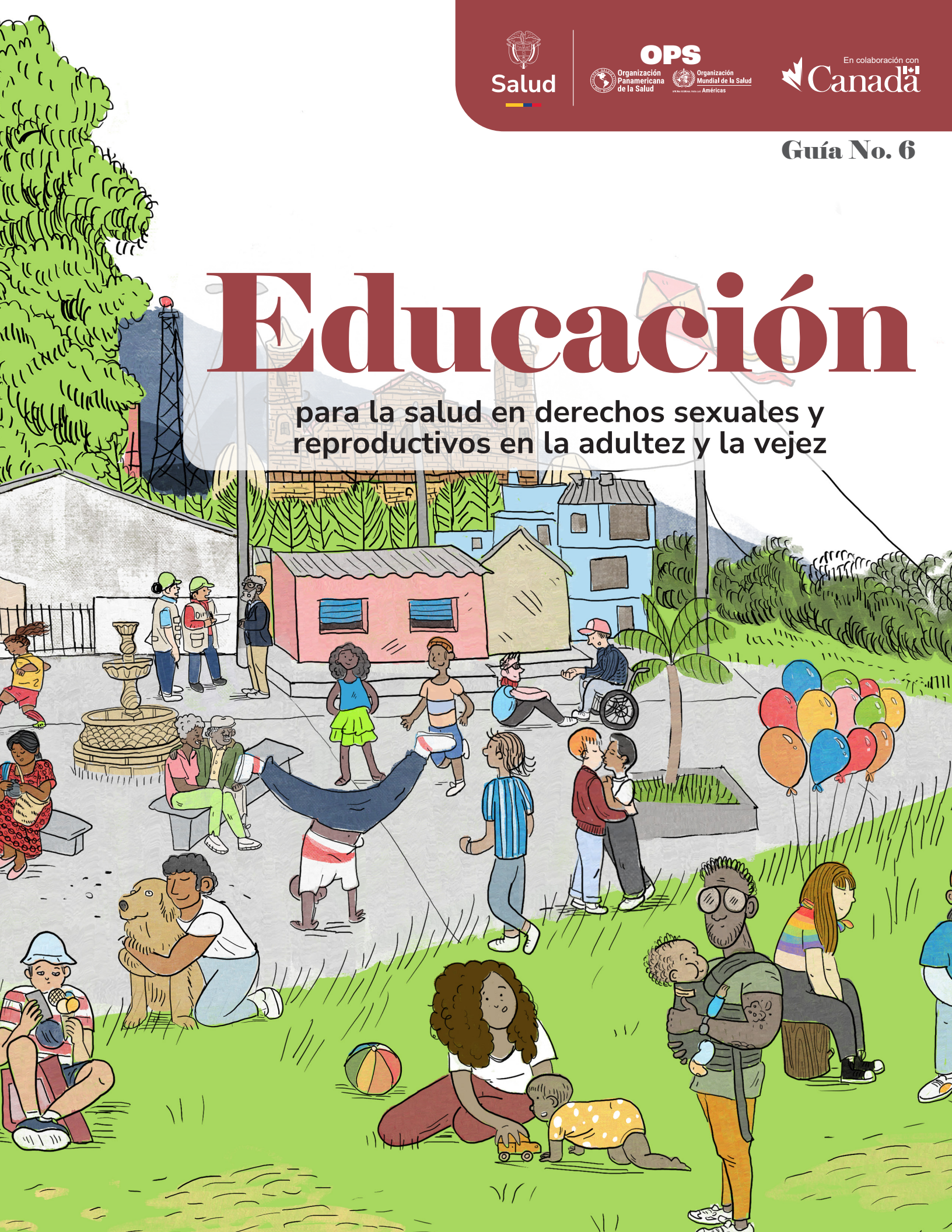


Educación

para la salud en derechos sexuales y reproductivos en la adultez y la vejez



Proyecto: Mejorando la salud de las mujeres y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Colombia 2021-2024

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Guillermo Alfonso Jaramillo

Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Sandra Consuelo Manrique Mojica

Directora de Promoción y Prevención (E)

Ricardo Luque Núñez

Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Pablo Andrés Rodríguez Camargo

Profesional Especializado en Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Gina Tambini Gómez

Representante
OPS/OMS en Colombia

Evelyne Ancion Degraff

Asesora Determinantes de
la Salud y Curso de Vida

Yeimy Catherine Rodríguez Alfonso

Consultora Nacional
SSR / Salud Materna y Neonatal

Marta Carolina Ibarra Avila

Consultora



Agradecimientos

Agradecimientos por los aportes en el proceso de diseño del contenido:

- Andrés Rivera. Docente. Universidad de Caldas. Departamento de Salud Pública.
- Diana Carolina Lezacano. Coordinadora Semillero de investigación en salud sexual y reproductiva. Universidad Antonio Nariño. Directora Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad del Bosque.
- Jenny Carolina Ramírez. Oficial de calidad. International Rescue Committee.
- Lorena Gómez. Universidad de Caldas. Docente. Departamento de Salud Pública.
- Mónica Patricia Gurado Roa. Líder en sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Secretaría de Salud de Bolívar.

Nota: Las guías de Acciones de Educación para la salud en Derechos Sexuales y Reproductivos fueron escritas usando un lenguaje sencillo dirigido a un público amplio que incluye talento humano no especializado de diferentes niveles de formación. Se uso intencionalmente la primera persona del plural para generar una lectura cálida, cercana y reflexiva. Con relación al lenguaje inclusivo, se usaron recursos como: evitar el masculino como genérico y en su lugar usar sustantivos abstractos, colectivos y neutros, así como la expresión persona o personas. Cuando esto no fue posible, se usaron los pronombres las y los. Ahora bien, el artículo “les”, que reconoce a las personas no binarias, no se incluyó en la redacción para facilitar la lectura y siempre están incluidas en las personas. Lo anterior, no significa el no reconocimiento de las diversidades. Se enfatiza en la importancia de verificar siempre la manera como cada persona prefiera ser reconocida y por lo tanto nombrada en los espacios de los cuales participa.



07

Introducción

08

Objetivo

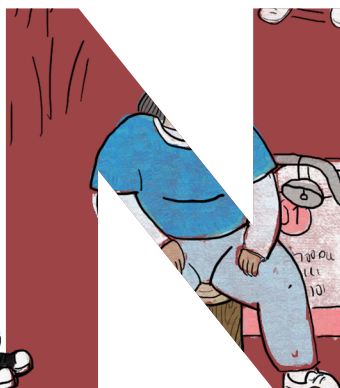
09

¿Cómo se expresa la sexualidad en la adultez y la vejez?

09

Sexualidad entre la adultez y la vejez

- Sexo **09**
- Género **12**
- Orientación sexual **14**
- Relaciones románticas **14**
- La actividad sexual y la reproducción **16**
- Respuesta sexual **20**
- La interrupción voluntaria del embarazo **21**



24

Habilidades cognitivas, socioemocionales en la adultez y la vejez

- Habilidades cognitivas 24
- Habilidades socioemocionales: autonomía 25

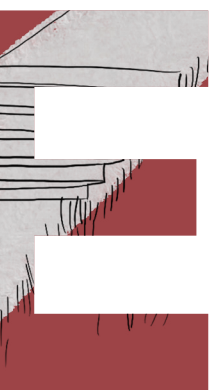
27

¿Qué rol juegan las familias y las personas cuidadoras en la salud sexual durante la adultez y la vejez?

- Promoción del bienestar 27
- Red de soporte social 27
- Prevención de la violencia contra las personas adultas mayores 31
- Definición de los objetivos específicos de las sesiones 28

38

Referencias



GUÍA

No. 6

Educación para la salud
en derechos sexuales
y reproductivos en la
adulthood y la vejez





Introducción


La adultez es un momento del curso de vida en el que, en un escenario ideal, gozamos y tenemos los recursos para tener una buena calidad de vida. También es la oportunidad para cultivar las habilidades requeridas y las condiciones de vida que nos permitan una vejez digna.

Desde una perspectiva intercultural, al interior de algunas comunidades rurales, indígenas, y afrocolombianas del país, las personas mayores ocupan lugares de poder destacados. Si trabajamos de manera conjunta, podemos identificar formas articuladas con estas autoridades para mejorar las condiciones de las comunidades, encontrar oportunidades para el cuidado de la salud y derribar barreras que limitan el bienestar en sus territorios y en sí mismas y mismos.

En la adultez ya se conoce de manera general el tránsito por los sistemas de salud. Hapero puede que se tengan las capacidades para identificar la exclusión y tomar acciones en que favorezcan la garantía de los

derechos propios y de las comunidades a las que se pertenece. Las acciones educativas que diseñemos e implementemos nos permiten contribuir a fortalecer los recursos y capacidades de las personas adultas para superar aspectos individuales, familiares y comunitarios que perpetúan las inequidades en pro de un presente con mejor calidad de vida y la preparación para una mejor vejez.

Ahora bien, desde una perspectiva interseccional, la vejez demandará un esfuerzo mayor de los equipos de salud que hacen acciones educativas para que, dentro del mismo trabajo educativo, se nutran los vínculos sociales que les permitan a las personas mayores ampliar su red de soporte para el cuidado de su salud. Si bien en algunos espacios las personas mayores ocupan lugares privilegiados en sus comunidades, en otros la vejez en las personas que pertenecen a grupos históricamente excluidos, que viven en condiciones de pobreza y que son mujeres, entre otros, afrontan retos particulares que se deben observar y abordar en las acciones educativas.



En este marco, la presente Guía nos permite conocer los objetivos generales de la política de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de las Salud (RIAS); los aspectos básicos de la sexualidad en la adultez y la vejez y el desarrollo de los mismos para tenerlos presentes al preparar las acciones educativas con ellas y ellos, con sus familiares y cuidadores, además de algunos objetivos específicos para el trabajo con estos grupos. Todo lo anterior con la finalidad de que se use en conjunto con la Caja de Herramientas como referentes para facilitar el diseño de las acciones educativas para la salud sexual y reproductiva en este momento del curso de vida.

Objetivo

En la política de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de las Salud (RIAS) se presentan los objetivos para cada momento del curso vital. La **adultez** comprende alrededor de 33 años, entre los 26 y los 59 años, edad a la que comienza la vejez. La calidad de vida que se construya por medio de hábitos saludables aprendidos desde la infancia e instaurados en la adultez, será el insumo para disfrutar de una vejez plena, feliz e independiente también en el campo de la salud sexual y reproductiva y sigue siendo una oportunidad para hacer ajustes en las prácticas, el proyecto y las condiciones de vida de tal manera que permitan disfrutar del bienestar integral. Los objetivos específicos de las acciones educativas deben contribuir con estos objetivos generales:

Adultez

- a. Desarrollar capacidades con los adultos para la promoción y mantenimiento

de su salud, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.

