



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “UNIDAD MORELOS”
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA**



“Satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad en adultos mayores con trastorno cognitivo leve del Hospital de Psiquiatría Morelos”

**TESIS
PARA OBTENER POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:
Dra. Ana Rebeca Juárez Castañeda
Médico residente de psiquiatría**

TUTORES PRINCIPALES:

**Dr. Miguel Palomar Baena
Tutor de tesis**

**Dra. Florina Gatica Lara
Tutora de tesis**

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Miguel Palomar Baena

Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

DM Nacional, San Pedro el Chico, Gustavo A. Madero, 07480 Ciudad de México, CDMX.

Teléfono: 55 1731 6139

Correo electrónico: miguel.palomar@imss.gob.mx

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dra. Florina Gatica Lara

Facultad de Medicina, UNAM.

Teléfono: 5530503489

Correo electrónico: florina@unam.mx

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dra. Ana Rebeca Juárez Castañeda

Médico Residente de Psiquiatría Adscrito al Hospital Morelos de Psiquiatría.

DM Nacional, San Pedro el Chico, Gustavo A. Madero, 07480 Ciudad de México, CDMX

Teléfono: 2225884390

Correo electrónico: ana7jc@gmail.com

Índice

Resumen	1
Introducción	3
Marco teórico	4
Justificación	15
Planteamiento del problema	16
Objetivos	18
Hipótesis	19
Definición de Variables	20
Método	24
Resultados	28
Discusión	34
Conclusión	35
Referencias	36
Anexos	44
Anexo 1. Carta de confidencialidad de información y no conflicto de interés	44
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	46
Anexo 3. CARTA DE AUTORIA	49

Satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad en adultos mayores con trastorno cognitivo leve del Hospital de Psiquiatría Morelos

Resumen

Antecedentes: El aumento de la población de adultos mayores es un desafío para el personal de salud, especialmente en lo que concierne a mantener una buena calidad de vida y asegurar un envejecimiento exitoso. La satisfacción sexual impacta directamente en la calidad de vida del adulto mayor, el estudio de la satisfacción sexual es deficiente en la parte creencias y pensamientos sobre el desarrollo de su sexualidad. Existe una multitud de prejuicios en el adulto mayor, como son una cultura de sexualidad centrada en el joven y en la capacidad reproductiva. A pesar de que se depende de la función cognitiva para formular los prejuicios y otras actitudes hacia la sexualidad, existe una marcada escasez en la literatura sobre la asociación entre la función cognitiva, las actitudes hacia la sexualidad, y la satisfacción sexual. **Objetivo:** Se busca conocer la asociación que existe entre la satisfacción sexual y las actitudes hacia la sexualidad de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve que acuden a la clínica de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social entre julio y septiembre del 2022. **Método:** Se tomó una muestra aleatorizada de pacientes con diagnóstico de trastorno cognitivo leve atendidos en psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos a quienes se les aplicó el Cuestionario de Satisfacción Sexual de Hudson y el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la vejez (CASV), posterior a lo cual se hizo un análisis usando el programa de análisis estadístico de SPSS versión 26, con estadística descriptiva de la muestra y realizando tablas cruzadas para buscar correlación entre los cuestionarios realizados, así como características demográficas de la muestra. Posteriormente se realizó una regresión multimodal para buscar modelos predictivos de satisfacción sexual según el cuestionario de Hudson. **Resultados:** Se tomó una muestra de 83 pacientes, 61.4% mujeres, 38.6% hombres, con una media de edad de 72.6 años. En el cuestionario de Satisfacción Sexual de Hudson 69.9% mostraron algún grado de insatisfacción sexual, de los cuales 36.1% era severa y 30% clasificó con satisfacción sexual. En el CASV se encontró 25.3% de Niveles bajos de Limitaciones y Prejuicios, 43% dentro de la norma, 19% en niveles Altos. El análisis de

Satisfacción sexual y CASV de Limitaciones, se encontró un criterio de información de Akaike de 128.969, con una significancia 0.0001, con una P de Pearson 0.284 y una desviación de 0.994. En pruebas de Pseudo R cuadrada de Cox y Snell de 0.552 y de Nagelkerke de 0.621; la CASV de limitaciones explica el 62.1% del cambio en la satisfacción sexual. **Conclusiones:** En la regresión multinomial se encontró que el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez, en su subcategoría de limitaciones es el modelo que mejor explica la satisfacción sexual en el adulto mayor con Trastorno cognitivo leve, aun controlando para variables de edad, ocupación y estado civil.

