



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**DIRECCION DE EDUCACIÓN EN SALUD UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL “LA RAZA” DR. ANTONIO FRAGA MOURET**
UNIDAD ADJUNTA HOSPITAL DE PSIQUIATRIA MORELOS

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

- **Presenta:**
 - Daniel Salinas García

- **Tutor metodológico:**
 - Dr. Eusebio Rubio-Aurioles
- Profesor del curso “Sexología Médica” en la Universidad Nacional Autónoma de México

- **Tutor teórico:**
 - Dr. Miguel Palomar Baena
- Titular de la Unidad de Coordinación de Educación e Investigación en Salud del Hospital de Psiquiatría Morelos

Ciudad de México, agosto 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD
EN LA VEJEZ**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3501**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS **17 CI 09 002 047**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 033 2017121**

FECHA **Jueves, 10 de marzo de 2022**

Dr. MIGUEL PALOMAR BAENA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3501-025

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Jose Arturo Velazquez Garcia
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3501

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Contenido

ANTECEDENTES	1
ANTECEDENTES GENERALES	1
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	4
Modelos teóricos de autoestima	5
Dimensionalidad y los componentes de la autoestima	5
Branden (1969) sostuvo que la autoestima consta de dos componentes:.....	6
Desarrollo de la autoestima	6
Factores asociados a la autoestima	7
Evaluación de la autoestima	9
Sexualidad en el adulto mayor.....	9
Cambios físicos con el envejecimiento	10
Factores asociados a la sexualidad en el adulto mayor	11
Actitud sexual.....	12
Evaluación de la actitud sexual en el adulto mayor	14
Estudios previos de actitud sexual	14
Relación entre autoestima y actitudes hacia la sexualidad	16
JUSTIFICACIÓN	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
HIPÓTESIS.....	22
OBJETIVOS.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS	24
Diseño del estudio.....	24
Ubicación espacio-temporal	24
Estrategia de trabajo	24
Definición de la unidad de población.....	25
Criterios de selección de las unidades de muestreo	25
Criterios de inclusión.....	25
Criterios de no inclusión.....	25
Criterios de eliminación	25

Diseño y tipo de muestreo	25
Tamaño de la muestra.....	26
Definición de las variables y escalas de medición.....	27
.....	27
Método de recolección de datos	30
Técnicas y procedimientos	30
Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV)	30
Escala de autoestima de Rosenberg	30
Análisis de datos.....	31
Diseño estadístico	31
Hipótesis estadística.....	31
Pruebas estadísticas	31
LOGÍSTICA.....	32
Recursos humanos	32
Recursos materiales	32
Recursos financieros	32
Cronograma de actividades.....	33
Gráfica de Gantt	33
BIOÉTICA.....	34
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES	64
ANEXOS	65
Definiciones conceptuales	65
Definiciones operacionales	66
Formatos de captura de datos	67
Formatos de consentimiento informado	68
Carta de no conflicto de interés.....	71
Carta de autoría	72
Carta de confidencialidad de la información y de no conflicto de interés	73
Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV)	75
BIBLIOGRAFÍA.....	78

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

El envejecimiento es un proceso intrínseco, activo y progresivo, acompañado de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos, que pueden ocasionar dificultades a las personas mayores para hacer frente a su rutina diaria. En este escenario, el aumento de la esperanza de vida se convierte en un fenómeno de interés por su impacto en la calidad de vida en esta etapa de la vida. En consecuencia, es importante que los profesionales de la salud implementen estrategias para incentivar a las personas mayores a vivir bien, con el fin de lograr la mejor calidad de vida. El sentimiento de felicidad y alegría, la sensación de estar en paz con la vida y con uno mismo es saludable, especialmente cuando se está envejeciendo. Llegar a esta etapa de la vida con optimismo, autocontrol y alta autoestima puede brindar una mayor sensación de seguridad al vivir la última etapa del ciclo de vida.

(1)

La primera experiencia de la vejez tiene lugar en el cuerpo y en la propia mirada. Al mirarse en el espejo, la vejez se revela, provoca miedo y asombro. El propio cuerpo no revela la vejez como un atributo, pero una vez que comienza a ser estigmatizado, se instala en el cuerpo, provocando ansiedad en las personas que envejecen. Una valoración estigmatizante y prejuiciosa es motivo de abominación de los individuos que envejecen antes que su propio cuerpo. Desde esta perspectiva, también se reconocen los efectos potenciadores de las experiencias y entre ellos los sexuales. La sexualidad puede entenderse como una de las actividades que más contribuyen positivamente a la calidad de vida, pero representa algo único y casi exclusivo para jóvenes sanos y físicamente atractivos. Si hay dificultades para abordar el envejecimiento principalmente debido a sus ambigüedades, diversos discursos, consensos y desacuerdos, abordar la sexualidad en el envejecimiento, se vuelve aún más desafiante. (2)

Según las estimaciones de las Naciones Unidas, la población de adultos mayores del mundo está creciendo mucho más rápido que la población general en su conjunto y la mayoría de ellos vive en países en desarrollo. El envejecimiento es el fenómeno del siglo XX y principios del XXI. Se cree que la edad media de la población aumentará en 10 años durante el período 2006-2026. Se espera que el porcentaje mundial de personas de 65 años o más aumente entre un 17% y un 82% en los países europeos, mientras que en algunos de los países en desarrollo será de aproximadamente un 200%. ⁽³⁾

Este aumento en la longevidad se debe a los avances tecnológicos en la medicina, el aumento del gasto en salud pública, el desarrollo socioeconómico en general y un mayor respeto por la autonomía de la mujer en la prevención de embarazos no deseados. Las personas se encuentran viviendo vidas más largas y saludables, lo que se traduce en vidas productivas más largas, aunque no necesariamente reproductivas, durante las cuales se puede, y se debe, buscar intimidad sexual y disfrutar de la actividad sexual a medida que se envejece.

Esto contrasta con las visiones estereotipadas del envejecimiento y los prejuicios sociales que consideran a los adultos mayores asexuales o desinteresados en el sexo. La creciente evidencia confirma que los deseos sexuales persisten hasta la vejez, con hombres y mujeres mayores que tienen sexo a partir de los 80 años y más, y lo disfrutan más que nunca. ⁽⁴⁾

La discriminación por edad en la sociedad contemporánea ha fomentado la insensibilidad a las necesidades de atención médica de los adultos mayores. Un componente esencial de una vida sana es la expresión de la identidad de género, la edad y la sexualidad. La sexualidad incluye expresarse y ser percibido como hombre o mujer y se basa en roles esperados determinados por la sociedad. Abarca la integración de los aspectos psicosociales de la vida. ⁽⁵⁾

La sexualidad es un aspecto importante de la intimidad e incorpora componentes como el deseo sexual, la actividad, la función, las actitudes, las creencias, los

valores sobre la identidad y el autoconcepto. Gran parte de la literatura anterior se basa en una perspectiva biológica o médica, que afirma que los comportamientos sexuales, el deseo y la satisfacción se reducen y eliminan con la edad debido a transformaciones físicas, cambios hormonales y enfermedades crónicas. A pesar de ello, ha sido ampliamente informado que la sexualidad ayuda a preservar el bienestar psicológico y físico, lo que indirectamente contribuye a la reducción de los problemas de salud física y mental, los costos de atención médica y puede potencialmente aumentar la satisfacción con la vida. Un error común es que con la edad cesan todos los encuentros sexuales y la gente se convierte en seres no sexuales. La evidencia empírica sugiere que los cambios fisiológicos afectan la intensidad, frecuencia y calidad de la respuesta sexual tanto para hombres como para mujeres; Sin embargo, la capacidad de disfrutar de las actividades sexuales no se altera con la edad. ⁽⁶⁾

Una vida sexual sana en los adultos mayores tiene como resultado efectos afirmativos en la evolución del matrimonio en una pareja de adultos mayores. Además, quienes continúan su vida sexual mantienen una alta autoestima y muestran una visión más optimista de la vida, lo que les lleva a una vida más larga y saludable. También se ha informado que la vida sexual afecta la autoestima de los hombres adultos mayores. Si bien no se han realizado muchas investigaciones que examinen la influencia de la vida sexual en la autoestima, algunas investigaciones anteriores han informado que la vida sexual de las personas mayores tiene una función psicológica que realza el valor de existencia aliviando la soledad y el aislamiento entre los adultos mayores, y que reconozcan el valor de vivir manteniendo su relación sexual. Estos informes implican que existe alguna relación entre la vida sexual activa y la autoestima de las personas mayores. La vida sexual de una persona es una condición general que afecta el cuerpo, la salud mental y la personalidad. Por lo tanto, es muy importante examinar la relación entre las condiciones reales de la vida sexual de los adultos mayores y la autoestima durante la vejez. ⁽⁷⁾

DeLamater y Sill creían que los factores biológicos proporcionan una condición necesaria, pero no suficiente, para el funcionamiento sexual. ⁽⁸⁾ Para llegar a un enfoque integral del envejecimiento de la sexualidad, se necesita una perspectiva biopsicológica, una que combine factores y ámbitos biológicos, psicológicos y socioambientales. En el ámbito psicológico, la sexualidad incluye identidad, imagen corporal, autoestima, erotismo, emociones y su expresión e imaginación. La intimidad sexual de buena calidad solo la pueden lograr personas maduras, independientes, que tengan buena autoestima y confianza, y respeten a sus parejas; en fin, aquellos que tienen la capacidad de intimidad emocional. ⁽⁹⁾

Para una vida satisfactoria, además de la esfera sexual, es fundamental la presencia de una autoestima positiva, que permita al individuo sentirse seguro, apto para la vida y digno, pues este desarrollo personal debe consistir en sentimientos de competencia y autoestima. En este contexto, la autoestima puede ser considerada como un sentido de juicio, aprecio, satisfacción que el sujeto tiene de sí mismo, que se expresa en las actitudes hacia sí mismo. Los estudios epidemiológicos poblacionales adquieren importancia en este escenario al permitir la identificación de determinantes y factores etiológicos del envejecimiento, orientados a brindar un mejor conocimiento de los diferentes contextos sociales y asistenciales de esas poblaciones, buscando una extensión de la vida humana a través de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. ⁽¹⁰⁾

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La autoestima es un aspecto importante del bienestar, que se refiere a los sentimientos de bondad hacia sí mismo de las personas. La autoestima refleja la medida en que las personas se sienten valoradas, cuidadas y cercanas, y que son importantes para los demás. Además, la baja autoestima se asocia con una serie de resultados negativos de salud mental y física, que incluyen ansiedad, depresión y una peor salud autoevaluada. La autoestima puede servir como un recurso para afrontar el estrés, pero también es susceptible a influencias sociales como el apoyo

y la tensión. Incluso las pequeñas demostraciones cotidianas de afecto, comprensión e interés por los demás pueden mantener la autoestima y el sentido de valía de los adultos. ⁽¹¹⁾

Modelos teóricos de autoestima

Se han propuesto varios modelos de autoestima. Han ido desde modelos unidimensionales hasta conceptualizaciones jerárquicas multidimensionales. Por ejemplo, Coopersmith en 1967 y Marx y Winne en 1978 argumentaron que la autoestima es una construcción unidimensional, que consta de un único factor general sin ninguna subdimensión. Por el contrario, los modelos jerárquicos multidimensionales como el de Shavelson de 1976 proponen facetas de la autoestima que se organizan jerárquicamente. ⁽¹²⁾

Según Rosenberg, la autoestima es un constructo unidimensional que refleja actitudes positivas o negativas hacia uno mismo y, por tanto, trasciende las evaluaciones de áreas específicas de funcionamiento. ⁽¹³⁾ La autoestima muestra una tendencia direccional. Así, las personas que se evalúan a sí mismas en términos positivos y con aceptación tendrán una autoestima positiva. Sin embargo, quienes se evalúan a sí mismos y dan poca o ninguna importancia a sus propias características tendrán una baja autoestima, dando lugar a una baja confianza en sí mismos y poco respeto por sus propias cualidades, lo que puede conducir a problemas de salud mental. ⁽¹⁴⁾

Dimensionalidad y los componentes de la autoestima

La autoestima puede referirse al yo en general o a aspectos específicos del yo, como cómo se sienten las personas con respecto a su posición social, grupo racial o étnico, características físicas, habilidades atléticas, desempeño laboral o escolar. Los teóricos han hecho muchas distinciones con respecto a los diferentes tipos de autoestima, por ejemplo, contingente versus no contingente; explícito vs. implícito; auténtico versus falso; estable frente a inestable; global frente a un dominio

específico. En cuanto a la dimensionalidad de la autoestima, algunos autores la conceptualizan como un rasgo global unitario, mientras que otros la ven como un rasgo multidimensional con subcomponentes independientes (desempeño, autoestima social y física).

Branden (1969) sostuvo que la autoestima consta de dos componentes:

(a) considerarse eficaz, confiar en la capacidad de pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas, superar desafíos y producir cambios, y (b) respetarse a sí mismo, la confianza en el derecho de uno a ser feliz, y la confianza en que las personas son dignas del respeto, el amor y la autorrealización que aparecen en sus vidas. Más recientemente, Reasoner en el año 2005 consideró la autoestima como compuesta de dos dimensiones distintas: competencia y valor. A partir de estos dos componentes, define la autoestima como “la experiencia de ser capaz de afrontar los retos de la vida y ser digno de la felicidad”. ⁽¹⁵⁾

Desarrollo de la autoestima

Hasta la fecha, el desarrollo de la autoestima se ha explicado en gran medida por factores externos al sistema de autoestima, que muestran una asociación con un aumento o disminución de la autoestima. El estudio de la autoestima no es único en esto, ya que los estudios del desarrollo tradicionalmente explican el estado (o valor) de la variable x como una función de y. Esta forma de explicación se denomina formalmente intervencionismo causal, que establece que si hay alguna intervención o manipulación de una variable causalmente relevante (y generalmente similar a un rasgo), habrá un cambio en el valor de otra variable. Por lo tanto, la psicología del desarrollo tiende a centrarse en los factores que influyen en el desarrollo (donde tales factores tienden a explicar solo una pequeña parte de la variación interindividual) o en la descripción de las trayectorias del desarrollo a nivel de grupo y a largo plazo. Sin embargo, lo que permanece relativamente pasado por alto son los procesos subyacentes de desarrollo que ocurren a través de escalas de tiempo entrelazadas de largo plazo y tiempo real (es decir, de un momento a otro) y en interacción con el contexto. ⁽¹⁶⁾

Los aspectos globales y específicos de dominio de la autoestima se han conceptualizado principalmente mediante el uso de una de dos perspectivas teóricas amplias y complementarias, intrapersonal o interpersonal: La perspectiva intrapersonal, como la propuso originalmente James en 1890, teoriza que la autoestima global se basa en las propias percepciones de las personas sobre qué tan adecuadamente se desempeñan en dominios en los que consideran que el éxito es importante. De acuerdo con la perspectiva intrapersonal, las teorías han postulado que la autoestima es jerárquica y multifacética, involucrando componentes emocionales, sociales, físicos y académicos que influyen en la autoestima global. La perspectiva interpersonal enfatiza la naturaleza social de la autoestima. Esta perspectiva considera en gran medida que la autoestima global es el resultado de internalizaciones de las percepciones y evaluaciones de uno mismo de los demás. Las variantes modernas del enfoque interpersonal incluyen el modelo sociológico de la autoestima, según el cual la función principal de la autoestima global es identificar las amenazas de exclusión social. La perspectiva interpersonal de la autoestima predice que la autoestima global está influenciada principalmente por autoevaluaciones que son importantes para el estatus social del individuo; Por lo tanto, la autoestima en dominios de relevancia social puede ser fundamental para determinar la autoestima global. ⁽¹⁷⁾

Factores asociados a la autoestima

Las investigaciones han indicado que la autoestima alcanza su punto máximo en los 50 o 60 años y luego disminuye drásticamente en la vejez. Se han propuesto dos explicaciones para esta caída. La primera es perder las cosas que son importantes para la autoestima. Por ejemplo, los adultos mayores pierden posiciones socioeconómicas o roles sociales debido a la jubilación, personas cercanas como cónyuges y parejas sentimentales, y habilidades como capacidades físicas y cognitivas. El segundo es un cambio de actitud hacia uno mismo. Los adultos mayores llegan a aceptar sus defectos y limitaciones a medida que envejecen. Esto los lleva a tener una visión más modesta, humilde y equilibrada de sí mismos. ⁽¹⁸⁾

Las mujeres y los hombres varían en términos de autoestima, pero las diferencias disminuyen con el transcurso del tiempo. Hasta los 70 años los hombres manifiestan una mayor autoestima que las mujeres, pero a partir de los 80 años la situación cambia y son las mujeres las que se valoran más que los hombres. ⁽¹⁹⁾

Los investigadores que han estudiado a los adultos mayores también han demostrado que la alta autoestima se correlaciona de manera significativa y negativa con la soledad, y que las personas mayores con mayor autoestima tienden a experimentar menos soledad que sus compañeros. Estos hallazgos sugieren que la autoestima es un factor de influencia importante en la soledad, posiblemente porque las personas con baja autoestima pueden percibirse a sí mismas como fracasos sociales o culparse a sí mismas por tener poco contacto social con los demás, aumentando así su soledad. ⁽²⁰⁾