Vejez

- a. Desarrollar capacidades con las personas adultas mayores para la promoción y mantenimiento de su salud, con el fin de aportar al goce efectivo del derecho a la salud mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.
- b. Mantener conservadas, el mayor tiempo posible, las habilidades intelectuales de atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, razonamiento, percepción, cálculo, praxias, así como la autonomía en las personas adultas mayores, a través del entrenamiento



cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, el fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales”.¹

¿Cómo se expresa la sexualidad en la adultez y la vejez?

Esta sección presenta las principales características de la sexualidad, los vínculos afectivos, la actividad sexual y reproductiva en la adultez y la vejez. Si bien la **adultez** es el momento de la vida donde ya se han consolidado todos los cambios de crecimiento humano, hacia el final de la adultez e inicio de la vejez la cantidad de hormonas en el cuerpo desciende y, como en la ado-

lescencia, hay cambios en el cuerpo tanto en hombres como de mujeres.

Por otro lado, la identidad con el género y la orientación sexual se van consolidando, aunque en la adultez y la vejez aún se puede descubrir una orientación sexual diferente a la que se ha mantenido desde la adolescencia o la juventud. Los proyectos de vida romántica y erótica se mantienen vigentes, y probable que en la vida de algunas personas ya haya hijas e hijos y nietas/os. La actividad sexual es esperada y requiere la misma atención que en la adolescencia y la juventud. En la adultez las personas gozan de la ventaja de tener más experiencias para conocerse mejor y tener comparativamente menos barreras para tramitar sus necesidades en salud sexual y reproductiva en comparación con la adolescencia, la juventud y la vejez.

La red de soporte personal conformada por amistades, familia nuclear y extensa, relaciones de trabajo y vecindad se van afirmando en la adultez y, si se cuidan y mantienen, serán un gran apoyo en la vejez.

Sexualidad entre la adultez y la vejez

Sexo

Como se mencionó anteriormente, en la adultez ya se han consolidado los principales cambios del cuerpo con relación al crecimiento. Las mujeres que hayan sido madres biológicas habrán experimentado o experimentarán los cambios propios de la gestación, el parto y la lactancia. En la adultez la mayoría de las personas conocen por experiencia la respuesta sexual de su cuerpo aunque pueden no entenderla;

¹MSPS-Ministerio De Salud y Protección Social. Resolución No. 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

las mujeres conocen la activación del deseo, la excitación, la lubricación, aunque no necesariamente todas hayan sentido un orgasmo². Los hombres en su mayoría conocen la respuesta de su cuerpo a la activación del deseo sexual, la excitación, la erección, la eyaculación y el orgasmo.

Según las oportunidades que hayamos tenido en la vida, en la adultez conoceremos en mayor o menor grado la propia anatomía y la importancia de cada uno de los momentos de la respuesta sexual. Al trabajar con personas provenientes de comunidades indígenas, es importante tener en cuenta que algunas comunidades tienen nombres para la región genital del cuerpo en general como la parte privada del cuerpo, pero no hay términos específicos para nombrar cada parte de la vulva (clítoris, meato urinario, entrada de la vagina, labios), o el pene y los testículos en particular, ni la anatomía sexual interna. Por ejemplo, para grupos étnicos como la cultura Wayuu los genitales no se ven, ni se tocan, principalmente los de las mujeres. Es importante tener esto presente en las acciones educativas.

Al hablar de temas relacionados con la actividad sexual o el uso de métodos anticonceptivos en nuestras acciones educativas, es preferible no asumir que todas las personas hemos tenido la oportunidad de conocer y poder nombrar nuestra propia anatomía y la respuesta sexual, hablar de la menstruación de manera positiva o conocer y entender el ciclo menstrual. Tomemos siempre unos minutos para hacer un repaso, verificar y dar la oportunidad para resolver dudas o ampliar la información sobre los órganos sexuales. Como se mencionó anteriormente en la **Guía 2** en la sección sobre los ejercicios diagnósticos participativos, es posible que los temas de sexualidad no sean identificados como una prioridad dadas las barreras culturales o la

subestimación de la importancia de la salud sexual en el bienestar integral de las personas. Por lo tanto, aprovechemos cada oportunidad que tengamos para fortalecer la capacidad de conocimiento del propio cuerpo de manera positiva, en particular en las mujeres adultas y en la vejez.

En la adultez y la vejez será particularmente importante anticipar de manera positiva la



²De La Hoz, F. J. E. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 69(1), 9-21. <https://doi.org/10.18597/rcog.3035>

menopausia y la andropausia. Desafortunadamente, hay más menciones negativas y de burla sobre el término menopausia que información correcta que permita saber qué significa en realidad. En cuanto a los hombres, no es mucho lo que se habla de la andropausia como no se habla de la espermarquia en la pubertad. La salud sexual también significa tener los recursos para anticipar los cambios y vivirlos en forma tranquila y positiva.

Tanto la menopausia como la andropausia cambios esperados en todas las personas, no son una enfermedad. La menopausia y la andropausia son cambios hacia el final de la adultez e inicio de la vejez en los cuales hay una reducción de hormonas. Esto se puede percibir por sensaciones en el cuerpo y por la desaparición paulatina de la menstruación en las mujeres. Así como el aumento de las hormonas en la pubertad nos hizo crecer y cambiar, la reducción de las hormonas en la adultez e inicio de la vejez también trae cambios. Cada persona experimenta estos cambios físicos de manera única, y con las acciones educativas podemos promover que se experimenten con tranquilidad. Si se desea o requiere, podemos invitar a consultar sobre estos temas con el personal de salud en caso de que las sensaciones físicas o anímicas sean incómodas.

Al llegar a la menopausia o andropausia, las personas trans que hayan pasado por tratamiento con hormonas experimentarán cambios de manera más leves o los habrán experimentado antes, como es el caso de los hombres trans que remueven el útero y los ovarios. Por lo general esta información la pueden obtener con su profesional de medicina que acompaña su proceso. En la adultez, con la reafirmación del sexo con el que se identifican y en busca de su bienestar psicológico, algunas personas trans deciden automedicarse, tomar hormonas por

su cuenta e incluso recurrir a procedimientos quirúrgicos no profesionales para cambiar su apariencia dadas sus condiciones sociales, económicas, su desconocimiento y las malas experiencias en los servicios de salud, lo que implica una vulneración de derechos. La automedicación de hormonas, así como cualquier otra automedicación y procedimiento quirúrgico no profesional pone la vida de las personas trans en riesgo.

El proceso de envejecimiento en las personas intersexo dependerá de sus condiciones físicas particulares, pues hay muchas maneras en las cuales se configura la intersexualidad. También dependerá de si han recurrido a tratamientos o cirugías como los de las personas trans e incluso que no hayan tenido la oportunidad de entender las características de su cuerpo, tengamos esto siempre presente en nuestras sesiones educativas para no olvidar nombrar ninguna de las diversas formas en las que existen las personas con relación al sexo.

Tengamos presente la importancia de tender puentes con los servicios de salud en nuestras acciones educativas, para así mejorar la red de soporte que tienen las personas trans e intersexo que les permite cuidar y mantener su salud física, psicológica y social en todos los momentos del curso de vida; la adultez y la vejez no son la excepción. Independiente de la identidad con el sexo, todas las personas pasamos de la adultez a la vejez y todas cambiamos de manera particular. La **Tabla 1** resume las diversas sensaciones del cuerpo que se pueden experimentar con la llegada de la menopausia y la andropausia.





Tabla 1. Cambios con la menopausia y la andropausia

Mujeres-Menopausia	Hombres-Andropausia
<p>En el cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de masa muscular • Reducción de estatura • Aumento de la grasa corporal • Reducción del volumen de los senos • Fragilidad del cabello y aumento de vello facial • Sudoración • Sensación de calor • Escalofrío • Cambios al orinar 	<p>En el cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de masa muscular • Reducción de estatura • Aumento de la grasa corporal • Hinchazón en las mamas (los hombres también tienen tejido mamario en los pechos) • Sudoración • Sensación de calor • Escalofrío • Estreñimiento
<p>Respuesta sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción o aumento del deseo sexual • Menor lubricación en la vagina 	<p>Respuesta sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del deseo sexual • Menores erecciones • Las erecciones duran menos tiempo
<p>Reducción o intermitencia de la menstruación hasta desaparecer Ya no hay ovulación y por lo tanto no hay embarazos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de fertilidad, pero puede seguir dejando en embarazo • Eyaculación con menos semen, pero sigue produciendo espermatozoides
<p>Anímicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de energía • Irritabilidad • Nerviosismo • Bajo ánimo • Cambios en el sueño • Cambios en la capacidad de concentración 	<p>Anímicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de energía • Irritabilidad • Nerviosismo • Bajo ánimo • Cambios en el sueño • Cambios en la capacidad de concentración



Como nos podemos dar cuenta, al igual que en la pubertad, hombres y mujeres experimentan cambios, y de nuevo los estereotipos de género impactan de manera negativa la aceptación y la percepción de los cambios como algo positivo. En nuestra cultura hay expresiones descorteses y erradas sobre los cambios del cuerpo de las mujeres en cualquier edad. No sucede lo mismo para los hombres, aunque ambos pasen por los mismos cambios. Al igual que en la pubertad, si no conocemos estos cambios no los podemos anticipar, y cuando los empezamos a percibir nos vamos a preocupar. Si los conocemos y los anticipamos, los podremos manejar y, si se requiere, podremos alivianarlos un poco con la ayuda del servicio de salud en aquellas situaciones que generen incomodidad.

En la adultez y la vejez se habla con mayor frecuencia de la pérdida de las capacidades físicas y de la aparición de dolencias. En nuestras sesiones educativas podemos incluir actividades de movimiento, danza, percepción de olores, sabores y texturas que faciliten la conexión con el cuerpo de manera positiva. Desde las capacidades, podemos promover que el cuerpo nos recuerde el placer de las sensaciones agradables, sentir alegría, conexión desde la gratitud con ese cuerpo que sigue cambiando y que les permite a las personas reconocerse en esos cambios, conectarse con otras personas y con su entorno.

Género

Recordemos que el género es la dimensión social de la sexualidad, y que la identidad con el género se relaciona con los roles que decidimos tener, por lo tanto cambia con las actividades que las personas desempeñamos. En la adultez la identidad de

género es más estable. En la adultez tenemos todas las capacidades para analizar e identificar cómo los estereotipos de género contribuyen o no con nuestro bienestar, cuándo han sido una oportunidad y cuándo han sido un obstáculo. Las sesiones de educación para la salud sexual y reproductiva son una gran oportunidad para compartir esas reflexiones en diferentes campos del bienestar personal.