Palabras clave: actitudes, satisfacción, deterioro cognitivo

Introducción

El aumento de la población de adultos mayores es un desafío para el personal de salud, especialmente en lo que concierne a mantener una buena calidad de vida y asegurar un envejecimiento exitoso. En México habitan 15.1 millones de personas de 60 años o más, que representan 12% de la población total y se estiman proyecciones para el 2030 de 20.3 millones y para el 2050 de 33.3 millones; lo que significa un reto mayor para el sistema de salud mexicano, según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2018. La edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de trastorno cognitivo leve, con una prevalencia del 7% en el último Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México durante el 2018.

La sexualidad es un constructo que conlleva el sexo, las identidades de género, el erotismo, la reproductividad y la orientación sexual. Puede ser expresada y vivenciada a través de pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, creencias, conductas, y relaciones interpersonales. Los adultos mayores continúan siendo sexualmente activos, sin embargo, la vivencia de su sexualidad ha sido enmarcada por distintos factores psicosociales y biológicos, incluidas las creencias relacionadas a la edad, que permean a nivel sistémico.

Considerando que, la satisfacción sexual impacta directamente en la calidad de vida del adulto mayor, y que el estudio de la satisfacción sexual es deficiente en la parte que respecta a la experiencia propia del adulto mayor: sus creencias y pensamientos sobre el desarrollo de su sexualidad. Esta deficiencia en el conocimiento de las actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor representa una limitante al intervenir sobre la satisfacción sexual.

El desarrollo del presente trabajo nos permitirá conocer la satisfacción sexual y las actitudes hacia la sexualidad de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Marco teórico

El término tercera edad o senectud se ha utilizado para apelar a una demografía en las últimas décadas de su vida, a manera de resaltar un periodo de declive en la capacidad física, cognitiva, sexual, y funcional. En consideración con evitar el prejuicio y estigma asociado con el envejecimiento, se suele preferir la denotación de adulto mayor, comprendiendo a las personas de 60 años o más.¹

Los adultos mayores experimentan una serie de cambios relacionados con la edad, destacando fisiológicos, cognitivos, y sexuales. La sexualidad se enfrenta a una multitud de retos en su definición y enmarcamiento para el estudio, como la ubicuidad de definiciones construccionistas, en las cuales la sexualidad es concebida como el acto sexual, enfatizando aquellos aspectos observables, y sólo infiriendo la sexualidad a partir de elementos como la respuesta física. Por el contrario, la perspectiva esencialista la define como la capacidad individual para responder a experiencias físicas que pueden producir excitación genital centrada en el cuerpo, y que sólo subsecuentemente, se asocian a constructos cognitivos (anticipatorios a experiencias nuevas, o reflexivos de experiencias pasadas), de forma independiente del vivenciar físico.²

A su vez, la cognición se define como el proceso de adquisición de conocimiento y entendimiento a través del pensamiento, experiencia, y los sentidos.³ La terminología más común divide las habilidades cognitivas en inteligencia fluida y cristalizada, donde la primera implica un proceso cognitivo al momento de ser evaluado, y refleja la capacidad del individuo de transformar la información. La inteligencia cristalizada por otra parte, comprende las habilidades y memorias acumuladas a lo largo de la vida, siendo el resultado de haber procesado información. Con el envejecimiento normal se espera un aumento en la inteligencia cristalizada hasta aproximadamente los 60 años, seguido de una meseta durante los siguientes 20 años, mientras que la inteligencia fluida sufre de un declive lento y constante desde los 20 años de edad, en promedio de -0.02 DE con cada año.⁴