Siguiendo la perspectiva interpersonal, las relaciones sociales son de especial importancia para la autoestima. Un punto de partida natural para examinar la perspectiva son las relaciones cercanas e íntimas, porque las relaciones temporalmente estables y afectivamente placenteras se consideran fundamentales para satisfacer la necesidad humana básica de pertenencia. En consecuencia, la autoestima sirve como monitor del grado de inclusión social. De hecho, la investigación empírica ha demostrado que estar casado o tener pareja se correlaciona de manera transversal con niveles más altos de autoestima. La experiencia de la disolución del matrimonio o de la pareja, ya sea por divorcio o por la muerte de la pareja, puede constituir otra fuente poderosa de diferencias individuales en la autoestima. Obviamente, la disolución de la sociedad representa en sí misma una amenaza de aislamiento social, porque los individuos pierden una fuente de apoyo potencialmente importante. ⁽²¹⁾

Evaluación de la autoestima

El instrumento más utilizado es la Escala de autoestima individual de Rosenberg creada en el año 1965, que analiza la percepción de uno mismo y la de los demás. Consta de diez preguntas basadas en una escala Likert con cuatro opciones (desde 1 “Estoy totalmente en desacuerdo” hasta 4 “Estoy totalmente de acuerdo”). La autoestima positiva (ítems: 1, 3, 4, 6 y 7) y negativa (ítems: 2, 5, 8, 9 y 10) se puede analizar por separado. Se aplicaron versiones anteriores de esta escala a una muestra con valores de α de Cronbach variando desde 0.79 a 0.89. ⁽²²⁾

Sexualidad en el adulto mayor

La sexualidad, un concepto que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción; se reconoce como una necesidad humana básica. Su expresión continua a lo largo de la vida hasta la vejez se reconoce cada vez más en la literatura sobre salud y las investigaciones indican que la sexualidad sigue siendo importante para el bienestar de las personas mayores. Muchas personas mayores son sexualmente activas y reportan beneficios tanto físicos como psicológicos de la participación en el sexo. A pesar de esta evidencia, los estereotipos discriminatorios que definen a las personas mayores como personas sin atractivo y deseo sexual, y la naturaleza tabú de la sexualidad en las personas mayores, continúan perpetuándose en las sociedades occidentales. ⁽²³⁾

El comportamiento sexual no es simplemente un producto de la biología; también está determinado por los aspectos emocionales, de desarrollo y culturales de la vida. El concepto de identidad sexual implica un sentido de masculinidad y feminidad que se deriva no solo de los impulsos sexuales biológicos, sino también de la percepción que tiene el individuo de su sexualidad. Esta percepción se basa parcialmente en experiencias e intereses y las actitudes de la sociedad, la cultura, la familia y los amigos. Es importante distinguir entre sexo, actos sexuales y sexualidad. El sexo es uno de los cuatro impulsos principales, junto con la sed, el

hambre y la evitación del dolor. Los comportamientos que involucran genitales y zonas erógenas se consideran actos sexuales. La combinación de estos dos y los aspectos psicosociales de las emociones, actitudes y relaciones forman la esencia de la sexualidad. ⁽²⁴⁾

Cambios físicos con el envejecimiento

Un lugar razonable para comenzar a examinar los efectos del envejecimiento en la sexualidad es considerar la respuesta física a la estimulación sexual en los adultos mayores en comparación con los adultos más jóvenes. El patrón organizado de respuesta a la estimulación sexual se denomina "ciclo de respuesta sexual". Los cambios fisiológicos característicos durante el ciclo de respuesta sexual ocurren con el envejecimiento, pero también hay grandes diferencias individuales en la extensión y el momento de estos cambios. Algunas de las diferencias individuales se explican por factores generales de salud, pero, además, la actividad sexual continuada reduce los cambios; es decir, cuanto más sexualmente activa es la persona mayor, es probable que experimente menos cambios físicos en su patrón de respuesta sexual. ⁽²⁵⁾

La sexualidad es un fenómeno socialmente mediado y multidimensional que incluye influencias biológicas, psicológicas y sociales. La sexualidad en el adulto mayor se verá influenciada por las limitaciones propias de la edad y las normas sociales. La sexualidad influye en la percepción de la calidad de vida y de sus relaciones. Se percibe a la sexualidad como un indicador de envejecimiento exitoso. Las cuestiones relacionadas con el envejecimiento se vuelven más importantes por los cambios demográficos y el envejecimiento de las poblaciones. ⁽²⁶⁾

Factores asociados a la sexualidad en el adulto mayor

Hay varios factores que pueden afectar negativamente la actividad sexual, incluida la disponibilidad de pareja, problemas de salud, alteraciones en el deseo sexual y uso de medicamentos. Las afecciones agudas, crónicas o discapacitantes y el envejecimiento pueden requerir adaptaciones en la forma en que expresamos nuestra sexualidad, pero no dejamos de ser seres sexuales a medida que envejecemos. Es útil señalar que la edad en sí misma no elimina ni la necesidad ni la capacidad de la actividad sexual. Hillman identificó muchos elementos en la vida de una mujer mayor que influyen en su actitud hacia la sexualidad. En primer lugar, la falta de disponibilidad de hombres a menudo obstaculiza la expresión de la sexualidad de una mujer mayor. Además, la sexualidad femenina descrita en los medios de comunicación se basa en la juventud, lo que puede afectar negativamente la actitud general de una mujer mayor. Finalmente, las actitudes sociales que apoyan la idea de que la sexualidad es una prerrogativa de las mujeres jóvenes atractivas han sido fundamentales para privar a las mujeres mayores de su derecho a expresar su sexualidad y lograr satisfacción sexual. ⁽²⁷⁾

Para quienes tienen pareja, sus percepciones mutuas y de sí mismos son vitales para mantener la autoestima, así como la fe en su propio atractivo sexual. Esto puede llevar a pensamientos más alentadores, reforzando la búsqueda de un estilo de vida saludable. Se ha demostrado que la aptitud física, los niveles de actividad general y los niveles más altos de actividad sexual se conducen mutuamente, en elementos fundamentales del envejecimiento "exitoso" y feliz. La expresión sexual afirma el sentido de masculinidad o feminidad del individuo. La privación sexual, incluso en una sociedad supuestamente inclusiva, disminuye la calidad de vida en general. Aquellos que tienen una pareja sexual son mucho más propensos a reportar un mayor grado de disfrute de la vida. El interés sexual es significativamente mayor entre quienes tienen pareja sexual, aunque incluso aquellos que actualmente no tienen pareja informan que su interés sería mayor si tuvieran una pareja sexual. Independientemente de la duración o naturaleza de la relación sexual, la satisfacción sexual y la calidad de vida de ambos miembros de

la pareja se ve reforzada por el crecimiento de su flexibilidad sexual, equilibrio marital, intimidad emocional y afecto físicamente demostrado. ⁽²⁸⁾ Además se ha demostrado que un nivel socioeconómico más alto (educación superior e ingresos más altos) se correlaciona con un aumento de la actividad sexual, pero un nivel de educación más alto también se correlaciona con una disfunción sexual en aumento. ⁽²⁹⁾

La influencia de la cultura en la sexualidad ha suscitado una investigación considerable. Se ha demostrado que tanto los factores culturales como los fisiológicos son determinantes clave del comportamiento sexual. Los procesos de socialización influyen fuertemente en el desarrollo de la sexualidad de las personas, su rol sexual dentro de un grupo, así como las normas y valores del grupo al que pertenecen. Por ejemplo, algunos teóricos han argumentado que las funciones y los sentimientos sexuales no tienen un significado intrínseco o esencial propio, sino que se asocian con el significado específico creado por los sistemas ideológicos y culturales en los que se expresan. ⁽³⁰⁾ También deben tenerse en cuenta los correlatos psicológicos de la enfermedad y su efecto sobre la autoestima y la imagen corporal. ⁽³¹⁾

Actitud sexual

Las actitudes son conjuntos de representaciones relativamente estables con respecto a un objeto (p. Ej., La sexualidad) que se almacenan en la memoria y están influenciadas por experiencias pasadas, educación, aspectos relacionales y normas sociales. Tales representaciones reflejan la valencia (positiva versus negativa) así como otras características del objeto actitud, como su importancia en la propia vida. Se sugiere que las actitudes juegan un papel central en el funcionamiento humano porque dan forma a las cogniciones, intenciones y comportamientos. Por ejemplo, las actitudes sirven como tendencias para acercarse a objetos que se evalúan positivamente y evitar objetos que se evalúan negativamente. Debido a que el deseo sexual representa la tendencia a buscar experiencias sexuales, y la satisfacción

sexual representa la respuesta afectiva positiva que surge de la evaluación subjetiva de la propia vida sexual, ambos deben estar intrínsecamente relacionados con una evaluación positiva hacia la sexualidad. Sin embargo, investigaciones recientes han señalado que las actitudes influyen en los comportamientos humanos de una manera compleja. De hecho, las actitudes pueden ser tanto automáticas (implícitas) como complementadas por procesos adicionales controlados (explícitos).⁽³²⁾

El adulto mayor a menudo ve la sexualidad como una expresión de pasión, afecto, admiración y lealtad, una renovación del romance, una afirmación general de la vida, especialmente la expresión de alegría y una oportunidad continua de crecimiento y experiencia. Además, la actividad sexual es un medio para que el adulto mayor afirme el funcionamiento físico, mantenga un fuerte sentido de identidad y establezca confianza en sí mismo, y para prevenir la ansiedad. También sigue siendo una modalidad de puro placer físico. Sin embargo, no todas las personas mayores tienen actitudes positivas sobre la sexualidad. Como todas las personas, los adultos mayores pueden experimentar disfunción sexual debido al aburrimiento, el miedo, la fatiga, el dolor u otros factores (por ejemplo, deseo sexual intrínsecamente bajo, discapacidad física). La sexualidad en el adulto mayor se ve particularmente afectada por problemas que son comunes en este grupo de edad, por ejemplo, depresión, trastornos médicos o incapacidad o muerte de una pareja.⁽³³⁾

En adición a estos problemas, los adultos mayores carecen de información precisa sobre la sexualidad. La educación sexual no era un plan de estudios estándar durante los años formativos o incluso universitarios de los adultos mayores de hoy. Los valores sexuales fueron moldeados por las circunstancias (por ejemplo, la economía, la guerra, la inculturación) e influenciados por los mitos sociales (por ejemplo, que la menopausia significa una disminución del deseo sexual y la pérdida del sentido de la feminidad; que la actividad sexual debe ser iniciada por el hombre; que solo hay una posición correcta para el coito). El conocimiento limitado sobre el sexo y las actitudes sobre la sexualidad entre los adultos mayores están

indisolublemente vinculados. En consecuencia, los adultos mayores pueden dudar (o incluso detestar) hablar de asuntos sexuales con sus médicos o pueden tener suposiciones tremendamente erróneas sobre la función sexual en el futuro. ⁽³⁴⁾

Evaluación de la actitud sexual en el adulto mayor

Con el propósito de hacer una medición objetiva de los estereotipos y prejuicios hacia la sexualidad en la senectud, Orozco y Rodríguez diseñaron el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV) y evaluaron algunas propiedades psicométricas en una muestra de 120 adultos con edades entre 60 y 98 años en Guadalajara, México. Los autores presentaron este instrumento como una medida de tres dimensiones de la sexualidad de adultos mayores: prejuicios (siete ítems), derechos y limitaciones (4 ítems) y mitos (3 ítems). Los ítems brindan cinco opciones de respuesta, que van desde “completamente falso”, que se califica uno, hasta “completamente cierto”, que se califica cinco, a excepción del ítem 5, que se puntúa en sentido inverso. Las puntuaciones totales pueden variar entre 14 y 70; a mayor puntuación, más negativa es la actitud hacia la sexualidad en la vejez. ^{(35,}
³⁶⁾

Estudios previos de actitud sexual

Dentro del grupo de adultos mayores, Waite et al. informaron actitudes sexuales específicas para los adultos mayores por grupo de edad y sexo. Encontraron un efecto de género, ya que los hombres adultos mayores tenían actitudes más positivas hacia la expresión sexual que las mujeres adultas mayores. Los investigadores también encontraron efectos de cohorte, en el sentido de que los grupos de personas mayores eran generalmente más conservadores en sus actitudes que los grupos de personas adultas mayores de menor edad (por ejemplo, es más probable que reporten que las relaciones sexuales fuera del matrimonio siempre son incorrectas). ⁽³⁷⁾

Portonova, Young y Newman interrogaron a mujeres de 60 a 90 años para determinar sus actitudes hacia otros adultos mayores sexualmente activos. Se pidió a las mujeres que respondieran a una de las ocho variaciones de una viñeta que

representaba a una pareja mayor sexualmente activa. Las variaciones de la viñeta mostraban a la pareja sexual alternativamente como casada, soltera o viuda; como amigo, familiar o miembro de la iglesia del encuestado; y como vivir independientemente en un apartamento o en un asilo. En lugar de confirmar el estereotipo de las mujeres mayores sexualmente conservadoras, los resultados indicaron que las actitudes de las mujeres eran en general positivas hacia la actividad sexual en las personas mayores en las ocho relaciones sociales identificadas. Las actitudes eran algo más positivas hacia la actividad sexual de los adultos mayores casados que de los solteros. Asimismo, las actitudes fueron levemente más positivas con respecto a la actividad sexual de los habitantes de apartamentos que de los residentes de asilos. ⁽³⁸⁾

Así mismo, Gewirtz et al. demostraron que la educación superior se asoció con actitudes más conservadoras hacia la sexualidad entre los adultos mayores en Corea. Las actitudes hacia la sexualidad de los adultos mayores diferían según el estado civil, ya que las personas divorciadas o viudas demostraron las actitudes más conservadoras en comparación con las personas solteras o casadas. ⁽³⁹⁾

En el estudio de Park et al., los hombres mayores mostraron actitudes sexuales más positivas que las mujeres mayores. Se supone que esto es el resultado de la presión cultural, lo que significa que la sexualidad de los hombres se acepta como actividad sexual, mientras que la sexualidad de las mujeres se percibe como una característica materna más que como actividad sexual. Como resultado, las actitudes sexuales entre las mujeres pueden haber sido reportadas como relativamente negativas en comparación con los hombres. Los adultos mayores con cónyuges también mostraron actitudes más positivas. La presencia de un cónyuge ayuda a mantener el interés sexual y les permite tener una vida sexual saludable. ⁽⁴⁰⁾

La investigación sobre las actitudes hacia la sexualidad de los adultos mayores se ha extendido más allá de los proveedores de atención médica, hasta incluso

explorar las actitudes en grupos de edad específicos de la población general. Un pequeño número de estudios se han centrado en las actitudes de los estudiantes universitarios hacia el envejecimiento de la sexualidad, con resultados que van desde restrictivos hasta permisivos. Cabe destacar, que las actitudes permisivas se asociaron con factores como la cercanía con los abuelos, el contacto con los abuelos, ser mujer y la salud cognitiva y física del adulto mayor en cuestión. ⁽⁴¹⁾

Cerquera et al. utilizando el Cuestionario CASV encontró que los adolescentes presentan altos porcentajes de respuestas negativas frente a la sexualidad en los adultos mayores; mientras que los jóvenes mayores tienen mejores percepciones a la sexualidad en los adultos mayores. ⁽⁴²⁾

De manera similar en el uso del instrumento CASV, Pedrero et al. encontró que en estudiantes universitarios existe un bajo nivel de estereotipos en siete de los ítems; sin embargo, existen niveles moderados a altos en los estereotipos que refieren al deseo sexual de los adultos mayores. ⁽⁴³⁾

Relación entre autoestima y actitudes hacia la sexualidad

Con la literatura de cientos de efectos relacionados, y dada la naturaleza subjetiva de las revisiones narrativas, tal vez no sea sorprendente que las revisiones narrativas hayan extraído conclusiones contradictorias sobre la importancia de la autoestima para la salud sexual. Algunas revisiones sugieren que la autoestima puede tener poca importancia para la salud sexual. Otras revisiones sugieren que la asociación es más sustantiva y típicamente negativa, ya que la autoestima podría promover sesgos cognitivos que llevan a las personas a participar en conductas sexuales de riesgo. Finalmente, una revisión exhaustiva concluyó que los dominios del bienestar relacionados con la sexualidad pueden ser un área de investigación en la que el papel de la autoestima es particularmente inconsistente. ⁽⁴⁴⁾

De acuerdo con Winarni et al., los individuos que tienen baja autoestima o negativos suelen sentirse menos satisfechos, menos capaces, menos valiosos, con menos poder. Alguien que habitualmente tiene baja autoestima tenderá a vincularse al

grupo de pares cercanos en la sociedad, esto lo hace con la intención de hacerse respetar y reconocer en el grupo, por lo que estará más expuesto a adherirse a actitudes erróneas en cuanto a la sexualidad. ⁽⁴⁵⁾