Al igual que sucede en la adolescencia, dados los estereotipos existentes de belleza, el cambio del cuerpo afecta el autoconcepto. En la adultez y la vejez sucede lo mismo. Como puede observarse en la **Tabla 1**, el cuerpo cambia y la imagen corporal no va a coincidir con los estándares comerciales irreales de belleza. Estos estándares privilegian la imagen adolescente y juvenil tanto de hombres como en mujeres. Esto es una fuente de incomodidad, principalmente en las mujeres, que afecta su autoconcepto por la comparación personal y social con esos referentes irreales y que no incluyen la diversidad de personas. Es importante que en las sesiones de educación generemos diálogos que permitan revisar esos estereotipos de belleza alejados de la realidad. Las personas pueden llegar a poner en riesgo su salud tratando de cumplir con esos estándares irreales.

En la vejez se ve la vida en retrospectiva. Se puede contrastar con la experiencia propia y de otras personas cómo esas ideas fijas de lo que es “ser mujer” o “ser hombre” han sido oportunidades u obstáculos. La vejez sigue siendo una oportunidad para liberarse de estos estereotipos y vivir una vida plena e independiente. Para la mayoría de personas son 10 a 15 años de vida (entre los 60 y los 75 años de edad); en algunos casos son más años, y tienen todo el derecho de vivir esos años de una manera digna y feliz.



Las sesiones educativas constituyen una oportunidad para seguir reflexionando sobre las posibilidades en la calidad de vida, y al mismo tiempo ayudar en la conversación grupal a ver cómo los estereotipos de género están detrás de muchas de las decisiones que se toman con relación a la salud y a las oportunidades o restricciones de tener una mejor calidad de vida. En las sesiones emergerán también heridas profundas de las violencias, la desinformación, la falta de oportunidades que dejaron otros momentos de su vida cuando las inequidades de género eran aún más profundas y había menos garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Con mucha ética y cuidado de no hacer daño, los espacios educativos también serán una oportunidad para ayudar a sanar estas heridas, tanto en mujeres como en hombres.

Orientación sexual

Como se ha venido mencionando, la orientación sexual es una dimensión psicológica que se descubre con el paso del tiempo. En la adultez y la vejez se puede reconocer una orientación sexual diferente a la que ha predominado en la adolescencia y la juventud. Una persona heterosexual que vivió un matrimonio con hijos puede identificarse con una orientación sexual diferente, por ejemplo ser gay, y decidir reajustar su proyecto de vida. Una mujer que durante su adolescencia y juventud se reconoció como lesbiana, puede identificarse como bisexual en la adultez o la vejez. En la adultez hay procesos más consolidados de identidad y aceptación de la propia orientación sexual, lo cual es un aspecto muy importante en el bienestar psicológico.

Así como es importante rodear a las personas trans e intersexo con una red de soporte que mantenga su calidad de vida,

las personas con orientaciones sexuales diversas también necesitan de una red de apoyo, pues están expuestas a de manera constante a discriminación y rechazo, lo que afecta profundamente su bienestar social y psicológico. Con las sesiones educativas y a través de la manera en la que manejemos los contenidos, los ejemplos de la vida diaria que se usen y la tranquilidad con la que se aborden temas socialmente sensibles, podemos contribuir a la promoción de un ambiente de respeto a la diversidad dentro de las comunidades.

Relaciones románticas

En la adultez las relaciones de pareja tienden a ser más estables y con niveles de compromiso más profundos. Es frecuente que en esta etapa se consoliden los proyectos de vida en pareja por medio de la unión libre o el matrimonio. Cada vez es más frecuente que en la adultez, después de terminar una unión o matrimonio de varios años en la que incluso se han tenido hijas e hijos, se vuelva a tener una pareja estable. También hay más personas que deciden no incluir la dimensión romántica en su proyecto de vida y no volver a conformar pareja o nunca haberlo hecho.

Resulta interesante que en la adultez aun se mantengan los imaginarios del amor romántico presentados en la **Guía 5**, así como los estereotipos de género que dificultan mantener las relaciones equitativas. También pueden prevalecer algunas ideas preconcebidas tales como que en las parejas solo los hombres deben tener el rol proveedor, o que si la mujer trabaja debe ganar menos que el hombre con quien tenga la relación de pareja o que una vez haya hijos, la mujer debe quedarse en el hogar. En el marco de la convivencia se puede seguir pensando que las labores de cuidado son



de las mujeres y no una responsabilidad compartida entre todas las personas que viven en el hogar, o que las mujeres están para complacer al hombre. Estos son algunos ejemplos de inequidades de género en las relaciones heterosexuales, pero las relaciones entre personas del mismo sexo paradójicamente no escapan a los efectos de los estereotipos de género y los replican también en sus relaciones de pareja en las dinámicas de poder que crea la persona que más ingresos tiene, o la de más edad, o la persona físicamente más atractiva, o por ser quién sale a trabajar mientras la otra persona se queda en la casa cuidando del hogar y las hijas e hijos cuando los hay.³

Para las parejas del mismo sexo, las relaciones románticas y la crianza pueden ser situaciones aún más retadoras, porque generalmente tienen una red de soporte más pequeña que las parejas heterosexuales. Esto puede dificultar tanto tener apoyo para disfrutar la crianza como compartir

experiencias con otras madres y padres y para tramitar conflictos y calamidades domésticas como enfermedades y duelos.⁴

Además de compartir la cotidianidad, las personas que deciden vivir en pareja deben ponerse de acuerdo con respecto al pago de las cuentas, el cuidado de la casa, las relaciones con las familias extensas, los horarios de trabajo, el uso del tiempo libre, las situaciones de salud, la crianza de los hijos si los hay y el cuidado mutuo de la relación de pareja. Entre más intereses comunes haya con una persona, más probabilidad hay de que surjan conflictos. Por lo tanto, es importante contar con los recursos para identificar la manera en la que se tramitan en forma constructiva los conflictos típicos de las relaciones y la manera en la que se toman las decisiones para poder sentirse bien en una relación.

En una relación equitativa y constructiva los intereses de las personas involucradas se deben tener en cuenta de la misma manera y con la misma frecuencia. A esto se le llama un estilo de pareja centrado en el balance que debe haber entre la cercanía con la otra persona y la autonomía individual. Si solo tengo en cuenta lo que yo quiero, mis necesidades e intereses, es un estilo centrado en la autonomía; y si la prioridad es siempre lo que la otra persona quiere o necesita, entonces es un estilo centrado en la cercanía. Conocer estos estilos es un recurso muy útil en las acciones de educación para la salud sexual y reproductiva pues permite que las personas identifiquemos y analicemos los aspectos a favor y contra de estos estilos de pareja y pensemos en acciones que promuevan el bienestar en pareja. La **Tabla 2** presenta un resumen de los estilos de las relaciones de pareja en diferentes aspectos.



³Brown, C. (2008). Gender-Role Implications on Same-Sex Intimate Partner Abuse. *Journal of Family Violence*, 23, 457-462. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-008-9172-9>

⁴Leal, D., Gato, J., Coimbra, S., Freitas, D., & Tasker, F. (2021). Social Support in the Transition to Parenthood Among Lesbian, Gay, and Bisexual Persons: A Systematic Review. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-15. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-020-00517-y>



Tabla 2. Estilos de relacionamiento en la pareja

Dimensiones de la relación	Estilos de pareja		
	Centrado en la autonomía personal	Centrado en la cercanía con el otro	Centrado en el balance entre la cercanía y la autonomía
Toma de decisiones	Asume el control, domina a la pareja, toma las decisiones que afectan a los miembros de la pareja sin consultar.	Deja que la otra persona asuma el control y le permite tomar por sí misma las decisiones.	Promueve la discusión sobre las alternativas, plantea abiertamente su opinión, expresa cuando no está de acuerdo, busca llegar a un consenso.
Satisfacción de necesidades	Satisface por sí misma sus necesidades; se siente responsable de buscar la manera de satisfacer sus propias necesidades; tiene dificultades para expresar abiertamente lo que necesita.	Da prioridad a las necesidades de su pareja; se preocupa por satisfacer las necesidades de la otra persona por encima de las suyas.	Trata de balancear sus propias necesidades con las de su pareja.
Sensibilidad	No está sintonizada con los sentimientos y las necesidades de su pareja.	Demasiado sensible a las necesidades y sentimientos de su pareja, pero le cuesta trabajo identificar los propios.	Se esfuerza por clarificar sus necesidades y sentimientos, al igual que los de su pareja.
Límites	Necesita estar separada de su pareja, le incomoda (y le teme a) la cercanía.	Prefiere la cercanía, se esfuerza por ser "uno solo" con su pareja.	Se siente cómoda con la cercanía, y al mismo tiempo, siente que es una persona independiente de su pareja
Preocupación por la relación	Se preocupa muy poco por los asuntos de la relación, se muestra desinteresada.	Su principal preocupación en la vida es la relación.	El interés por la relación esta matizado por el interés que mantiene en otros asuntos.

Tabla tomada de Vargas-Trujillo (2007) *Sexualidad mucho más que sexo* página 209⁵.

⁵Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad mucho más que sexo*. Uniandes