Además del declive esperado con el envejecimiento, la edad figura como un factor de riesgo, en conjunto con otros como la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, consumo de alcohol y tabaco, para padecer trastorno cognoscitivo leve y demencia.⁵ El trastorno cognoscitivo leve es definido por la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 como un trastorno caracterizado por deterioro de la memoria, dificultades de aprendizaje y habilidad reducida para concentrarse en una tarea más allá de períodos breves, sin ser tan grave como para hacer el diagnóstico de demencia, esto es, sin implicar compromiso de las actividades de la vida diaria. Se subdivide en amnésico, cuando la pérdida de memoria es el síntoma predominante, y es visto como una etapa previa al desarrollo de demencia por enfermedad de Alzheimer, desarrollándose en una tasa de 10-15% de la población al año. El tipo no amnésico por su parte implica funciones que no son la memoria (p. ej., lenguaje, ejecutivas, visoespaciales), y se vincula al desarrollo de otros tipos de demencia. ^(6, 7)

A nivel fisiológico igualmente se esperan una serie de cambios con el envejecimiento: se presenta una disminución en la masa muscular y masa ósea, así como un aumento en el tejido adiposo.⁸ En el corazón, se dilatan los ventrículos para compensar la pérdida muscular y disminución del ritmo cardíaco.⁹ Hay mayor rigidez de la pared torácica, y con ello disminución en la fuerza de los músculos respiratorios, menor volumen espirado en un segundo, y menor superficie para intercambio de gases.¹⁰ Los cambios fisiológicos de mayor relevancia para el presente estudio son aquellos que competen a la función sexual, y estos difieren en el hombre y la mujer. En la mujer comprenden menor liberación de estrógenos relacionada con la menopausia, conllevando menos descamación del epitelio vulvovaginal y resequedad de la zona, así como disminución de la libido y la posibilidad de anorgasmia y dolor durante las relaciones sexuales. Por su parte el hombre presenta menos liberación de hormona luteinizante, hormona estimulante de folículo, y con menor actividad de las células de Leydig, menor liberación de testosterona. Se manifiesta en él como una menor libido, erecciones menos turgentes y duraderas, así como la posibilidad de disfunción eréctil.¹¹

Pese a estos problemas, la capacidad de disfrutar de los aspectos emocionales en las relaciones sexuales, como son la intimidad, el gozo, y el cariño aumenta con la edad.¹² Un tema importante al hablar del ámbito sexual en el adulto mayor es la satisfacción sexual, definida como una respuesta afectiva proveniente de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la sexualidad.¹³ El análisis temático de este concepto, desde la perspectiva de personas que no se dedican al estudio de la sexualidad, produce dos temas principales: el primero enfocado en aspectos positivos de la experiencia sexual, como el placer, emociones agradables, la excitación, apertura, y el orgasmo. El segundo enfatiza las dimensiones relacionales, como son la mutualidad, el romance, la expresión emocional, la creatividad, la realización de los deseos, la frecuencia de actividad sexual.¹⁴ En el ámbito académico, en general se ofrecen definiciones en términos de afecto positivo, tales como “el grado en el cual un individuo está satisfecho o feliz con el aspecto sexual de su relación”,¹⁵ o en términos más ligados a las expectativas del individuo “el grado en el cual la actividad sexual de una persona cumple con sus expectativas”.¹⁶

Su importancia radica en la asociación entre la satisfacción sexual y aspectos de salud en general, como son la prevención de enfermedades, la capacidad para afrontar el padecer de enfermedades crónicas, así como la calidad de vida en general.¹⁷

La satisfacción sexual depende de múltiples aspectos del adulto mayor, entre ellos destacando factores individuales, e interpersonales. A nivel individual está la dimensión de salud, comprendiendo enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, problemas cardiovasculares, y artritis, ^(18, 19) así como aspectos de salud mental como padecer depresión o usar medicamentos antidepresivos, además de la función cognitiva.²⁰ En el abordaje de la satisfacción sexual, el nivel interpersonal incluye la frecuencia de relaciones sexuales,²¹ la disponibilidad de una pareja, así como su estado de salud, especialmente en mujeres¹⁹; la falta de interés en tener contacto sexual,²² el apoyo por parte de la pareja,²³ así como los problemas de comunicación en la pareja.²⁴

Otro aspecto a nivel individual comprende las actitudes hacia la sexualidad, las cuales se definen como las creencias positivas o negativas en este grupo etario relacionadas con la esfera sexual, como los prejuicios, derechos, limitaciones y mitos.²⁵ Entre las actitudes hacia la sexualidad, existe una multitud de prejuicios en el adulto mayor, como son una cultura de sexualidad centrada en el joven y en la capacidad reproductiva de este, la noción de que el adulto mayor no tiene interés o capacidad por ejercer su sexualidad, ambos de parte del personal de salud, de parte de las personas jóvenes, e incluso de parte de los mismos adultos mayores. Estas actitudes impactan sobre la calidad de vida y felicidad del adulto mayor. Pese a esto, es poco estudiada, y menos aún en relación con su impacto sobre la satisfacción sexual.²⁶