Esto ha sido demostrado por Kheswa et al quien encontró que los jóvenes varones mentalmente sanos con una alta autoestima han aclarado los valores sobre su sexualidad y, en su mayoría, actitudes saludables hacia los aspectos de la intimidad. La autoestima medió las relaciones entre la salud mental y los valores y actitudes sexuales de los adolescentes negros. Por lo tanto, una alta autoestima puede servir como un amortiguador contra los efectos de las influencias intra e interpersonales negativas perjudiciales para la salud mental. ⁽⁴⁶⁾

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, de acuerdo a datos del INEGI para 2012 se estimaba cerca de 22.9 millones de personas de 50 y más años de edad, para el año 2018 dicha población se estima en alrededor de 28.2 millones. ⁽⁴⁷⁾ En adición a este incremento poblacional del adulto mayor, las encuestas muestran un aumento con el tiempo en la proporción de personas de 70 años que son sexualmente activas, que ven la sexualidad como una fuerza positiva en la vida y expresan satisfacción con su vida sexual. Varias tendencias ayudan a explicar esto. Hoy en día, los hombres y las mujeres viven más y alcanzan la vejez con mejor salud; y, quizás más notablemente, se han relajado las actitudes hacia el sexo en la edad adulta. Hoy en día, la expresión sexual es cada vez más reconocida como importante a lo largo de la vida, para mantener las relaciones, promover la autoestima y contribuir a la salud y el bienestar. ⁽⁴⁸⁾

Todavía existen prejuicios y mitos sobre la sexualidad en la vejez. La creencia de que la sexualidad está restringida a los jóvenes contribuye a la idea de que la sexualidad en la vejez es una práctica inusual e inmoral. El proceso de envejecimiento no impide que los adultos mayores ejerzan su sexualidad. Sin embargo, los adultos mayores son vistos por la sociedad como seres asexuales, que rara vez ejercen su sexualidad. Por tanto, los profesionales sanitarios suelen desatender a este problema, aumentando la vulnerabilidad de esta población. ⁽⁴⁹⁾

Se destaca la sexualidad porque constituye un factor de equilibrio entre los adultos mayores, el hecho de que la mayoría de estas personas sean sexualmente activas y la importancia de la sexualidad en su reafirmación en la sociedad, lo que mejoraría su autoestima y salud mental. Además, es fundamental incrementar el desempeño del personal de salud con las personas mayores para reconstruir paradigmas y reducir actitudes no permisivas con el fin de mejorar la calidad de vida de esta población. Las personas mayores necesitan liberarse de las normas sexistas y de la devaluación de la vejez en el contexto de la sexualidad, preestablecido por la sociedad y las redes de medios. Por otro lado, los aspectos biológicos, psicológicos

y sociales deben ser considerados en la sexualidad de las personas mayores, para que puedan disfrutarla plena y naturalmente. ⁽⁵⁰⁾

La autoestima se asocia con la sensación de felicidad y alegría, la sensación de estar en paz con la vida y con uno mismo, la autoestima es importantísima en cualquier etapa de la vida, pero especialmente cuando se está envejeciendo. Llegar a esta etapa de la vida con optimismo, autocontrol y alta autoestima puede brindar una mayor sensación de seguridad al vivir la última etapa del ciclo de vida y de este modo impacta en la salud sexual del adulto mayor; dada la cercana relación de la autoestima y la sexualidad es que se ha dado una mayor importancia a la investigación de la relación de autoestima y actitudes hacia la sexualidad en el adulto mayor con el fin de mejorar la calidad de vida.

Esta investigación tiene como objetivo contribuir a un mayor conocimiento en este campo, con el fin de apoyar estrategias que puedan influir en los dominios y cuestiones de las actitudes hacia la sexualidad, basadas en el mantenimiento de la autoestima de las personas mayores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Contrariamente al concepto de hace un par de décadas, se ha demostrado contundentemente que el interés y la actividad sexual continúan desempeñando un papel en la vida de las personas a medida que envejecen. Los adultos mayores sienten deseo sexual y continúan participando en actividades sexuales, como el coito vaginal, el sexo oral y la masturbación, incluso en la octava y novena décadas de la vida. Teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida y el aumento simultáneo de la población mayor, la investigación sobre el tema de la sexualidad en la vejez en nuestro medio clínico es muy limitada.

Entre los temas de la sexualidad investigados previamente, se ha descrito que las actitudes hacia la sexualidad tienen una influencia importante en el comportamiento sexual y las expresiones de la sexualidad, y las actitudes positivas también están asociadas con la actividad sexual continua en la vida posterior, así como con la actividad sexual frecuente, lo que a su vez, impacta de manera significativa en todas las áreas de salud del adulto mayor.

Dado que la autoestima es capaz de incrementar la sensación de seguridad y de bienestar, esta capacidad permite la inclusión del adulto mayor en la sociedad y modificar los estigmas o conceptos erróneos en cuanto a la sexualidad en esta etapa de la vida; por tanto, la relación entre autoestima y actitudes hacia la sexualidad es un tema de interés vagamente investigado y que podría mostrarse como un tema prioritario en la atención sanitaria del adulto mayor.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre autoestima y actitudes hacia la sexualidad en la vejez en personas de la tercera edad que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos?

HIPÓTESIS

Entre las personas de la tercera edad, las actitudes positivas hacia la sexualidad en la vejez se explican por la autoestima alta, en individuos de la tercera edad que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la asociación entre autoestima y actitudes hacia la sexualidad en la vejez en personas de la tercera edad que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos

Objetivos específicos

Identificar el nivel de autoestima de la población en estudio

Identificar las actitudes hacia la sexualidad de la población en estudio

Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio

Identificar la convivencia marital de la población en estudio

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se llevará a cabo un estudio con las siguientes características:

- Por la finalidad del estudio. Estudio descriptivo
- Por la secuencia temporal: Estudio transversal
- Por el control de la asignación de los factores de estudio: Estudio observacional
- Por el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos: Estudio retrospectivo

Ubicación espacio-temporal

El estudio será llevado a cabo en el Hospital de Psiquiatría Morelos en el periodo 2021-2022

Estrategia de trabajo

Primeramente, se conformará la muestra de estudio con adultos mayores que cumplan con los criterios de selección de la muestra, a quienes se le invitará a participar en el estudio y se les solicitará que firmen el consentimiento informado. Posteriormente se les realizará el llenado de los cuestionarios para coleccionar los datos de las variables en estudio los cuales serán capturados al software estadístico IBM SPSS Statistics en su versión 26 para realizar los cálculos descriptivos e inferenciales. El último paso será la discusión de los resultados para la generación de las conclusiones del estudio.

Definición de la unidad de población

El universo de población estará constituido por todas las personas de la tercera edad que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos.

Criterios de selección de las unidades de muestreo

Criterios de inclusión

- Pacientes con edad mayor de 60 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de no inclusión

- Pacientes con limitaciones físicas o cognitivas que les impidan contestar los cuestionarios
- Pacientes con patología psiquiátrica que requieran o se encuentren hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no terminen de contestar los cuestionarios.

Diseño y tipo de muestreo

El muestreo será no probabilístico ya que la muestra se conformará por todos los pacientes que cumplan con los criterios de selección de la muestra, quienes serán incluidos en el estudio de manera consecutiva y sin ceguedad.

Tamaño de la muestra

Por medio del software Gpower versión 3.1 se calculó el tamaño muestra con los siguientes parámetros:

```
F tests - Linear multiple regression: Fixed model, R²
deviation from zero

Analysis:  A priori: Compute required sample size
Input:    Effect size f²                = 0.15
          α err prob                    = 0.05
          Power (1-β err prob)          = 0.95
          Number of predictors           = 10
Output:   Noncentrality parameter λ     = 25.8000000
          Critical F                     = 1.8899310
          Numerator df                   = 10
          Denominator df                 = 161
          Total sample size              = 172
          Actual power                    =
0.9500609
```

Obteniéndose un tamaño de muestra de 172 pacientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Autoestima	Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.	De acuerdo a la escala de Rosenberg: <ul style="list-style-type: none"> • 30-40 puntos autoestima elevada • 26-29 autoestima media • Menos de 25 autoestima baja 	Cuantitativa	Discreta	Puntaje
Actitud hacia la sexualidad	Organización, relativamente estable, de creencias acerca de la sexualidad que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido, es decir; son un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias a actuar.	De acuerdo al CASV <ul style="list-style-type: none"> • Mayor a 28 Actitud negativa • Menos o igual a 28 actitud positiva 	Cuantitativa	Discreta	Puntaje
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa	Discreta	Años
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética	Lo referido por el paciente como tal durante la entrevista	Cualitativa	Nominal dicotómica	Femenino o masculino

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Estado civil	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio y parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Lo referido por el paciente como tal durante la entrevista	cualitativa	Nominal <u>politómica</u>	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo
Nivel educativo	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Último certificado educativo obtenido por el paciente	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Posgrado
Comorbilidades	La presencia de uno o más enfermedades, además de la enfermedad o trastorno primario.	Enfermedades o trastornos referidos por el paciente.	Cualitativa	Nominal <u>politómica</u>	Ninguna Trastorno del estado de ánimo Trastorno de ansiedad Trastorno psicótico Trastorno por consumo de sustancias Diabetes mellitus Hipertensión arterial sistémica Cáncer EPOC

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Tiempo de vida en pareja	Número de años de relación en pareja, ya sea noviazgo, concubinato o matrimonio.	La referida por el paciente durante la entrevista	Cuantitativa	Discreta	Años
Frecuencia de actividad coital	Número de veces en que se mantiene actividad sexual que realizan al menos dos individuos para dar o recibir placer sexual	La referida por el paciente durante la entrevista	Cuantitativa	Discreta	Número de veces a la semana
Frecuencia de actividad no coital	Número de veces en que se mantiene actividad no centrada en los genitales, incluye caricias, abrazos, besos, recostarse	La referida por el paciente durante la entrevista	Cuantitativa	Discreta	Número de veces a la semana
Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que se han mantenido relaciones sexuales	La referida por el paciente durante la entrevista	Cuantitativa	Discreta	Número

Método de recolección de datos

La recolección de datos se realizará por medio de una entrevista donde se recabarán datos sociodemográficos, clínicos y los siguientes instrumentos de medición:

- Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez
- Escala de autoestima de Rosenberg

Técnicas y procedimientos

Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV)

El cuestionario CASV, fue propuesto por Orozco y Rodríguez en el año 2006; consta, en su versión original de 14 preguntas y las posibilidades de respuestas van desde completamente verdadero (4) hasta completamente falso (0), con una calificación tipo Likert. ^(51, 52) Las subescalas están conformadas por prejuicios (ítems 1-8 y 12-14) y limitaciones sexuales (ítem 9,10 y11); no obstante, la medición se interpreta de modo que, a mayor puntuación, mayor son las actitudes negativas hacia la sexualidad en el adulto mayor, cabe mencionar que el CASV cuenta con confiabilidad aceptable, obteniendo un α de Cronbach de 0.76. ⁽⁵³⁾

Escala de autoestima de Rosenberg

Esta escala contiene 10 ítems, de los cuales 5 están redactados de forma positiva y 5 de forma negativa, con un formato de respuesta tipo Likert (1: muy en desacuerdo a 4: muy de acuerdo). ⁽⁵⁴⁾ La puntuación total oscila entre 10 y 40 puntos; las puntuaciones más altas indican una buena autoestima. Gómez et al. demostró un α de Cronbach de 0.83. ⁽⁵⁵⁾

Análisis de datos

Diseño estadístico

El análisis descriptivo se realizará por medio del cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables de tipo cualitativo; mientras que para las variables de tipo cuantitativo se calcularán la media como medida de tendencia central y el cálculo de desviación estándar como medida de dispersión, además de cálculo de asimetría y curtosis.

Hipótesis estadística

La hipótesis alternativa es dependencia entre el nivel de autoestima y la actitud hacia la sexualidad.

La hipótesis nula es de independencia entre el nivel de autoestima y la actitud hacia la sexualidad.

Pruebas estadísticas

La presencia de asociación se verificará usando una prueba de correlación bivariada (Correlación de Spearman) para determinar la direccionalidad y la fuerza de la correlación entre el grado de autoestima y la actitud hacia la sexualidad, así como los intervalos de confianza del 95% y la significancia estadística, considerándose como significativo un valor p menor de 0.05

LOGÍSTICA

Recursos humanos

- Tesista responsable de la investigación
- Asesor experto
- Asesor metodológico

Recursos materiales

- Computadora de escritorio
- Impresora
- Fotocopiadora
- Hojas de papel bond
- Lapiceros

Recursos financieros

Los gastos que deriven de la realización de la investigación correrán en su totalidad por cuenta del tesista responsable.

Cronograma de actividades

Gráfica de Gantt

Actividades	dicembre-21	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22	may-22	may-22
Revisión de la Literatura							
Elaboración del Anteproyecto							
Presentación del Anteproyecto							
Aplicación de entrevistas							
Tabulación de los datos							
Generación de resultados							
Discusión de los resultados							
Generación del informe preliminar							
Corrección del Informe preliminar							
Elaboración de la tesis final							
Sustentación de la tesis							

BIOÉTICA

La investigación será realizada en base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, conforme al artículo 17 fracción I, el cual clasifica a la investigación como sin riesgo, riesgo mínimo y riesgo mayor. ⁽⁵⁶⁾

A este estudio se le clasificó como de “riesgo mínimo” debido a que es parte de los estudios prospectivos que emplean procedimientos comunes, como los exámenes físicos, psicológicos de diagnósticos, tratamientos rutinarios, entre los que se consideran; pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, en continuum con éste apartado, incluye pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, como es en el caso de la presente investigación.

Así como en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, que establecen que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Este estudio de investigación se sujetará a normas éticas de toda investigación biomédica según los principios Bioéticos.

1) No Maleficencia: Se refiere a no producir daño al sujeto u objeto de la investigación.

Todo proyecto de investigación debe ser precedido por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles, para cualquier organismo vivo y el ambiente, frente a los posibles beneficios que se espera obtener. Se considera que un organismo se encuentra sometido a riesgo cuando se expone a la posibilidad de daño físico, psicológico o moral. La determinación del riesgo está fundamentada en la rectitud del juicio profesional, el cual a su vez es consecuencia de un debate.

Es inaceptable que se realicen proyectos de investigación cuando se presuma la posibilidad de riesgos que no puedan ser asumidos a la luz del conocimiento existente. Igualmente, se debe interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.

En la investigación clínica y en la experimentación con humanos y animales se debe respetar una prudente proporción entre el riesgo implícito probable y el beneficio para el sujeto que es objeto de la investigación o manipulación.

2) Justicia: Se concreta en darle a cada uno lo que le corresponde, por lo cual determina la necesidad de no establecer discriminaciones originadas por motivos de cualquier índole; por lo tanto, debe practicarse la imparcialidad y equidad con todos los organismos vivos y su ambiente.

3) Beneficencia: Dentro del espíritu de la fraternidad humana se estimula al individuo y a las comunidades a hacer el bien. Siendo la Beneficencia un ideal moral y no una obligación en sentido estricto, ocupa un puesto de honor en la vida humana.

La experimentación en organismos vivos y su ambiente sólo podrá realizarse legítimamente para mejorar la calidad de vida de los sujetos de estudio y de la sociedad presente y futura, en proporción con el riesgo calculado.

En la investigación clínica, el propósito debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos, y la comprensión de la etiología y la génesis de la enfermedad.

4) Autonomía: Es un principio de reciente generación, que ha sido reconocido en los debates internacionales como consecuencia del progreso moral de la humanidad. El reconocimiento al derecho a la vida, la dignidad y demás valores que han enaltecido al hombre como responsable de su existencia ha determinado un nuevo principio referido a la potestad humana para tomar decisiones en torno a su vida personal, por ser racional y consciente, poder distinguir entre el bien y el mal y

orientar sus acciones para conseguir lo que desea. Conceptos como soberanía y libre albedrío están definiendo un hito en la historia del ser humano, ya que están marcando una práctica a ser compartida por todos. Como consecuencia de esta realidad se adoptan los siguientes criterios relacionados con la autonomía.

La dignidad de la persona es un valor extensivo a su integridad física y psicológica, cuyo respeto trasciende los fines de la investigación.

La investigación con humanos sólo podrá realizarse con el consentimiento previo y libre de la persona, el cual deberá estar basado en información suficiente y veraz.

Se hace necesario que se firme consentimiento informado en apego al artículo 20 del capítulo I De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, mediante el cual, el sujeto de investigación autoriza la participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. ⁽⁵⁷⁾

En apego a la fracción VII del artículo 21, se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad de los sujetos que participen en la investigación.

ARTICULO 36.- Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá, en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra para proporcionarlo o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz.

Por lo ya mencionado el presente protocolo se someterá a revisión y aprobación por parte del Comité Local de Bioética e Investigación del Centro Médico Nacional La Raza.