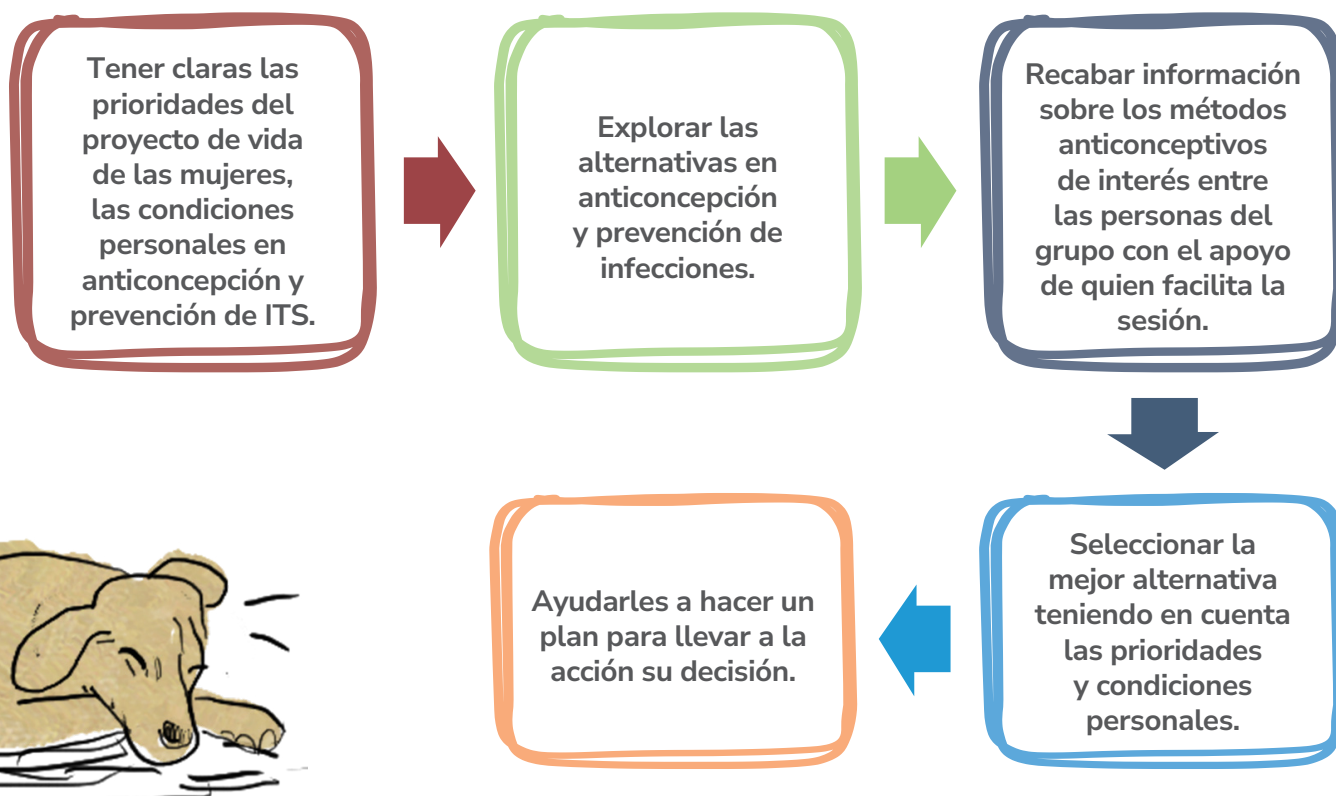
La actividad sexual y la reproducción

Recordemos que la actividad sexual tiene varias funciones: experimentar placer, comunicar afecto, conocer nuestro cuerpo y, quienes lo deseen, reproducirse. Con el inicio de la actividad sexual penetrativa es muy importante usar métodos de protección contra la Infecciones de Trasmisión Sexual, y si la actividad sexual es penetrativa vaginal, usar métodos anticonceptivos desde la adolescencia, y en la juventud, en la adultez y en la vejez.

Las relaciones sexuales de mutuo acuerdo, equitativas y placenteras, son relaciones libres de preocupación y miedo. Usar métodos de protección permite que las relaciones sexuales cumplan su fin: experimentar placer, comunicar afecto y conocer nuestro cuerpo, y en algunos casos la reproducción en el momento que se desea.

Aunque los métodos anticonceptivos modernos son conocidos por la mayoría de las personas (por ejemplo, las pastillas, la inyección, el implante subdérmico, el anillo, la T, el condón femenino y masculino, la pastilla de emergencia, la ligadura de trompas y la vasectomía, entre otros), saber que existen y cuáles son no es suficiente para que los usen. Además de recordar qué métodos existen y cómo funcionan, debemos propiciar en nuestras acciones educativas un ambiente de confianza para discutir y analizar en grupo, o de manera individual, los aspectos a favor y en contra, las creencias y el estilo de vida de las personas que favorece o no el uso de métodos anticonceptivos y de protección contra las Infecciones de Trasmisión Sexual.⁶ El ciclo de toma de decisiones es útil para esta tarea.

Tabla 1. Elaboración propia con base en Vargas-Trujillo (2007)



⁶Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 659. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216627/>

Con el grupo podemos usar el ciclo de toma de decisiones reflexivas para:

- En el proceso, aclarar información que no está sustentada en la evidencia científica sobre los efectos secundarios del uso de métodos anticonceptivos y de protección contra las Infecciones de Trasmisión Sexual.
- Anticipar y discutir las barreras que perciban las personas del grupo o quien consulta.
- Recordar la existencia de la anticoncepción de emergencia.
- Discutir las ideas que puedan tener mujeres y hombres en edad fértil para pen-

sar que ellas no quedan en embarazo o ellos no puedan embarazar por lo tanto no necesitan usar métodos anticonceptivos modernos.

- Destacar siempre la importancia de la doble protección-anticoncepción y prevención de infecciones de trasmisión sexual.
- Discutir y trabajar en las habilidades para pedir y usar el condón.
- Incluir en la conversación a los hombres y promover su rol activo en la regulación de la procreación y los métodos anticonceptivos a su disposición (condón masculino y vasectomía), de manera que ellos puedan participar en la decisión de si quieren o no dejar a alguien en embarazo, y si así es, cuándo lo desean, y cuántas hijas e hijos desean tener.
- Recalcar la importancia del apoyo y acompañamiento que los hombres deben hacer a sus parejas mujeres en el uso de métodos anticonceptivos por el bien de ellas, de sus hijos futuros, de la familia y de la comunidad. Esto es particularmente importante en el caso de que las personas se identifiquen como miembros de un grupo étnico indígena o de una comunidad rural donde las uniones tempranas están normalizadas y los proyectos de vida personales se entrelazan con los proyectos comunitarios para mantener su cultura.
- Incluir en la conversación la utilidad de los métodos anticonceptivos modernos para ejercer el derecho a planear cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y en qué condiciones los quieren criar. Esto permite hacer planes para el crecimiento personal de la mujer (culminar estudios, lograr estabilidad laboral, iniciar em-



prendimientos), el cuidado de los hijos ya existentes y la calidad de vida de la familia (planes de ahorro, de construcción, de cambio de residencia) en pro del mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas de la familia.

- Considerar que para algunas mujeres la negociación de la actividad sexual con sus parejas no es sencilla, y algunas de sus parejas no aprueban el uso de métodos anticonceptivos. En estos casos, buscar opciones que reduzcan al máximo la exposición al riesgo y aumenten la seguridad de la mujer.

En las sesiones grupales es importante mantener la motivación y contribuir con una norma social que favorezca el uso de métodos anticonceptivos y de protección contra la transmisión de infecciones, así como crear una relación cercana con quienes no los usan para que tengan la oportunidad de ver cómo otras personas superan las barreras que ellas y ellos perciben.

Al igual que con las y los adolescente y jóvenes, con las personas adultas se puede hacer un análisis crítico de la percepción y satisfacción de la calidad del servicio en anticoncepción que tiene la institución de salud, acercar a mujeres y hombres a los servicios de salud tendiendo puentes con las y los colegas al frente de la consulta de anticoncepción para contribuir a disminuir las barreras para el acceso y calidad de los servicios, y aumentar la oportunidad de acceso a estos. La posición social influye en las brechas en salud entre diferentes

grupos de personas. Tener estas oportunidades de diálogo y de acercamiento a los servicios de salud en anticoncepción es particularmente importante cuando hagamos sesiones con mujeres mestizas jóvenes y adultas en condiciones de pobreza, migrantes y mujeres de comunidades étnicas y en contextos rurales.⁷

Recordemos que, en la vejez, si bien las mujeres ya no están en edad reproductiva, los hombres sí y que esto se mantiene hasta el día de su muerte. Recordemos también que el hecho de que las mujeres no puedan quedar en embarazo no exime a los hombres mayores de asumir cuidados en su comportamiento reproductivo cuando la actividad sexual es con mujeres en edad reproductiva. En esta misma línea, hombres y mujeres en la vejez y de todas las orientaciones sexuales deben poder tener relaciones sexuales placenteras sin el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

En la vejez, la actividad y el placer sexual son importantes, son una fuente de bienestar y de autonomía, y al igual que en otras etapas del curso de vida, las personas deben participar en estas de manera libre y voluntaria. En la vejez las tareas laborales o de crianza ya no son el centro del proyecto de vida de las parejas o de las personas. La vejez no significa el fin de la dimensión romántica y erótica del proyecto de vida, aunque las normas sociales estereotipadas nos hagan sentir o pensar que es así.⁸

Estas actitudes negativas dejan a las personas navegando solas durante la vejez en cuanto a sus intereses eróticos, sin atreverse a hablar, preguntar o solicitar servicios de salud sexual y reproductiva. Esto suce-

⁷WHO (2023) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

López Chica, E. Y. (2022). Autonomía reproductiva: desigualdad en el acceso al aborto seguro ya métodos anticonceptivos para las mujeres rurales en Colombia. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/derypol/article/view/353363/20811096>

⁸Sinković, M., & Towler, L. (2019). Sexual aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Qualitative Health Research*, 29(9), 1239-1254. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732318819834>



de por las creencias y estereotipos sociales sobre el cuerpo, la actividad sexual en general, el deseo y la autonomía erótica de las mujeres, la actividad sexual solo para reproducción, el cuidado de la salud sexual y reproductiva como un asunto de las mujeres y no de los hombres, y todo lo anterior con más barreras si se reconocen como personas mayores lesbianas, gay, bisexuales, trans, entre otros.⁹

Por lo tanto, en nuestros encuentros educativos para la promoción de la salud sexual y reproductiva es importante fortalecer la actitud positiva hacia los procesos de envejecimiento, trabajar con todos los grupos una autoimagen corporal positiva lejos de los estereotipos, naturalizar las conversaciones sobre el deseo, el placer y las respuestas del cuerpo frente a lo que despierta el deseo sexual y se considera erótico para cada momento del curso de vida. Los estereotipos de género y el recuerdo o idealización de la actividad sexual en la juventud pueden desplazar la capacidad de reconocer el erotismo en comportamientos igualmente satisfactorios y que se adaptan más fácilmente a las condiciones físicas y de salud de cada persona en la vejez. Por ejemplo, los besos, las caricias en el cuerpo y la masturbación individual o en pareja. Si valoramos de igual manera todos los tipos de actividad sexual a lo largo de la vida tendremos más recursos para que, si lo deseamos, tengamos encuentros sexuales consentidos, placenteros y constructivos en la vejez.

Tengamos presente de manera puntual analizar y discutir desde la adultez y en el trabajo con grupos de personas en la vejez las siguientes dimensiones:

- El significado personal y la comprensión de la actividad sexual.

- La importancia del consentimiento sexual en todas las actividades sexuales, incluida la actividad sexual en el marco de las uniones y el matrimonio.
- Los vínculos románticos, la búsqueda de pareja y la compañía emocional.
- Los estereotipos y prejuicios sobre los roles de género, la vejez y la actividad sexual y romántica en la vejez.
- Las barreras existentes para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y cómo superarlas si se requiere.

Respuesta sexual

Tanto para las personas en la adultez como para las personas en la vejez la calidad de la actividad sexual es una parte importante de su salud sexual. Cuidar y entender la manera en la que el cuerpo responde a diferentes estímulos, las fases de la respuesta



⁹McParland, J., & Camic, P. M. (2016). Psychosocial Factors and Ageing in Older Lesbian, Gay and Bisexual People: a Systematic Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3415-3437. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13251>

sexual, la importancia de usar en los encuentros sexuales un abanico amplio de comportamientos eróticos, que permita el reconocimiento del propio cuerpo y el de la pareja, así como sus tiempos, ritmos y gustos es importante.

