen a través del lenguaje.

Otra perspectiva en relación con la vejez surge a partir de lo definido por García y Salazar (2014) quienes refieren que la vejez es una etapa final de la vida del ser humano en la que se alcanza una madurez total, debido a los aprendizajes y experiencias adquiridas, además, se relaciona con la longevidad del sujeto en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Aunado, dichos

autores añaden que “la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos” (p.59). Es interesante como los autores en mención ofrecen una perspectiva desarrollista entorno al concepto de vejez, ubicándolo como una última faceta del ciclo evolutivo del ser humano, así mismo, señalan que hay una relación socialmente establecida entre la vejez y la jubilación, que se determina a partir de los 60 años de edad, por lo cual, refieren que es una idea errónea, ya que el envejecimiento no debe ser visto únicamente desde el punto de vista cronológico si no que se deben tener en cuenta factores personales y ambientales que influyen en él.

Con respecto al envejecimiento la OMS (2015), brinda una perspectiva biológica, donde considera que el envejecimiento comprende una serie de daños moleculares y celulares, los cuales a través del tiempo aumentan en la persona el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, pérdida de audición, visión, movilidad y enfermedades no transmisibles, debilitando la persona hasta la muerte. Sin embargo, estos cambios no son lineales, teniendo en cuenta que no todos los organismos funcionan de igual manera, además depende del entorno y el comportamiento que la persona ha tenido a lo largo de la vida, por lo que puede haber adultos mayores de 70 años con buena salud y otros que no.

En concordancia, Pérez (2006), refiere que, desde dicha perspectiva biológica, el envejecimiento es considerado como un problema intrínseco de los seres vivos, debido a los diferentes cambios que conlleva el proceso de envejecimiento, los cuales al pasar del tiempo comprenden una serie de disfunciones en órganos y aparatos que implican mayor fragilidad en el entorno en que se encuentre la persona. Además, en la mayoría de los casos los cambios más evidentes en la vejez son la aparición de canas, flacidez y arrugas en la piel, disminución del tono muscular y desgaste en los huesos, los cuales implican una dificultad en el movimiento de las personas y en la realización de las actividades de la vida diaria. Por otra parte, la OMS (2015), aclara que el envejecimiento, no solo constituye cambios a nivel biológico, sino que también produce cambios en rol social, donde la

persona se debe adaptar a la pérdida de relaciones cercanas. En relación con lo anterior, surgen otras posturas como la del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (2015), que no solo concibe el envejecimiento desde una dimensión biológica, sino que lo consideran como un proceso multidimensional caracterizado por ser intrínseco e irreversible, que se desarrolla desde la concepción hasta la muerte. Dicho proceso implica una serie de cambios psicológicos y biológicos en la persona, quién se encuentra en constante interacción con la vida social, cultural, económica, y ecológica de las comunidades durante el transcurso del tiempo. Es un proceso natural, donde el adulto debe adaptarse a una nueva etapa de la vida, en la que están presentes diversos cambios físicos relacionados con el deterioro orgánico producido a lo largo del tiempo y de manera progresiva. La vejez es un proceso que depende de una construcción social y de la historia de vida del sujeto, donde hay una constante interrelación entre el tiempo vital, el tiempo definido socialmente y el tiempo histórico.

Además, dicha organización refiere que, el envejecimiento implica limitaciones en la independencia del sujeto, es decir, en la capacidad de realizar sus actividades diarias, de manera autónoma, y dependiendo del contexto cultural en el que la persona se desarrolla, ocasiona una pérdida en la participación del sujeto en sociedad, lo cual no debería ser así, teniendo en cuenta que los adultos mayores son sujetos de derecho con garantías y responsabilidades en el entorno social. En el contexto colombiano, los adultos mayores son considerados ante la ley sujetos de protección constitucional. Sin embargo, el panorama actual de la población adulta mayor en Colombia, se encuentra en desventaja frente a poblaciones más jóvenes, debido a la desigualdad en ingresos económicos, siendo el 42% de las mujeres y el 25% de los hombres personas mayores de 60 años con bajos recursos económicos. También la educación implica una desigualdad en éste grupo etario, teniendo en cuenta los índices de analfabetismo los cuales son un 20% de la población adulta mayor, género y seguridad social en pensiones.

Por otra parte, de acuerdo con Pérez (2006), el envejecimiento es un proceso natural y evolutivo del ser humano, donde se da una serie de cambios cognitivos,

físicos y sociales, los cuales se dan desde que se nace hasta la muerte. El autor añade que esta etapa del ciclo de vida de la persona no debe ser considerada como un momento de regresión del ser humano, sino como una nueva etapa en la que debemos adaptarnos a nuevas situaciones y orientarnos en mantener una buena calidad de vida.

En relación con los cambios que se producen en los órganos de los sentidos en la vejez, Pérez (2006), refiere que ocurre una disminución en la agudeza visual, también se presenta un declive en la capacidad de oír, percibir olores, en el tacto, y gusto. Todos estos cambios sensoriales influyen de forma significativa en la autonomía, la interacción social y en la adaptación de la persona. Con respecto a los cambios cognitivos que hay durante la vejez, el autor refiere que en la mayoría de los casos hay una disminución en la agilidad mental, y lentitud en el proceso de resolución de problemas, así como dificultades en la memoria.

Por otra parte, el autor en mención refiere que existen cambios sociales que influyen en el envejecimiento y en la percepción del mismo, donde dependiendo del contexto cultural, la vejez es asociada al cambio de rol o pérdidas de roles, los cuales generan un malestar significativo en la persona si no desarrolla habilidades para afrontarlos de manera adecuada. Dichos cambios se pueden dar a nivel familiar, donde en algunos casos, hay pérdida de la pareja y traslado de los hijos, a nivel laboral se presenta la jubilación, la cual implica un cese en las actividades laborales, todo esto puede generar una reducción en las responsabilidades y un mayor tiempo libre, así como aislamiento social. Sin embargo, si la persona logra una adecuada adaptación puede disponer el tiempo libre en la participación de actividades que en tiempos pasados no podían realizar debido a las ocupaciones que tenían.

En relación con los procesos cognitivos durante la vejez, Pérez (2006), refiere que la manera en que las personas mayores actúan y aprenden está influenciada por el contexto en el que se encuentren, además se debe tener en cuenta los tipos de aprendizajes que influyen en la personalidad como el condicionamiento clásico en donde la persona aprende a prever acontecimientos importantes para la adaptación,

y el condicionamiento operante, donde se aprende a reproducir un comportamiento para conseguir una recompensa.

Por otra parte, Pérez (2006) refiere que generalmente se considera que la vejez se ve acompañada por un deterioro en el procesamiento de la información, asociado con los procesos de atención, aprendizaje y memoria. Sin embargo, refiere que no es del todo cierto, teniendo en cuenta que existen casos donde hay adultos mayores que han tenido mejores resultados en pruebas cognitivas, que personas jóvenes, además, en el aprendizaje influyen varios factores como la motivación, la asociación, la repetición, el refuerzo, la transferencia y la disposición en aprender. El autor añade que es importante que los adultos mayores lleven a cabo programas de instrucción los cuales mejoran sus habilidades cognitivas complejas.

Con respecto a la memoria en las personas mayores, Pérez (2006), dice que se pueden presentar disminución en los procesos de memoria, tales como la memoria sensorial, memoria a corto y largo plazo, la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información, sin embargo, la memoria procesual, la declarativa episódica y la semántica pueden aumentar al pasar de los años.

En relación con la sexualidad en la vejez, Pérez (2006) refiere que, la sexualidad es un aspecto transversal en las diferentes etapas de la vida del ser humano, donde el adulto mayor desea llevar una vida sexual que influya de manera positiva en la calidad de vida. La diferencia de la sexualidad en la vejez según el autor, es que hay una disminución en las relaciones y en la intensidad de las mismas, sin embargo, desde el concepto biológico, la mujer mayor no pierde la capacidad física para el orgasmo, pero sí de la respuesta sexual concerniente al endurecimiento de los senos, erección de los pezones y tensión muscular del clítoris, entre otras; y los hombres no pierden la capacidad de erección y eyaculación.

También, el autor señala que, la sexualidad no solo se limita en el coito, sino que se puede dar por medio del afecto, las caricias y la intimidad con la pareja. Igualmente, las relaciones sexuales aportan de manera saludable en la salud de los adultos mayores, por lo tanto, la concepción social acerca de que los adultos mayores no tienen vida sexual es un error, ya que es un derecho que pertenece

también a este grupo generacional, por lo cual es pertinente traer a colación un fragmento de lo que refiere Pérez (2006)

En el IV Foro Nacional de Neurología: Geriátrica, llevado a cabo en Medellín (Colombia) (2005), el Dr. ALONSO ACUNA CANAS, presidente de la Sociedad Colombiana de Urología, entregó el decálogo de los «Derechos Sexuales» de la vejez. Nos parece muy interesante para utilizar con las personas mayores. Entre sus aportaciones destacamos: 1. El ejercicio de la sexualidad es una libre opción que estoy en capacidad de tomar. 2. Mi expresión sexual es permanente y no depende de la edad. Es una faceta vital que varía en cada persona. 3. Tengo el mismo deseo de recibir y dispensar caricias, tal como sucedía en mi niñez y juventud. Como cualquier persona, tengo derecho a los recursos de la ciencia, si lo considero necesario, para lograr una respuesta sexual que me satisfaga. Estoy en capacidad de expresar sanamente el afecto hacia las personas que me atraen. 5. Puedo construir pareja y compartir mis sentimientos sin límite de edad. 6. Soy capaz de trabajar, producir, hacer deporte y divertirme. Mi situación de retiro o pensión no me lo impiden. (pp. 225-226).

Lo anterior expone una realidad que muchos ignoran a partir de los prejuicios sociales, y es que la sexualidad debe ser aceptada como una condición natural del ser humano en todas las etapas de la vida, la cual debe respetarse y llevarse a cabo de manera que aporte de manera positiva en la calidad de vida de la persona.

A continuación, se realizará una revisión de los conceptos relacionados con el VIH y el SIDA. Cabe mencionar que, es fundamental, conocer aspectos relacionados con la historia de la enfermedad de transmisión sexual (VIH-SIDA) que evidentemente implica un problema de salud pública en los diferentes lugares del mundo y el abordaje de la psicología con respecto al virus del VIH/SIDA. También es importante considerar las pruebas existentes para la medición del riesgo, así como la ruta de atención en personas que ya han contraído el virus.

Para comenzar, es importante tener en cuenta que entidades como la Organización Mundial de la Salud y el Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA,

definen de forma similar el VIH/SIDA. Sin embargo, debido a la importancia de ambas instituciones es conveniente traer a colación dichos aportes que cada una realiza a la presente investigación.

Aunado con lo anterior, la Organización Mundial de La Salud (2019), refiere que el VIH es el virus de la inmunodeficiencia que altera el funcionamiento de las células del sistema inmunitario, produciendo un deterioro en el mismo. Por otra parte, la misma entidad define el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), como la presencia de más de 20 infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, y siendo éste el estado más avanzado de la infección por VIH. Dicha organización también refiere que la transmisión de este virus puede darse a partir de relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, al igual que a través de la transfusión de sangre contaminada, el uso compartido de instrumentos cortopunzantes o por medio del embarazo, el parto y la lactancia.

Además, la OMS (2003), refiere que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), es una de las principales causas de muerte en adultos a nivel mundial. Se afirma, desde esta organización que, si no hay un tratamiento oportuno, tiene un índice de letalidad cercano al 100%. Teniendo en consideración todos estos aspectos, desde organizaciones como la OMS, declaran el VIH/SIDA, como una emergencia de salud a nivel mundial.

Por otra parte, desde el Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008), se define como un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario daña su funcionamiento. Además, la infección por VIH genera un deterioro progresivo en el sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Es importante resaltar que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir agentes infecciosos externos. En relación con las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave, son denominadas "infecciones oportunistas", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario. En cuanto al SIDA, La ONUSIDA (2008) refiere que el denominado "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" está relacionado con indicios, síntomas, infecciones y enfermedades que tienen que ver con la deficiencia del sistema inmunitario.

En cuanto al origen e historial del VIH/SIDA, la OMS (2003) rescata que el SIDA fue descrito en el año 1981, cuando ocurren casos de infecciones antes desconocidas en una población de jóvenes que residían en zonas urbanas de Estados Unidos. Estos casos eran anómalos, en el sentido de que no había registros particulares sobre este tipo de infecciones, no obstante, se reportaron casos similares en el Caribe, África y Europa. Con el paso del tiempo, surgieron múltiples hipótesis sobre el posible origen, y para este momento, el SIDA era claramente una enfermedad Epidémica.

Ya en 1983, Luc Montagnier, junto con su grupo de investigación, descubren un nuevo agente patógeno: un retrovirus con tropismo por las células CD4, el cual afecta al sistema inmunitario principalmente. Es decir, que con este hallazgo se confirmó la existencia del VIH como origen del SIDA. Luego, con la descripción más detallada del problema, se hallan las diferentes formas de transmisión y sus factores de riesgo, lo cual se explicará en profundidad más adelante.

Continuando con la historia del inicio de VIH/SIDA, Miranda y Napoles (2009) refieren que en el afán de generar hipótesis que explicaran el origen del mismo, se genera todo un tipo de estigmatización hacia personas homosexuales y trabajadores/as sexuales, pues parecía que, en un principio, era a quienes más afectaba el virus, no obstante, con el transcurso del tiempo, se evidenció que el síndrome y el virus afectaba tanto a hombres como a mujeres, y de toda clase social. A pesar de esto, el prejuicio y estigmatización continuó y actualmente sigue siendo palpable particularmente en personas homosexuales. Es por eso que la primera denominación que se le da a esta es «Gay Cáncer», o «síndrome Gay»; también se le llamó «Peste Rosa», «Peste Gay», posteriormente la rebautizaron inmunodeficiencia relacionada a homosexuales), esto claramente refuerza el problema social que se refiere a la estigmatización hacia estas personas.

En el fenómeno en cuestión, se ha visto que tiene unas implicaciones negativas a nivel psicológico en la persona, debido a que, debe afrontar el síndrome y los riesgos que éste tiene para su vida, así mismo, enfrentarse a diferentes situaciones de discriminación y estigmatización. Ello genera unos niveles de malestar

psicológico que puede ser significativo, y es importante su atención en el sistema de salud. Aunque cabe decir que, como todo problema, varía de acuerdo con las características y variables intervinientes en cada caso.

Ahora bien, ¿En qué momento el SIDA es una pandemia? Según la OMS (2010), pandemia se llama a la propagación mundial de una nueva enfermedad, para lo cual la mayoría de las personas no tiene capacidad de inmunidad ante la misma. Teniendo en consideración lo anterior, claramente no es una pregunta fácil de responder, pues considerando la naturaleza del síndrome, éste desde el primer momento evidencia casos en diferentes regiones del mundo, y con gran rapidez. Como ya se mencionó antes, en 1981 se describe por primera vez, y ya es en 1983 cuando se descubre el origen del problema; para ese momento aún no se había hallado un tratamiento eficaz, por lo que es muy probable que la incidencia incrementó de forma considerable, y teniendo en cuenta que su letalidad es cercana al 100%, en ese periodo de tiempo se puede suponer que se cataloga como una pandemia.