RESULTADOS

En el presente estudio participaron un total de 180 individuos de los cuales se eliminaron 2 pacientes que no devolvieron las encuestas, 3 pacientes que dejaron incompletas las encuestas y 1 paciente que no acepto participar en el estudio, resultando un total de 174 individuos que cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra fue recolectada de los pacientes pertenecientes a la clínica de psicogeriatría, servicio de valoración y admisión continua, hospitalización, trabajadores y acompañantes/visitantes que acudieron al Hospital de Psiquiatría Morelos, en la Tabla 1. Observamos que el total de la muestra fue de 174 individuos, con 112 (64.4%) mujeres y 62 (35.6%) hombre.

Tabla 1. Hombre o mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	112	64.4	64.4	64.4
	Hombre	62	35.6	35.6	100.0
	Total	174	100.0	100.0	

En la Tabla 2. Observamos las edades de los participantes con una media de 69.13 años, siendo la edad mínima de los participantes de 60 años y la máxima de 86 años.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad en años	174	60	86	69.13
N válido (por lista)	174			

En la Tabla 3. Destaca que la mayoría de los participantes se encontraban casados al momento de contestar la encuesta con un total de 52.3%, seguido de participantes solteros con un total de 23.0%.

Tabla 3. cruzada Estado civil actual*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Estado actual	Viudo	Recuento	10	24	34
		% del total	5.7%	13.8%	19.5%
	Unión libre	Recuento	6	3	9
		% del total	3.4%	1.7%	5.2%
	Soltero	Recuento	10	30	40
		% del total	5.7%	17.2%	23.0%
	Casado	Recuento	36	55	91
		% del total	20.7%	31.6%	52.3%
Total		Recuento	62	112	174
		% del total	35.6%	64.4%	100.0%

En la Tabla 4. Advertimos que la mayoría de los participantes contaban solamente con primaria completa con un total del 38.5%, solamente el 6.3% de los participantes contaban con algún tipo de posgrado.

Tabla 4 cruzada Máximo nivel de estudios*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Máximo nivel de estudios	Posgrado	Recuento	4	7	11
		% del total	2.3%	4.0%	6.3%
	Licenciatura	Recuento	9	8	17
		% del total	5.2%	4.6%	9.8%
	Preparatoria	Recuento	21	32	53
		% del total	12.1%	18.4%	30.5%
	Secundaria	Recuento	12	14	26
		% del total	6.9%	8.0%	14.9%
	Primaria	Recuento	16	51	67
		% del total	9.2%	29.3%	38.5%
Total		Recuento	62	112	174
		% del total	35.6%	64.4%	100.0%

En la Tabla 5. Se hace mención sobre las comorbilidades de los pacientes, siendo que un 24.1% de los pacientes contaban con 2 enfermedades, seguido por un 23.6%

quienes contaban con 3 enfermedades, destaca que el 20.1% de los participantes negaron padecer alguna enfermedad.

Tabla 5. cruzada Cuantas enfermedades padece*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Cuantas enfermedades padece	4 o más	Recuento	10	20	30
		% del total	5.7%	11.5%	17.2%
	3	Recuento	10	31	41
		% del total	5.7%	17.8%	23.6%
	2	Recuento	12	30	42
		% del total	6.9%	17.2%	24.1%
	1	Recuento	12	14	26
		% del total	6.9%	8.0%	14.9%
	0	Recuento	18	17	35
		% del total	10.3%	9.8%	20.1%
	Total	Recuento	62	112	174
		% del total	35.6%	64.4%	100.0%

En la Tabla 6. Señalamos el tiempo en años, que los participantes llevaban en pareja, con un mínimo de 0 hasta 60 años y una media de 32.78 años de vida en pareja.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media
Tiempo de vida en pareja	174	0	60	32.78
N válido (por lista)	174			

En la Tabla 7. Observamos que el 67.2% de los participantes niegan tener actividad coital, el resto de los participantes refirieron actividad coital con una frecuencia mensual, quincenal y semanal en un 10.3%, 10.9% y 11.5% respectivamente.

Tabla 7. cruzada Frecuencia de actividad coital*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Frecuencia de actividad coital	Sin actividad	Recuento	37	80	117
		% del total	21.3%	46.0%	67.2%
	Mensual	Recuento	7	11	18
		% del total	4.0%	6.3%	10.3%
	Quincenal	Recuento	10	9	19
		% del total	5.7%	5.2%	10.9%
	Semanal	Recuento	8	12	20
		% del total	4.6%	6.9%	11.5%
Total	Recuento	62	112	174	
	% del total	35.6%	64.4%	100.0%	

En la Tabla 8. Señalamos que de igual manera al resultado anterior un porcentaje del 56.3% niega mantener actividad no coital, sin embargo; destaca que un 29.3% hace mención de mantener actividad no coital de manera diaria.

Tabla 8 cruzada Frecuencia de actividad no coital*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Frecuencia de actividad no coital	Sin actividad	Recuento	29	69	98
		% del total	16.7%	39.7%	56.3%
	Por lo menos una vez al mes	Recuento	2	3	5
		% del total	1.1%	1.7%	2.9%
	Por lo menos 1 vez cada 2 semanas	Recuento	4	4	8
		% del total	2.3%	2.3%	4.6%
	Por lo menos una vez a la semana	Recuento	6	6	12
		% del total	3.4%	3.4%	6.9%
	Diario	Recuento	21	30	51
		% del total	12.1%	17.2%	29.3%
	Total	Recuento	62	112	174
		% del total	35.6%	64.4%	100.0%

En la Tabla 9. Se comenta que un 52.9% de los participantes habían tenido 1 pareja sexual durante su vida, solamente un participante comento no haber mantenido relaciones sexuales.

Tabla 9 cruzada Número de parejas sexuales*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Número de parejas sexuales	> 10	Recuento	17	6	23
		% del total	9.8%	3.4%	13.2%
	3-10	Recuento	8	17	25
		% del total	4.6%	9.8%	14.4%
	2	Recuento	10	23	33
		% del total	5.7%	13.2%	19.0%
	1	Recuento	27	65	92
		% del total	15.5%	37.4%	52.9%
0	Recuento	0	1	1	
	% del total	0.0%	0.6%	0.6%	
Total	Recuento	62	112	174	
	% del total	35.6%	64.4%	100.0%	

En la Tabla 10. Tenemos los resultados respecto al autoestima, siendo que un 60.9% de los participantes reportó una autoestima media, seguido de 20.1% alta y un 19.0% autoestima baja.

Tabla 10 cruzada Autoestima*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Autoestima	Alta	Recuento	12	23	35
		% del total	6.9%	13.2%	20.1%
	Media	Recuento	37	69	106
		% del total	21.3%	39.7%	60.9%
	Baja	Recuento	13	20	33
		% del total	7.5%	11.5%	19.0%
Total	Recuento	62	112	174	
	% del total	35.6%	64.4%	100.0%	

En la Tabla 11 Obtenemos los resultados respecto a la actitud hacia la sexualidad, con una actitud negativa en un 59.8% y un 40.2% de participantes con actitud positiva hacia la sexualidad.

Tabla 11 cruzada Actitud hacia la sexualidad*Hombre o mujer

		Hombre o mujer		Total	
		Hombre	Mujer		
Actitud hacia la sexualidad	Negativa	Recuento	38	66	104
		% del total	21.8%	37.9%	59.8%
	Positiva	Recuento	24	46	70
		% del total	13.8%	26.4%	40.2%
Total	Recuento	62	112	174	
	% del total	35.6%	64.4%	100.0%	

Observamos en la Tabla 12 que se llevó a cabo el análisis de la Rho de Spearman en donde observamos una significancia de 0.226 siendo esta mayor a 0.05 por lo que se descarta correlación entre la autoestima y la actitud hacia la sexualidad.

Tabla 12 Correlaciones

		Puntaje de autoestima		Puntaje de CASV	
Rho de Spearman	Puntaje de autoestima	Coeficiente de correlación	1.000		-.092
		Sig. (bilateral)	.		.226
		N	174		174
	Puntaje de CASV	Coeficiente de correlación	-.092		1.000
		Sig. (bilateral)	.226		.
		N	174		174

En las tablas 13 y 14 observamos la correlación de Rho de Spearman dividido en grupos de hombres y mujeres, con una significancia 0.975 y 0.150 respectivamente, confirmando que en nuestra muestra no existe correlación entre autoestima y actitud a la sexualidad.

Tabla 13 Correlaciones Hombres

			Puntaje de autoestima	Puntaje de CASV
Rho de Spearman	Puntaje de autoestima	Coeficiente de correlación	1.000	-.004
		Sig. (bilateral)	.	.975
		N	62	62
	Puntaje de CASV	Coeficiente de correlación	-.004	1.000
		Sig. (bilateral)	.975	.
		N	62	62

Tabla 14 Correlaciones Mujeres

			Puntaje de autoestima	Puntaje de CASV
Rho de Spearman	Puntaje de autoestima	Coeficiente de correlación	1.000	-.137
		Sig. (bilateral)	.	.150
		N	112	112
	Puntaje de CASV	Coeficiente de correlación	-.137	1.000
		Sig. (bilateral)	.150	.
		N	112	112

Debido al resultado anterior se decidió realizar correlación con otras variables resultando significativa únicamente la correlación entre máximo nivel de estudios y puntaje de cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, obteniendo un coeficiente de correlación de -0.222 siendo esta significativa en el nivel 0.01 bilateral, con una significancia de 0.003 Tabla 15, asociado a lo anterior se realizó la correlación de acuerdo a sexo hombres y mujeres Tablas 16 y 17, con un coeficiente de correlación de -0.271 y -0.222, significancia de 0.033 y 0.019 respectivamente, siendo ambas significativas igualmente en el nivel 0.05 bilateral. En el resto de las variables no se encontró correlación.

Tabla 15 Correlaciones

			Puntaje de CASV	Máximo nivel de estudios
Rho de Spearman	Puntaje de CASV	Coeficiente de correlación	1.000	-.222**
		Sig. (bilateral)	.	.003
		N	174	174
	Máximo nivel de estudios	Coeficiente de correlación	-.222**	1.000
		Sig. (bilateral)	.003	.
		N	174	174

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 16 Correlaciones Hombres

			Puntaje de CASV	Máximo nivel de estudios
Rho de Spearman	Puntaje de CASV	Coeficiente de correlación	1.000	-.271*
		Sig. (bilateral)	.	.033
		N	62	62
	Máximo nivel de estudios	Coeficiente de correlación	-.271*	1.000
		Sig. (bilateral)	.033	.
		N	62	62

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 17 Correlaciones Mujeres

			Puntaje de CASV	Máximo nivel de estudios
Rho de Spearman	Puntaje de CASV	Coeficiente de correlación	1.000	-.222*
		Sig. (bilateral)	.	.019
		N	112	112
	Máximo nivel de estudios	Coeficiente de correlación	-.222*	1.000
		Sig. (bilateral)	.019	.
		N	112	112

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se calcularon las frecuencias de los puntajes de autoestima y del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, obteniendo para el puntaje de autoestima una media de 27.33, mediana de 27.00, moda de 26, desviación estándar de 3.382,

una asimetría de -0.210 y curtosis de 2.39, por lo cual se obtuvieron curvas de asimetría negativa y una concentración leptocúrtica, en tanto que para el puntaje del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad se obtuvo una media de 28.60, mediana de 29.00, moda de 27, desviación estándar de 6.012, una asimetría de -0.491 y curtosis de -2.52, por lo cual se obtuvieron curvas de asimetría negativa y una concentración platicúrtica, lo cual observamos en la tabla 18, así como en los gráficos 1 y 2.

Tabla 18 Estadísticos

		Puntaje de autoestima	Puntaje de CASV
N	Válido	174	174
	Perdidos	0	0
Media		27.33	28.60
Mediana		27.00	29.00
Moda		26	27
Desv. Desviación		3.382	6.012
Asimetría		-.210	-.491
Error estándar de asimetría		.184	.184
Curtosis		.239	-2.54
Error estándar de curtosis		.366	.366

Gráfico 1 Histograma Puntaje de autoestima

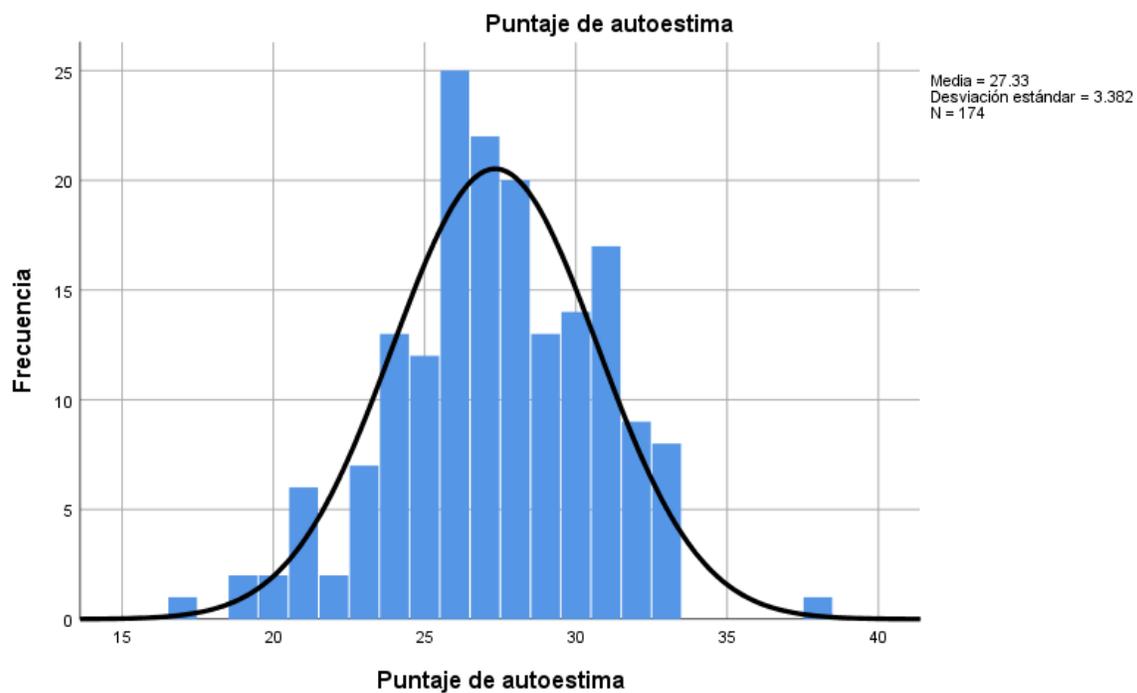
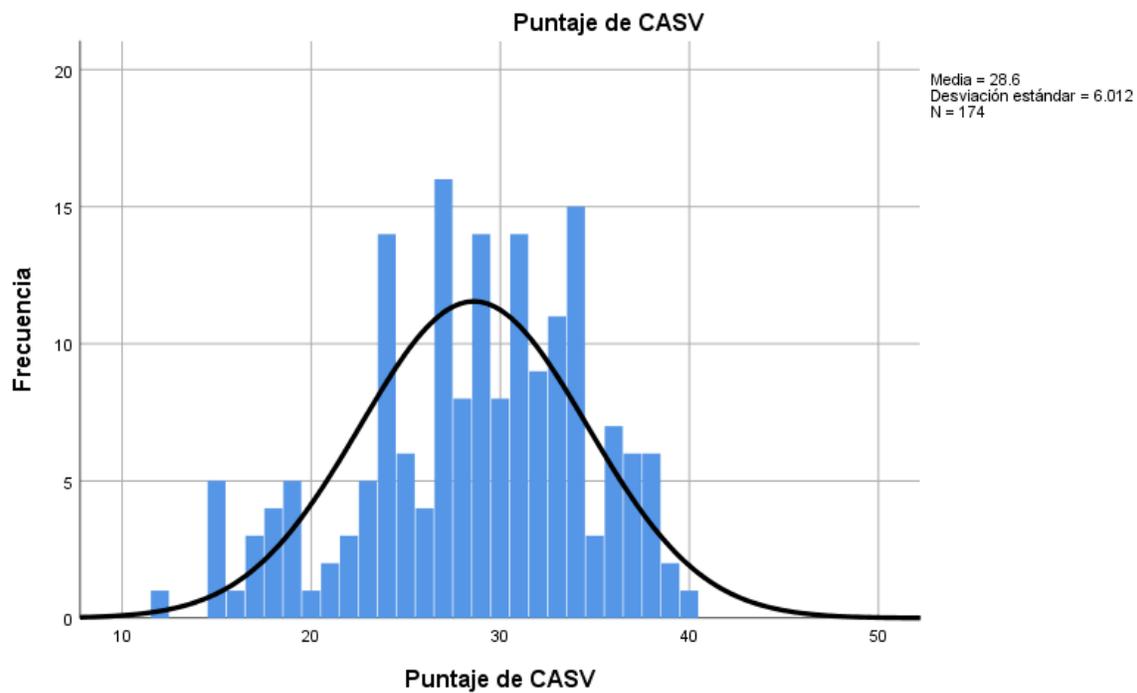