En nuestras sesiones educativas es clave abordar el comportamiento sexual desde la adolescencia, integrando las diferentes dimensiones del ser humano: física, espiritual, étnica, de orientación sexual, identidad de género, edad, historia de vida, entre otras. Reconocer y tener claro que la respuesta sexual no solo depende de la salud física o capacidad funcional de los órganos genitales, depende en gran medida del momento emocional en el que se encuentren las personas, de su sistema de creencias, de las condiciones del encuentro con la otra persona, de la disposición personal y el reconocimiento profundo de ser una persona merecedora de experimentar placer, particularmente en las mujeres en todos los grupos sociales, y especialmente los grupos históricamente excluidos. El placer también depende de la percepción de seguridad emocional y física durante los encuentros sexuales. En resumen, la respuesta sexual depende de aspectos físicos, emocionales y sociales.¹⁰

En este contexto, manifestar que sentir incomodidad o dificultad para que la actividad sexual sea placentera, a nivel físico y emocional, es frecuente y pasa en cualquier momento de la vida, no solo en la vejez. El personal de salud también está para dar orientación y prestar ayuda si sienten dificultades para sentir deseo sexual, para mantener una erección, lubricar o sentir orgasmos, o sienten dolor durante las relaciones sexuales. Identifiquemos a qué profesionales en salud pueden recurrir las personas en nuestras instituciones de salud para hacer

una atención más personalizada y aumentar la probabilidad de buscar ayuda dentro de la red natural de los servicios de salud de las personas adultas y en la vejez.

La interrupción voluntaria del embarazo

Las leyes del país han cambiado recientemente con relación a la interrupción voluntaria del embarazo. No todas las personas están informadas acerca de los avances en los derechos de las mujeres de todas las edades para interrumpir voluntariamente el embarazo, libres de barreras legales, cuando se enfrentan a un embarazo no deseado o que pone en riesgo su bienestar, o que no se puede llevar a término. Por el avance en la ley, no deberían existir en la actualidad barreras sociales ni en los servicios de salud para interrumpir un embarazo hasta la semana 24 de embarazo. Pasado este tiempo, se deben cumplir los requisitos de ley que indica la **Figura 2** en la que se muestra la ruta para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Desde las acciones en educación en salud reproductiva es importante que las personas y la comunidad sepan que cuentan en los agentes educativos con una persona garante de derechos, y que está dispuesta a brindar la información que se requiera con relación a las necesidades de servicios para la interrupción voluntaria del embarazo. Es muy probable que la interrupción voluntaria del embarazo no sea un asunto problematizado o priorizado por la mayoría de los grupos en los procesos de diagnóstico, pero debemos encontrar ventanas de oportunidad para incluirlo en las sesiones en las que se aborde la planificación familiar o la violencia sexual. Esto es particularmente importante en contextos de crisis humanitaria con altos niveles de vulneración de los derechos

¹⁰World Health Organization. (2006). *Sexual Health Document Series. Defining Sexual Health: Report of Technical Consultation on Sexual Health*. Consultada en <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>

Figura 2. Ruta de atención para la IVE



Ruta de IVE

MUJERES NO AFILIADAS/MUJERES MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR

La red pública de salud debe garantizar el acceso a la IVE, acudir al hospital (IPS pública) más cercano por el servicio de urgencias.

MUJERES AFILIADAS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (Régimen subsidiado o contributivo)

La EPS debe garantizar el acceso a la IVE, se puede activar la ruta:

- Solicitando una cita por medicina general o prioritaria.
- Acudiendo por el servicio de urgencias de una IPS (Hospital o clínica) de la red de la EPS
- Si tiene convenio con la EPS, a través de IPS privadas especializadas en salud sexual y reproductiva como la Fundación Oriéntame,
- Profamilia o Unimédicos.

HASTA 24 SEMANAS DE EMBARAZO

No se debe cumplir con ningún requisito, basta con la manifestación de la decisión de la mujer libre e informada de acceder al procedimiento IVE (Sentencia C-055 2022)

MÁS DE 24 SEMANAS DE EMBARAZO

Ubicarse en alguna de las causales, establecidas por la Corte Constitucional (Sentencia C-355 2006)

Solicitud del procedimiento IVE (verbal o escrito)****

La EPS o la Institución Prestadora de salud tienen un plazo de 5 días calendario para autorizar el procedimiento.

1 **Riesgo para la salud y la vida**
Cuando continuar con el embarazo pone en riesgo la vida y la salud, entendida como física, mental y social

Requisito:
certificado de la causal Derecho a un diagnóstico integral y oportuno*

2 **Malformación del feto incompatible con la vida**

Requisito:
certificación médica de que la malformación del feto es incompatible con la vida

3 **Violencia sexual**
Cuando el embarazo es resultado de acceso carnal violento o acto sexual sin consentimiento, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentida e incesto.

Copia de la denuncia penal**/ activación del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual***

¿QUÉ HACER SI LA EPS/ IPS IMPONE BARRERAS DE ACCESO A LA IVE?

Vía administrativa

- Se informa de la situación a Ministerio Público:
 - Defensoría del Pueblo
 - Procuradurías Regionales o Nacional
 - Personerías Municipales o
- Se realizan quejas ante las entidades de inspección, control y vigilancia.
 - SuperSalud: En caso de EPS
 - Secretarías de Salud Municipales o Departamentales en caso de IPS
 - Tribunales de Ética Médica
 - Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

Vía Judicial

- Acción de tutela

* Solicite que un profesional de la medicina (Médico/a o Psicólogo/a) haga un diagnóstico integral de su estado de salud. Cuando en el diagnóstico integral de salud se determina que hay un riesgo para la vida o la salud de la mujer, el profesional de la salud debe emitir un certificado en que conste el riesgo. En todo caso, se debe tener en cuenta que es la mujer y no el profesional de la salud quien decide qué riesgos quiere asumir y si debe o no interrumpir su embarazo, y esta decisión debe ser respetada. Esta información debe consignarse en la historia clínica. El certificado se puede solicitar a un médico externo de la EPS o IPS.

** No se debe solicitar copia de la denuncia en el caso de menores de 14 años, pues se presume la violencia sexual y en los casos de mujeres víctimas de violencia en el marco del conflicto armado. Ley 1719 de 2014.

*** De acuerdo con el Protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual .Resolución 0459 de 2012 y la 1719 de 2014 (Víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones) la atención en salud en este tipo de casos (violencia sexual) se brindará como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de denuncia penal. Se debe garantizar entre otras la anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos, y si así la mujer lo desea el acceso a la IVE.

**** Si bien la solicitud puede realizarse de forma verbal o escrita, es conveniente realizarla mediante escrito por cuanto permite tener un número de radicación que facilita el seguimiento, particularmente en casos en que se estén presentando barreras de acceso o dilaciones injustificadas



Te brindamos la asesoría que necesitas

(+57) 320 273 3179

www.despenalizaciondelaborto.org

de las mujeres, lugares turísticos que están asociados a la explotación sexual infantil, regiones con alta presencia de grupos armados, zonas de frontera y rutas de tránsito de población migrante. Como agentes educativos en salud sexual y reproductiva, conocer la ruta para la interrupción voluntaria del embarazo es importante, así como las medidas a tomar en caso de enfrentar barreras en los servicios de salud.

Habilidades cognitivas, socioemocionales en la adultez y la vejez

Habilidades cognitivas

En la adultez el desarrollo físico que sustenta las habilidades cognitivas llega a su máximo punto. Las habilidades del pensamiento son como un músculo; si se usa con frecuencia, si nos alimentamos bien y hacemos actividad física de manera regular estaremos en mejores condiciones. Igual sucede con las capacidades mentales y de pensamiento. En la adultez y la vejez es necesario cuidarlas y mantenerlas en buen estado por medio de actividades sociales positivas, la lectura, la música, la pintura, los juegos, y la participación en cursos donde nos enfrentemos a nuevas experiencias y estimulemos nuestro cerebro. También es importante estar libres de preocupacio-

nes constantes o intensas, es decir de estrés, y si hay estrés tener los recursos para manejarlo y reducir sus efectos dañinos en la salud de todo el cuerpo.

La calidad de vida en la adultez y la vejez no solo depende del cuidado de las condiciones físicas; también depende de las condiciones mentales y emocionales. El género y la posición social afectan de manera injusta y desproporcionada la salud emocional y por lo tanto, la salud mental.¹¹ Esto tiene efectos en la salud física de las mujeres, las personas gays, lesbianas, bisexuales, trans, personas con alguna discapacidad,



¹¹Leitón Espinoza, Z. E., Fajardo-Ramos, E., López-González, Á., Martínez-Villanueva, R. O. S. A., & Villanueva-Benites, M. E. (2020). Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*, 36(1), 124-139. <https://www.redalyc.org/journal/817/81771254008/html/>

indígenas, rom, afrocolombianas, migrantes, y pobres. Sus intersecciones con otras posiciones sociales injustamente desfavorables hacen más intensos estos efectos.

Es por ello que las acciones educativas en nuestras sesiones son importantes. Además, fortalecen recursos personales, las relaciones sociales entre las personas y de las personas con sus comunidades y favorecen el acercamiento de los servicios de salud, del personal de salud a los barrios, a las comunidades y a los territorios. Tener comunidades con lazos sociales más nutridos, con relaciones personales constantes y facilidad de acceso a todos los servicios a los que se tiene derecho, compensa y reduce los efectos nocivos de la exclusión y la discriminación pues mejora la red de soporte que ayuda a la integración social y por lo tanto, al bienestar de las personas.

El estrés constante acelera el deterioro del cuerpo a cualquier edad, incluidas las habilidades cognitivas para el aprendizaje, la memoria y la regulación emocional. En la vejez, dependiendo de cada persona, de los cuidados y del entorno, poco a poco se pueden ver cambios en las habilidades de memoria, aprendizaje y tiempo de alerta. Ahora bien, los estudios también muestran que en la vejez el cerebro se adapta y sus células también se puede fortalecer si las personas hacen actividades que estimule su mente, como se mencionó anteriormente. Esta información es importante para el diseño de las acciones de educación para la salud sexual y reproductiva; para tener sustento al hablar del envejecimiento de manera positiva y cuestionar estereotipos sobre el envejecimiento y promover y apoyar espacios estimulantes y divertidos no solo en las sesiones educativas, sino en las comunidades para cuidar y mantener al máximo las habilidades cognitivas en la vejez.