Estos prejuicios son parte del viejismo: discriminación con base en la edad, y tienen una serie de consecuencias psicológicas, físicas, y prácticas. Según la hipótesis de meteorización, la presencia de discriminación representa un estresor crónico, mismo que al presentarse de forma reiterada repercute sobre desenlaces de salud mental y física.²⁷

En cuanto a salud física, los adultos mayores exhiben una asociación prospectiva entre viejismo e incidencia de enfermedad crónico-degenerativa, así como asociación entre viejismo y enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar crónica, y síntomas depresivos.²⁸ El viejismo internalizado, definido como las creencias del individuo que vinculan la edad y la salud, se asocia a una peor autopercepción de salud física (OR = 1.338, 95% CI = 1.228-1.456, $p < .001$), autopercepción de salud mental (OR = 1.477, 95% CI = 1.301-1.677, $p < .001$), así como a una mayor presencia de síntomas depresivos (OR = 1.617, 95% CI = 1.485-1.761, $p < .001$).²⁹ En aspectos psicológicos, la percepción de ser discriminado se correlaciona de forma inversa con la autopercepción del proceso de envejecimiento y la satisfacción de vida ($r = -0.423$, $p < .001$ y $r = -0.212$, $p < .001$ respectivamente). Además, esta percepción de ser discriminado es un factor predictor negativo del envejecimiento activo, un conjunto de la satisfacción de vida, salud subjetiva, y autopercepción de envejecimiento ($R^2 = 0.15$, $p < .001$).³⁰ Finalmente, se conoce una asociación entre viejismo y peores desenlaces de memoria, escritura, y autoestima.³¹

Un mecanismo a través del cual la exposición al vejeismo afecta al comportamiento del individuo es a través de la internalización, la creencia de que los estereotipos aplican a uno mismo. La teoría de encarnación de estereotipos argumenta que la internalización del vejeismo ocurre en al menos tres formas: las expectativas o profecías autocumplidas, un interés disminuido en tener prácticas sanas, y la respuesta fisiológica a la exposición repetida a estrés crónico. Esta internalización puede explicar porque mayor exposición al vejeismo o actitudes hacia la sexualidad negativas puede impactar en los individuos, y llevar a peores desenlaces de salud y cognitivos.³²

Las actitudes hacia la sexualidad son aprendidas de la sociedad a los adultos mayores, y de forma consecuente, modifican la satisfacción y conducta sexual, según la propuesta del Síndrome de Descomposición de la Sexualidad Geriátrica, el cual denota un proceso de siete pasos, comenzando con:

- a) Encontrarse susceptible a identificarse con los problemas sexuales estereotípicos (p. ej. Disfunción sexual, cambios corporales)
- b) Ser dependiente de las actitudes de la sociedad debido a no tener un ejemplo de sexualidad positiva en el adulto mayor
- c) Etiquetas al adulto mayor como asexuado o indecente
- d) La adopción del rol del adulto mayor como una persona sucia, sexuada, y cuya sexualidad genera vergüenza (internalizando las actitudes de la sociedad)
- e) Aprendizaje de comportamientos y habilidades para distanciarse de la culpa y vergüenza en torno a la sexualidad, p. ej. Negar el deseo sexual, no reportar las disfunciones sexuales
- f) Pérdida de la capacidad para disfrutar, el interés y el rendimiento sexual por distanciamiento y culpa
- g) Identificarse a si mismo con el estereotipo sexual, p. ej. Anciano sucio.