Gráfico 2 Histograma puntaje CASV

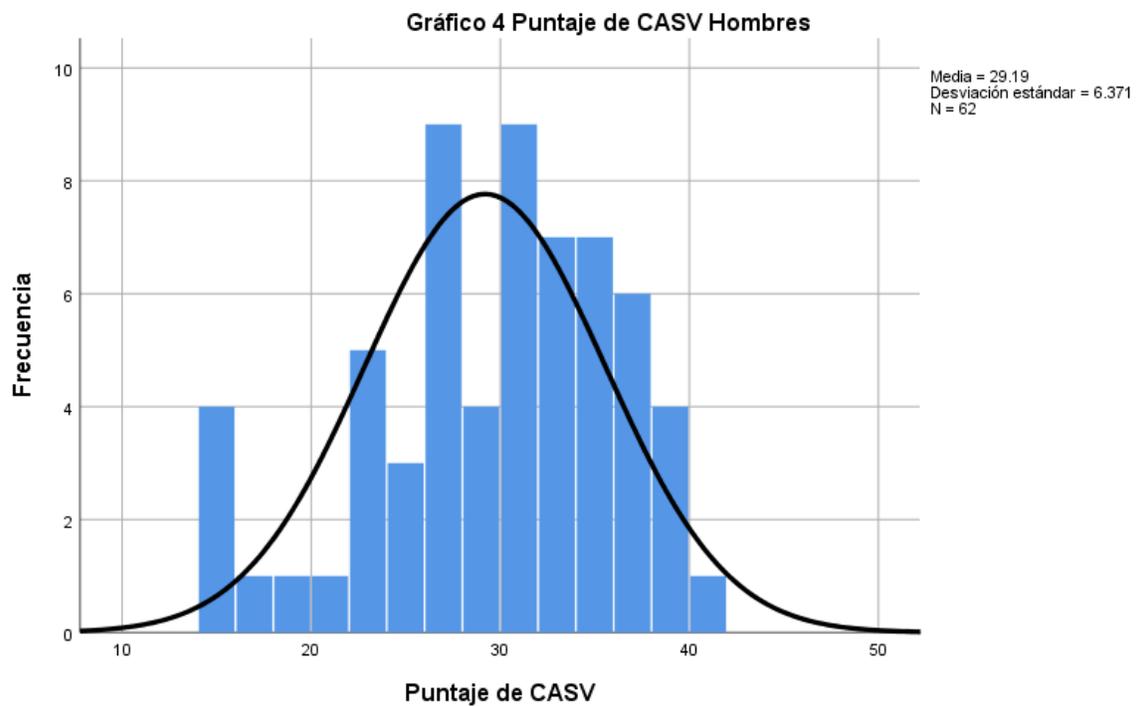
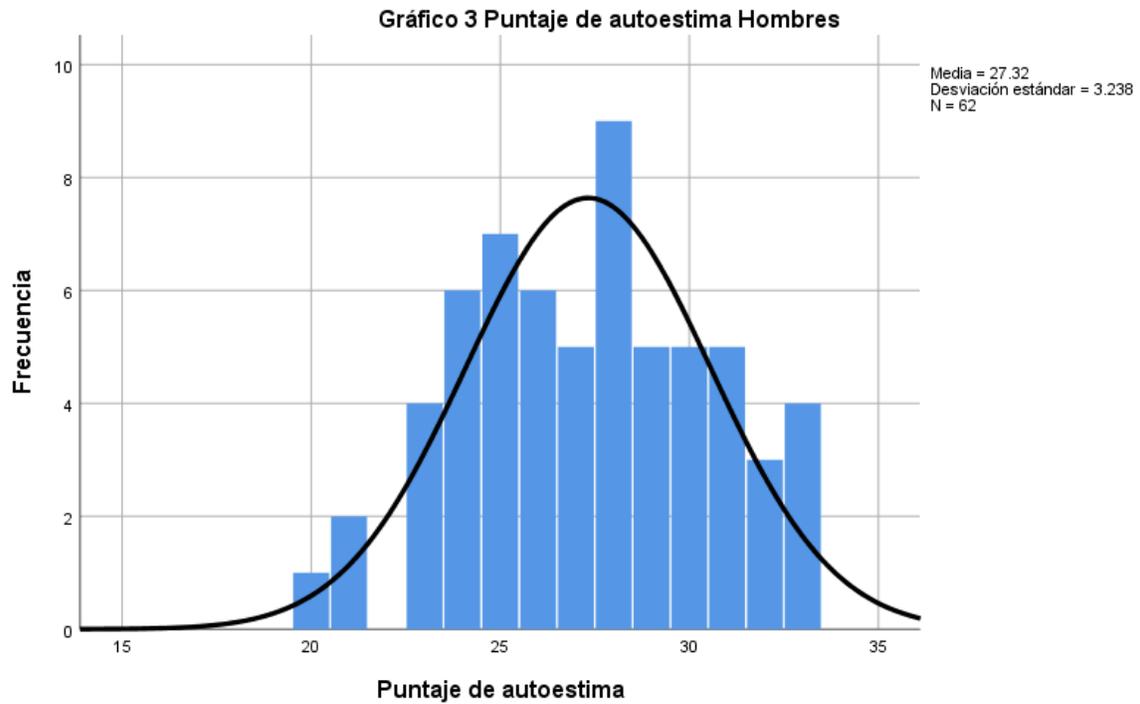


Posteriormente se calcularon las frecuencias de los puntajes de autoestima y del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en hombres, obteniendo para el puntaje de autoestima una media de 27.32, mediana de 27.50, moda de 28, desviación estándar de 3.238, una asimetría de -0.066 y curtosis de -0.648, por lo cual se obtuvieron curvas de asimetría negativa y una concentración platicúrtica, en tanto que para el puntaje del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad se obtuvo una media de 29.19, mediana de 30.00, moda de 27, desviación estándar de 6.371, una asimetría de -0.627 y curtosis de -0.194, por lo cual se obtuvieron curvas de asimetría negativa y una concentración platicúrtica, lo cual observamos en la tabla 19, así como en los gráficos 3 y 4

Tabla 19 Estadísticos Hombres

		Puntaje de autoestima	Puntaje de CASV
N	Válido	62	62
	Perdidos	0	0
Media		27.32	29.19
Mediana		27.50	30.00
Moda		28	27 ^a
Desv. Desviación		3.238	6.371
Asimetría		-.066	-.627
Error estándar de asimetría		.304	.304
Curtosis		-.648	-.194
Error estándar de curtosis		.599	.599

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

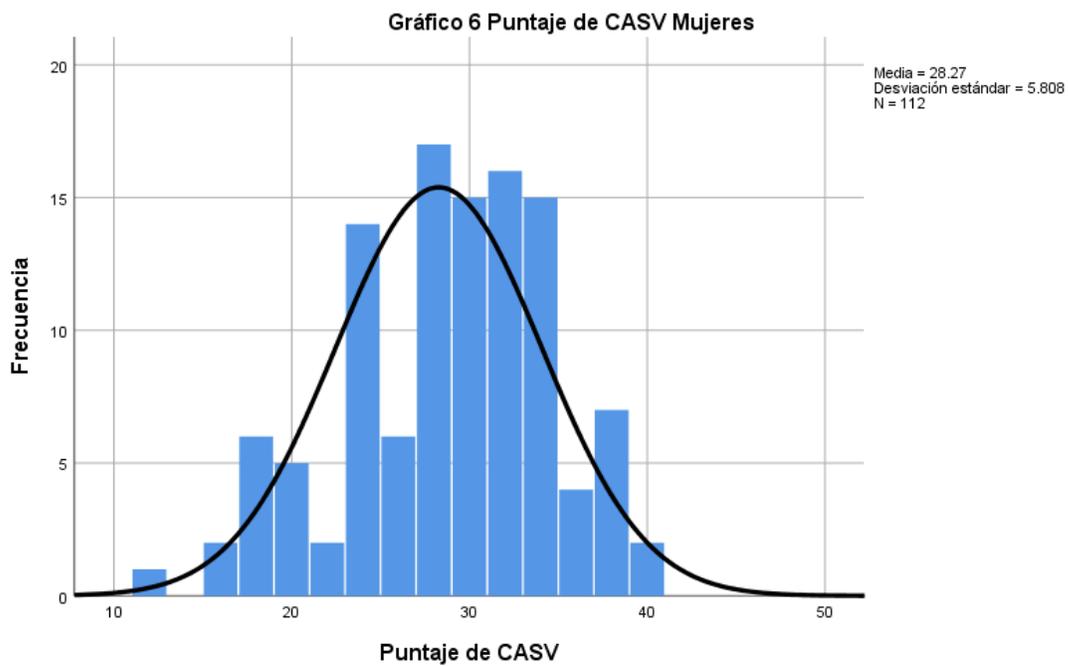
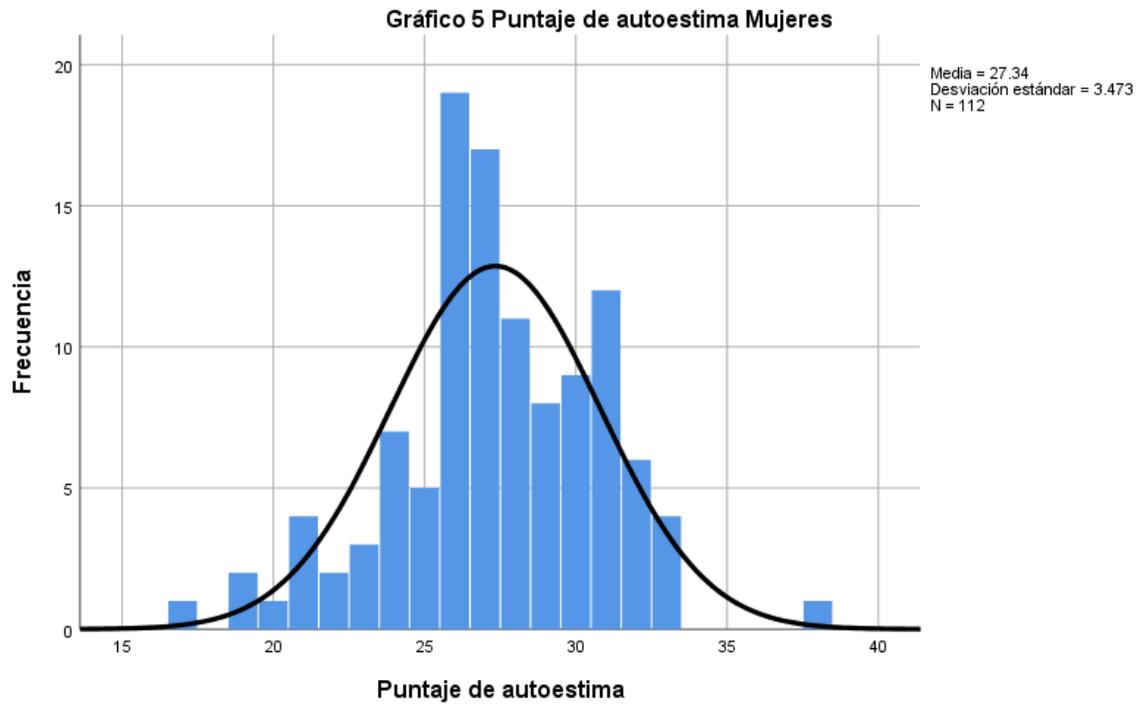


Se realizó el mismo procedimiento con las mujeres, obteniendo para el puntaje de autoestima una media de 27.34, mediana de 27.00, moda de 26, desviación

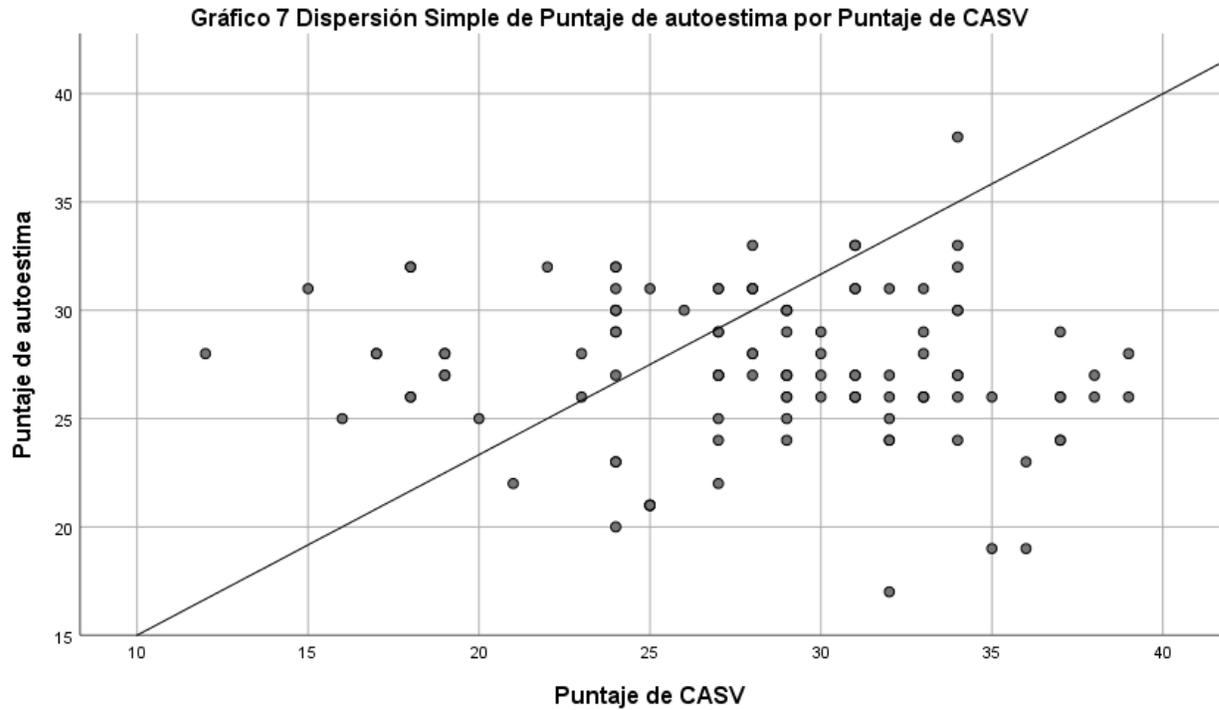
estándar de 3.473, una asimetría de -0.275 y curtosis de 0.626, por lo cual se obtuvieron curvas de asimetría negativa y una concentración leptocúrtica, en tanto que para el puntaje del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad se obtuvo una media de 28.27, mediana de 29.00, moda de 24, desviación estándar de 5.808, una asimetría de -0.440 y curtosis de -0.204, por lo cual se obtuvieron curvas de asimetría negativa y una concentración platicúrtica, lo cual observamos en la tabla 20, así como en los gráficos 5 y 6.

Tabla 20 Estadísticos Mujeres

		Puntaje de autoestima	Puntaje de CASV
N	Válido	112	112
	Perdidos	0	0
Media		27.34	28.27
Mediana		27.00	29.00
Moda		26	24
Desv. Desviación		3.473	5.808
Asimetría		-.275	-.440
Error estándar de asimetría		.228	.228
Curtosis		.626	-.204
Error estándar de curtosis		.453	.453



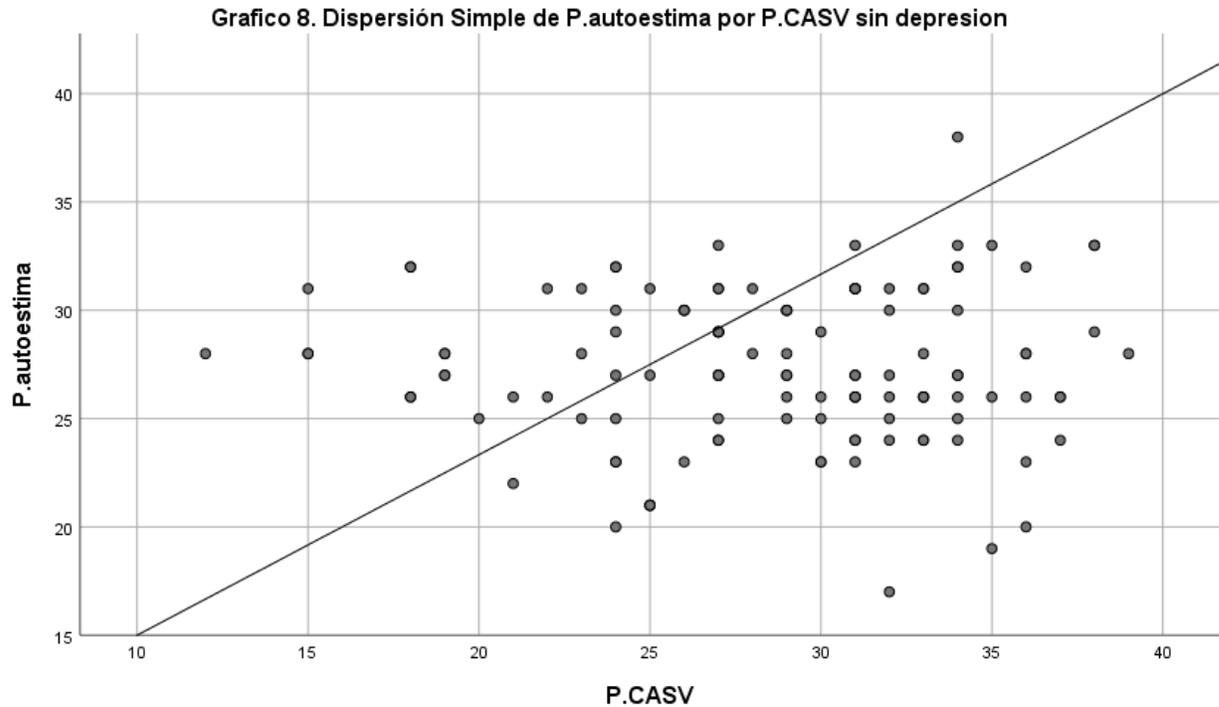
Se realizó un gráfico de dispersión simple en donde se comparó las dos variables principales es decir el puntaje de autoestima y puntaje de CASV, en donde observamos una correlación nula, ya que el comportamiento de las es independiente una de la otra, esto se puede observar en el gráfico 7.