Habilidades socioemocionales: autonomía

La autonomía se desarrolla en forma paulatina a lo largo de la vida. La **autonomía** es la capacidad de tomar decisiones de manera independiente, argumentada y consciente, y entender las implicaciones que estas decisiones pueden tener, así como la capacidad de llevar a cabo las acciones que uno desee con base en las decisiones que toma. Con esta definición y lo que hemos compartido a lo largo de todas las guías, podemos imaginar rápidamente cómo, en los primeros años de la vida, la autonomía requiere de mucho apoyo por parte de las y los cuidadores; cómo en la adolescencia esa capacidad de anticipar las consecuencias de los actos ya está presente y por lo tanto la autonomía se incrementa; cómo en la juventud, aunque se haya alcanzado la mayoría de edad, aún se siguen desarrollando las funciones mentales para planear; y cómo es durante la adultez que hay completa independencia para decidir y llevar a cabo esas decisiones.

En la vejez la autonomía sigue estando presente, aunque puede que algunas situaciones requieran apoyo para llevar a cabo las decisiones tomadas. Con frecuencia pensamos que la necesidad de apoyo durante la vejez limita toda la autonomía, como en la primera infancia, pero esto no es así.

La sexualidad es una dimensión de la vida en la cual se debe materializar la autonomía en todos sus aspectos: las relaciones personales, incluidas las familiares, las románticas, y la actividad sexual si se desea tener. La vejez no es la excepción. Mantener la autonomía en este momento del curso de vida requiere por un lado, una persona



que desea ejercer su autonomía. Asimismo requiere por el otro lado, de una persona que la promueva y la respete, tal como sucede en los derechos humanos. Dado que se pueden llegar a requerir apoyos para el desarrollo de algunas actividades, en la vejez se puede presentar a menudo una tendencia por parte de quienes las apoyan y cuidan a controlar parcial o totalmente el comportamiento de las personas mayores. En consecuencia, la autonomía que es tan importante para el mantenimiento de la vitalidad y valía personal se calla, se esconde, se olvida y esta es desfavorable para el bienestar integral en la vejez.

En nuestras acciones educativas debemos promover la autonomía en todas las edades, particularmente en la vejez. Este reconocimiento debe darse hacia las personas que están en este momento del curso de vida, no solo por parte de sus familias, sino de las persona que les apoyan en la vida diaria, incluido el personal de salud y su comunidad. Incluimos a continuación algunas ideas de cómo tener presente la promoción de la autonomía, de manera equitativa entre hombres y mujeres incluyendo dentro de asuntos más amplios del bienestar referencias a la sexualidad o usando la sexualidad y la actividad sexual para promover las dimensiones sugeridas:

- Promover el autoconocimiento y autoconcepto positivo sobre el propio cuerpo, las emociones propias, y las capacidades.
- Promover el uso de todas las capacidades físicas, cognitivas y emocionales de la persona mayor por medio de la conversación, el juego, el involucramiento activo en las actividades cotidianas que les permiten sentirse útiles en su familia y su comunidad.

- Favorecer actividades con otras personas y desarrollar actividades en diferentes lugares del barrio, la comunidad o la ciudad.
- Ayudar a mejorar la imagen y la confianza de las personas mayores.
- Promover la auto-realización personal por medio de la conversación sobre el proyecto de vida, los intereses, los sueños y las oportunidades para llevar a cabo esos deseos.
- Promover el autocuidado.
- Animar y dar seguridad a las personas mayores para usar sus capacidades para tomar decisiones
- Animar y dar seguridad a las personas mayores para usar sus capacidades y resolver sus necesidades



- Ayudar desde el inicio de la vejez a anticipar los cambios que llegarán con la jubilación, la muerte de la pareja si la hay y las opciones del proyecto de vida en diferentes escenarios durante la vejez.

¿Qué rol juegan las familias y las personas cuidadoras en la salud sexual durante la adultez y la vejez?

Promoción del bienestar

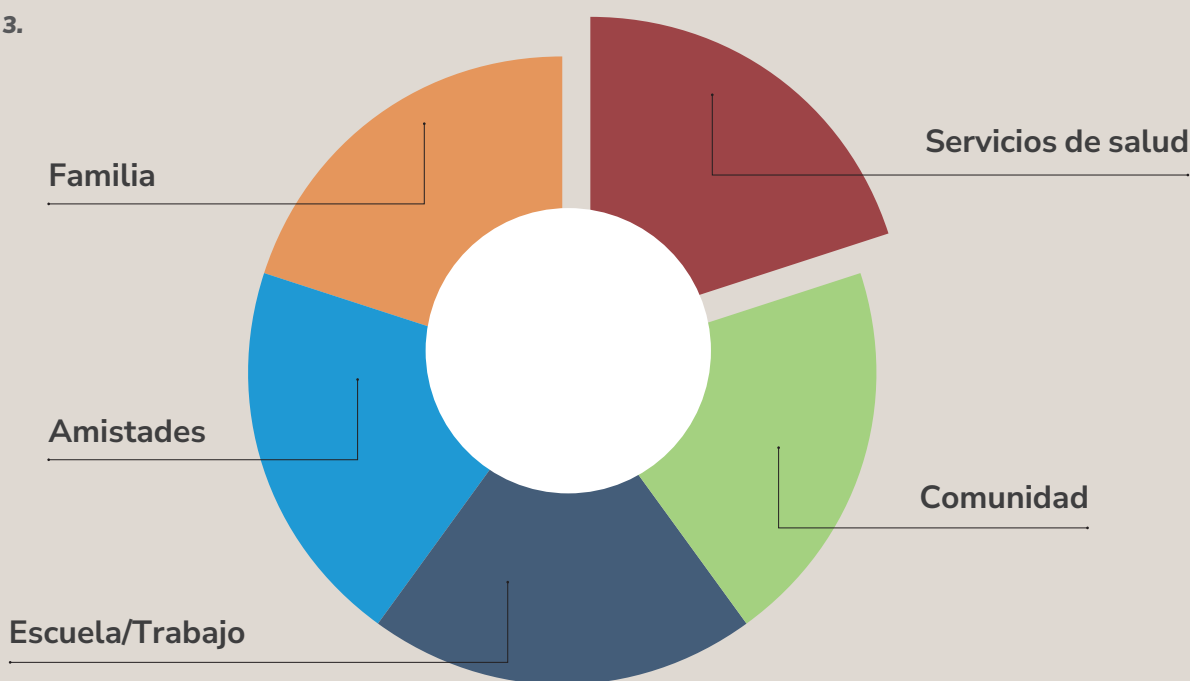
Las vínculos sociales son muy importantes porque es por medio de ellos que podemos acceder a diversos recursos y oportunidades. Para el caso de interés, estos son recursos que nos ayudan a cuidar de nuestra salud y a tener más conexiones sociales necesarias para el bienestar social y psicológico. Un concepto que nos ayuda a tener presente la importancia de

fortalecer y mantener esos vínculos sociales es el soporte social.

Red de soporte social

La **red de soporte social** es el entramado de hilos invisibles que nos unen con las personas con las que compartimos en la cotidianidad. Por esos hilos invisibles circulan diferentes recursos que nos ayudan a vivir día a día: compartimos información y/o consejos para resolver problemas (guía cognitiva y consejos); nos prestamos cosas; nos regalamos y/o vendemos comida y otros productos; nos ayudamos unos a otros a acceder a los métodos anticonceptivos (ayuda material y de servicios); conocemos nuevos amigos o grupos (acceso a nuevos contactos); nos cuidamos mutuamente; nos saludamos todos los días (compañía social); damos y recibimos cariño (apoyo emocional); retroalimentamos nuestros comportamientos y nos damos consejos (regulación social).¹⁶

Figura 3.



Adaptada del mapa de red en Sluzki, C (2002).

La red de soporte la integran las personas con las que compartimos en diferentes momentos de la vida: familia, comunidad, amistades, estudio y trabajo, y las instituciones, en este caso las que nos ayudan a garantizar nuestros derechos a la salud.

La red de soporte social es vital en cada momento del curso de vida. Usualmente quienes toman la mayoría de las decisiones sobre la red de soporte a la que acceden ellas mismas para el cuidado en la primera infancia y la infancia son las personas adultas; en la adolescencia y la juventud cada persona va ampliando y construyendo su propia red de manera independiente, y esta red puede incluir personas que no sean de la familia; en la adultez las personas tienen su propia red para el cuidado de sí mismas, y en la vejez nuevamente las personas valoran su red de apoyo y pueden necesitar de otras personas para mantenerla.

La red de soporte social es clave en todos los momentos del curso de vida. En la vejez es fundamental para el mantenimiento de la salud, pues tener una red variada y participar en diferentes actividades sencillas en la vida diaria, así como tener rutinas propias con diferentes personas para evitar el aislamiento social está relacionado con menor deterioro físico, cognitivo y emocional.¹⁷ En la vejez es particularmente importante cuidar la red, no subestimar la importancia de las relaciones familiares, de vecindad y comunidad para las personas mayores y por el contrario, promover acciones para complementar, cuidar y fortalecer estas relaciones, porque como los roles sociales de crianza y trabajo pueden haber cambiado y por lo tanto esta red de soporte puede disminuir, las personas pueden pasar mucho tiempo solas y solos, lo que no favorece su bienestar.

En nuestras sesiones educativas podemos usar la funciones de la red de soporte y el mapa de red para analizar con quiénes contamos para el cuidado de nuestra salud sexual y reproductiva en cada momento del curso de vida. Dentro de nuestras instituciones debemos asegurarnos que podemos adaptarnos a la vida de las personas y comprometernos a ofrecer servicios de manera que hagamos parte de la red de cuidado de la promoción y mantenimiento de la salud de nuestras y nuestros usuarios en todos los momentos del curso de vida, sin ningún tipo de distinción por posición social.

Prevención de la violencia contra las personas adultas mayores

Ahora bien, la red de soporte debe velar también porque en la vejez se les respeten a las personas sus derechos; se les provean los cuidados que necesitan; no se abuse de su necesidad de apoyo para algunas tareas de la vida diaria para sacar provecho de ellas, sus pertenencias o dinero. La siguiente tabla presenta los factores que a nivel individual, de las personas que cuidan y el entorno social, aumentan la probabilidad de violencia en la vejez. Es importante que las personas que estamos involucradas en el cuidado de las personas en la vejez estemos atentas a estos factores: personal de salud, familiar, instituciones y amistades.



¹⁷Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). *The Impact of Social Activities, Social Networks, Social Support and Social Relationships on the Cognitive*

Tabla 3.