De este modo, los adultos mayores internalizan las actitudes y creencias negativas de la sociedad, afectando sus conductas y satisfacción sexual.³³

A pesar de que se depende de la función cognitiva para formular los prejuicios y otras actitudes hacia la sexualidad, y para formar esquemas cognitivos sobre la satisfacción sexual, existe una marcada escasez en la literatura sobre la asociación entre la función cognitiva, las actitudes hacia la sexualidad, y la satisfacción sexual. ^(34, 35) Se proponen hasta el momento, mecanismos indirectos de asociación, en los cuales la satisfacción sexual y presencia de actitudes hacia la sexualidad positivas sean producto de una persona con mayor calidad de vida, en mejor salud física autorreportada, y con menor cantidad de enfermedades crónicas, siendo estas tres variables las cuales expliquen la ausencia de declive cognitivo.³⁶

A continuación, se ofrecen los ejemplos más prominentes de la posible asociación entre estas variables, destacando que una porción importante de estos elude a la población de adultos mayores, y más aún, de adultos mayores con trastorno cognitivo leve.

Antecedentes

En 2009 se estudió a una población de mujeres en una comunidad de San Diego, reclutando a 622 mujeres de 73.2+-7.4 años con el propósito de explorar la relación entre la satisfacción sexual, envejecimiento cognitivo, emocional, y funcionalidad física. Se hizo uso de una metodología transversal, observacional, analítica. Se midió la satisfacción sexual con una adaptación del índice de funcionalidad sexual femenina, y se utilizaron ítems de autoevaluación subjetiva sin un instrumento formal para evaluar el envejecimiento cognitivo, emocional, así como las actitudes en torno al envejecimiento. El análisis se llevó a cabo por correlación de Pearson entre las variables. Entre los hallazgos destacó una correlación positiva entre la satisfacción sexual y un envejecimiento emocional satisfactorio ($r = 0.110$ $p < 0.05$), así como funcionalidad física ($r = 0.122$, $p = 0.010$).³⁷

La asociación entre satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad ha sido estudiada en población joven: en Eslovenia en 2010 se estudiaron a 248 universitarios (174 mujeres, 21.63+-2.1 años) con una metodología transversal, analítica, observacional. Los instrumentos fueron el Inventario Rust de Satisfacción Sexual, el Inventario de Interacciones Sexuales para evaluar actividad sexual y conductas sexuales, así como la prueba de Actitudes y Conocimiento Sexual. El análisis estadístico fue por t de Student para la diferencia entre sexos, y regresión logística escalonada para evaluar la asociación de las variables sobre la satisfacción sexual. La satisfacción sexual fue distinta para ambos sexos ($t = 2.11$, $p = 0.038$), la asociación entre las actitudes sexuales, específicamente la amabilidad con respecto a estas, y satisfacción sexual fue significativa ($B = -0.551$, $t = -7.84$, $p = < 0.001$); las actitudes con respecto a la frecuencia deseada de interacciones sexuales igualmente fueron significativas ($B = 0.305$, $t = 5.00$, $p = < 0.001$).³⁸

En una población de Inglaterra se estudiaron las actitudes hacia la sexualidad implícitas, o por asociación automáticas, y actitudes explícitas, aquellas que dependen de la reflexión del individuo, así como su relación con la satisfacción y funcionalidad sexual. Participaron 28 hombres y 33 mujeres heterosexuales que se encontraban en una

relación de pareja. Se estudiaron por metodología transversal, observacional, analítica. Se evaluaron las actitudes implícitas hacia la sexualidad por medio de una adaptación del Procedimiento de Atribución Afectiva Errónea. También se utilizó el Inventario de Deseo Sexual, el Cuestionario Multidimensional de Sexualidad para evaluar la satisfacción sexual. Se crearon dos ítems para evaluar las actitudes explícitas hacia la sexualidad: “en general, percibo la sexualidad como algo [...]”, y “¿qué importancia le das a la sexualidad en tu vida?”, ambas con respuestas de tipo Likert del 1-10. El análisis estadístico fue por MANOVA para diferencias entre sexos en cuanto a deseo sexual, actitudes hacia la sexualidad implícitas y explícitas, y satisfacción sexual, para posteriormente realizar ANOVA individual de variables distintas entre hombres y mujeres. La relación entre actitudes hacia la sexualidad, deseo sexual y satisfacción sexual fue por correlación de Pearson. Los resultados destacaron diferencias entre sexos de deseo sexual solitario $F(1, 57) = 7.65, p < .01$, sin diferencias en la satisfacción sexual o actitudes hacia la sexualidad. Además, se encontró relación entre las actitudes hacia la sexualidad explícitas y la satisfacción sexual ($r = 0.454, p = <0.001$), así como actitudes hacia la sexualidad implícitas y la satisfacción sexual ($r = 0.086, p = < 0.05$).³⁹