Debido a los resultados obtenidos y con el fin de encontrar la razón de los mismos, se realizaron correlaciones en donde se descartaron a los pacientes que padecían depresión obteniendo los resultados que observamos en la tabla 21 y en el gráfico 8, obteniendo un coeficiente de correlación -0.001.

Tabla 21. Correlaciones sin depresión

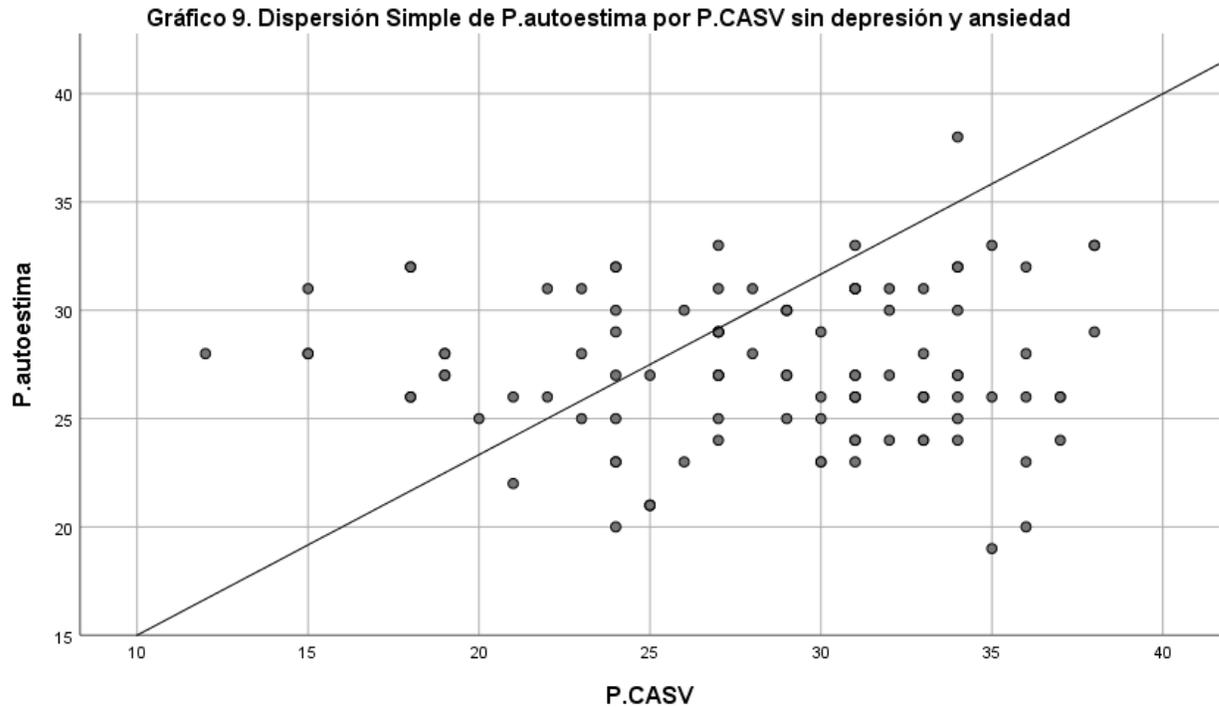
		P.CASV	P.autoestima
Rho de Spearman	P.CASV	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.
		N	120
	P.autoestima	Coeficiente de correlación	-.001
		Sig. (bilateral)	.988
		N	120



Continuando con el análisis anterior se descartaron además los pacientes con ansiedad obteniendo un coeficiente de correlación de -0.005, que podemos observar en la tabla 22 y en el grafico 9.

Tabla 22. Correlaciones sin depresión y ansiedad

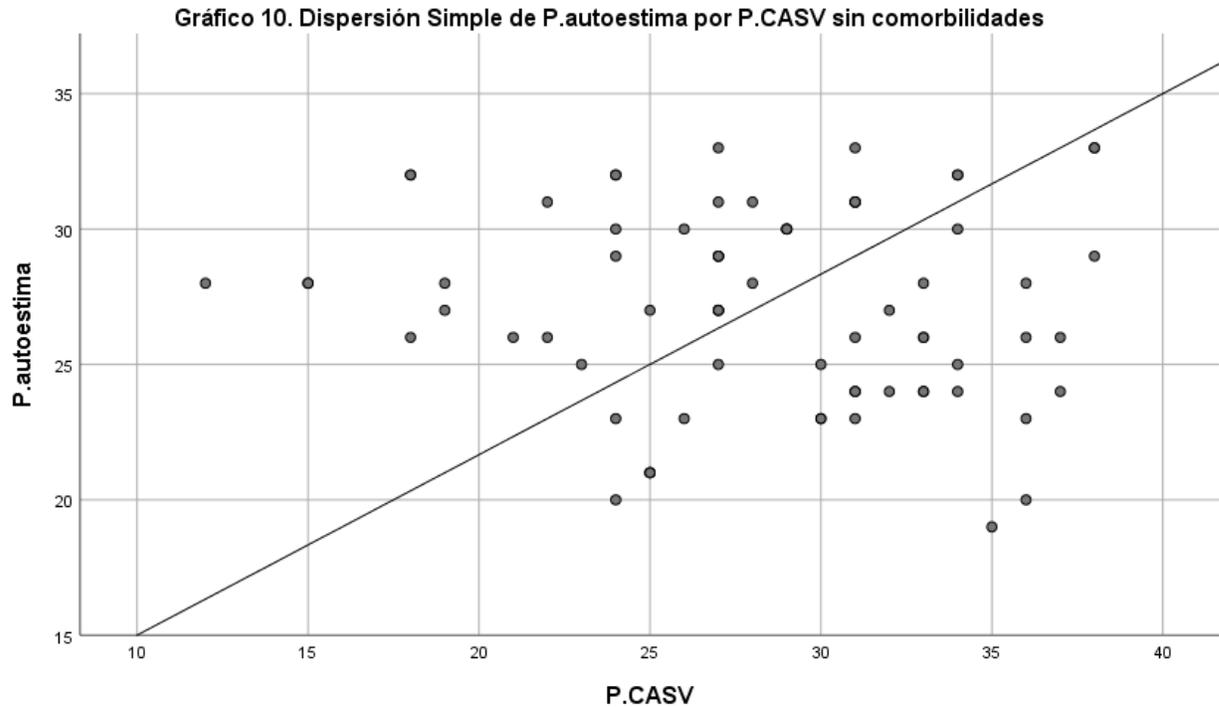
			P.CASV	P.autoestima
Rho de Spearman	P.CASV	Coeficiente de correlación	1.000	-.005
		Sig. (bilateral)	.	.956
		N	106	106
	P.autoestima	Coeficiente de correlación	-.005	1.000
		Sig. (bilateral)	.956	.
		N	106	106



Posteriormente se descartaron todos los pacientes que habían reportado por lo menos padecer una enfermedad, quedando con una muestra de 71 pacientes, lo anterior asociado a que la autoestima se ve afectado por la presencia de enfermedades especialmente las crónicas, obteniendo un coeficiente de correlación de -0.089, que podemos observar en la tabla 23 y el gráfico 10.

Tabla 23. Correlaciones sin comorbilidades

		P.autoestima	P.CASV
Rho de Spearman	P.autoestima	Coefficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.
		N	71
	P.CASV	Coefficiente de correlación	-.089
		Sig. (bilateral)	.462
		N	71



A continuación, se presentan los resultados obtenidos una vez descartados los pacientes que reportaron depresión, se dividieron por sexo obteniendo para mujeres un coeficiente de correlación de 0.008, para autoestima una media de 27.45, mediana de 27, asimetría de -0.426 y curtosis de 0.104, mientras que para las actitudes hacia la sexualidad se obtuvo una media de 28.96, mediana de 30, asimetría de -0.608 y curtosis de -0.123, lo que observamos en las tablas 24 y 25, así como en los gráficos 11 y 12.

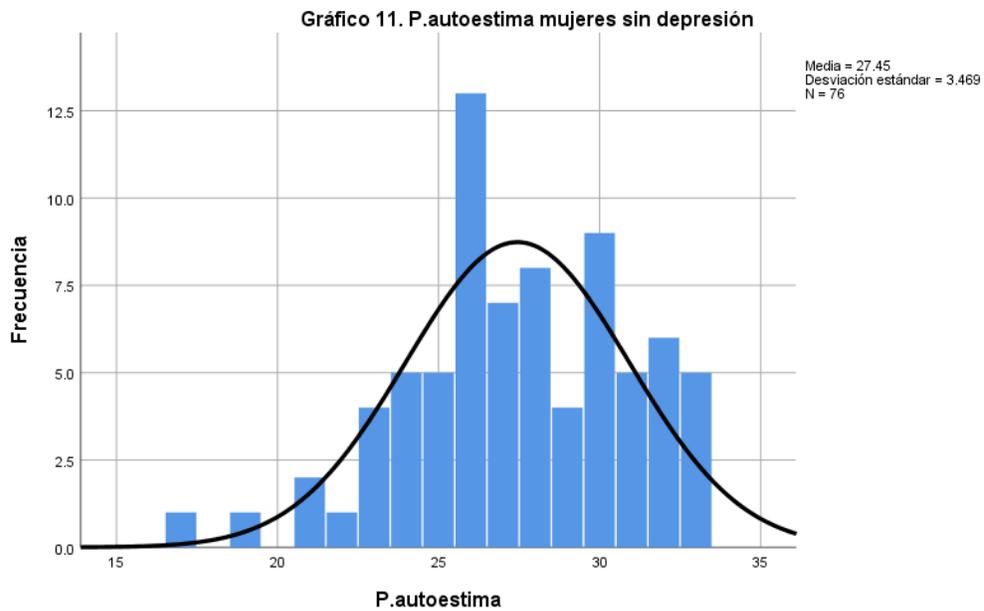
Tabla 24. Correlaciones sin depresión mujeres

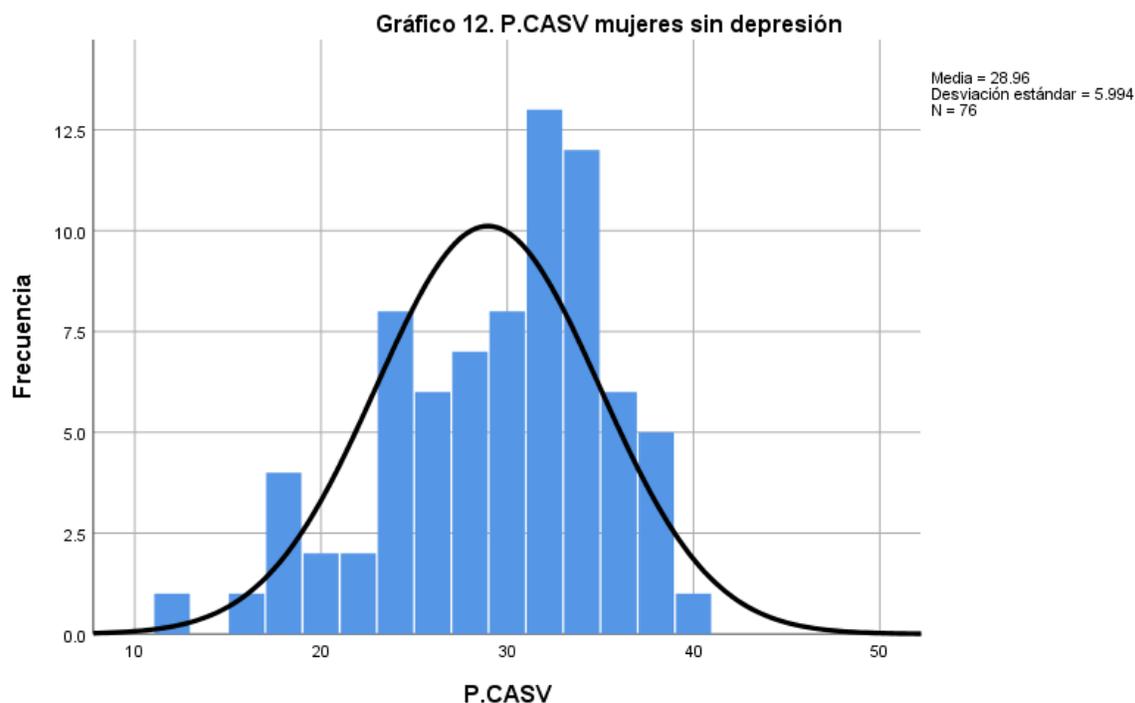
			P.autoestima	P.CASV
Rho de Spearman	P.autoestima	Coeficiente de correlación	1.000	.008
		Sig. (bilateral)	.	.944
		N	76	76
	P.CASV	Coeficiente de correlación	.008	1.000
		Sig. (bilateral)	.944	.
		N	76	76

Tabla 25. Estadísticos Mujeres sin depresión

		P.autoestima	P.CASV
N	Válido	76	76
	Perdidos	97	97
Media		27.45	28.96
Mediana		27.00	30.00
Moda		26	32 ^a
Asimetría		-.426	-.608
Error estándar de asimetría		.276	.276
Curtosis		.104	-.123
Error estándar de curtosis		.545	.545

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.





Después, se presentan los resultados obtenidos una vez descartados los pacientes que reportaron depresión, se dividieron por sexo obteniendo para hombres un coeficiente de correlación de -0.018, para autoestima una media de 27.30, mediana de 27, asimetría de 0.268 y curtosis de 0.576, mientras que para las actitudes hacia la sexualidad se obtuvo una media de 27.93, mediana de 28.50, asimetría de -0.576 y curtosis de -0.016, lo que observamos en las tablas 26 y 27, así como en los gráficos 13 y 14

Tabla 26. Correlaciones Hombres sin depresión

			P.autoestima	P.CASV
Rho de Spearman	P.autoestima	Coeficiente de correlación	1.000	-.018
		Sig. (bilateral)	.	.909
		N	44	44
	P.CASV	Coeficiente de correlación	-.018	1.000
		Sig. (bilateral)	.909	.
		N	44	44

Taba 27. Estadísticos Hombres sin depresión

		P.autoestima	P.CASV
N	Válido	44	44
	Perdidos	129	129
Media		27.30	27.93
Mediana		27.00	28.50
Moda		31	27 ^a
Asimetría		.268	-.576
Error estándar de asimetría		.357	.357
Curtosis		.576	-.016
Error estándar de curtosis		.702	.702