Adicional a lo anterior, es pertinente describir el porcentaje de cobertura para el tratamiento con retrovirales del VIH-SIDA por regiones. Para este apartado, se utilizaron datos de la OMS del año 2002, la tendencia hasta el momento ha fluctuado considerablemente pero no se hallaron datos específicos que lo confirmen. Los datos demuestran que África tiene un 1% de cobertura, mientras que las Américas tiene un 53%, Europa un 9%, el Mediterráneo oriental un 29%, y Asia Sudoriental y Pacífico Occidental tienen en conjunto un 4% de cobertura. Estos porcentajes, tal y como se mencionó antes, fluctúa de acuerdo a su capacidad económica para desarrollar y/o adquirir un tratamiento eficaz.

En relación con el VIH/ SIDA, la psicología no solo se preocupa en investigar la conducta de riesgo en aras de promover y prevenir la transmisión de la infección, si no que hace un gran aporte en el acompañamiento de las personas infectadas con el virus por medio de terapias que contribuyen en la adhesión del tratamiento en pacientes seropositivos, por lo cual, existen diversos estudios que se encargan de

observar dicha problemática a fin de conocer y comprobar las repercusiones psicológicas que tiene el virus en la población afectada.

De acuerdo con Ballester (2005) a nivel general, los estudios del estado psicológico de las personas con VIH, evidencian un índice de morbilidad psicopatológica que se encuentra entre el 30% y el 80% de las personas con el virus. Además, refiere que en diversos estudios se han encontrado la prevalencia de trastornos en personas con VIH, los cuales se relacionan con trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastorno por abuso de sustancias, trastornos orgánicos mentales, y trastornos adaptativos.

Sumado a lo anterior, el autor en cuestión menciona que, existen problemas psicológicos que son habituales en los pacientes con VIH, los cuales se relacionan con baja autoestima, hipocondría, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, reaparición de conflictos sobre la orientación homosexual, disminución de la concentración y pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial y deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes

Lo anterior, expone una realidad que da cuenta de la afectación psicológica que conlleva el VIH, es así como Ballester (2005) refiere que las personas con el virus, tienden a sufrir de problemas emocionales que influyen en la progresión de la enfermedad. Además, el autor en mención añade que el diagnóstico de la enfermedad genera un impacto negativo a nivel emocional en la persona afectada, el cuál puede durar en el tiempo y generar un trastorno adaptativo, donde el nivel de complejidad depende de factores como la historia de patología mental de la persona, la respuesta de afrontamiento hacia la enfermedad, el deterioro orgánico que produce la enfermedad, el apoyo social, familiar, la disponibilidad en recibir ayuda terapéutica por parte del profesional en psicología, entre otros.

Lo anterior evidencia la importancia de la intervención psicológica con respecto al tema en cuestión, participando en la prevención del contagio, en el acompañamiento de la terapia antirretroviral para su adecuada adhesión al tratamiento, en el cuidado

de la salud mental del paciente seropositivo, entre otras funciones. En concordancia, Ballester (2005) refiere lo siguiente:

Algunos se han dirigido a intervenir sobre el sistema sanitario creando unidades de atención multidisciplinar para mejorar la accesibilidad de los pacientes a los cuidados. Otros programas se han centrado más en las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. Finalmente, otros se han dirigido a aspectos relacionados con el paciente como el ajuste del tratamiento a su funcionamiento cotidiano, entrenamiento en solución de problemas, enseñarles a superar las barreras potenciales, refuerzo por sus esfuerzos para seguir el tratamiento y uso de tecnologías para seguir las pautas del tratamiento, tales como los pastilleros o «avisadores» electrónicos (Ballester, 2005, pp. 60-61)

Aunado con lo anterior, la psicología participa en el trabajo multidisciplinario junto con médicos, enfermeros, farmacéuticos y trabajadores sociales en pro de la adhesión al tratamiento antirretroviral. Respecto a la prevención por el contagio, la psicología ha tenido que enfrentarse a muchos retos, pues Ballester (2005) refiere que se piensa que debido a que la propagación del VIH se puede evitar por medio del cambio de hábitos, se ha creado la falsa ilusión que el control del virus se puede llevar a cabo tan solo con informar a la población, lo que, para el autor en mención, dicha medida no es suficiente para la modificación de la conducta humana, ya que las personas llevan a cabo conductas de riesgo para la transmisión del VIH, y poco se interesan en realizarse la prueba de detección del virus pese a la información que se ha suministrado acerca de las formas de contagio.

De todo lo anterior se puede decir que, la psicología se interesó por la problemática a partir del aumento del número de infecciones y defunciones causados por el virus del sida, los cuales fueron anunciados por entidades gubernamentales como la ONUSIDA, cuya transición fue desde la afectación hacia a un número reducido de personas hasta convertirse en una pandemia. Es así como los profesionales en psicología se preocuparon por comprender los factores explicativos de la conducta

que precipita el aumento de contagio en la población, como los hábitos sexuales de riesgo y de consumo de drogas.

Además, dicha disciplina se encarga en idear formas para abarcar la problemática en función de disminuir el contagio, pues Ballester (2005) menciona que es importante trabajar en la percepción de riesgo de la población general, en el entrenamiento de conductas protectoras como el uso responsable del condón, el manejo de parejas sexuales estables, en evitar compartir jeringas o elementos corto punzantes que faciliten la propagación del virus, en la accesibilidad a medios informativos de prevención y en la participación gubernamental que promueva programas dirigidos a disminuir la problemática.

En relación con los síntomas del VIH/SIDA, la ONUSIDA (2008) refiere que los síntomas no se manifiestan inmediatamente luego del contagio, no obstante, puede ocurrir el síndrome retroviral agudo durante la seroconversión, la cual es una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos. La seroconversión tiene que ver con la producción de anticuerpos contra el VIH y por lo general se lleva a cabo entre la primera y la sexta semana después de la infección. Luego, aunque no haya síntomas visibles, en el periodo inicial de contagio, la persona es altamente contagiosa, por tal razón, este síndrome tiene altas tasas de incidencia a nivel mundial. No obstante, cuando el virus afecta al sistema inmunitario, es muy frecuente el desarrollo de todo tipo de infecciones y cánceres.

Así mismo, dicha organización refiere que el VIH/SIDA comprende una serie de etapas clínicas, desde la infección primaria por el VIH, la cual puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo. La etapa clínica I, es asintomática o se genera una inflamación general de los nódulos linfáticos. La etapa clínica II se genera una pequeña pérdida de peso, además de presentarse unas manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas. En la etapa clínica III la persona infectada padece de diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante

aguda en la boca. La etapa clínica IV se presenta con alguna o varias de las 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida.

En relación con la promoción y prevención, la OMS (2003) refiere que debe planificarse considerando la epidemiología local del síndrome, indicando la población con mayor riesgo de contagio y sus datos sociodemográficos, para así discriminar las variables que más aportan al mantenimiento de dicho problema. Con todo esto la prevención puede realizarse de forma eficaz. Por otro lado, es pertinente resaltar que la educación y la información es parte fundamental en los programas de prevención, puesto que, considerando que ésta es una enfermedad, en muchos casos, asintomática, no hay mucha percepción del riesgo por parte de la población en general. La desinformación es parte importante del mantenimiento de este problema, por tanto, se deben generar espacios de educación en información sobre las vías de transmisión de la enfermedad y sus síntomas, así como consecuencias.

En relación a las formas de transmisión del VIH, el Ministerio de Salud y Protección Social (2012) de Colombia, refiere que el VIH, se encuentra en diferentes fluidos como la sangre, la leche materna, las secreciones vaginales, el semen, y en los órganos internos, sin embargo, la transmisión del virus se da por medio de las relaciones sexuales con parejas del mismo sexo o con parejas del sexo opuesto de tipo penetrativo por vías ano, boca o vagina, sin protección. También, el virus se transmite por el contacto con la sangre o fluidos contaminados por vías de transfusiones sanguíneas que no tengan el análisis de rigor en los bancos de sangre, por el uso de objetos cortopunzantes contaminados como cuchillas, agujas, piercings y jeringas.

De acuerdo con la organización en mención, otra forma en la que se puede transmitir el VIH es cuando cae fluidos contaminados en una herida expuesta, en la boca o en los ojos, además, una madre que es VIH positivo, puede transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia con leche materna. También es importante tener en cuenta la forma en la que no se transmite el virus, ya que de

esta manera se pueden disminuir aquellos prejuicios que no permiten una mayor conciencia de las personas con respecto al mismo, por lo cual la organización refiere lo siguiente

(...) el VIH no se encuentra en la piel, el sudor, las lágrimas, la saliva, las secreciones nasales, la orina, ni en las materias fecales, la infección NO se transmite por compartir los utensilios de la cocina o del comedor, por compartir piscinas, gimnasios, el sanitario o la ducha. No se transmite por la tos, ni por la picadura de mosquitos, ni por dar abrazos o besos (MindSalud, 2012, p. 16).

Así mismo dicha institución añade que alguna de las formas para protegerse son el sexo seguro, donde finalmente el Ministerio de Salud y Protección Social (2012), advierte que las personas con el virus, no deben realizar actividad sexual en donde haya penetración e intercambio de fluidos como semen, secreciones vaginales y sangre, así la persona debe considerar que el sexo comprende diversas actividades en las que tienen que ver las caricias, los masajes, masturbación, besos entre otras. Otra alternativa de protección es el sexo protegido, donde la persona debe utilizar métodos de barrera como condones masculinos o femeninos. La abstinencia sexual es la única manera segura en la que la persona no adquiere infecciones de transmisión sexual ni de VIH.

A continuación, se exponen las diferentes definiciones y posiciones asociadas con la percepción de riesgo, enfocándose en la salud, específicamente en la percepción de riesgo de contagio del VIH/SIDA. Para ello, partiremos desde la concepción de riesgo proporcionada por el Plan decenal de Salud pública en Colombia, 2012-2021 (2013), el cual dice que el riesgo es la posibilidad que suceda una situación que implique una amenaza para la salud de la persona, además se considera riesgo el agravamiento de una condición previa generando la necesidad de acudir a servicios que hubiese podido evitar.

La OMS (2002), por su parte, refiere que existen aspectos determinantes en la percepción de los riesgos para la salud, los cuales son todos aquellos relacionados con factores sociales, culturales y económicos de las personas. Además, la

organización en mención añade que la percepción de los riesgos, tiene una base científica, pero se tiene en cuenta que dicho concepto no tiene un mismo significado para todas las personas, debido a que el riesgo debe abordarse teniendo en cuenta el contexto social, cultural y económico donde se encuentre el sujeto, también se debe tener en cuenta el punto disciplinar de los diferentes grupos que integran la sociedad como científicos, profesionales, políticos, personas del común, etc.

Por otra parte, García (2012) menciona que, el riesgo se puede entender desde diversas perspectivas, las cuales pueden ser la real y la subjetiva. La perspectiva real se relaciona con el riesgo que se experimenta de manera colectiva, es decir, los diferentes peligros que se presente a una población, los cuales pueden ser las catástrofes naturales, las pandemias y las epidemias; dichos riesgos se basan en indicadores objetivos, teniendo en cuenta que no se puede tener un control sobre ellos. En cuanto a la perspectiva real individual, el autor la explica como el grado de vulnerabilidad que puede tener una persona en comparación a otra, por ejemplo, en el caso de las enfermedades, donde comportamiento arriesgado aumenta la probabilidad de las consecuencias adversas al contagio de la enfermedad.

Desde la perspectiva subjetiva, el riesgo es valorado de manera individual, dicha valoración se basa en el sistema de creencias de la persona y de la percepción de la misma, de manera que tiene la tendencia de variar, ya que son manipulables. En relación a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo, es explicado como una percepción, punto de vista o creencias que se obtengan de manera colectiva.

De acuerdo con García (2012), los factores que intervienen en la percepción de riesgos desde la subjetividad son: las experiencias, las creencias, las actitudes, la calidad y cantidad de la información, los estereotipos, la motivación y los perceptivos, de manera que dichos factores son realizados de manera individual, permitiendo así que la persona tenga la autonomía en tomar la decisión de asumir un riesgo o no.

En relación con las características de la percepción de riesgo García (2012), menciona que es un proceso cognitivo individual que implica procesos básicos como las creencias, actitudes y motivación y se desarrolla desde la subjetividad,

convirtiéndose en una evidencia para la persona. Lo anterior explica cómo la persona toma una decisión en relación con la conducta de riesgo a partir de unos argumentos subjetivos, obtenidos de su historia personal, sus creencias y vivencias, que en algunos casos pueden distorsionar la realidad, ya que la forma en que el sujeto piensa se encuentra sesgado de la información que proviene del entorno.

Con respecto a la percepción de riesgo en salud, Soto, Lacoste, Papenfuss, y Gutierrez (1997), traen a colación el Modelo de Creencias de Salud propuesto por Rosentock, el cual se basa en las teorías conductistas del aprendizaje y busca explicar la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de los pacientes ante las recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios, o el uso del tabaco. Esta teoría fue creada a partir de la valoración que realiza una persona con respecto a las expectativas que tiene en torno a la salud, es decir, en el deseo de evitar la enfermedad, y la creencia acerca de qué acción previene o mejora el proceso de padecimiento de una enfermedad (p.337).

Para el autor en mención, la hipótesis del modelo de creencias de salud se basa en tres premisas importantes, la primera es la percepción de cuán grave, o importante es un evento para que la persona lo tenga en consideración, la segunda es la percepción de la persona acerca de si es vulnerable ante ese evento, y la tercera es la creencia de la persona acerca de si la acción que llevará a cabo frente al evento permitirá mitigar las consecuencias y generará un beneficio para ella. Entonces, el autor refiere que una adecuada evaluación acerca de la gravedad de un suceso y la consideración acerca de cuán amenazante es para la salud dicho suceso, permitirá que la persona lleve a cabo conductas protectoras de evitación dirigidas a conservar la salud y prevenir la enfermedad; en concordancia, García (2012) realiza el análisis de la percepción de riesgo refiriendo que es un proceso subjetivo que depende de la motivación de la persona en mantenerse sano y constituye un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de las conductas relacionadas con la salud individual o colectiva.

Una segunda teoría relacionada con la percepción de riesgo en salud es la de la acción razonada y acción planeada, propuesta por Ajzen y Fishnein en 1980, según Salamanca y Giraldo. (2011) se interesa en predecir el comportamiento a partir de la valoración de la intención de la persona, la cual comprende una evaluación de las consecuencias tanto individuales como generales del suceso, la actitud que dirige hacia el riesgo del suceso y la norma subjetiva.

Para los autores en mención, esta teoría concibe que la conducta humana es controlada de forma voluntaria y se mide por medio de indicadores probabilísticos. Además, evalúa componentes actitudinales de la persona, los cuales son la postura negativa o positiva que toma frente a un suceso, el segundo componente es la norma subjetiva o la percepción de la presión social que se ejerce sobre ella, para que se lleve a cabo o no, un comportamiento y el último componente son las creencias o ideas acerca de la conducta que lleve a cabo. Dichos componentes en conjunto hacen que una persona emita un juicio desde una valoración estadística sobre la intencionalidad para llevar a cabo la conducta.

Según Salamanca y Giraldo. (2011) otro componente que se suma a lo anterior es el de percepción de control, cuya función es la de predecir la intencionalidad del comportamiento de la persona, en relación con la percepción que tiene de sus acciones, donde ésta es proporcional a la probabilidad de que se genere el comportamiento, así, a mayor percepción sobre control que tenga la persona de las acciones mayor probabilidad de emitir una conducta.

Otra de las teorías existentes en torno a la percepción de riesgo, es la teoría de la motivación protectora, fue propuesta por Rippetoe y Rogers en 1987, según García (2012) dicha teoría propone que el temor de las consecuencias de un suceso, el cual un individuo considere como riesgoso, hace que éste tome acciones encaminadas en proteger y conservar la salud. El objetivo de ésta teoría es promover el temor frente a una situación que afecte la salud, al tiempo de brindar la información acerca de la solución, para motivar a las personas a tomar actitudes que conlleven la prevención de dicha situación riesgosa. Así, el miedo es el incentivo de la conducta deseada.