En 2018 se estudió una población de adultos mayores viviendo en una comunidad de Chicago con el objetivo de evaluar la prevalencia de comportamiento y problemas sexuales, así como actitudes hacia la sexualidad; además de su asociación con demencia y trastorno cognitivo leve. La metodología fue retrospectiva utilizando los resultados de la base de datos del estudio NSHAP. Se evaluó la función cognitiva con una adaptación de la escala MoCA-SA, ajustando la versión de 18 ítems a 30 puntos, y considerándose trastorno cognitivo leve entre 18-22 puntos y demencia <18 puntos. La actividad sexual se evaluó con base en la respuesta a la siguiente declaración: “por actividad sexual o sexo, nos referimos a cualquier actividad voluntaria y mutua que involucre contacto sexual, con o sin penetración u orgasmo”. Las actitudes sobre la sexualidad se evaluaron con ítems de tipo Likert diseñados para el estudio. Se utilizó regresión logística para evaluar la relación entre las categorías cognitivas, desenlaces de sexualidad de forma binaria, y se incluyó la edad como covariable. No se reportó la edad media o DE de la población, pero fue estratificada en grupos de 62-69 años, 70-79,

y 80-91. La probabilidad de tener actividad sexual declinaba con menores puntajes en la escala MoCA-SA (OR = 0.47, 95% CI = 0.33-0.66, OR = 0.61, 95% CI = 0.40-0.91) en hombres y mujeres respectivamente. La satisfacción sexual disminuyó de manera significativa con la presencia de trastorno cognitivo leve y demencia, solamente en hombres (OR = 0.84 95% CI = 0.59-1.18 p = 0.03, OR = 0.52 95% CI = 0.34-0.79, p = 0.03 respectivamente). Los hombres con demencia cursaron con actitudes negativas sobre la sexualidad, percibiéndose partícipes de los actos de manera obligatoria (OR = 10.7, 95% CI = 4-28.4, p = < 0.001).⁴⁰

En una muestra de 2,000 adultos heterosexuales españoles (1,044 mujeres), se estudiaron las actitudes hacia la sexualidad generales (erotofílicas) y específicas (en torno a fantasías sexuales y masturbación), así como su asociación con múltiples dimensiones de funcionamiento sexual. El estudio siguió una metodología transversal analítica. Se utilizó la Encuesta de Opiniones Sobre Sexualidad para evaluar las actitudes generales hacia la sexualidad, el índice de Hurlbert de Fantasías Sexuales y el Inventario de Actitudes Negativas Hacia la Masturbación para evaluar actitudes específicas hacia la sexualidad. El funcionamiento sexual se evaluó por medio de la Escala de Arizona de Experiencias Sexuales. El análisis consistió en utilizar MANCOVA para evaluar el efecto de las actitudes sexuales sobre las dimensiones de funcionamiento sexual. Las diferencias entre los sexos se expresaron con lambda de Wilk. La muestra tuvo una edad media de 40.12+12.48 años. El sexo tuvo un efecto significativo sobre las actitudes y sobre las actitudes sexuales y el funcionamiento sexual ($\lambda = 0.88$; $F(7, 1827) = 35.0$, $p < 0.001$; $\eta^2 = 0.118$). No se encontraron diferencias significativas entre los sexos en cuanto a actitudes generales hacia la sexualidad, pero si difirieron en las específicas ($F = 88.56$, $p = <0.001$, $\eta^2 = 0.046$).⁴¹

Con el objetivo de describir el impacto de la satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad sobre el funcionamiento cognitivo, se llevó a cabo un estudio longitudinal, observacional, analítico en la Universidad de Kentucky. Participaron 155 adultos mayores cognitivamente sanos (75.59+6.58 años, 54.2% mujeres). El diagnóstico de trastorno cognitivo leve fue con base en las recomendaciones del *International Working Group on*