En la persona adulta mayor	En la persona que cuida o acompaña	En el entorno social
<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer • Ser mayor de 75 años • Tener deterioro físico • Tener deterioro cognitivo • Dependier financiera, física, o emocionalmente • Estar socialmente aislada/o • Vivir en condición de pobreza económica • Tener antecedentes de maltrato doméstico • Estar viuda/o • Tener un deterioro reciente de la salud • Tener depresión • Tener demencia • Tener baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga física y emocional del cuidador • Llevar más de 9 años cuidando • Sufrir depresión • Abuso de alcohol, fármacos o drogas • Enfermedad mental. • Trastornos de personalidad • Enfermedad física crónica • Dependencia económica de la persona cuidada • Aislamiento social • Pobreza • Experiencia familiar de maltrato a personas mayores o violencia familiar previa • Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados • Escasa preparación educativa • Ser hijo o pareja de la persona cuidada. • Conflicto marital (si quien agrede es la pareja) • Sentimientos de frustración, ira, desesperanza, cansancio, baja autoestima, soledad o ansiedad • Asumir otras obligaciones además del cuidado del mayor • Mala relación preexistente • Cambio en estilo de vida inesperado 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Apoyo social insuficiente • Imagen negativa sobre la vejez, discriminación o edadismo • Falta de recursos • Incumplimiento de leyes / normas inadecuadas • Mala relación generacional • Cultura violenta • Violencia intergeneracional en la familia • Migración hacia los centros urbanos • Disminución “aparente” de la interdependencia generacional • Pérdida de estabilidad económica • Jubilaciones • Dificultad de acceso a los servicios y escasez de recursos • Servicios sociales y de salud inadecuados con falta de inspecciones • Personal reducido, poco preparado, sobrecargado y mal pago



Tomada de Poches, D. K. P., & Meza, J. A. D. (2017). Página 253¹⁸

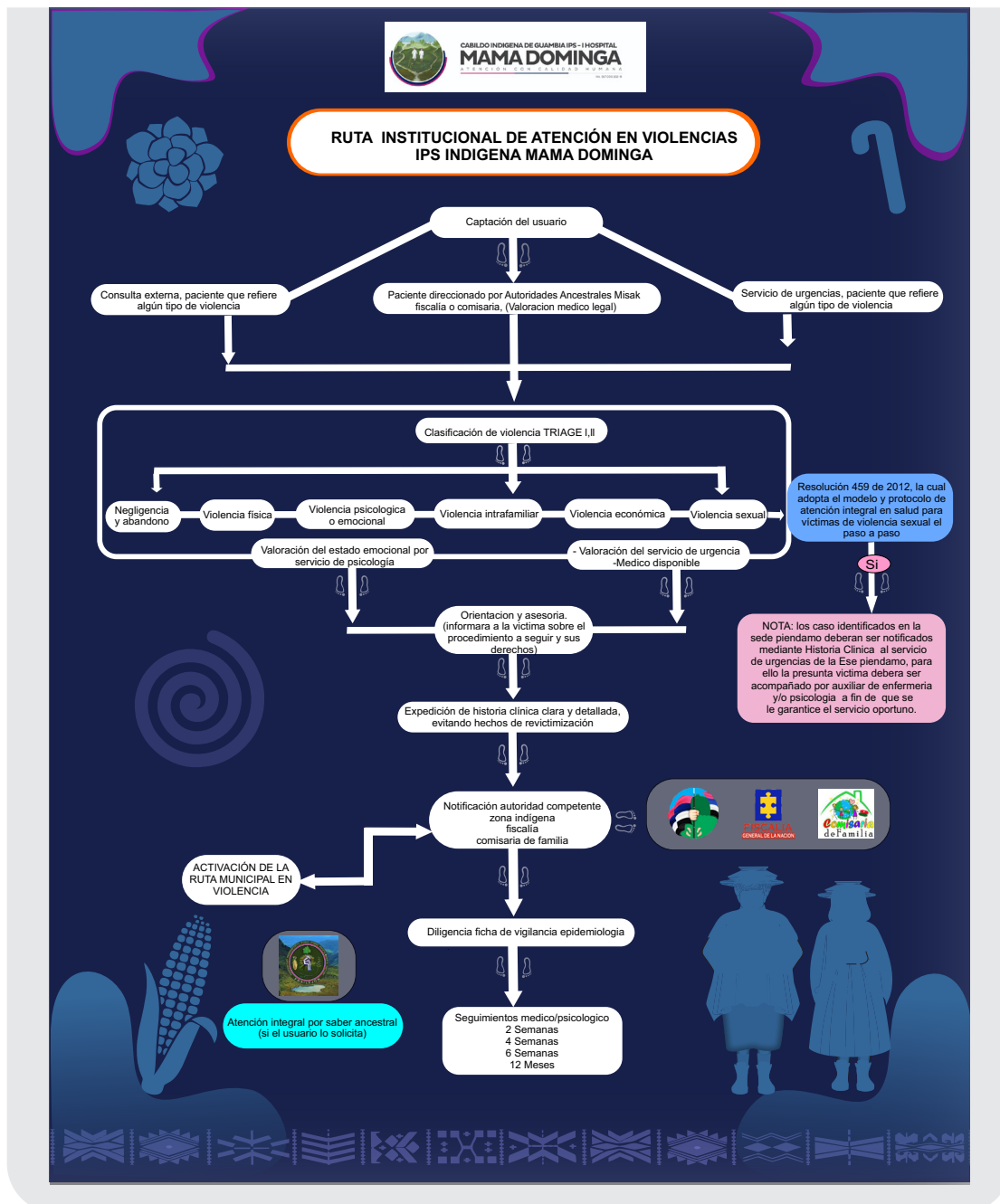
¹⁸Poches, D. K. P., & Meza, J. A. D. (2017). Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio abierto: cuaderno venezolano de sociología*, 26(2), 245-268. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6116884.pdf>



Tener presentes estos factores nos ayuda a prevenir o reducir la probabilidad de que la persona mayor sea víctima de maltrato. Debemos ser muy observadores en nuestras sesiones de trabajo para activar las ru-

tas del territorio en el que se trabaja ante la sospecha de cualquier tipo de violencia. A continuación presentamos un ejemplo de la ruta de atención de la violencia dentro del resguardo de la comunidad Misak.

Figura 5.



Tomada de Pito, Nora (2023) psicóloga Hospital Mama domingo y Autoridades Ancestrales Misak, Centro de justicia Misak. Comunicación personal.
Leidy Ximena Hurtado Muelas, gerente hospital Mama Dominga- Cabildo de Guambia

Definición de los objetivos específicos de las sesiones

Recordemos que es muy importante concertar los objetivos con las personas participantes. Su participación en el proceso hace que las acciones sean las que el grupo o personas considera importantes. Al hacerlo de este modo aumenta la aceptación de los espacios de educación para la salud puesto que se usan metodologías participativas. Con base en lo estipulado en el Anexo Técnico de la Resolución 3280 y los recursos presentados, a continuación encontrarás algunos ejemplos de objetivos que pueden servir de guía para discutir y ajustar con las personas participantes luego del diagnóstico hecho en grupo. Es muy importante que estos objetivos sean concertados de tal manera que en el espacio

educativo se trabaje sobre asuntos que para el grupo participante son importantes. Pueden ser complementados con los contenidos específicos de la Resolución 3280.

Crear acciones educativas que logren estos objetivos es aumentar los recursos del personal de salud y educación (los titulares de obligaciones) y de las familias y la comunidad (titulares de responsabilidades) para garantizar las condiciones que permiten a las mujeres, hombres adultos y el la vejez (titulares de derechos) sentirse bien, felices, seguras y seguros (materializar y disfrutar de sus derechos humanos sexuales y reproductivos). Por esta razón relacionamos a continuación a manera de ejemplo los objetivos con los Derechos Humanos Sexuales. Recordemos que los Derechos Sexuales y Reproductivos son un desarrollo en el campo de la dimensión sexual de la vida de las personas, que es una especificación de los Derechos Humanos, incluidos los derechos de las niñas y los niños. **»**



Tabla 4. Competencias en la adultez y la vejez

Ejemplos de objetivos	Ejemplo de Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos ¹
Las personas participantes adultas y adultas mayores reconocen, aceptan su cuerpo y anticipan de manera positiva los cambios que llegan con el proceso de envejecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
Las personas participantes adultas y adultas mayores construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros, lo que les permite su inserción social desde una ética basada en la equidad y el respeto.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la igualdad y a la no discriminación por sexo, género u orientación sexual. • Derecho a la educación de la sexualidad.
Las personas participantes adultas y adultas mayores tienen una actitud positiva hacia su identidad de género, orientación sexual y el sexo con el que se identifican.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la igualdad y a la no discriminación por sexo, género u orientación sexual. • Derecho a expresar abiertamente la sexualidad, incluyendo el reconocimiento y la valoración positiva de la orientación sexual, la identidad de género y de sexo.
Las personas participantes adultas y adultas mayores identifican sus posibilidades de dar y recibir afecto sin estigmatización por sus preferencias ni su edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a disfrutar de una vida afectiva y sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que restrinjan la capacidad personal para tomar decisiones teniendo en cuenta los propios criterios y los derechos de los demás.
Las personas participantes adultas y adultas mayores reconocen su necesidad de sentir y vivir el placer de las relaciones humanas en el marco de la actividad sexual consentida.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la integridad física, psíquica y social, al disfrute del propio cuerpo y a no ser sometida/o a ningún tipo de violencia física, psicológica o sexual.
Las personas participantes adultas y adultas mayores que lo deseen tienen actividades sexuales mutuamente consentidas, respetuosas de la dignidad de la otra persona y placenteras.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a elegir pareja romántica y sexual. • Derecho a la educación de la sexualidad.

¹⁹Tomados de Chau, E., Vargas-Trujillo, E., Ibarra, M.C., y Minski, M. (2013) Glosario de conceptos básicos para distinguir las situaciones que afectan la convivencia escolar. Universidad de los Andes, CISP y MEN.



Las personas participantes adultas y las personas mayores usan métodos anti-conceptivos de forma efectiva para evitar embarazos no deseados y evitar contraer o transmitir ITS.

Las personas participantes adultas y adultas mayores conocen e identifican los beneficios del uso de métodos anticonceptivos y adquieren elementos para tomar la decisión de iniciar su uso cuando lo estimen necesario.

Las personas participantes adultas y adultas mayores identifican rutinas de cuidado físicas y psicológicas en relación con la expresión de su sexualidad.

- Derecho a conformar libremente una familia.
- Derecho a decidir libremente sobre la maternidad o la paternidad, el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de métodos anticonceptivos o de métodos para facilitar el embarazo cuando hay dificultades para concebir.
- Derecho a la educación de la sexualidad.
- Derecho a disfrutar de salud sexual y salud reproductiva.
- Derecho a disponer de servicios de salud sexual y reproductiva oportunos, adecuados y de calidad.