Aunado con lo anterior, Salamanca y Giraldo. (2011) refieren que, en la teoría de la motivación protectora, la conducta de precaución se consigue a partir de dos variables, la primera es la evaluación que la persona realice de la amenaza que representa para ella la situación, la cual se compone por la percepción de la severidad y la vulnerabilidad. La segunda es la valoración de la conducta de afrontamiento y el éxito percibido por la acción que tome la persona, el cuál debe implicar un beneficio para ella.

En relación con lo anterior, los autores refieren que las respuestas cognitivas se adjuntan a un sistema de creencias que permiten que la persona emita conductas protectoras o conductas de riesgo, las cuales dependen de la relación entre la amenaza percibida y la conducta preventiva, éstas a su vez, están influenciadas por el contexto en el que se encuentre la persona. Por otra parte, de acuerdo con los autores en mención, la terapia motivacional preventiva, ha sido utilizada en estudios médicos, debido al papel que juega el factor motivacional en la predicción de la intención de los cuidados y la prevención de las enfermedades, lo cual permite a los profesionales en salud estimar la adherencia a los tratamientos.

Por otro lado, Restrepo (2016) propone un modelo de percepción de riesgo en la salud, que comprende ciertos aspectos fundamentales relacionados con la implicación, amenaza, sensación, y las habilidades de gestión. Para el autor, la implicación se refiere a cómo la persona entiende o acepta que la situación riesgosa puede hacerle daño, explica que la implicación surge a partir de cómo la persona le da un significado a la situación en mención, y a partir de ese significado se genera la actitud hacia la situación riesgosa y se determina la percepción del mismo.

También, advierte, que no puede haber percepción de riesgo, si la persona no considera que haya una amenaza en la situación riesgosa. La sensación o intuición es la respuesta fisiológica no consiente, que afecta la toma de decisiones ante el evento amenazante. Finalmente, las habilidades de gestión son todas aquellas herramientas comportamentales como aptitudes, recursos, etc; que permiten a la persona enfrentar el suceso amenazante.

Finalmente, en lo concerniente a la percepción de riesgo de VIH/SIDA, Vargas (2016) la define como una sensación subjetiva que tiene la persona sobre la posibilidad de contraer la infección por VIH, ésta definición se asemeja a lo que Fernández, Rodríguez y Dafonte (2002) consideran sobre la percepción de riesgo de VIH, refiriendo que es la susceptibilidad a sufrir consecuencias negativas ante el contagio del virus, lo cual permite que la persona adquiera conductas dirigidas a conservar la salud, como el uso del condón para evitar la transmisión del virus del SIDA.

Por otra parte, Suárez, Niño, Sepúlveda y Vega (2008) entienden la percepción de riesgo de VIH/SIDA, desde una mirada sociocultural, pues ésta permite comprender la forma en cómo el riesgo y el VIH reposan en una red de significados que contribuyen en prácticas que facilitan la transmisión de la enfermedad. Ésta mirada contiene elementos propios del contexto en donde se analizan aspectos inherentes de la percepción de riesgo del virus, tales como los roles de género, la estructura familiar y los estereotipos sobre la sexualidad. Además, los autores mencionados identifican que la familia como eje central de la organización social es de gran influencia en la percepción de riesgo de adquirir el virus, debido a que, para ellos, en el entorno familiar se comprenden los roles de género y la forma en cómo se relacionan los hombres y las mujeres.

Para finalizar éste apartado es importante, traer a colación lo referido por Mora (2009) quién considera que la percepción de riesgo del VIH, está mediada por la relación entre el individuo y la sociedad, en la cual se crean condiciones que potencializan la exposición al VIH. Ésta percepción de riesgo de contagio por el virus comprende 3 dimensiones. La individual, donde la persona realiza un análisis subjetivo en relación a las características y severidad de la situación riesgosa, y a partir de ello, genera una respuesta en función de prevenir el riesgo. La dimensión social, la cual se centra en las relaciones sociales y contiene aspectos como las relaciones de género, raciales, generacionales, actitudinales frente a la sexualidad, creencias, pobreza, conocimientos, entre otras. Y finalmente la programática, la cual retoma el ámbito institucional, los recursos, y todo lo relacionado con las limitaciones

de las personas para acceder a los proyectos y programas acentuando las condiciones que vulneran los grupos sociales frente al VIH/SIDA.

9. MARCO JURÍDICO

A continuación, se mencionará las leyes que sustentan el presente estudio. En relación con la ley que protege al adulto mayor se encuentra la 1850, sancionada el 19 de Julio de 2017, la cual se establece medidas de protección para la población en mención. El artículo 5° describe las sanciones hacia las personas que maltraten por descuido, negligencia o abandono al adulto mayor de 60 años en adelante, y no suplan sus necesidades de salud, vestuario, higiene y alimentación, teniendo como castigo de cuatro a ocho años de prisión, y multas de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes. Así mismo, el parágrafo añade que el abandono del adulto mayor por parte de las instituciones responsables de su cuidado tendrá como sanción la cancelación de los permisos de funcionamiento y una multa de veinte salarios mínimos legales mensuales vigentes.

El artículo 7° en sus literales describe los deberes del estado definidos en la ley 1251 de 2008, de los cuales está fomentar el autocuidado, la participación y la productividad en todas las edades para vivir, envejecer y tener una vejez digna. Realizar políticas y proyectos con el objetivo de empoderar al adulto mayor en la toma de decisiones con respecto a su calidad de vida y la participación en el entorno económico y social donde vive. Elaborar estrategias para promover las condiciones de vida que disminuyan la discriminación en relación al envejecimiento y la vejez. Realizar acciones para la mejora de las condiciones de vida, disminuyendo así la vulnerabilidad de los adultos marginados y aislados, y promover la asociación para la defensa de los programas y derechos de la tercera edad.

Por otra parte, la Ley 1438 de 2011, decretada por el Congreso de Colombia, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, se destacan los siguientes artículos.

El artículo 2 describe que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado en proteger la salud de los colombianos, por medio de acciones de salud pública, promoción de la salud.

El artículo 10 da a conocer que el gobierno nacional es responsable de la política pública y debe dar garantía de que se lleve a cabo procesos de prevención y

promoción de la enfermedad. Por otra parte, las instituciones que establecen los objetivos, metas e indicadores de seguimientos sobre los resultados e impactos de salud pública de los procesos anteriormente descritos son el Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales promotoras de salud.

Por otra parte, es importante precisar, que la Política Nacional de Salud Sexual, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos están enmarcadas en un conjunto de normas, reglas y principios de carácter jurídico, relacionados con lo siguiente:

- La Constitución Colombiana y de los desarrollos de la Corte Constitucional a través de sus sentencias.
- El Derecho Internacional de los Derechos Humanos
- El Derecho Internacional Humanitario
- Los principios del Sistema Universal y Sistema Interamericano, (ONU y OEA)
- El conjunto de normas, resoluciones, directivas y documentos técnicos, de las entidades de salud y del Departamento Nacional de Planeación –CONPES. (MinSalud, 2010, p 29).

Aunado con lo anterior dicha política retoma un enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, más eficaces contribuya en el bienestar de la población colombiana en general.

10. MARCO ÉTICO

Teniendo en cuenta el compromiso ético de la labor investigativa hacia las personas implicadas en ella y hacia la sociedad, es importante aludir que el presente estudio fue realizado bajo las normas éticas pautadas a nivel internacional, nacional de la República de Colombia e institucional de la Fundación Universitaria Católica “Lumen Gentium” de la ciudad de Cali. Con respecto a las normas internacionales, ésta investigación se ajusta a los aspectos mencionados en la declaración de Helsinki (2008), la cual menciona en el artículo 6 lo siguiente “En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la Investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses” (p.1). De lo anterior, es importante precisar que el bienestar de los adultos mayores fue la prioridad sobre todos los otros intereses, además, de promover el respeto, la salud y sus derechos individuales considerados en el artículo 9:

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida (p.1).

Ésta investigación, se ajusta con el artículo 10 debido a que considera las normas y estándares éticos legales nacionales e internacionales vigentes en la República de Colombia.

Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración (p.1).

También, éste estudio cumple con el artículo 14 debido a que, el protocolo y la metodología está claramente descrita de acuerdo con la declaración de Helsinki (2008):

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiadas (p.2).

Se priorizó la confidencialidad de los participantes adultos mayores, el respeto a su intimidad y el respeto por su decisión o rechazo de colaborar con la investigación, por medio del proceso del consentimiento informado para la aplicación del instrumento de recolección de datos, además, la participación fue voluntaria sin mayor incentivo que el aporte al conocimiento en percepción de riesgo de VIH/SIDA en adultos mayores. Por otro lado, es importante mencionar que ésta investigación se interesa en realizar un aporte al conocimiento en el área de la salud, y tiene como objetivo alcanzar el grado de psicología que es el principal interés del investigador. Cumple con el artículo 16 porque fue hecha por un investigador con la formación y calificación adecuada en el área de conocimiento en psicología.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento (Asociación Médica Mundial, 2008, p.2).

En este caso en Coraima Joswa Valoyes Tobar, estudiante de psicología con 10 semestres cursados y aprobados en la Fundación Universitaria Católica “Lumen Gentium”. Cumple con el artículo 23 porque resguarda la intimidad y la confidencialidad de la información personal:

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

Cumple con el artículo 24 ya que antes de la firma del consentimiento informado, los sujetos y recibieron toda la información pertinente a los objetivos, riesgos, beneficios, fuentes de financiamiento y posible conflicto de intereses:

En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias (Asociación Médica Mundial, 2008, p.3).

Se ajusta al artículo 30 porque los participantes podrán tener acceso a la información una vez terminada la investigación y entregada como tesis de pregrado a la Fundación Universitaria Católica “Lumen Gentium” donde podrá ser consultada.

Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos

como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público (Asociación Médica Mundial, 2008, p.4).

En cuanto a las normativas promulgadas a nivel nacional, ésta investigación se rige por la resolución número 008430 de 1993, ya que involucra seres humanos y cumple con el artículo 2 ya que se somete a aprobación por el Comité de Ética de Investigación institucional. “Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema” (p.1). Además, cumple con el artículo 4, ya que el presente estudio desarrolla acciones que contribuyen al conocimiento de procesos psicológicos básicos en los seres humanos, al conocimiento de la práctica médica, al control de problemas de salud y al estudio de métodos que se recomiendan para la prestación de servicios de salud.

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos”

Cumple con el artículo 5 porque prevalece el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (p.1).

Cumple el artículo 8 porque se protege la privacidad y la identidad en las respuestas de cada una de los participantes. “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice” (p. 2). Cumple con el artículo 11 dentro de la categoría “investigación sin riesgo” ya que es un estudio tipo descriptivo transversal no experimental, debido a que se analizaron los datos obtenidos de la muestra, en un período de tiempo determinado, además no hubo manipulación de los mismos.

Aunado con lo anterior, se considera que éste estudio no representa ningún riesgo, acorde con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) del Ministerio de Salud de

Colombia. Así mismo, se rige por los lineamientos jurídicos y éticos contemplados en la última modificación (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos) y en el manual de Buenas Prácticas Clínicas.

Sumado con lo anterior, la presente investigación se encuentra dentro del marco establecido por el punto 9 del Título II – disposiciones generales, de la ley 1090 de 2006 del Colegio Colombiano de Psicólogos, la cual reglamenta el ejercicio profesional de la Psicología. Según el cual el investigador se compromete a abordar la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan, y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humano (COLPSIC, 2013).

A nivel institucional, la presente investigación obedece las directrices plateadas por la Fundación Universitaria “Lumen Gentium”, las cuales se sustentan en los siguientes principios definidos en la Ley 1581 de 2012

- Principio de legalidad en materia de tratamiento de datos.
- Principio de finalidad.
- Principio de libertad.
- Principio de veracidad o calidad.
- Principio de transparencia.
- Principio de acceso y circulación restringida.
- Principio de seguridad.
- Principio de confidencialidad.

En relación al consentimiento informado, se realizó por medio de un documento escrito y se socializó verbalmente, y se resolvieron las inquietudes de los participantes en relación al presente estudio, aclarando que la información obtenida se utilizaría única y exclusivamente con fines académicos, salvaguardando los derechos anteriormente expuestos, por tanto, el estudio no implicó ningún riesgo para los participantes.

A continuación, se exponen los derechos del titular de la información, los cuales son:

- Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a la Institución en su condición de responsable del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada a UNICATÓLICA para la obtención, recolección, uso, tratamiento, procesamiento, intercambio, transferencia, transmisión, conservación y manejo de sus datos personales, salvo en los casos expresamente exceptuados en la ley.
- Ser informado por UNICATÓLICA, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio, quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización o solicitar la supresión del dato, cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, exceptuando los casos en que el titular tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos del responsable o encargado.
- Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento. La información solicitada por el titular podrá ser suministrada por cualquier medio, incluyendo los electrónicos, según lo requiera el titular

11. RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos por los sujetos que hicieron parte de la muestra, para llevar a cabo la presente investigación y de ésta forma responder a los objetivos planteados en éste estudio, así como las características demográficas de los mismos. Inicialmente, se realiza una descripción sociodemográfica, de la muestra evaluada, donde se exponen datos relacionados con el sexo, la edad, y la ubicación demográfica a partir del mapa de estratificación de la ciudad de Cali. Después, se presenta el análisis descriptivo de cada una de las subescalas de la escala VIH/SIDA 65, coincidiendo con el orden de cada uno de los objetivos planteados, siendo respectivamente conocimientos correctos, conocimientos erróneos, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, autoeficacia y susceptibilidad. Finalmente se expone en detalle los resultados obtenidos de la muestra evaluada en cada una de las subescalas.

Siguiendo el orden anteriormente establecido, se puede decir que, en relación con los datos sociodemográficos, se identificó que el 96% de los adultos mayores pertenecen al sexo femenino, mientras que el 4% son de sexo masculino, como lo muestra la figura 1.

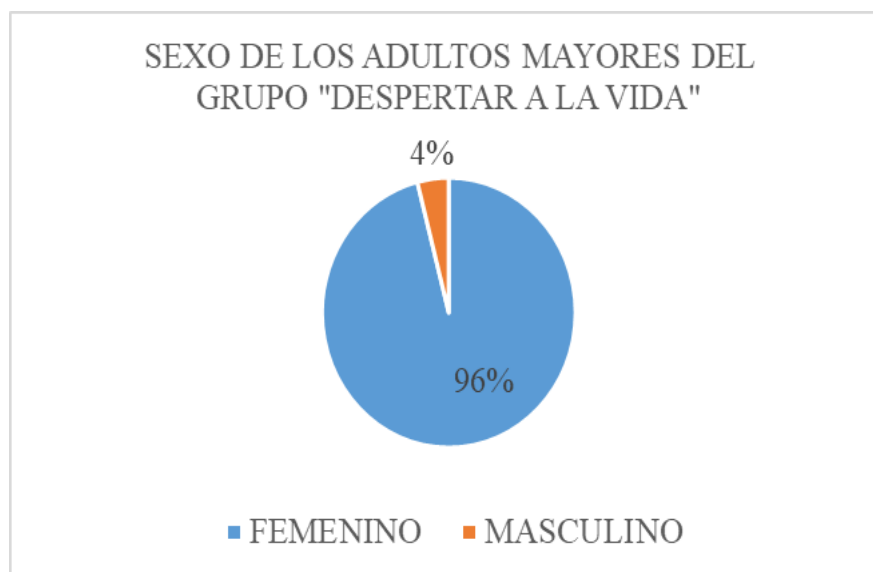


Figura 1. Distribución de la muestra por sexo.