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

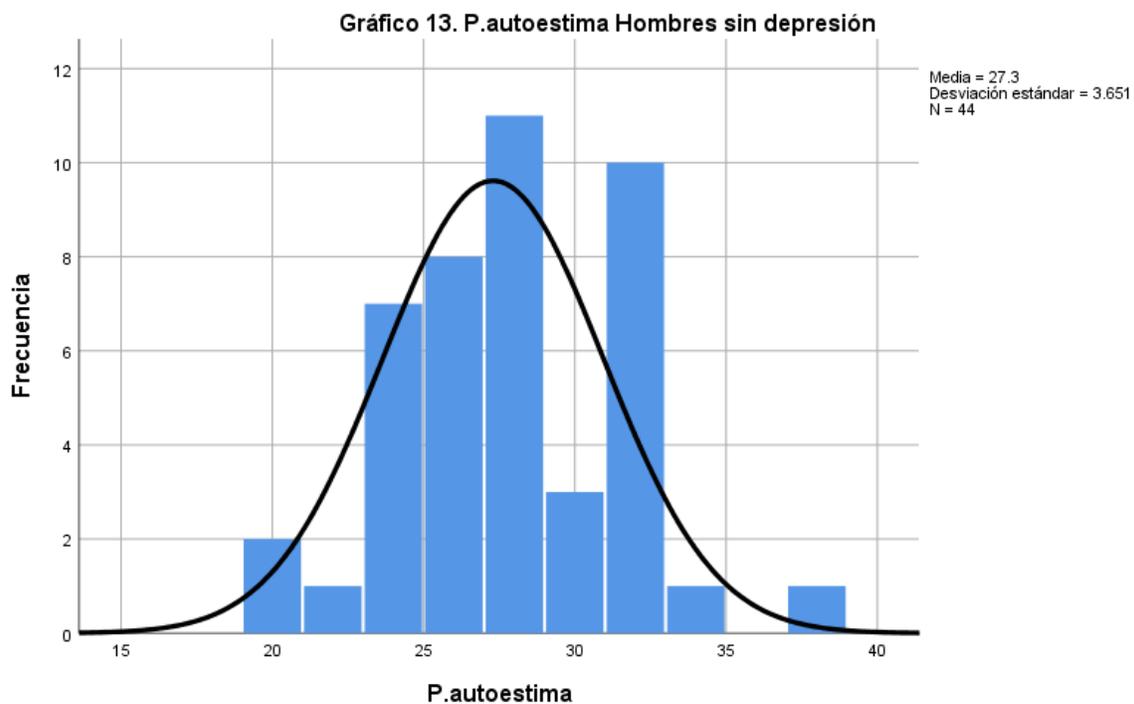
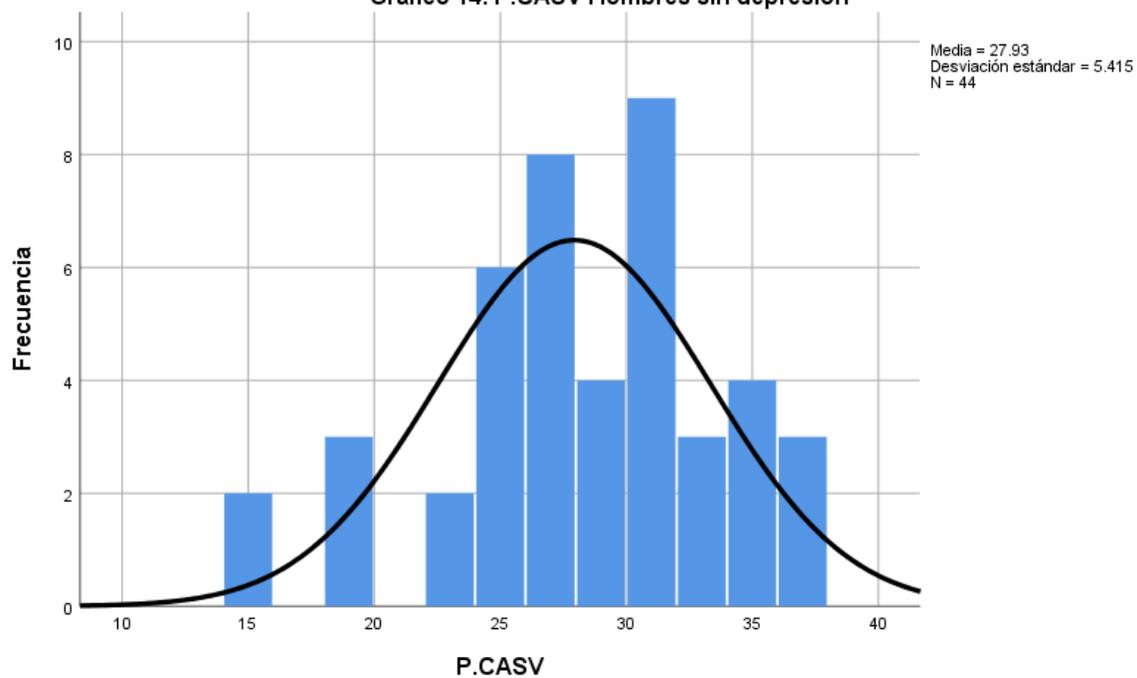


Gráfico 14. P.CASV Hombres sin depresión



DISCUSIÓN

El objetivo de la presente era investigar la asociación entre autoestima y actitudes hacia la sexualidad en la vejez, no se encontró relación significativa entre la autoestima y las actitudes hacia la sexualidad de acuerdo a los resultados obtenidos, por lo cual se rechaza la hipótesis alternativa, aceptándose la hipótesis nula.

Lo anterior se relaciona con lo descrito por Sakaluk JK, Kim J, Campbell E, et al. en donde se advierte que existen conclusiones contradictorias sobre la influencia de la autoestima sobre la salud sexual, incluso mencionándose poca importancia de la primera sobre la segunda, aunque debemos tomar en cuenta que el diseño del estudio difiere del nuestro. ⁽⁴³⁾

Por su parte Winami encontró que las personas con baja autoestima tenderán a vincularse con sus similares, lo que podría generar actitudes erróneas en cuanto a la sexualidad ⁽⁴⁴⁾, lo anterior es importante ya que cuando se realizó la correlación entre actitudes hacia la sexualidad y escolaridad, si se encuentra una asociación significativa, resultando que la personas con menor escolaridad reportan un mayor puntaje en el cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, lo anterior cobra importancia ya que la mayoría de nuestra muestra se compone por personas con escolaridad primaria.

Como en la mayoría de los estudios la muestra consistió en un mayor porcentaje de participantes mujeres tal como lo reporta Silgado, T., & Yuvelis, G. (2019) en cuya muestra el 83% de participantes eran mujeres ⁽⁵⁸⁾, esto coincide con la experiencia de los servicios de salud en donde la mayor parte de la población está compuesta por mujeres, además de la mayor esperanza de vida en dicho grupo, lo cual podría influir en los resultados ya que las mujeres llegan a presentar mayores puntajes en el autoestima, lo anterior debido a los recursos sociales que ellas poseen.

En cuanto al estado civil se observó un porcentaje importante de participantes que contaban con pareja ya sea casados 52.3% o unión libre 5.2% con un total de 57.5%

versus un 42.5% ya sean solteros con un 23% o viudos que representaron un 19.5%, lo cual también concuerda con lo reportado por Silgado, T., & Yuvelis, G. (2019) en cuya muestra 50% se encontraban casados y 50% de pacientes que no contaban con pareja ⁽⁵⁸⁾, la trascendencia de lo mencionado, es que se ha vinculado a las personas mayores sin pareja con niveles bajos de autoestima e incluso síntomas depresivos, por lo que al contar con más de 50% de la muestra con pareja podría constituir un factor de relevancia para los resultados obtenidos, además de actuar como un confusor ya que si bien se encontraban viviendo en pareja, el 67.2% de la muestra reportó no mantener actividad coital alguna, siendo el resto de la población se dividió en porcentajes similares para la actividad coital semanal, quincenal y mensual.

Al contrario de lo reportado por Silgado, T., & Yuvelis, G. (2019) ⁽⁵⁸⁾, en donde se menciona un 42% de participantes con estudios universitarios y solo un 8% contaban con estudios de primaria completa, en nuestra muestra se encontró que un 38.5% contaban solo con educación primaria completa y solo un 9.8% y 6.3% con licenciatura o posgrado respectivamente, lo anterior es importante ya que en el estudio citado se encontraron actitudes positivas hacia la sexualidad, al realizar una correlación entre las actitudes hacia la sexualidad y el máximo nivel de estudios se encuentra una correlación significativa entre ambas con un coeficiente de correlación de -0.222 y una significancia bilateral del 0.003, siendo importante mencionar que el grado de escolaridad no solamente se relaciona con actitudes positivas hacia la sexualidad, también se relaciona una autoestima alta, ^{(15) (17) (18)} durante la aplicación de los cuestionarios se observó que si bien los pacientes sabían leer, ocasionalmente nos encontramos con dificultad para comprender algunas palabras, especialmente las correspondientes al cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, tales como “menopausia”, “andropausia”, “frigidez”, “eyaculación”, llegando a provocar en algunos confusión y en otros tantos descuido en contestar el cuestionario.

En relación a los grados de autoestima en nuestra muestra se encontró con un 60.9% de la muestra un resultado de autoestima media, lo cual no coincide con lo

reportado por Cervantes, H. T. G., & Lara-Machado, J. R. (2022). quienes estudiaron una muestra de 250 habitantes mayores de 60 años en Ecuador, con un resultado de 76% con autoestima baja, 24% autoestima media y ningún participante con autoestima alta, lo anterior adquiere importancia ya que en dicho estudio se comentó que los participantes negaron padecer algún tipo de discapacidad física. ⁽⁵⁹⁾ Por su parte Trujano, R. S., Santiago, L. S., Aguilar, A. A. M., & de Jesús, N. L. (2019), realizaron un estudio en la ciudad de México y área metropolitana en donde se menciona que los participantes no contaban con discapacidad física o cognitiva, encontrándose resultados no concordantes con los nuestros, ya que ellos reportaron 74% de autoestima alta y un 21% de autoestima media, sin reportan individuos con autoestima baja, se menciona de igual manera no encontrar diferencias significativas por sexos. ⁽⁶⁰⁾ Nuestros resultados pueden deberse a la presencia de trastornos psiquiátricos, los cuales se han asociado con baja autoestima y actitudes negativas diversas ^{(2) (11) (33)} , debido a lo anterior se corrieron diferentes análisis para encontrar la causa de nuestros resultados, obteniendo en las diferentes correlaciones realizadas la misma tendencia, es decir no encontrando correlación significativa entre el puntaje de autoestima y el puntaje del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, incluso realizando un análisis de acuerdo a sexo, no se logró encontrar una correlación significativa. Algunos de los factores que se deben tener en cuenta es que se contaba con una muestra heterogénea, en la cual podría decirse que los criterios de inclusión fueron laxos, la muestra se compuso por lo tanto de trabajadores, acompañantes, pacientes de primera vez y subsecuentes, lo cual al final del estudio no se controló.

Referente a las actitudes hacia la sexualidad se obtuvo un 59.8% de actitudes negativa hacia la sexualidad y un 40.2% de actitudes positivas hacia la sexualidad, lo cual no coincide con lo reportado por Portonova, M. , Young, E. , & Newman, M. quienes reportaron en su estudio en Corea del Sur, actitudes positivas en mujeres, esto especialmente en aquellas que se encontraban casadas ⁽⁵⁵⁾, por su parte Park et. Al. reportaron que las actitudes positivas son más frecuentes en los hombres ⁽³⁹⁾, lo cual no concuerda con nuestros resultados ya que en nuestra muestra ambos sexos presentaban actitudes negativas en su mayoría, por su parte Gewirtz

demonstró que la educación superior se asoció con actitudes más conservadoras hacia la sexualidad entre los adultos mayores en Corea, lo cual no coincide con lo encontrado en nuestra muestra, ya que como se mencionó anteriormente un mayor nivel educativo se asoció a actitudes positivas hacia la sexualidad. Relacionado a lo anterior la mayoría de los estudios publicados sobre actitudes hacia la sexualidad han reportado actitudes positivas, como mencionan Træen, B., Et. Al. quienes estudiaron actitudes hacia la sexualidad en Noruega, Dinamarca, Bélgica y Portugal, encontrando solamente que en países como Portugal y Noruega se encontró que la edad si representaba un obstáculo para la actividad sexual. ⁽⁶¹⁾ por su parte Morell-Mengual, V et. Al. identificaron una asociación entre actitudes liberales hacia la sexualidad y mayor grado de bienestar psicológico, lo anterior principalmente relacionado con no ser institucionalizado y vivir en pareja. ⁽⁶²⁾, no encontrando dicha relación en nuestro estudio, es de relevancia recalcar que nuestros pacientes ninguno se encontraba hospitalizado ni institucionalizado, lo cual se ha llegado a relacionar con puntajes bajos de autoestima y con síntomas depresivos, además de dificultad para expresar su sexualidad. ⁽⁶³⁾

Al realizar un análisis estadístico de las variables principales encontramos que, la moda de puntaje de autoestima se sitúa en 26 y la moda del puntaje del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez se sitúa en 27, con una asimetría negativa para ambas variables, obteniendo un curtosis de 0.239 y -0.254 respectivamente, lo anterior nos indica que la distribución de los datos obtenidos se encuentra sesgados, pese a lo cual sí que existe variabilidad en los datos presentados.

CONCLUSIONES

El estudio realizado no encontró asociación entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia la sexualidad en la vejez, sin embargo, se cuenta con poca literatura que intente asociar dichas variables, siendo que en la literatura existen múltiples factores asociados al desarrollo de la autoestima y las actitudes. Sorprende que a pesar de que la muestra esta mayormente compuesta por individuos que reciben tratamiento por algún trastorno mental, estos presentaron en su mayoría una autoestima media. Es importante recalcar que el nivel de estudios de la población estudiada fue en su mayoría nivel primaria, por lo tanto, se observó durante el estudio el desconocimiento general sobre temas que abordan la sexualidad, lo anterior se asoció además a que dos terceras partes de la muestra estaba compuesta por mujeres, que en general se muestran reticente a hablar de estos temas.

A pesar de lo anterior si se encontró relación entre el grado de escolaridad y las actitudes hacia la sexualidad, lo cual coincide con investigaciones previas, por lo tanto, se sugiere continuar realizando estudios que indaguen la relación entre los factores que comparten la autoestima y las actitudes hacia la sexualidad, lo cual servirá para identificar pacientes en riesgo.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra que la mayoría de los pacientes se encuentran en tratamiento en la Clínica de Psicogeriatría y al padecer trastornos mentales estos influirán de manera negativa tanto en la autoestima como en las actitudes, además de lo anterior se sugiere en próximas investigaciones comparación entre pacientes con trastornos mentales y aquellos que no cuentan con dichos diagnósticos, ya que si bien se incluyeron en la muestra no se realizó comparación de dichos grupos.

No obstante, es importante destacar que durante la aplicación de los cuestionarios los pacientes se mostraron abiertos a tema, incluso aliviados, por lo que se sugiere a los profesionales de la salud mental tener una visión sin prejuicios, tabúes o estereotipos a este tema.

ANEXOS

Definiciones conceptuales

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Sexo: Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Nivel educativo: Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Comorbilidades: La presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.

Autoestima: Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

Actitud hacia la sexualidad: Organización, relativamente estable, de creencias acerca de la sexualidad que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido; es decir, son un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias a actuar.

Definiciones operacionales

Edad: Años cumplidos al momento de la entrevista.

Sexo: Lo referido por el paciente como tal durante la entrevista.

Estado civil: Lo referido por el paciente como tal durante la entrevista

Nivel educativo: Último certificado educativo obtenido por el paciente.

Comorbilidades: Enfermedad crónico-degenerativa referida por el paciente.

Autoestima: De acuerdo al puntaje de la escala de Rosenberg:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja.

Actitud hacia la sexualidad: De acuerdo al puntaje del Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV)

- Mayor de 28 puntos: Actitud negativa
- Menor o igual a 28 puntos: Actitud positiva

Formatos de captura de datos

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Nivel educativo: _____

Comorbilidades: _____

Tiempo de vida en pareja: _____

Frecuencia de actividad coital: _____

Frecuencia de actividad no coital: _____

Número de parejas sexuales: _____

Puntaje de Escala de autoestima de Rosenberg: _____

Autoestima: _____

Puntaje de Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV):

Actitud hacia la sexualidad: _____

Formatos de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	" ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, marzo a mayo 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se busca comprobar si existe relación entre el autoestima alta y actitudes positivas hacia la sexualidad en la vejez.
Procedimientos:	Se le pedirá que resuelva un par de encuestas que le tomarán aprox. 10 minutos cada una, después se le informará sobre sus resultados y se resolverán dudas.
Posibles riesgos y molestias:	Podría resultarle molesto o incómodo el contestar preguntas sobre el tema de sexualidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le podrá brindar información sobre su autoestima y actitudes hacia la sexualidad, así como poder dirigirlo al servicio adecuado para recibir apoyo, en caso necesario.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le comentará con respecto a sus resultados de la encuesta, y en caso de encontrar autoestima baja que impacte en la funcionalidad, se le ofrecerán opciones de seguimiento por parte del IMSS.
Participación o retiro:	Usted tiene derecho a participar, negarse a participar, o dejar de participar en cualquier momento, sin consecuencias sobre su atención o la de su familiar.
Privacidad y confidencialidad:	Su información sólo se utilizará para hacer este estudio, y no se comentará con personas fuera de él.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Se le podrá brindar información sobre su autoestima y actitudes hacia la sexualidad, así como poder dirigirlo al servicio adecuado para recibir apoyo, en caso necesario

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Miguel Palomar Baena Coordinador de educación e investigación en salud del Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México

Colaboradores:

Dr. Daniel Salinas García, Residente del Tercer año de la especialidad de Psiquiatría. Teléfono: 5549210212. Correo electrónico: daniel_sg_18@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional del IMSS ubicado en Seris y Zaachila s/n. Col. La Raza, Azcapotzalco, CP 02990, Ciudad de México.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Carta de no conflicto de interés



GOBIERNO DE
MÉXICO



Carta de no conflicto de interés

Ciudad de México a 14 de febrero 2022

Conflicto de interés: Cualquier circunstancia o situación en la que el juicio profesional o la integridad de las acciones de un individuo o de la institución respecto a un interés primario se ve indebidamente afectado por un interés secundario, los cuales pueden ser financieros o personales, como el reconocimiento profesional, académico, concesiones o privilegios a terceros (ONU).