La **Guía 7** caja de herramientas contiene un formato modelo para la planificación y evaluación de las sesiones con la estructura del aprendizaje experiencial. Como se mencionó anteriormente, existen muchos modelos. En este caso se presenta esta

estructura por su sencillez y versatilidad para ser usada con personas de todas las edades. También encontrarás muchos recursos en línea para diseñar las acciones de educación para la salud sexual y reproductiva. ○



Verificación de aprendizajes

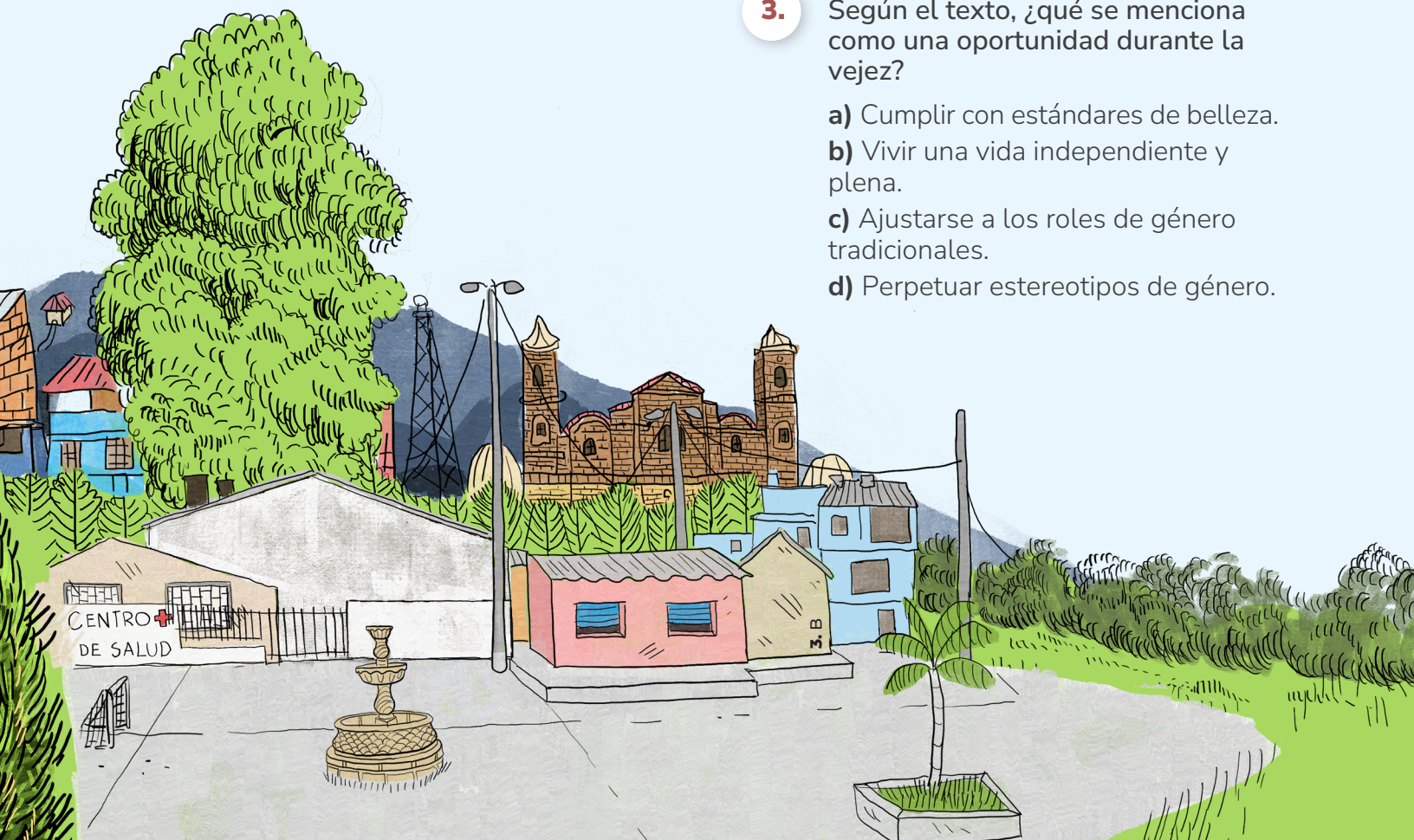
Esperamos que hayas encontrado información útil en esta guía. A continuación hay una preguntas cerradas que te permiten verificar la comprensión de las ideas principales de esta guía y otras abiertas que invitan a la reflexión individual o en grupo. La respuestas a las preguntas cerradas están “escondidas por ahí” en el texto. No marques las respuestas en esta hoja para que otras personas también la puedan usar.

1. Describe cómo se comparan los cambios hormonales durante la menopausia y la andropausia según el texto. ¿Por qué es importante entender estos cambios para promover la salud sexual en la adultez y la vejez?

2. Según lo discutido en el texto, ¿qué impacto tienen los estereotipos de género en la percepción de los cambios corporales durante la adultez y la vejez? Proporciona ejemplos concretos.

3. Según el texto, ¿qué se menciona como una oportunidad durante la vejez?

- a) Cumplir con estándares de belleza.
- b) Vivir una vida independiente y plena.
- c) Ajustarse a los roles de género tradicionales.
- d) Perpetuar estereotipos de género.



4. ¿Cuál es una característica del estilo de pareja centrado en la autonomía?

- a) Se priorizan las necesidades de la pareja.
- b) Se asume el control y toma decisiones unilaterales.
- c) Se busca el equilibrio entre la cercanía y la autonomía.

5. Según el texto, ¿cuáles son algunas funciones de la actividad sexual en diferentes etapas de la vida?

- a) Experimentar dolor y malestar.
- b) Comunicar desinterés.
- c) Experimentar placer y comunicar afecto.
- d) Evitar el contacto físico.

6. Según el texto, ¿por qué es importante usar métodos de protección durante las relaciones sexuales en la vejez?

- a) Para reducir el placer.
- b) Para evitar la comunicación afectiva.
- c) Para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- d) Para limitar la exploración del cuerpo.

7. Según lo discutido en el texto, ¿cuál es la importancia de promover una actitud positiva hacia el envejecimiento y la sexualidad en las sesiones educativas sobre salud sexual y reproductiva? Explica cómo esto puede mejorar el bienestar emocional y social de las personas mayores.



8. ¿Cuál de los siguientes factores NO influyen en la respuesta sexual según el texto?

- a) Salud física.
- b) Capacidad funcional de los órganos genitales.
- c) Momento emocional.
- d) Orientación política.
- e) Condiciones del encuentro con la pareja.

9. ¿Qué se menciona como formas de mantener las habilidades cognitivas en buen estado en la adultez y la vejez?

- a) Participar en actividades sociales positivas.
- b) Evitar por completo el estrés encerrándose en la casa.
- c) Limitar el contacto social.

10. ¿Cuál es uno de los efectos del estrés constante en la salud mental y física según el texto?

- a) Mejora la memoria a corto plazo
- b) Disminuye la vulnerabilidad emocional.
- c) Acelera el deterioro del cuerpo.
- d) Incrementa la actividad cerebral.



11. Según el texto, ¿qué grupo social mencionado podría enfrentar de manera desproporcionada efectos en su salud emocional en la adultez y la vejez?

- a) Personas con altos ingresos económicos.
- b) Personas que practican ejercicio regularmente.
- c) Personas de la tercera edad.
- d) Mujeres, personas LGBTQ+, personas con discapacidad, entre otros en una posición social desfavorable.

12. Según el texto, ¿por qué es importante fortalecer las relaciones sociales y comunitarias en el contexto de la salud mental en la adultez y la vejez?

13. Según el texto, ¿cuál es una característica clave de la autonomía en todas las etapas de la vida?

- a) Dependencia total de otros.
- b) Capacidad de tomar decisiones de manera independiente y progresiva.
- c) Necesidad constante de supervisión.
- d) Limitación de las acciones personales.



Referencias

- Benítez Ramírez, M. D. C., & Navarro Martín, S. (2017). El educador/a social en la promoción de la autonomía personal desde el envejecimiento activo *Revista de educación social*. <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/72895>
- Brown, C. (2008). Gender-Role Implications on Same-Sex Intimate Partner Abuse. *Journal of Family Violence*, 23, 457-462. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-008-9172-9>
- De La Hoz, F. J. E. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 69(1), 9-21. <https://doi.org/10.18597/rcog.3035>
- Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 659. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216627/>
- Huenchuan, S., Rodríguez, R. I., Bárcena Ibarra, A., Mancera, M. Á. (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37523>
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The Impact of Social Activities, Social Networks, Social Support and Social Relationships on the Cognitive Functioning of Healthy Older Adults: a Systematic Review. *Systematic Reviews*, 6(1), 1-18. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0632-2?report=reader>
- Leal, D., Gato, J., Coimbra, S., Freitas, D., & Tasker, F. (2021). Social Support in the Transition to Parenthood among Lesbian, Gay, and Bisexual Persons: A Systematic Review. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-15. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-020-00517-y>
- Leitón Espinoza, Z. E., Fajardo-Ramos, E., López-González, Á., Martínez-Villanueva, R. O. S. A., & Villanueva-Benites, M. E. (2020). Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*, 36(1), 124-139. <https://www.redalyc.org/journal/817/81771254008/html/>
- López Chica, E. Y. (2022). *Autonomía reproductiva: desigualdad en el acceso al aborto seguro y a métodos anticonceptivos para las mujeres rurales en Colombia*. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/derypol/article/view/353363/20811096>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of Stress Throughout the Lifespan on the Brain, Behavior and Cognition. *Nature Reviews*

Neuroscience, 10(6), 434-445. <https://www.nature.com/articles/nrn2639>

- McParland, J., & Camic, P. M. (2016). Psychosocial Factors and Ageing in Older Lesbian, Gay and Bisexual People: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3415-3437. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13251>
- La Mesa por la vida de la salud y la mujer. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2022/10/Hoja-de-Ruta-Nueva.pdf>
- Moreno Fernández, R. D., Pedraza, C., & Gallo, M. (2013). Neurogénesis hipocampal adulta y envejecimiento cognitivo. *Escritos de Psicología* 6(3), 14-24. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v6n3/revision2.pdf>
- MSPS-Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Nilsson, A., Salo, I., Plaza, M., & Björck, I. (2017). Effects of a Mixed Berry Beverage on Cognitive Functions and Cardiometabolic Risk Markers; A Randomized Cross-over Study in Healthy Older Adults. *PLoS One*, 12(11), e0188173. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29141041/>
- Pito, Nora (2023) Hospital Mama Dominga y Autoridades Ancestrales Misak, Centro de Justicia Misak. Comunicación personal.
- Poches, D. K. P., & Meza, J. A. D. (2017). Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología*, 26(2), 245-268. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6116884.pdf>
- Sinković, M., & Towler, L. (2019). Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Qualitative Health Research*, 29(9), 1239-1254. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732318819834>
- Sluzki, C. (2002). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa.
- Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad mucho más que sexo*. Universidad de los Andes.
- World Health Organization. (2006). *Sexual Health Document Series. Defining sexual health: Report of technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. Retrieved from <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
- World Health Organization. (2023) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