Ahora, respecto a los datos relacionados con la edad de la muestra evaluada, en la figura 2, se aprecia que la mayoría de los participantes se encuentran en el intervalo de edades de 60 y 64 años (14 personas, correspondientes al 32% de la muestra), así mismo, se puede observar que la cantidad mínima de participantes está entre los 85 y 89 años (1 participante).

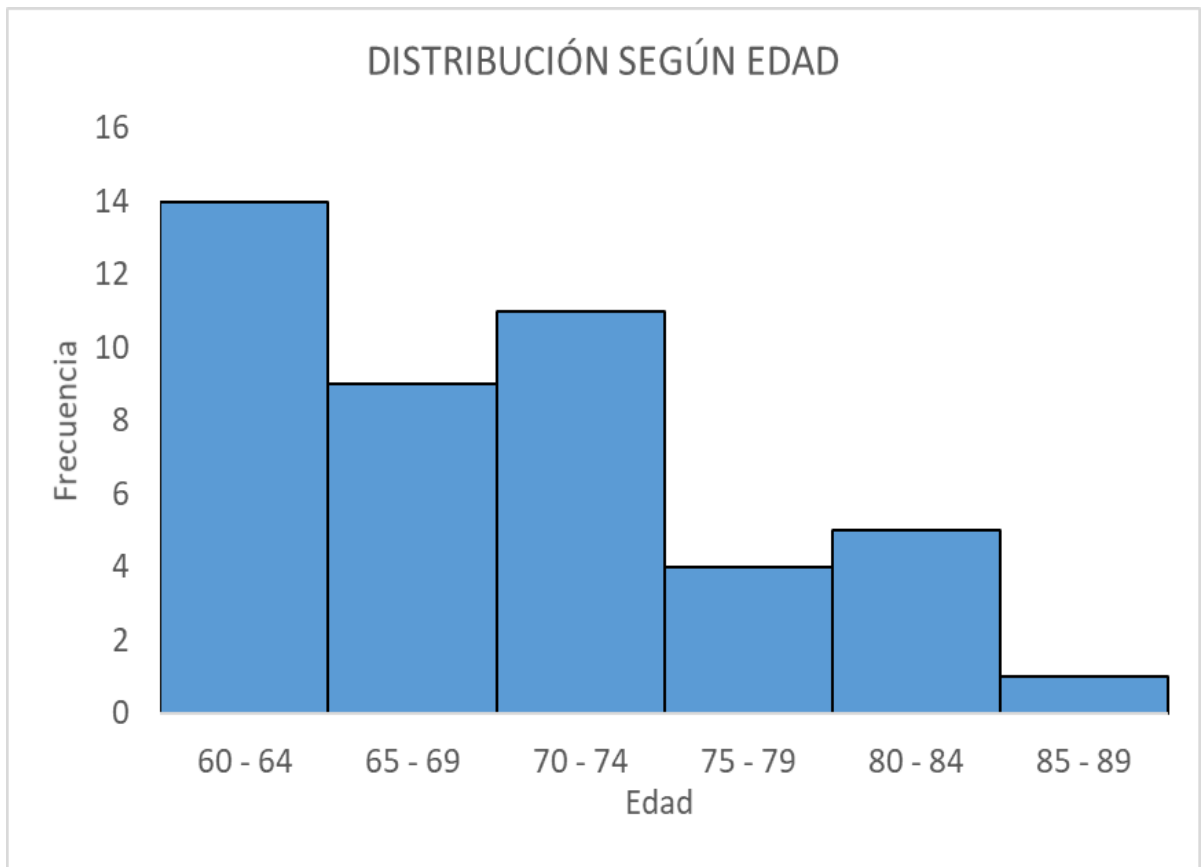


Figura 2. Distribución de frecuencia según la edad de los adultos mayores del grupo de la tercera edad "Despertar a la vida".

En lo concerniente a la ubicación demográfica de la muestra, se identificó, que se encuentra localizada en el barrio los Andes (comuna 5) de la Ciudad de Cali del departamento del Valle del Cauca, con un nivel de estratificación de 3 (ver ilustración 1).

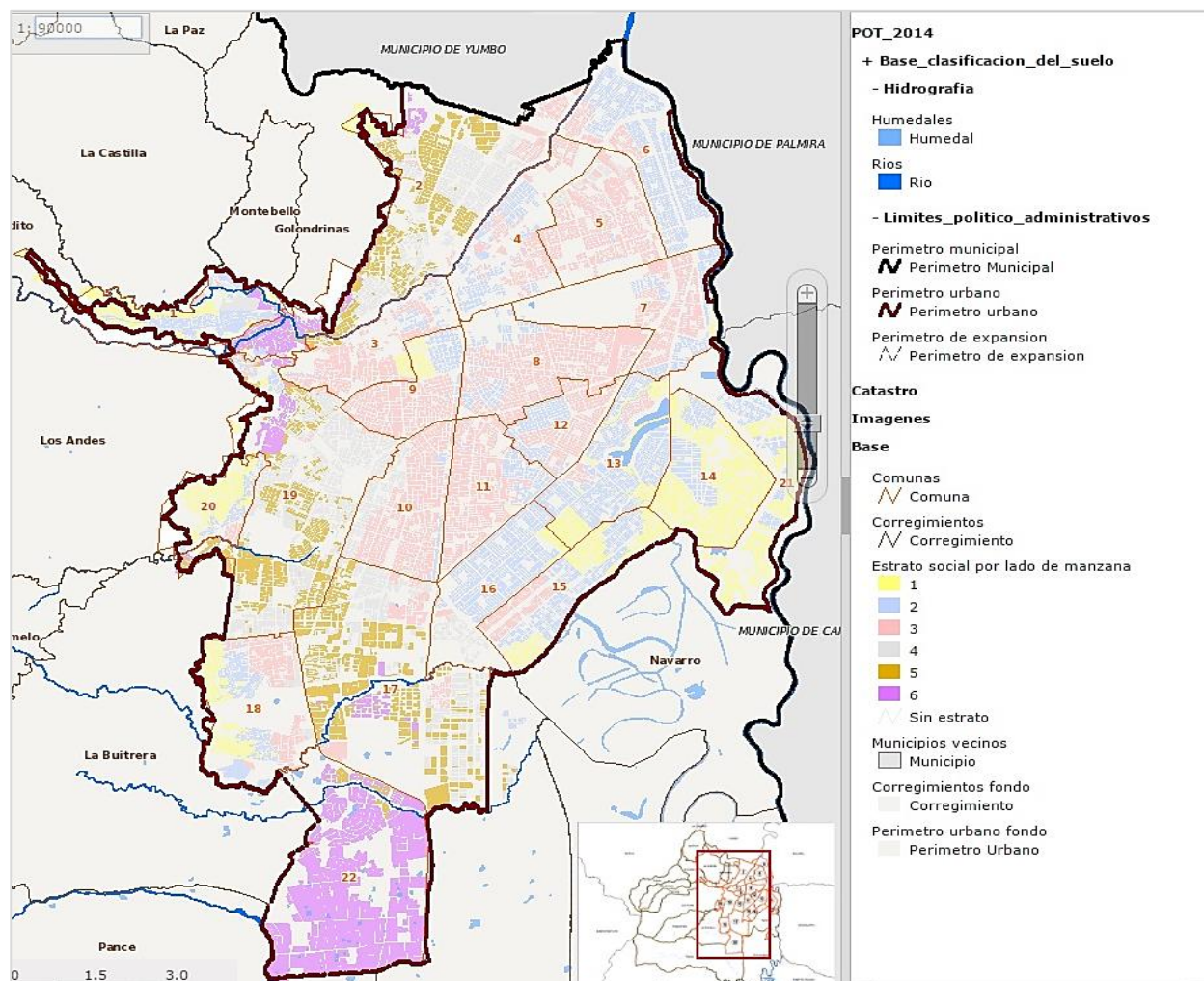


Ilustración 1. Mapa de estratificación de la ciudad de Cali, Valle del Cauca.

Hasta aquí, se exponen los resultados relacionados con las características sociodemográficas de los participantes evaluados en éste estudio. A continuación, se presentan los resultados de la prueba aplicada, los cuales se organizan de acuerdo con las subescalas de conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y autoeficacia, dando respuesta a los objetivos planteados por ésta investigación con referencia a la percepción de riesgo de infección por VIH/SIDA en los adultos mayores.

Siguiendo el orden anteriormente establecido, se comienza presentado la escala de conocimientos correctos, la cual evalúa todos aquellos ítems cuya información es

verídica con respecto al VIH/SIDA, así a mayor puntaje en conocimientos correctos, mayor presencia de los mismos. En concordancia, la tabla número 4, muestra que los adultos mayores a nivel de conocimiento correcto, obtuvieron una puntuación mínima de 6, máxima de 20, y una media de 15.1, lo cual sugiere que los participantes de la muestra tienen una alta cantidad de conocimientos acertados sobre el tema.

Por otra parte, la subescala de conocimientos erróneos evalúa todos los ítems cuya información es incorrecta respecto al VIH/SIDA. En la muestra evaluada no se obtuvieron puntuaciones mínimas en ésta subescala, la puntuación máxima fue de 16 y la media fue de 3.3 (bajo), lo cual sugiere que, pese a que la muestra evidenció en la subescala anterior, altos puntajes de conocimientos correctos, todavía persisten conocimientos erróneos respecto al VIH/SIDA. (Ver tabla 4).

En cuanto a la subescala de actitudes positivas, se encuentran todos los ítems que hacen referencia a las actitudes que favorecen comportamientos protectores frente al VIH/SIDA. En ésta subescala, la muestra no obtuvo una puntuación mínima, sin embargo, la máxima fue de 5 y la media de 4 (ver tabla 4), lo cual evidencia que la mayor parte de la muestra presenta actitudes positivas relacionadas al VIH/SIDA.

Por otra parte, la subescala de actitudes negativas, contiene los ítems de actitudes que implican un riesgo de contagio por el virus del SIDA, donde los participantes obtuvieron bajos puntajes en ella, con puntuación máxima de 4 y una la media de 1,26 (bajo), lo cual sugiere que en ésta subescala, los participantes presentan un bajo riesgo de contagio por el virus.

Ahora, en cuanto a la subescala de actitud neutra, se encuentran todos los ítems que la muestra obtuvo una media de 1,84 (bajo), además, presentó similitud con los datos obtenidos en la subescala de actitudes negativas, pues en ambas, la muestra

no presentó una puntuación mínima, y obtuvieron una puntuación máxima de 4 (Ver tabla 4).

En la subescala de percepción de autoeficacia en el uso del preservativo, la muestra obtuvo un puntaje máximo de 5 y una media de 2,94, (ver tabla 4), lo cual sugiere que los participantes se sienten seguros de su capacidad para usar el preservativo como método preventivo frente al contagio por el virus.

Respecto a la percepción de susceptibilidad, o en términos de Castillo (2015) “percepción de riesgo frente a una enfermedad específica”, los adultos mayores del presente trabajo de investigación evidenciaron altos puntajes de susceptibilidad frente al contagio por el VIH/SIDA, teniendo un puntaje máximo de 5 y media de 3,12 (alto). (Ver tabla 4).

Tabla 4

Estadísticas descriptivas de las subescalas del VIH/SIDA 65

Subescalas	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Conocimiento correcto	6	20	15,1	3,407345007
Conocimiento erróneo	0	16	3,34	3,766218262
Actitud Positiva	1	5	4	1,148912529
Actitud Negativa	0	4	1,26	1,145600279
Actitud Neutra	0	4	1,84	1,046135746
Autoeficacia	0	5	2,94	1,554477404
Susceptibilidad	0	5	3,12	1,227028932

A continuación, se presentan en detalle los resultados que dan respuesta al primer objetivo específico que éste trabajo de investigación se plantea el cual es describir los conocimientos sobre VIH/SIDA que tienen los adultos mayores que asisten al grupo Despertar a la Vida. Con respecto a los resultados de la subescala de conocimientos correctos de VIH/SIDA, se puede observar que en términos generales los adultos mayores obtuvieron cifras que reflejan altos porcentajes de

respuestas correctas (tabla 5), algunos de los ítems donde obtuvieron los mayores puntajes son relacionados con conocimientos correctos sobre las formas de trasmisión de la enfermedad, donde el 98% de los participantes marcaron que los hombres con VIH/SIDA, pueden transmitir el virus a las mujeres y que recibir una transfusión con sangre de personas ceropositivas, puede transmitirle a una persona el virus, así mismo un 96% de los participantes indicaron que el VIH se puede transmitir a través de una relación sexual entre un hombre y una mujer.

Por otro lado, llama la atención que el 98% de los participantes ve la infección del VIH/SIDA como una amenaza para la vida, lo cual permite apreciar que gran parte de la muestra se considera vulnerable frente al virus. Sin embargo, a pesar de que los resultados globales reportan mayores conocimientos correctos en la muestra, llama la atención que un porcentaje considerable de sujetos (38%) respondieron que no consideran que alguien se pueda infectar si ha tenido contacto con una persona ceropositiva pero asintomática. Así mismo, se encontró que el 32% respondió que es falsa la afirmación que evitar las relaciones sexuales disminuye la probabilidad adquirir el virus. Por otra parte, el 22% de la muestra evaluada marcó que es falso que en la actualidad no hay cura conocida para el VIH, reflejando que, aproximadamente una cuarta parte de los adultos mayores creen que el VIH tiene cura, por lo cual no se debe desconocer que, aunque es un número menor, es una cifra que se debe considerar. Por otra parte, los porcentajes más bajos que obtuvieron los adultos mayores en la subescala mencionada, fueron en los ítems relacionados con los conocimientos de los síntomas de las personas infectadas por el virus, donde un 48% indicó que las personas pueden tener el VIH y no estar enfermas.

Tabla 5

Distribución de los resultados de la muestra de la subescala conocimientos correctos respecto al VIH/SIDA

ITEM	RESPUESTAS			
	VERDADERO	FALSO	NO SABE	SIN RESPUESTA

	F	%	F	%	F	%	F	%
Las prostitutas tienen un alto riesgo de contraer el virus del sida	41	82%	7	14%	2	4%	-	-
Se puede contraer el virus del sida compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad	47	94%	1	2%	-	-	2	4%
Se puede transmitir el virus del sida a través del semen	42	84%	2	4%	2	4%	4	8%
Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del sida evitando las relaciones sexuales	31	62%	16	32%	3	6%	-	-
Los hombres con VIH pueden transmitir el virus a las mujeres	48	96%	-	-	1	2%	1	2%
El VIH es una enfermedad que amenaza la vida de la persona	49	98%	-	-	1	2%	-	-

Recibir una transfusión de sangre que está infectada con el VIH puede transmitirle a una persona el virus	49	98%	-	-	-	-	1	2%
Las mujeres con el VIH pueden transmitir a los hombres	47	94%	-	-	2	4%	1	2%
Una persona puede reducir la probabilidad de adquirir el VIH si no tiene relaciones sexuales	31	62%	13	26%	5	10%	1	2%
El VIH se puede transmitir a través de una relación sexual entre un hombre y una mujer	48	96%	1	2%	-	-	1	2%
Las personas con el VIH son más propensas a contraer otras enfermedades	36	72%	3	6%	5	10%	6	12%
Los hijos de una madre con el VIH corren mayor riesgo de contraer el virus	36	66%	6	12%	6	12%	5	10%

En la actualidad, no hay cura conocida para el VIH	27	54%	11	22%	6	12%	6	12%
Una persona puede tener el VIH y no presentar ningún síntoma de la enfermedad	27	54%	8	16%	10	20%	5	10%
Las personas pueden tener el VIH y no estar enfermas	24	48%	9	18%	11	22%	6	12%
El VIH debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones	40	80%	1	2%	4	8%	5	10%
Se puede contraer el VIH a través de penetración anal	37	74%	1	2%	6	12%	6	12%
El VIH puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales	41	82%	2	4%	2	4%	5	10%
Los hombres con orientación homosexual corren un alto riesgo de contraer el VIH	38	76%	4	8%	3	6%	5	10%

Se puede contraer el VIH de alguien que está infectado, aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad	19	38%	19	38%	7	14%	5	10%
--	----	-----	----	-----	---	-----	---	-----

En relación con los resultados obtenidos de la subescala de conocimientos erróneos de VIH/SIDA, se evidencia que los participantes poseen un bajo porcentaje de conocimientos equivocados relacionados con el VIH/SIDA (tabla 6), debido a que la mayor parte de ellos indicaron que los ítems de la subescala eran falsos. En concordancia, algunos de los porcentajes más bajos como el 4% de los adultos mayores, señalaron que se puede identificar a una persona con el virus tan solo con mirarla. También dicho porcentaje de los participantes indicaron que tener VIH no es tan grave y que éste virus solo se ha encontrado en la población masculina.