Nombre del proyecto de investigación: "ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ".

Número de Registro: PI-2022-874

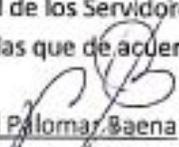
Responda a las preguntas concernientes a usted y a sus "familiares directos". Este formato pretende identificar y abordar los conflictos de intereses, existentes y potenciales.

Tengo algún conflicto de interés que reportar	SI	NO
Si tiene algún conflicto, especifique cuál		X
Relación directa con la Investigadora o Investigador o sus colaboradores		X
Relación profesional directa con los derechohabientes que participan en el estudio		X
Algo que afecte su objetividad o independencia en el desempeño de su función		X

Si usted contestó afirmativamente a cualquiera de las preguntas formuladas arriba, por favor proporcione los detalles:

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información señalada es correcta.

En caso de incumplimiento de lo estipulado en el presente documento, me someto a las sanciones contenidas en Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos, el Código de Conducta del Servidor Público del IMSS y las que de acuerdo a la falta apliquen


Miguel Palomar Baena

Nombre completo y firma Asesor del proyecto de investigación.

Carta de autoría



GOBIERNO DE
MÉXICO



Unidades Médicas de Alta Especialidad, UMAE Hospital de Especialidades, "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 35018

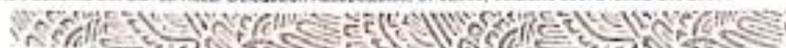
Carta Autoria

Ciudad de México, a 16 de febrero de 2022

Al firmar el presente reconocimiento de autoría, estoy de acuerdo con la tesis enviada para su revisión al comité de Investigación (CI) (3501) y al Comité de Ética en Investigación (CEI) (35018), de la Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional La Raza. Respondo por la autoría propia y acepto la de los demás investigadores, mujeres y hombres, por haber contribuido sustancialmente en la revisión y en la elaboración del proyecto de investigación con el título: ASOCIACION ENTRE AUTOESTIMA Y ACTITUDES NHACIA LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ en usuarios del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos y numero de registro PI-2022-874 Recordando que el investigador principal: "Será directamente responsable de los aspectos científicos y éticos de la investigación propuesta. Art.13 y 14, así como en los Art.100, 109, 111 y 112. De la Ley General de la Salud en México. Y de someter al CI y al CEI la solicitud de evaluación.

Orden de Autoria	Nombre Completo	Matricula	ORCID	FIRMA
1	Salinas Garcia Daniel	97364924	0000-0001-9146-7789	
2	Palomar Baena Miguel	8708029	0000-0003-2178-0133	

Este reconocimiento de autoría se llevó a cabo en la Ciudad de México, el día 16 de febrero del año 2022.



Carta de confidencialidad de la información y de no conflicto de interés

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Declaro bajo protesta de decir verdad que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones como integrante del Comité Nacional de Investigación en Salud (CNIC), cargo que se me confiere y acepto, por invitación de la Coordinación de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, me comprometo en todo momento a actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional.

En el desarrollo de mis funciones tendré acceso (por medio electrónico) a información perteneciente a protocolos de investigación en seres humanos o animales de experimentación, dicha información es de carácter estrictamente confidencial y por tanto está protegida por los artículos 82 y 85 de la Ley de la Propiedad Industrial.

En este sentido estoy de acuerdo en:

- No usar la información para otras finalidades diferentes de aquellas solicitadas por el CNIC del Instituto Mexicano del Seguro Social, en mi carácter de integrante de dicho comité.
- No revelar o suministrar información a cualquier persona que no sea parte del CNIC del Instituto Mexicano del Seguro Social, y esté unido mediante las obligaciones similares de confidencialidad.
- Esta carta de confidencialidad de la información y de no conflicto de interés, fue conocida por mí al aceptar participar como integrante del CNIC.
- No comunicar mis resultados o aquellas opiniones emitidas por los miembros del CNIC, así como, recomendaciones sugeridas o decisiones a cualquier tercero, salvo si explícitamente son solicitadas por escrito.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.

Declaro bajo protesta de decir verdad que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones como integrante del CNIC, me comprometo en todo momento a actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a lo siguiente:

- Cumpliré mis funciones exclusivamente como integrante del CNIC.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero, personal, familiar o de otro tipo en relación con un tercero que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida durante la reunión.

2800-018-004

b) Puede tener un interés personal o familiar, en el resultado de la opinión técnica y ética, pero no limitado a terceros como los fabricantes de insumos para la salud.

- Hago constar que me conduciré por los principios generales de responsabilidad, legalidad, honradez, lealtad, eficiencia, imparcialidad, independencia, integridad, confidencialidad y profesionalismo. El cumplimiento de estos principios garantiza la adecuada emisión de mi opinión técnica y ética solicitada.

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, ya que tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.

- Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente lo comunicaré a quien me consulta, a efecto de que éste me excuse de conocer u opinar de cualquier actividad que me enfrente a un conflicto de interés.

- Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a evaluar.

Por la presente, acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de esta consulta.

Atentamente,

Nombre del integrante: Daniel Salinas García

Firma: 

Adscripción: Hospital de Psiquiatría Morelos

Teléfono: 5549210212

Correo electrónico: daniel_sg_18@hotmail.com

2800-018-004

Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV)

A continuación, se presentan algunas situaciones en las que deberá colocar Si es: Completamente verdadero (5), Verdadero (4), Ni falso ni verdadero (3), Falso (2), Completamente falso (1).

En las siguientes situaciones, estarías de acuerdo con los siguientes cuestionamientos:	Completamente verdadero	Verdadero	Ni falso ni verdadero	Falso	Completamente falso
La andropausia es el climaterio masculino 1. La andropausia marca el inicio de la vejez?					
La menopausia es el tiempo en la vida de una mujer en que sus períodos (menstruación) finalmente cesan y su cuerpo experimenta cambios que ya no le permiten embarazarse. 2. La menopausia marca el final de la vida sexual de la mujer?					
3. Los adultos mayores que demuestran el amor se ven ridículos?					
4. Los adultos mayores deben reprimir su actividad sexual?					
5. Los adultos mayores tienen derecho al amor y a la vida sexual?					

<p>La impotencia es la imposibilidad en el varón para realizar el coito.</p> <p>6. Los adultos mayores hombres son impotentes?</p>					
<p>La frigidez es la ausencia anormal de deseo o de goce sexual.</p> <p>7. Todas las adultas mayores mujeres son frías?</p>					
<p>8. Los adultos mayores ya no tienen deseos sexuales y menos actividad sexual?</p>					
<p>9. Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual?</p>					
<p>10. Las enfermedades más frecuentes en la vejez limitan la actividad sexual?</p>					
<p>11. Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual?</p>					
<p>12. La belleza y la sexualidad son exclusiva de los jóvenes?</p>					
<p>13. La sexualidad se ejerce sólo con fines de procreación?</p>					

14. Todos los adultos mayores que desean relacionarse sexualmente son viejos verdes?					
--	--	--	--	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, et al. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(11):3557-3564
- 2) Silva MR, Rodrigues LR. Connections and interlocations between self-image, self-esteem, active sexuality, and quality of life in ageing. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(Suppl 3):e20190592
- 3) Merghati E, Pirak A, Yazdkhasti M, et al. Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *J Res Med Sci* 2016; 21:127
- 4) Heidari S. Sexuality and older people: a neglected issue. *Reprod Health Matters* 2016; 24(48):1-5
- 5) Campbell JM, Huff MS. Sexuality in the Older Woman. *Gerontology & Geriatrics Education* 1995; 16(1):71-81
- 6) Penhollow TM, Young M, Denny G. Predictors of Quality of life, Sexual Intercourse, and Sexual Satisfaction among Active older Adults. *Am J Health Educ* 2009; 40(1):14-22
- 7) Choi KB, Jang SH, Lee MY, et al. Sexual life and self-esteem in married elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2011; 53:e17–e20
- 8) DeLamater JD, Sill M. Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research* 2005; 42:138–149
- 9) Kontula O, Haavio E. The Impact of Aging on Human Sexual Activity and Sexual Desire. *Journal of sex research* 2009; 46(1):46–56
- 10) Meira SS, Alves AB, Casotti CA. Self esteem and factors associated with social conditions in the elderly. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* 2017; 9(3):738-744
- 11) Stokes JE. Social integration, perceived discrimination, and self-esteem in mid- and later life: intersections with age and neuroticism. *Aging & Mental Health* 2019; 23(6):727-735
- 12) Rentzsch K, Wenzler MP, Schütz A. The structure of multidimensional self-esteem across age and gender. *Personality and Individual Differences* 2016; 88:139–147
- 13) Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image* (Rev. ed.). Middeltown, CT: Wesleyan University Press 1989.
- 14) Mayordomo T, Gutierrez M, Sales A. Adapting and validating the Rosenberg Self-Esteem Scale for elderly Spanish population. *Int Psychogeriatr* 2020; 32(2):183-190
- 15) Abdel AM. Introduction to the psychology of self-esteem. En: Holloway F. *Self-Esteem*, Nova Science Publishers, Inc. 2016; pp. 1-23
- 16) De Ruiter NMP, Van Geert PLC, Kunnen ES. Explaining the “How” of Self-Esteem Development: The Self-Organizing Self-Esteem Model. *Review of General Psychology* 2017; 21(1):49 – 68
- 17) Von Soest T, Wichstrøm L. The Development of Global and Domain-Specific Self-Esteem From Age 13 to 31. *Journal of Personality and Social Psychology* 2016; 110(4):592– 608
- 18) Ogihara Y. A decline in self-esteem in adults over 50 is not found in Japan: age differences in self-esteem from young adulthood to old age. *BMC Res Notes* 2019; 12:274

- 19) Mirucka B, Bielecka U, Kisielewska M. Positive orientation, self-esteem, and satisfaction with life in the context of subjective age in older adults. *Personality and Individual Differences* 2016; 99:206–210
- 20) Zhao L, Zhang X, Ran G. Positive Coping Style as a Mediator Between Older Adults' Self-Esteem and Loneliness. *Social Behavior and Personality* 2017; 45(10):1619–1628
- 21) Von Soest T, Wagner J, Hansen T. Self-Esteem Across the Second Half of Life: The Role of Socioeconomic Status, Physical Health, Social Relationships, and Personality Factors. *J Pers Soc Psychol* 2018; 114(6):945-958
- 22) Moral JE, Orgaz D, López S, et al. Influence of physical activity on self-esteem and risk of dependence in active and sedentary elderly people. *Anales de Psicología* 2018; 34(1):162-166
- 23) Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today* 2016; 40:57-71
- 24) Drench ME, Losee RH. Sexuality and Sexual Capacities of Elderly People. *Rehabilitation Nursing* 1996; 21(3):118-123
- 25) Zeiss AM, Kasl J. Sexuality in Older Adults' Relations. *Journal of the American Society on Aging* 2001; 25(2):18-25
- 26) 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.
- 27) Alam RR, Fadila DES. Knowledge, attitude and practice of elders about sexuality. *Journal of Nursing Education and Practice* 2016; 6(12):24-33
- 28) Weeks DJ. Sex for the mature adult: Health, self-esteem and countering ageist stereotypes. *Sexual and Relationship Therapy* 2002; 17(3):231-240
- 29) Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel CL, et al. Sexual Activity and Function in Middle-Aged and Older Women. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(4):755–764
- 30) Deacon S, Minichiello V, Plummer D. Sexuality and older people: revisiting the assumptions. *Educational Gerontology* 1995; 21:497-513
- 31) Dhingra I, Sousa A, Sonavane S. Sexuality in older adults: Clinical and psychosocial dilemmas. *J Geriatr Ment Health* 2016; 3:131-139
- 32) Dosch A, Belayachi S, Van der Linden M. Implicit and Explicit Sexual Attitudes: How Are They Related to Sexual Desire and Sexual Satisfaction in Men and Women? *J Sex Res* 2016; 53(2):251-264
- 33) Kalra G, Subramanyam A, Pinto C. Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian J Psychiatry* 2011; 53:300-306
- 34) Rheaume C, Mitty E. Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatr Nurs* 2008; 29:342–349

- 35) Melguizo E, Álvarez Y, Cabarcas MV, et al. Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat* 2015; 44(2):87–92
- 36) Mares, I. O., & Márquez, D. D. R. (2014). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y ciencia social*, 8(1).
- 37) Waite LJ, Laumann EO, Das A, et al. Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 2009; 64(suppl 1):i56-i66
- 38) Hodson DS, Skeen P. Sexuality and Aging: The Hammerlock of Myths. *The Journal of Applied Gerontology* 1994; 13(3):219-235
- 39) Gewirtz A, Even A, Fisch BT. Attitudes and knowledge of social work students towards sexuality in later life. *Social Work Education* 2017; 36(8):918-932
- 40) Park H, Kang SJ, Park S. Sexual Knowledge, Sexual Attitude, and Life Satisfaction Among Korean Older Adults: Implications for Educational Programs. *Sex Disabil* 2016; 34:455–468
- 41) Syme ML, Cohn TJ. Examining aging sexual stigma attitudes among adults by gender, age, and generational status. *Aging Ment Health* 2016; 20(1):36-45
- 42) Cerquera AM, Galvis MJ, Cala ML. Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychol av discip* 2012; 6(2):73-81
- 43) Pedrero E, Moreno P, Moreno O. Sexualidad en Adultos Mayores: Estereotipos en el Alumnado Universitario del Grado de Educación Primaria. *Formación Universitaria* 2018; 11(2):77-86
- 44) Sakaluk JK, Kim J, Campbell E, et al. Self-esteem and sexual health: a multilevel metaanalytic review. *Health Psychol Rev* 2020; 14(2):269-293
- 45) Winarni, Astirin OP, Dharmawan R. Association between Self-Esteem, Self-Efficacy, Peers, Parental Controls and Sexual Behavior in Adolescents at High School, Surakarta. *Journal of Health Promotion and Behavior* 2016; 1(1):46-53
- 46) Kheswa J, Eeden C, Rothmann S, et al. Mental health, self-esteem, and influences on sexual values and attitudes among black South African adolescent males. *Journal of Psychology in Africa* 2017; 27(6):477–482
- 47) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2018.
- 48) Erens B, Mitchell KR, Gibson L, et al. Health status, sexual activity and satisfaction among older people in Britain: A mixed methods study. *PLoS One* 2019;14(3):e0213835
- 49) Evangelista AR, Moreira ACA, Freitas CASL, et al. Sexuality in old age: knowledge/attitude of nurses of Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03482
- 50) Júnior EVS, Silva CS, Lapa PS, et al. Influence of Sexuality on the Health of the Elderly in Process of Dementia: Integrative Review. *Aquichan* 2020; 20(1):e2016

- 51) Ramos EJ, Acosta AC, Melguizo E. Propiedades psicométricas del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (Casv-10). Medellín-Colombia. Pensamiento Americano 2018; 11(22):40-49
- 52) Portonova, M. , Young, E. , & Newman, M. (1984). Elderly women's attitudes toward sexual activity among their peers. Health Care International, 5, 289-298.
- 53) Medina J, Medina I, Sosa R, et al. Actitudes de los profesionales de enfermería de práctica clínica y comunitaria hacia la sexualidad en la vejez. Nure Inv 2020; 17(104):1-8
- 54) Mayordomo T, Gutierrez M, Sales A. Adapting and validating the Rosenberg Self-Esteem Scale for elderly Spanish population. International Psychogeriatrics 2020; 32(2):183-190
- 55) Gómez M, Espada JP, Morales A, et al. Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. The Spanish Journal of Psychology 2016; 19(e66):1–12
- 56) Ley General de Salud (LGS). Ley 27 de 1984. Título Quinto, Artículos 100-103. 07 de febrero de 1984 (México).
- 57) De La Madrid, M. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.
- 58) Silgado, T., & Yuvielis, G. (2019). Actitud hacia la sexualidad en la vejez. Disponible en <http://hdl.handle.net/10495/16138>
- 59) Cervantes, H. T. G., & Lara-Machado, J. R. (2022). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. Chakiñan, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades.
- 60) Trujano, R. S., Santiago, L. S., Aguilar, A. A. M., & de Jesús, N. L. (2019). Hábitos de salud y autoestima en mujeres y hombres adultos mayores. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 21(4), 1318-1341.
- 61) Træen, B., Carvalheira, A. A., Hald, G. M., Lange, T., & Kvalem, I. L. (2019). Attitudes towards sexuality in older men and women across Europe: Similarities, differences, and associations with their sex lives. Sexuality & Culture, 23(1), 1-25.
- 62) Morell-Mengual, V., Ceccato, R., Nebot-García, J. E., Chaves, I., & Gil- Llarío, M. D. (2018). Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology., 4(1), 77–84. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1270>
- 63) Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S., & Konjevoda, S. (2021, August). Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. In Healthcare (Vol. 9, No. 8, p. 1035). MDPI.