Por otra parte, se logra observar que en relación con las formas de contagio, el 34% de los participantes, refieren que se puede contraer si se comparten cuchillos, tenedores o vasos con la persona infectada con el virus, el 32% refiere que se puede contraer al sentarse en sanitarios de los baños públicos, el 36% indica que se puede contraer el VIH si se bebe del mismo vaso que usó una persona con el virus y el 32% indicó que por medio de estornudos y tos. Aunque los porcentajes anteriormente expuestos no superan la cantidad de personas que respondieron correctamente los ítems de ésta subescala, no se puede desconocer que continúan significando un valor considerable ya que en conjunto reflejan la cantidad de adultos mayores que tienen conocimientos erróneos respecto al virus del VIH/SIDA, lo cual aumenta el riesgo por el contagio.

Tabla 6

Distribución de los resultados de la muestra de la subescala conocimientos erróneos respecto al VIH/SIDA

ITEM	RESPUESTAS							
	VERDADERO		FALSO		NO SABE		SIN RESPUESTA	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Se puede saber que una persona tiene el vih tan solo con mirarla	2	4%	45	90%	3	6%	-	-
Se puede contraer el VIH si se comparte cuchillos, tenedores o vasos con una persona con el virus	17	34%	27	54%	4	8%	2	4%
Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen VIH	8	16%	32	64%	10	20%	-	-
Se puede contraer el VIH si se toca o se está cerca de una persona con el virus	3	6%	41	82%	4	8%	2	4%
Todas las personas con VIH son de orientación homosexual	3	6%	43	86%	4	8%	-	-

Tener el VIH no es grave, es como estar resfriado	2	4%	43	86%	4	8%	1	2%
El estrés puede causar VIH	3	6%	40	80%	4	8%	3	6%
Se puede evitar contraer el VIH si se practica deporte con regularidad	5	10%	37	74%	8	16%	-	-
Es posible que una persona contraiga el VIH si habla a través de un teléfono público que ha sido utilizado por una persona con el virus	5	10%	39	78%	4	8%	2	4%
Se puede contraer el VIH si se sienta en los sanitarios de los baños públicos	16	32%	26	52%	8	16%	-	-
Se puede contraer el VIH si se comparte la misma habitación con alguien con el virus	3	6%	43	86%	4	8%	-	-
Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del VIH	12	24%	27	54%	11	22%	-	-

Se puede contraer el VIH si se comparte la ropa con otra persona con el virus	9	18%	34	68%	2	4%	5	10%
Las personas pueden contraer el VIH con un apretón de manos	7	14%	35	70%	2	4%	6	12%
El VIH se ha encontrado solamente en los hombres	2	4%	43	86%	-	-	5	10%
Se puede contraer el VIH si se usan objetos personales de alguien, como un cepillo del cabello	14	28%	26	52%	5	10%	5	10%
Se puede contraer el VIH si se bebe del mismo vaso que usó una persona con el virus	18	36%	23	46%	4	8%	5	10%
Se puede transmitir el VIH mediante abrazos	8	16%	36	72%	1	2%	5	10%
El estornudar y el toser pueden transmitir el VIH	16	32%	22	44%	6	12%	6	12%
Se puede contraer el VIH en la piscina	14	28%	26	52%	5	10%	5	10%

En cuanto a los resultados que dan respuesta al segundo objetivo específico, el cual es identificar las actitudes positivas y negativas de los adultos mayores del grupo Despertar a la Vida sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA, los datos obtenidos correspondientes a las actitudes positivas frente a la infección por VIH/SIDA, reflejan que los adultos mayores poseen altos porcentajes de actitud positiva (figura 3), donde el 100% refirieron que es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud (o en asignaturas afines), el 92% consideran que las personas que se inyecten drogas deberían realizarse la prueba del VIH/SIDA, el 78% están de acuerdo con que se permita que los alumnos que tienen VIH/SIDA, asistan normalmente a clases, el 68% piensan que debería permitirse que las personas con el virus vivan en unidades residenciales y el 62% que utilicen buses públicos al igual que el resto de la población que no está infectada (ver figura 3).

Por otra parte, es interesante que un 32% de la muestra evaluada, se encuentre en desacuerdo con que se permita que las personas con sida utilicen bus público, cantidad que aunque es de menor porcentaje que la cantidad de sujetos que respondieron de forma adecuada, se debe tener en cuenta ya que esto hace parte del desconocimiento sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA.

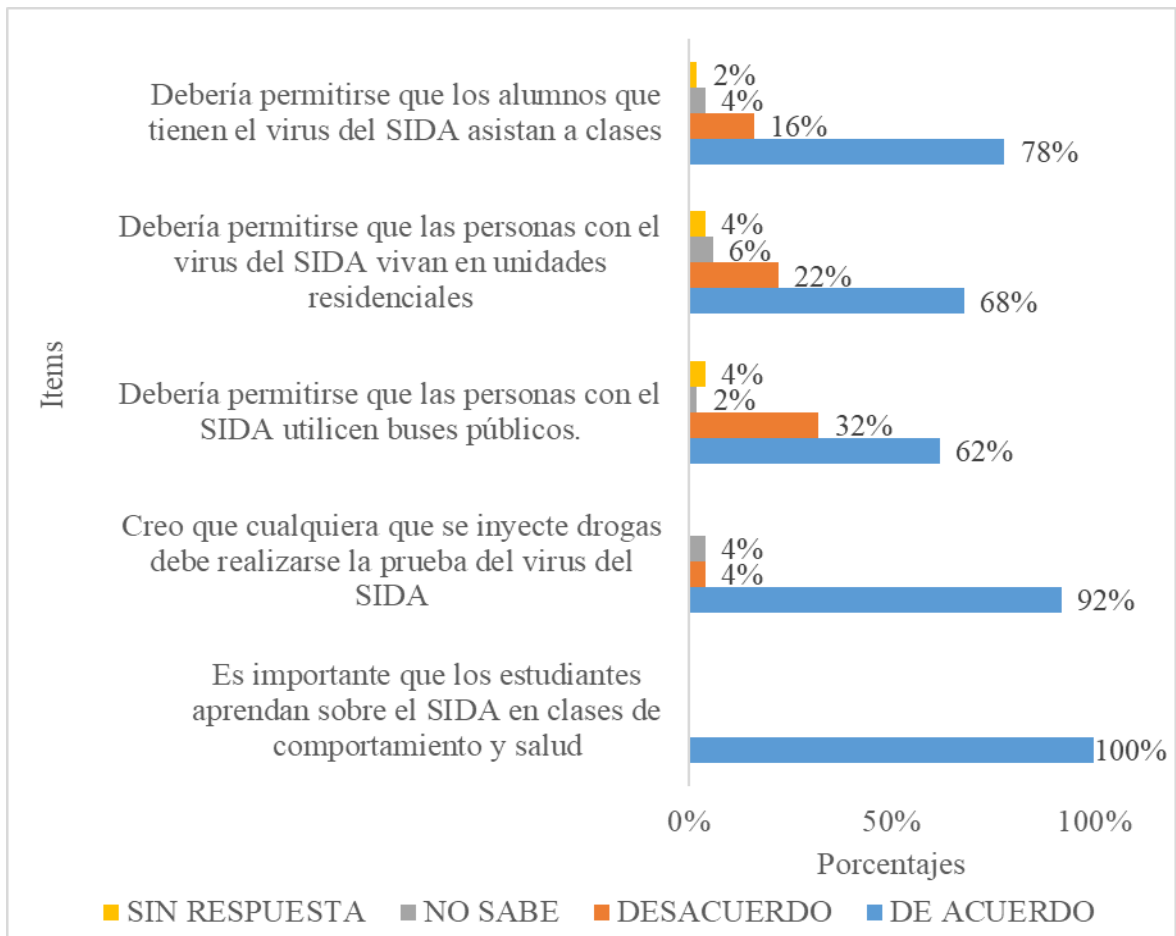


Figura 1. Resultados de la muestra de subescala actitud positiva respecto al VIH/SIDA.

Por otro lado, los adultos mayores tuvieron porcentajes muy bajos en actitudes negativas hacia las personas con VIH/SIDA (figura 4), donde el 14% considera que se está invirtiendo en el SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos, el 16% indicó que rechazaría sentarse cerca de una persona contagiada con el virus, y el 18% estuvo de acuerdo con el aislamiento de las personas con SIDA a fin de garantizar la seguridad de los demás. Sin embargo, hubo un porcentaje considerable de la muestra (26%) que refirieron que ése aislamiento debería darse de forma permanentemente y que se sentirían incómodos usando el mismo baño y vestuario de una persona diagnosticada con el virus (52%). Lo anterior evidencia que aunque la mayoría de los resultados de la escala en mención fueron bajos, existen algunos prejuicios de los adultos mayores con las personas

ceropositivas, lo cual como se verá más adelante, puede relacionarse con el la percepción de riesgo del contagio por el virus.

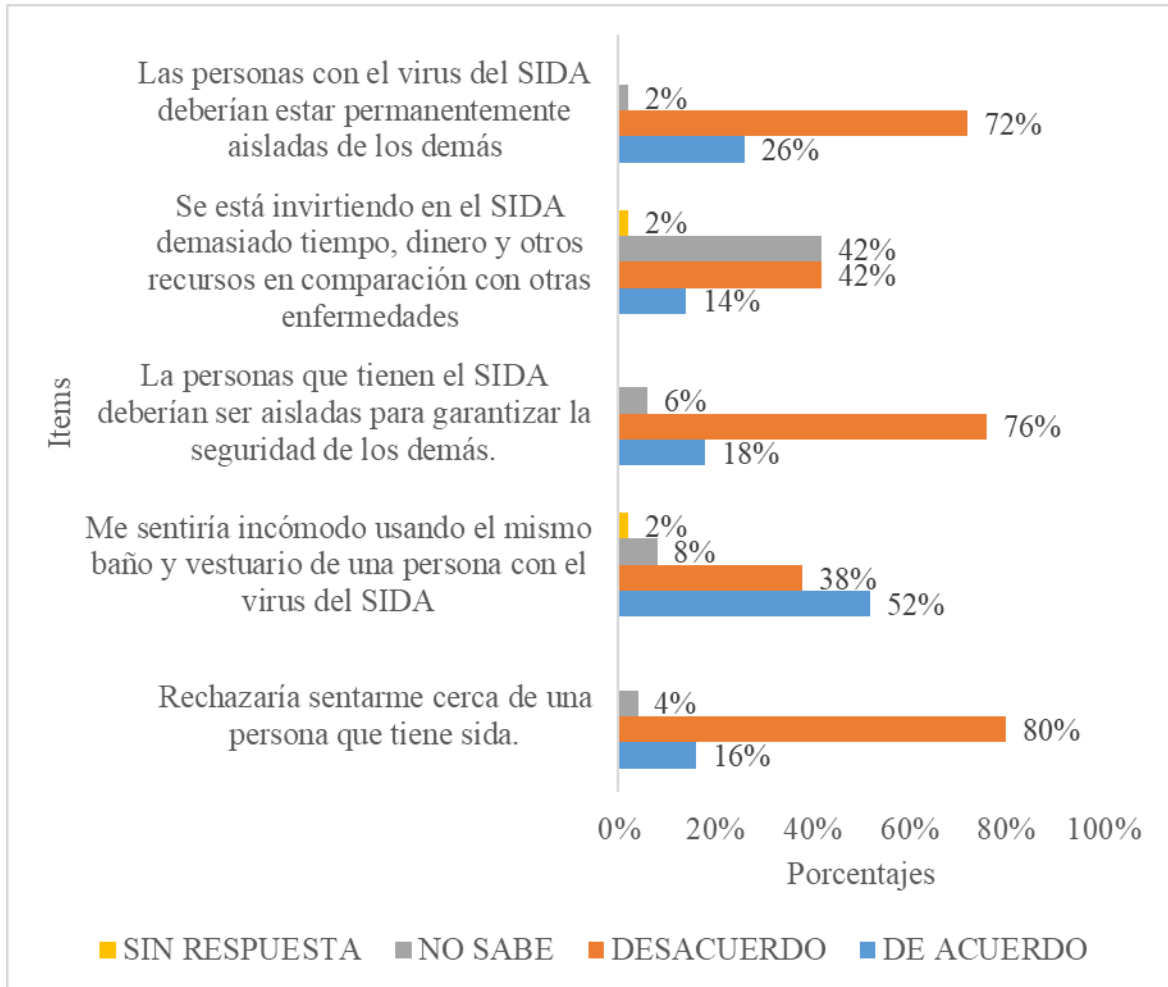


Figura 2. Resultados de la muestra de la subescala actitud negativa respecto al VIH/SIDA.

En relación con los resultados en la subescala de actitud neutra hacia las personas con VIH/SIDA, el 78% de los participantes consideran que es muy importante usar condones cada vez que se tenga relaciones sexuales. Sin embargo, el 68% de las personas concuerdan que es difícil encontrar sitios donde puedan comprar condones, así mismo, el 36% de ellos indican que presentan dificultad a la hora de elegir el condón que se va a usar. Por otra parte, el 34% de ellos no saben si parar

durante el acto sexual para utilizar el preservativo, hace el sexo menos divertido y el 40% desconoce si el sexo, no es placentero cuando se usa un condón (ver figura 5). Lo anterior sugiere que aún en la escala de actitud neutra, los adultos mayores desconocen muchos aspectos importantes relacionados con las formas de prevención de la transmisión del virus.

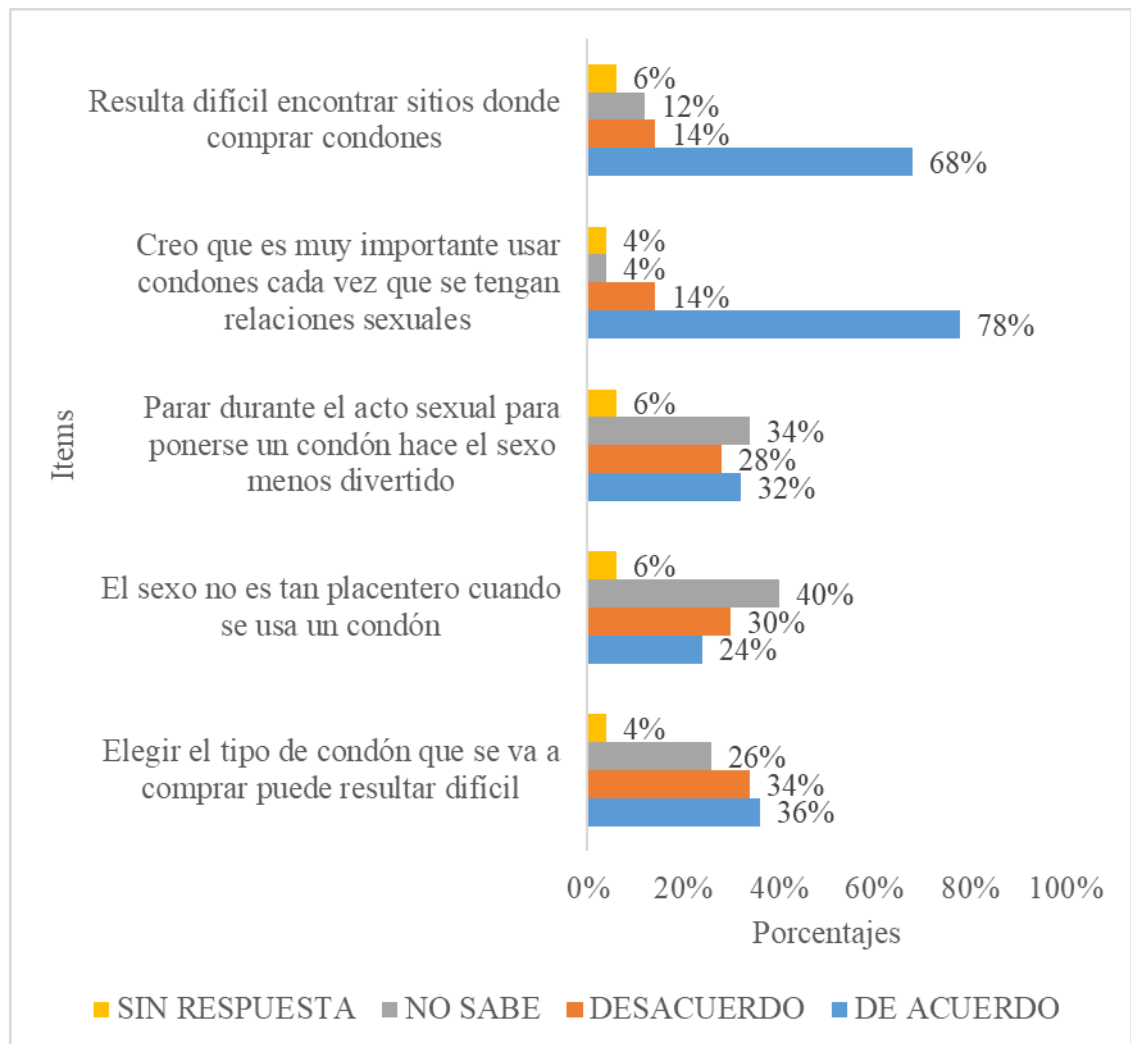


Figura 3. Resultados de la muestra de la subescala actitud neutra respecto al VIH/SIDA.

En cuanto a los resultados que dan respuesta al tercer objetivo específico planteado en éste estudio, el cual busca especificar la percepción de autoeficacia en el uso del preservativo y la percepción de susceptibilidad del contagio por el virus del

VIH/SIDA de los adultos mayores del grupo despertar a la vida, se puede decir que los datos obtenidos en la subescala de autoeficacia (figura 6), los resultados demuestran que los adultos mayores obtuvieron altos porcentajes al evaluar sus capacidades de prevención por contagio del VIH/SIDA, teniendo en cuenta que indicaron que se sienten capaces comprar condones (60%), de pedirle a sus parejas que usen condón (72%), y de llevarlo por si deciden tener relaciones sexuales (56%). Sin embargo, una parte considerable de la muestra indicaron estar en desacuerdo con dialogar y preguntar a la pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya (30%), o con alguien bisexual (36%).

Por otra parte, vale la pena mencionar que un 32% de la muestra, refirieron estar en desacuerdo con llevar consigo el condón por si deciden tener relaciones sexuales, lo cual sugiere que una parte considerable de los participantes aún requiere trabajar en aspectos preventivos respecto al VIH/SIDA.

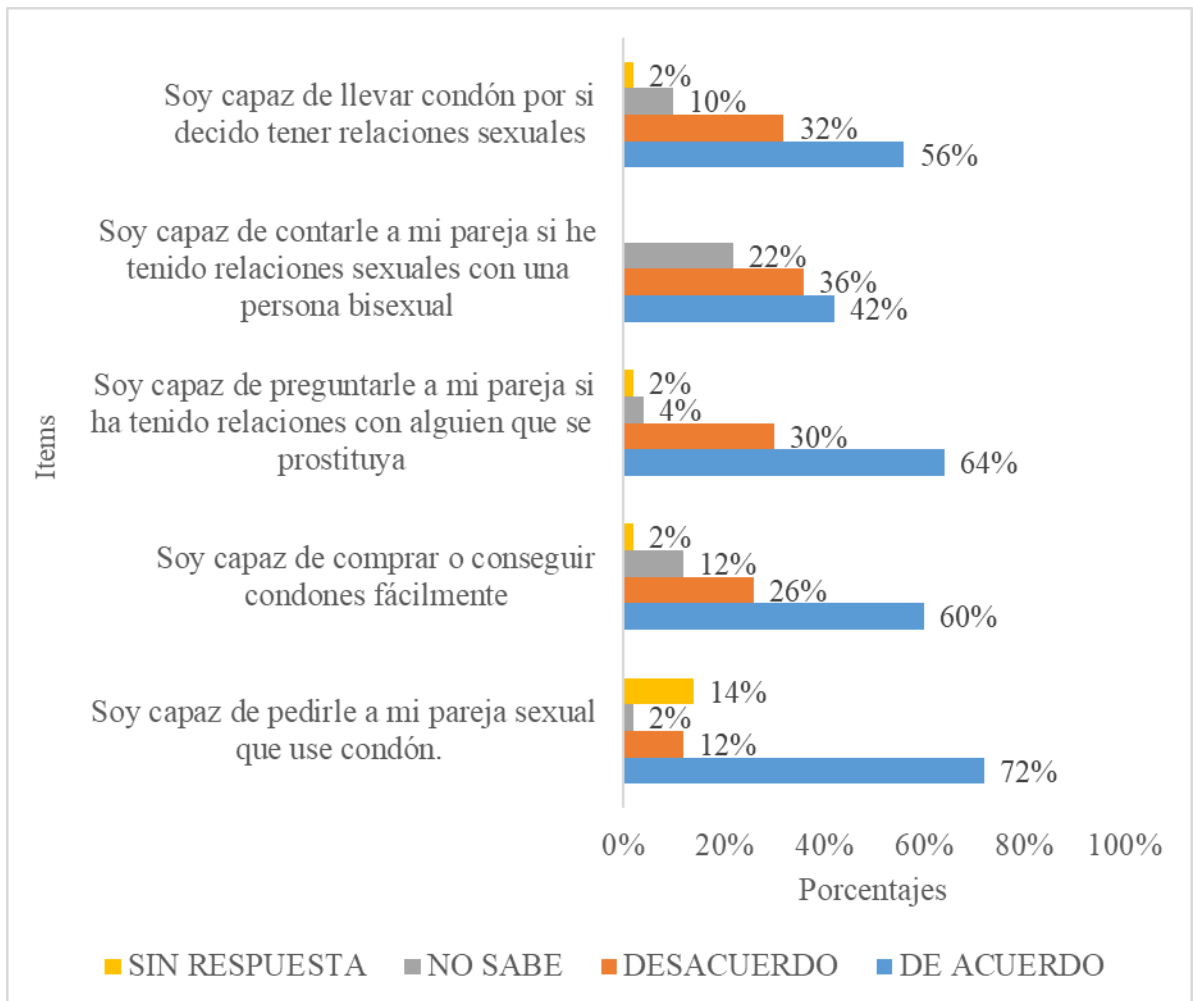


Figura 4. Resultados de la muestra de la subescala autoeficacia.

Por último, se puede observar que en términos generales, los adultos mayores en su mayoría optan por respuestas que apuntan a que son susceptibles al contagio por el virus del VIH/SIDA, teniendo en cuenta que en la subescala de susceptibilidad (figura 7), la muestra señaló que les preocupa contraer el virus del sida (66%) y un 54% identificaron la vulnerabilidad frente al contagio toda vez que refirieron que en algún momento pueden contraer el virus. Además, indicaron que las personas con orientación homosexual también deberían preocuparse por el contagio del virus del SIDA (86%), lo cual sugiere que los adultos mayores consideran que sin importar la orientación sexual, cualquier persona se puede infectar con el virus del VIH/SIDA, si no tiene claro las formas de transmisión. Pese a las consideraciones anteriores,

es importante destacar que una parte considerable de la muestra (30%) marcaron que no les preocupaba la posibilidad de contraer el virus, lo cual podría significar una confusión por parte de los adultos mayores respecto a la interpretación de los items de la subescala, quizá por la similitud de siguientes items: me preocupa contraer el virus del SIDA; no me preocupa la posibilidad contraer el virus del SIDA, o simplemente refleja que gran parte de la muestra efectivamente posee una baja percepción de riesgo frente al contagio.

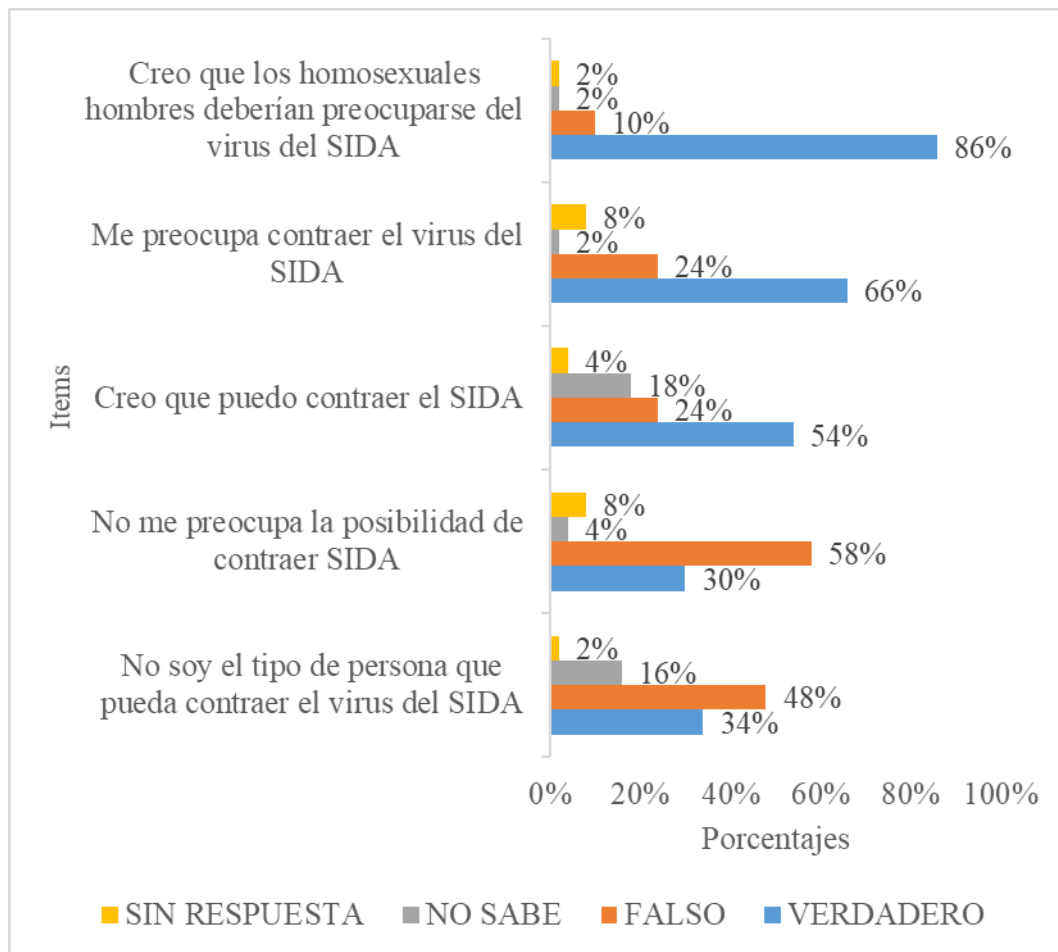


Figura 5. Resultados de la muestra de la subescala susceptibilidad.

12. DISCUSIÓN

En éste apartado, se retoman los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento VIH/SIDA 65 (Bermúdez, Buela y Uribe, 2005), y se analizan a la luz de autores que han investigado temas a fines con la percepción de riesgo de VIH/SIDA en adultos mayores. Como se ha mencionado a lo largo de éste trabajo de investigación, la percepción de riesgo de VIH/SIDA en ésta población, es un tema poco abordado por autores en Colombia, toda vez que, en la revisión bibliográfica de la presente investigación, no se encontraron estudios que se encargaran de investigar específicamente la percepción de riesgo de VIH/SIDA en adultos mayores, pero se identificaron algunos estudios que proporcionan información relevante que tocan el tema del VIH/SIDA, por lo cual se consideró importante mencionarlos.

Aunado con lo anterior, vale la pena aludir que de acuerdo con Varela et al (2011) en Colombia hay una alta prevalencia de conductas sexuales de riesgo relacionadas con el contagio del virus del VIH/SIDA, lo cual genera la necesidad ahondar sobre el tema, pero ésta vez desde un aspecto psicológico como lo es la percepción de riesgo. En concordancia, los resultados de éste estudio han permitido visibilizar la necesidad de enfocarnos en la población adulta mayor teniendo en cuenta la vulnerabilidad de contagio por el virus del VIH.

En relación con lo anterior, Laroque et al. (2011), afirma que la tercera edad es una etapa en la cual también se incluye la sexualidad, así, los adultos mayores son vulnerables al contagio por VIH/SIDA. Sin embargo, diversas investigaciones como la de Almeida et al. (2014) refieren que existe la creencia que en las edades avanzadas hay inactividad en las relaciones sexuales, lo cual genera que este grupo etario se encuentre fuera de las prioridades políticas y preventivas respecto al VIH.

Así mismo, Stuardo y Gajardo (2016), refieren que, lamentablemente las entidades de salud no investigan lo suficiente al momento de abordar comportamientos sexuales de riesgo en dicho grupo etario, por lo cual, la mayoría de adultos mayores carecen de conocimientos relacionados con las infecciones de transmisión sexual y los métodos de prevención, teniendo como resultado un aumento de casos de VIH

en los adultos mayores, es así, como se evidencia la importancia de abordar el tema a fin de visibilizar dicha problemática.

Comparando lo anterior con este estudio, es importante destacar que, en términos generales los adultos mayores respondieron en porcentajes más altos a los ítems que evaluaron la percepción de riesgo frente al contagio del VIH/SIDA, obteniendo porcentajes altos en las subescalas de conocimientos correctos, actitudes positivas y autoeficacia, lo cual es considerado como un factor que protege a la persona de la infección por VIH/SIDA. Sin embargo, en el análisis individual de algunas respuestas ante determinados ítems, se reflejaron cifras que resultan preocupantes, teniendo en cuenta que gran parte de la muestra tuvieron porcentajes relativamente altos demostrando vacíos en el conocimiento sobre todo en temas como formas de transmisión, y prevención. Vale la pena mencionar que dicho desconocimiento implica un riesgo de contagio del virus en la muestra evaluada, por lo cual, García (2012) refiere que una mala información conlleva a un mal análisis subjetivo de la persona con respecto a cómo actuar frente a una situación riesgosa lo cual influye en una conducta de riesgo para la misma.

Aunado con lo anterior, algo similar sucedió en la investigación de Stuardo y Gajardo (2016) quienes identificaron que los adultos mayores carecen de conocimientos relacionados con las infecciones de transmisión sexual y los métodos de prevención. En consecuencia, los autores mencionados señalaron que ese nivel de desconocimiento es una de las principales causas del aumento de casos de VIH, y el aumento en la notificación de cifras de mortalidad relacionadas con el virus en adultos mayores de 50 años en países como Chile.

Así mismo, Lopes et al. (2016) encontraron que los participantes desconocían aspectos generales del VIH/SIDA, hecho que relacionaban con que muchos de los participantes en su estudio eran analfabetos, por lo cual refirieron que, en la tercera edad, la educación es un factor protector contra el virus, debido a que tener conocimientos previos permite que las personas puedan comprender mejor los riesgos del virus y así tener conductas protectoras. Lo anterior muestra uno de los vacíos de ésta investigación con respecto a la información relacionada con la

escolaridad de los adultos mayores del grupo “Despertar a la vida”, ya que dicha información, permitiría visibilizar algunos de los causales, por el cual una parte considerable de la muestra desconoce aspectos importantes sobre el virus.

Por otra parte, en éste estudio se encontró que hay algunos prejuicios hacia las personas con el virus del Sida, ya que el 26% de la muestra, refirió que las personas con el virus deberían aislarse de forma permanente y que sería incómodo compartir baños y vestuario de personas diagnosticadas con el virus (52%), ante esto García (2010), afirma que existen algunos prejuicios de los adultos mayores con las personas seropositivas, relacionados con el aislamiento de las personas infectadas y el evitar compartir objetos con ellos. Se podría decir que, lo anterior se debe a la trascendencia histórica que ha tenido la enfermedad del VIH/SIDA, teniendo en cuenta que desde sus inicios implicó una estigmatización hacia las personas infectadas con el virus.

También, dicho comportamiento podría explicarse desde el modelo de percepción de riesgo en salud propuesto por Restrepo (2016), quién refiere que la percepción de riesgo se da a partir de una serie de procesos, los cuales comienzan por la significación de la persona acerca del evento riesgoso, y a partir de ello, se genera una actitud hacia el mismo, lo que en suma, explica de cierta manera que ésta actitud negativa tiene que ver con el desconocimiento de los adultos mayores en las áreas de transmisión y prevención del VIH/SIDA, anteriormente mencionadas y reportadas en ésta investigación.

Por otro lado, es importante mencionar, que la muestra reflejó actitudes positivas, con respecto al uso del condón, como método de protección contra el virus, lo cual no se asemeja a los resultados de los estudios de Laroque et al. (2011), Fong, et al. (2015), Stuardo y Gajardo (2016), Lekalakala (2016), García et al. (2010), quienes indicaron que los adultos mayores tenían actitudes negativas frente al uso del condón, debido a que consideraban que solo debía utilizarse con fines anticonceptivos, lo cual para ellos resultaba poco funcional teniendo en cuenta que la tercera edad es una etapa poco fértil, debido a aspectos que suceden en ella, como la menopausia en mujeres y bajo conteo de esperma en hombres. Por lo

anterior, se considera que probablemente los sujetos de la muestra evaluada, hayan recibido algún medio de información correcta alrededor del tema de prevención del VIH, con el uso del condón, lo que permitió que al respecto los resultados hayan demostrado un porcentaje más alto.

También, es importante tener en cuenta que algunos factores que pueden influir en las actitudes de los adultos mayores, tienen que ver con el contexto cultural en donde se desarrollan, pues de acuerdo con lo que dice Mora (2009) la percepción de riesgo del VIH, está mediada por la relación entre la persona y la sociedad, y de ésta relación se crean condiciones que potencializan la exposición al VIH. Por lo cual, se espera que una persona que tenga la oportunidad de participar activamente en la sociedad, como en grupos de la tercera edad, donde recibe constantes capacitaciones que promueven la salud y a diario se encuentra bajo supervisión de programas gubernamentales que le permiten acceder más fácilmente a información relacionada al uso del condón, tenga una mejor actitud frente al uso del preservativo, que una persona que no pertenezca a un grupo de la tercera edad y que su núcleo social se vea limitado por familiares; y para éste caso, es de considerar que la muestra se extrajo de uno de éstos grupos de la tercera edad.

En relación con lo anterior, Teixeira et al. (2009) expone una población adulta mayor, cuyas actitudes dependen de la estabilidad en el hogar, donde las mujeres pertenecientes al grupo etario en mención, presentaban dificultades a la hora pedir a sus parejas que usen condón, ya que sentían miedo de que ellos las acusaran de ser infieles, lo cual generaba el riesgo de perder el proveedor en el hogar, así que debían someterse a tener relaciones sexuales sin condón, a fin de complacer a sus esposos; además, las fuentes donde podían acceder a información acerca del VIH/SIDA, eran la radio y la televisión, dato que se replica en las investigaciones de Laroque et al. (2011), y Lopes et al. (2016).

Con respecto a lo anterior, fue alto el porcentaje de sujetos que puntuaron correctamente los ítems que evalúan aspectos como las actitudes y la autoeficacia respecto al uso del preservativo, ya que los adultos mayores indicaron que son capaces de adquirir un condón y de llevarlo consigo por si deciden tener relaciones

sexuales, sin embargo, gran parte de ellos (32%) no consideran la opción de llevar el preservativo por si tienen relaciones sexuales, además, no se sienten capaces de preguntar a su pareja si han tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya o con alguien bisexual (30%), lo cual es preocupante, teniendo en cuenta que es de vital importancia dialogar abiertamente con la pareja acerca de la sexualidad, debido a que permite una mayor prevención frente al contagio.

En concordancia Lekalakala (2016), evidenció que la población masculina del grupo de adultos mayores que investigó en Sudáfrica, llevaban a cabo prácticas sexuales de riesgo, ya que era socialmente aceptado que los hombres tuvieran varias parejas sexuales, así mismo, dicha población masculina expresaba abiertamente que tenían relaciones sexuales con mujeres a cambio de dinero. De igual modo, en Colombia también se ve reflejado éstas prácticas sexuales de riesgo, pues Varela et al. (2011) como resultado de su investigación identificó que hay una alta prevalencia de conductas sexuales de riesgo relacionadas con la cantidad de parejas sexuales y la promiscuidad en los adultos mayores.

Teniendo lo anteriormente expuesto, es interesante averiguar por qué éste comportamiento de riesgo de los adultos mayores se ve reflejado en dos países cuyas culturas son totalmente diferentes, al respecto, es conveniente traer a colación lo que refiere Quevedo (2014), quién considera que en la vejez se generan diversos cambios de pareja debido a la viudez, así, los adultos mayores son más vulnerables a adquirir infecciones de transmisión sexual siendo la más destacada el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH,) debido a todas las implicaciones y estigma que conlleva.

Lo anterior, deja mucho que pensar con respecto al riesgo del contagio que corren los adultos mayores que no se encargan de indagar acerca de las prácticas sexuales de sus parejas estables, teniendo en cuenta que, al igual que en la población masculina de los anteriores estudios, pueden convertirse en foco de propagación del virus, poniendo en riesgo no solo la salud y la vida propia, sino, la de las parejas sexuales con las que están. Además, es importante resaltar que de acuerdo con lo que Quevedo (2014), refiere, la vulnerabilidad de los adultos

mayores frente al contagio por el virus es más alta que en otros grupos etarios, debido a que la evolución del SIDA se da de forma más acelerada disminuyendo la respuesta de las células a la terapia antirretroviral, además, en la población femenina, es mayor debido a que en esa etapa del desarrollo las paredes vaginales son más finas y la lubricación es menor, lo cual las hace más susceptibles a sufrir lesiones durante las relaciones sexuales. Sumado a lo anterior, se encuentra lo que Cardona et. Al (2014) señala, y es, que el diagnóstico del virus en la tercera edad, puede confundirse con otros síndromes comunes, debido a las patologías que se presentan en dicha etapa, lo cual hace invisible la enfermedad porque el riesgo se minimiza, y así, se convierte en un peligro letal y silencioso.

Todo esto, genera la reflexión acerca de cuán importante es profundizar en éstos aspectos generales que nos brinda una población, e incidir en los particulares, pues, aunque en términos generales la muestra ha evidenciado una conducta adecuada de prevención ante el contagio, todavía existen grandes vacíos de conocimientos y actitudes que exponen a los adultos mayores al riesgo de contraer el virus.

Otro componente que permite visibilizar la percepción de riesgo en los adultos mayores del grupo de la tercera edad “Despertar a la vida” es la susceptibilidad frente al contagio por el virus, pues de acuerdo con los datos recabados en el presente estudio, los adultos mayores identifican al virus del VIH/SIDA como una enfermedad que amenaza a la vida, además, la mayoría de ellos refirieron que no tiene cura, dato que se asemeja a los resultados que se obtuvieron en estudios como los de Bittencourt, et al. (2015), y Lopes et al. (2016), no obstante, esa minoría que considera que si hay cura para el VIH, conforma el 22% de la muestra, cifra que es importante teniendo en cuenta que refleja que existe una cantidad no desmeritable de adultos mayores con conocimientos erróneos acerca de la enfermedad.

Sumado a lo anterior, los resultados mostraron que a pesar de que un 58% perciben el riesgo de contagio, el 30% no lo perciben, debido a que no les preocupaba la posibilidad de contraer el virus, cifra que se asemeja con la investigación de García, et al. (2010), donde refieren que el 33% de los participantes en ese estudio,

expresaron que no creen que tienen riesgo de contraer el virus, reflejando así una baja percepción de riesgo, lo cual aumenta la vulnerabilidad de la persona frente al contagio. Aunado, Mora (2009) menciona que, en la dimensión individual de la percepción de riesgo del VIH, el sujeto realiza un análisis en relación a la severidad del evento riesgoso, y a partir de ello, genera una respuesta en función de prevenir el riesgo, pero si éste análisis individual no tiene los conocimientos adecuados que logren prever el peligro que implica el VIH a la salud, la persona no puede emitir una respuesta que la proteja frente al contagio. Cabe aclarar, que como se mencionó en el comienzo de éste apartado, los adultos mayores a nivel general evidenciaron altos niveles de percepción de riesgo, no obstante, llama la atención esa minoría que supera la cuarta parte de la muestra evaluada.

Continuando con la percepción de riesgo del VIH/SIDA, es necesario hacer un énfasis en su dimensión programática, la cual fue mencionada por Mora (2009), es importante destacar el papel de las instituciones gubernamentales y de salud para mitigar la problemática abordada a lo largo de éste documento, si bien, varios autores coinciden que existe una limitación o barrera en el acceso de los adultos mayores a los programas de promoción y prevención del VIH, ya que a partir de lo que expresa Lopes et al. (2016) generalmente las campañas de prevención del VIH, están dirigidas hacia adolescentes y adultos jóvenes, por lo cual Cardona et al. (2014) refieren que el riesgo por infección en la población adulta mayor aumenta debido a que no es foco de las campañas de información pública, por tanto, no reciben educación que facilite conocimientos acerca de cómo protegerse de la enfermedad.

13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La elaboración del presente trabajo de investigación, permite concluir que, se logró obtener un aprendizaje en lo que respecta a la percepción de riesgo en adultos mayores, además, más allá de esa percepción de riesgo, se identificaron las grandes limitaciones socio-culturales que agravan la vulnerabilidad de los adultos mayores con respecto al riesgo de contagio del VIH/SIDA. Si bien, fue posible observar que dicha problemática tiene un impacto a nivel mundial, teniendo en cuenta que, en otros países al abordar el tema en cuestión, estuvieron de acuerdo con que los adultos mayores no consideran que puedan infectarse con el virus.

Ahora, retomando los objetivos específicos que permitieron determinar la percepción de riesgo de VIH/SIDA en los adultos mayores del grupo de la tercera edad “Despertar a la vida”, se puede decir que, efectivamente presentaron conocimientos correctos acerca del VIH/SIDA, algo que no se tenía previsto, teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, sin embargo al ahondar acerca del porqué la muestra tenía conocimientos acerca del VIH, uno de los participantes refirió que algunos de ellos habían participado en charlas respecto al VIH, ya que el grupo está adscrito a unos programas que se encargan de fomentar la salud en ellos. Aquí es donde surge la duda, si los adultos mayores que no se encuentran en grupos de la tercera edad poseen dichos conocimientos correctos. Además, se pudo identificar que otros de los factores que intervienen en los conocimientos es el nivel de escolaridad, pues, si bien no se recopiló información acerca de la escolaridad de los participantes, en la socialización del instrumento, uno de ellos refirió que es profesional en enfermería lo cual le permitía conocer los riesgos del virus.

Conviene, sin embargo, advertir que parte considerable de los participantes mostraron conocimientos erróneos respecto al virus, algo que en suma evidencia una vulnerabilidad, pues como se ha mencionado en anteriores apartados, tener una información errada acerca de un evento riesgoso hace que la persona lleve a cabo una conducta que no le permita tomar las precauciones adecuadas, además aunque esa parte es minoría, representa a cada una de las personas que al igual que el resto de la población, tienen derecho a la salud y a la vida. Es aquí donde

se infiere que el papel del psicólogo se ve reflejado, y es el de analizar y profundizar en detalle esos aspectos particulares de la conducta de riesgo en aras de promover y prevenir el contagio de la infección, teniendo en cuenta que la propagación del virus no depende de solo una parte de la población, porque por una persona que no tenga una adecuada prevención, puede afectar a las personas con las que se relacione.

Un segundo objetivo que permitió dar cuenta de la percepción de riesgo de VIH/SIDA fue el encargado de dirigir éste estudio hacia las actitudes frente al VIH/SIDA, donde se pudo constatar unas actitudes adecuadas frente al VIH, en especial hacia las personas con el virus, aunque se evidenció cierto prejuicio respecto al compartir objetos con las personas infectadas. Es significativo el hecho de que exista una aceptación hacia las personas con el virus, ya que da muestra de un adecuado análisis del riesgo en el grupo de la tercera edad en mención, además, cabe resaltar el factor empático de las mismas al hablar de las personas infectadas con el virus, teniendo en cuenta que referían que muchos de ellos conocían personas diagnosticadas y sabían del padecimiento que tenían que enfrentar en relación con la enfermedad (en las últimas etapas del SIDA) y consideraban injusto e innecesario contribuir en ello, además aseguraron que es posible convivir con ellos teniendo las precauciones adecuadas frente al contagio.

Por otra parte, se especificó la percepción de autoeficacia en el uso del preservativo y la percepción de susceptibilidad de contagio. Con respecto a la autoeficacia, es evidente que los adultos mayores saben la importancia del uso del condón en la prevención del VIH, algo que es crucial debido a que se convierte en un factor protector para ellos, sin embargo, resulta preocupante que aún existen tabúes al hablar de sexualidad, algo que es importante teniendo en cuenta que permite obtener una mejor información de cómo protegerse, si bien, una de las dificultades al aplicar la prueba piloto Escala de Actitudes del VIH (VIH-AS) de Espada, Ballester, Secades, Orgilés y Martínez, (2013), fue que los adultos mayores se mostraron reacios al contestar preguntas relacionadas con prácticas sexuales de riesgo, debido a que se sentían avergonzados al abarcar ese tema, así mismo, se

reflejó en los resultados en ésta subescala, pues muchos de ellos refirieron que no se sienten capaces de hablar sobre sexualidad con sus parejas. Todo esto permite contemplar los distintos factores intervinientes en una conducta protectora, y es ahí donde surge la incógnita de si una conducta protectora está acompañada de una de riesgo ¿cuál pesa más?

Lo anterior implica un reto para el psicólogo a la hora de crear estrategias de promoción y prevención del VIH, teniendo en cuenta que se debe capacitar a las personas sobre todo lo relacionado con el VIH/SIDA, pero ¿qué asegura que la persona ponga en práctica éste conocimiento con sus parejas en el hogar? Teniendo en cuenta lo que dice Ballester (2005) esto sugiere que más allá de aportar una información y realizar una concientización, se debe hacer una intervención particular en donde se puedan aplicar técnicas de modificación de la conducta, que solo se pueden realizar en terapia, por lo cual es importante contar con esa parte institucional como las entidades de salud que son las encargadas de brindar dicho espacio.

Por último, se identificó que los adultos mayores del grupo “Despertar a la vida” se perciben vulnerables frente al contagio del virus, no obstante, aproximadamente una cuarta parte de ellos no les preocupa que puedan contraer el virus. En términos estadísticos, resulta ser algo positivo que la mayoría de las personas en éste estudio contengan buenos niveles de percepción de riesgo, sin embargo, me atrevo a comparar dicho supuesto con lo que pasa cuando se realizan las campañas de prevención y promoción de VIH hacia grupos etarios más jóvenes, y es exactamente eso, se fijan en las estadísticas que presentan mayores casos de contagio y mortalidad, y en consecuencia, dejan de lado esa “minoría” que conforman personas que también tienen derecho a acceder a medios que los beneficien en las distintas áreas de la salud, incluida la sexual y reproductiva, porque más allá de ser un derecho, es una obligación por parte de los profesionales de la salud, dar garantía de la misma a la población en general.

Es así como finalizo éste apartado, y es con la reflexión de que los adultos mayores son una población que al igual que los demás grupos etarios merecen ser atendidos

en las diferentes áreas de su vida, incluida la salud sexual, es un compromiso de nosotros como sociedad garantizar esos derechos y velar por el bienestar de todos, por lo tanto, considero que las limitaciones de éste estudio yacen en no abarcar la percepción de riesgo en una muestra que no pertenezca a un grupo de la tercera edad, la cual, de alguna manera cuenta con el beneficio de pertenecer a programas de apoyo al adulto mayor, así mismo, ahondar en aspectos como la escolaridad, y las prácticas sexuales de riesgo. Para futuras investigaciones, se recomienda tener en cuenta información relacionada con la escolaridad de los adultos mayores, ya que permitiría obtener información mucho más detallada con respecto a los causales por el cual desconocen aspectos importantes sobre el virus.

14. REFERENCIAS

- Alcaldía de Santiago de Cali. (2020). Infraestructura de datos espaciales Santiago de Cali. [Figura] Recuperado de <http://idesc.cali.gov.co/geovisor.php>
- Almeida, J., Oliveira, A., Ribeiro, L., Aparecida, S., Aparecida, A. y Scatena, T. (2014). Sida en adultos de 50 años y más: características, tendencia y difusión espacial del riesgo. *Latino- Am. Enfermagem* 22 (3), 355-63. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00355.pdf
- Arrivillaga, M., Pérez, M., Borrero, Y., Cecilia, M., Holguín, J., y Ross, M. (2016). ¿Qué es primero: desigualdades o inequidades? A propósito del caso de la mortalidad por vih/ sida en Cali, Colombia (1986-2012). *Gerencia y Políticas De Salud*, 15(31), 216-231. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18233>
- Asociación Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, principios éticos para la investigación en humanos. Recuperado de http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/sida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 10(1), 53-69. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10062.pdf>
- Bandura (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over aids infection. *Evaluation and Program Planning* 13, pp. 9-17. Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1990EPP.pdf>
- Bermúdez, M. P., Buena-Casal, G. y Uribe, A. F. (2005). Adaptación al colombiano de la escala VIH-65. *Universidad de Granada*. Documento sin publicar. Recuperado de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/articulo/view/103/307>
- Bittencourt, G., Moreira, M., Meira, L., Nóbrega, M., Nogueira, J. y Silva, A. (2015) Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (4), 579-585. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400579&lng=pt&tlng=pt
- Cardona, D., Segura, A., y Garzón, M. (2014). Riesgo invisible y silencioso: virus de inmunodeficiencia humana en mayores de 50 años. Colombia 1998-2009. *Investigaciones Andina* 16 (29), 1086-1098. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-81462014000200008
- Castillo (2015). Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH Cartagena. 2015 (tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3153/CONOC>

[IMIENTOS%2C%20ACTITUDES%2C%20SUSCEPTIBILIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

- Chaparro, Y. y Tafur, L. (2010). Vih/sida en el adulto mayor: enero de 2004 a diciembre de 2007: un problema de salud pública en Cali (tesis de pregrado). Universidad del Valle, Colombia. Recuperado de <http://opac.univalle.edu.co/cgi-olibr/?infile=details.glu&loid=771704&rs=5065254&hitno=1>
- Congreso de la República de Colombia (2006). Ley N° 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66205
- Congreso de la República de Colombia (2008). Ley n° 1251. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1251-de-2008.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2011). Ley n° 1438. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de la República de Colombia (2017). Ley n° 1850. Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>
- Espada, Ballester, Huedo, Secades, Orgilés, y Martínez. (2013). Elaboración de un nuevo instrumento para evaluar las actitudes relacionadas con el SIDA entre los jóvenes españoles. *Anales de Psicología*, 29(1), 83-89. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100010
- Fong, Brook, Pullés, Fong. (2015). Percepción de riesgo de sida en adultos mayores de un área de salud. *Medisan*. 19 (9), 1115-1120. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2015/mds159g.pdf>
- Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. (2013). Directrices para el tratamiento de datos personales. Recuperado de: <https://www.unicatolica.edu.co/files/directriz-tratamiento-datos-personales-unicatolica.pdf>

- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12 (2), 133-151. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
- García y Salazar. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25 (2) pp. 57- 62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- García, R., Cortés, M., Rodríguez, A., Sánchez, A., Rojas, W., Giraldo, & Buccini, S. (2010). Transversalización de la prevención del vih/sida en proyectos de desarrollo alternativo en Colombia. *Gerencia y Políticas De Salud*, 9(18). Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsa/article/view/2633>
- Guerra N y Muñoz J. (2018). Prácticas sexuales y percepción de riesgo en estudiantes entre los 15 y 18 años de edad (Tesis de maestría). Recuperado de http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/10495/Practicas_sexuales_percepcion.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernandez, D; Abad, Y; Y Valle, E. (2013). Linfocitos T CD4+ y carga viral en pacientes VIH/sida de la tercera edad que reciben tratamiento antirretroviral. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 32, (2),139-146. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002013000200003&lng=es&nrm=iso
- Hernández, Fernández y Baptista. (2014). Metodología de la Investigación. México DF, México: McGRAW-HILL
- Instituto del Deporte, la educación Física y la Recreación del Valle del Cauca. (s.f). Historia. Recuperado de <https://indervalle.gov.co/historia/>
- Instituto del Deporte, la educación Física y la Recreación del Valle del Cauca. (s.f). Misión y Visión. Recuperado de <https://indervalle.gov.co/mision/>
- Instituto del Deporte, la educación Física y la Recreación del Valle del Cauca. (s.f). Subgerencia de Fomento y Masificación. Recuperado de <https://indervalle.gov.co/subgerencia-de-fomento-y-masificacion/>
- Instituto del Deporte, la educación Física y la Recreación del Valle del Cauca. (s.f). El adulto mayor uno de los principales beneficiarios de los programas de Indervalle. Recuperado de <https://indervalle.gov.co/el-adulto-mayor-uno-de-los-principales-beneficiarios-de-los-programas-de-indervalle/>
- Instituto Nacional de Salud. (2018). Comportamiento del VIH/SIDA. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2047.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2018). VIH /Sida COLOMBIA 2018. Recuperado de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_2018.pdf#search=Incidencia%20de%20VIH%2FSIDA%20colombia%202018
- Laroque, M., Affeldt, A., Cardoso, D., Souza, G., Santana, M., y Lange, C. (2011). Sexualidad de los Ancianos: Comportamiento para la Prevención de ETS / SIDA. *Gaucha Journal of Nursing*, 32 (4), 774-780. Recuperado de

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000400019&lng=pt&tlng=pt
- Lekalakala-Mokgele. (2016). Explorando las percepciones de género de riesgo de infección por VIH y el comportamiento relacionado entre hombres y mujeres de edad avanzada de Garankuwa, provincia de Gauteng, Sudáfrica. *Sahara j.* 13 (1), 88–95. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5642434/>
- Ministerio de Salud (1993). Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
- Ministerio de Salud y protección Social. (2012) cuidar de mi es cuidar de ti: guía de prevención secundaria para personas que viven con VIH-sida. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia-prevencion-secundaria-personas-con-VIH.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) Plan decenal de salud 2012-2021. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/07-girs-rol-incentivos.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Documento metodológico encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento sabe Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/Fl/doc-metodologia-sabe.pdf>
- Miranda, G. y Nápoles, P. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar* 38(3-4) 63-72. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v38n3-4/mil073-409.pdf>
- Mónica María Lopera. (2012). Prevalencia de infecciones oportunistas en pacientes con vih afiliados al sistema general de seguridad social en salud y su asociación con factores socioeconómicos y clínicos en Colombia. *BIOMÉDICA* 39 (1), 186-204. Recuperado de <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4508/4109>

- Mora, C. (2009). Vulnerabilidad al VIH/sida: sociabilidad y trayectorias de mujeres jóvenes con prácticas homoeróticas en rio de janeiro. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2376>
- Mora, R., Posada, M., y Rubiano, Y. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 16(33), 19-34. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/20448>
- Mpho Keetile. (2014). High-risk behaviors among adult men and women in Botswana Implications for HIV/AIDS prevention efforts . *Shara-J: Revista de Aspectos Sociales del VIH/SIDA*, 11(1), 158-166. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17290376.2014.960948>
- Negin, J., & Cumming, RG. (2010). Infección por vih en adultos mayores en África subsahariana: extrapolación de la prevalencia a partir de datos existentes. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 88 (11), 847–853. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971515/>
- Orcasita, L., Uribe, A., y Valderrama L. (2013). Conocimientos y actitudes frente al VIH/Sida en padres de familia de adolescentes colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 59-73. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/20197/43282>
- Organización Mundial de la Salud (2003) VIH/SIDA resistir a un agente mortífero. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2010) alerta y respuesta mundiales (GAR) Recuperado de https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=835DD5F707CD6461EA0010F2770F7F4F?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Percepción de los riesgos. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Pérez, I. (2013). Conocimientos y prácticas de riesgo en VIH/SIDA. Una Estrategia de Cooperación en Educación para el Desarrollo en Nicaragua. *RIO*, 1-1043. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=82109>
- Pérez, S. (2006). Calidad de vida en personas mayores. *Dykinson*, 298. Recuperado de <http://www.digitaliapublishing.com.unicatolica.basesdedatosezproxy.com/visor/7215#>
- Pimenta, C., Costa, I., Farias, M., Costa, K., Pereira, T., Leite, E., Moraes, J., Silva, C., Almeida, M., Vasconcelos, D., Sousa, A. y Costa, T. (2016). VIH / SIDA y personas mayores: conocimiento de los ancianos sobre la enfermedad.

- Archivos internacionales de medicina*, 9 (20), 1-7. Recuperado de <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1470>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2008). Información básica sobre el VIH. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2018). Estadísticas mundiales sobre el VIH del 2017. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Quevedo, L. (2014). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor una mirada desde el cuidado de enfermería. *Cultura del Cuidado* 10 (2), 70-79. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>
- Ramos, Meza Maldonado, Ortega y Hernandez. (2009) Aportes para una Conceptualización de la Vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 6 (11) pp. 47-56. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Restrepo. (2016). El concepto de riesgo: avances hacia un modelo de percepción de riesgo en salud. *Revista Psicoespacios*, 10 (16), 174-200. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5578187>
- Rodríguez y Massip. (2017). Perfil de Mayores de 50 Años con VIH en el Municipio Plaza de la Revolución (1986 al 2015). *GEROINFO* 12 (1), 1- 13. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2017/ger171c.pdf>
- Salamanca y Giraldo. (2011). Modelos cognitivos y cognitivo sociales, en la prevención y promoción de la salud. *Vanguardia Psicológica*. 2 (2), 185-202. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815140>
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. (2017). Boletín epidemiológico de eventos de interés en salud pública Cali periodo epidemiológico I – 2017. Recuperado de <http://www.cali.gov.co/buscar/?q=Prevalencia+vih+sida>
- Sigve Oltedal, Bjørg-Elin Moen, Hroar Klempe y Torbjørn Rundmo. (2004). Explaining risk perception. An evaluation of cultural theory. *Rotunde* (85), 1-46. Recuperado de http://www.svt.ntnu.no/psy/Torbjorn.Rundmo/Cultural_theory.pdf
- Soto, M., Lacoste, M., Papenfuss, y Gutierrez, L. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002
- Stuardo Ávila, Valeria, y Gajardo Jauregui, Jean. (2016). Adulto mayor y VIH: más allá de la percepción de riesgo. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1367. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000020>
- Suárez, Niño, Sepúlveda y Vega. (2008). Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. *Antípoda* 6, pp. 313-330. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/antpo/n6/n6a16.pdf>

- Teixeira De Souza, M., Stein Backes, D., Dall' Asta Pereira, A., De Lima Ferreira, C., Freitas Medeiros, H., & Caino Teixeira Marchiori, M. (2009). Nivel de conocimiento sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en un grupo de adultos mayores. *Avances en Enfermería*, 27(1), 22-29. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12950/13669>
- Tovar, L y Arrivillaga, M. (2011). VIH- SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Gerencia y Políticas Salud* 10 (21), 112-123. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v10n21/v10n21a08.pdf>
- Uribe y Orcasita (2011) Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 3 (1) pp. 40-57. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v3n1/v3n1a04.pdf>
- Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara (2009) Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico* 5 (12), pp. 29-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80111899003.pdf>
- Varela, M., Correa, D., Arrivillaga, M., Zapata, H., Hoyos, A. y Tovar, L. (2011). Prevalencia de prácticas de riesgo en población adulta de Colombia. *Revista Cubana Salud Pública* 37(4), 472-481. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400011
- Vargas (2016). Asociación entre la autopercepción del riesgo de contraer la infección por vih y la frecuencia de realizarse las pruebas para su diagnóstico, en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans reclutados en clínicas de its de Lima y Callao, Perú (tesis de maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/924/Asociacion_VargasRivera_Silver.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. ANEXOS

Anexo 1



Consentimiento Informado

Fecha: dd/mm/aa

Yo, _____ identificada(o) con cédula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____, con _____ años de edad, residencia en la dirección _____ y número de teléfono _____ manifiesto que he sido informada(o) sobre el objetivo del proyecto de investigación de pregrado al que me invitan a participar los estudiantes de Psicología aquí firmantes como una práctica privada y orientada académicamente de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA). Por lo tanto, doy testimonio de que se me hizo saber también mis derechos y las características de aplicación _____ del(os) _____ instrumento(s) _____. Aplicación que no tendrá una duración mayor a _____ minutos.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos y mi identidad. Se me informó de igual manera que el proceso de la investigación en el participo no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información será utilizada únicamente para fines académicos e investigativos en la medida en que es importante para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología de la Unicatólica.

Fui informada(o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que tengo el derecho a retirar este consentimiento informado si durante o al finalizar la participación lo considero necesario.

Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C.:

Estudiante en práctica