MCI, mientras que el diagnóstico de demencia fue con base en criterios del DSM-IV. Las actitudes hacia la sexualidad y satisfacción sexual se midieron con la Encuesta de Sexualidad, Intimidad, y Relaciones Interpersonales previamente desarrollada por la Universidad de Kentucky: esta comprende 4 subescalas de romance, satisfacción sexual, actitudes hacia la sexualidad, y apoyo emocional/intimidad emocional. Se evaluaron las diferencias entre subgrupos sociodemográficos por *t* de Student y χ^2 . Se efectuó un modelo de regresión logístico binario evaluar si los elementos de satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad eran predictores del funcionamiento cognitivo a lo largo de 11 años. Destaca no haber encontrado diferencias significativas en cuanto a salud física de los diferentes grupos de funcionamiento cognitivo a lo largo del tiempo. 33.5% de la muestra transicionó a tener trastorno cognitivo leve a lo largo de 4.62 ± 3.02 años, de estos, 38.5% transicionó a tener demencia a lo largo de 5.52 ± 2.11 años tras el inicio del estudio. 20.6% de la muestra enviudó a lo largo del estudio, aunque esta población no tuvo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la transición a trastorno cognitivo leve o demencia ($\chi^2 (1, N = 155) = 2.88, p = .090$). La satisfacción sexual se asoció con permanecer cognitivamente sano ($t(100) = 3.66, p < .001, d = 0.624$). Cada punto en la subescala de satisfacción sexual se asoció a una probabilidad menor de demencia o trastorno cognitivo leve (OR = 0.39 95% CI 0.19-0.81, $p = 0.05$).³⁶

Entre los estudios presentados destaca que la mayoría de aquellos que se enfocan específicamente en la asociación entre satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad eluden al adulto mayor con trastorno cognitivo leve. Además, existe una marcada heterogeneidad en lo que concierne a instrumentos de medición, al no repetirse la elección de instrumento para la evaluación de la satisfacción sexual, y al evaluarse las actitudes hacia la sexualidad a través de ítems informales sin reportar un análisis factorial, consistencia a través de pruebas múltiples, o distintos entrevistadores. No obstante, dentro de la escasa literatura que asemeja el propósito del presente trabajo, se encuentra de manera consistente una relación positiva entre la satisfacción sexual y el funcionamiento cognitivo, así como asociación entre la satisfacción sexual y las actitudes hacia la sexualidad positivas.

Los instrumentos elegidos reflejan la necesidad de formalizar el estudio de estas variables, teniendo una adecuada validez de constructo y fiabilidad, donde el Inventario de Satisfacción Sexual de Hudson ha sido utilizado en distintos contextos en el adulto mayor,⁴² mientras que el Cuestionario de Actitudes Hacia la Sexualidad en la Vejez no cuenta con este mismo respaldo, aunque ha sido revalidado en múltiples contextos, entre ellos su aplicación a adultos mayores mexicanos. ^(25, 43) No obstante, provee una estructura para la medición de actitudes a la sexualidad con una adecuada fiabilidad y reproducibilidad, misma que no se reporta en aquellos que estudios que utilizaron instrumentos informales de nueva creación.

Justificación

El aumento del envejecimiento de la población es un desafío para el personal de salud, especialmente en lo que concierne a mantener una buena calidad de vida y asegurar un envejecimiento exitoso. En México habitan 15.1 millones de personas de 60 años o más, que representan 12% de la población total y se estiman proyecciones para el 2030 de 20.3 y para el 2050 de 33.3 millones; lo que significa un reto mayor para el sistema de salud mexicano.⁴⁴ La edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de trastorno cognitivo leve, con una prevalencia del 7% en el último Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México.⁴⁵

Además de buscar mantener un buen funcionamiento cognitivo por su asociación con una mejor calidad de vida en la vejez,⁴⁶ este es relacionado con la satisfacción sexual, otra faceta de un envejecimiento exitoso. Esto se traduce a que un aumento en la satisfacción sexual directamente disminuye la incidencia de trastorno cognitivo leve y demencia (OR = 0.39, IC 95% 0.19-0.81).³⁶ La satisfacción sexual impacta directamente en la calidad de vida del adulto mayor, e indirectamente a través de mejorar su autoestima y bienestar psicológico (F = 2.84, p 0.028).⁴⁷ El estudio de la satisfacción sexual es deficiente en la parte que respecta a la experiencia propia del adulto mayor: sus creencias y pensamientos sobre el desarrollo de su sexualidad. Esta deficiencia en el conocimiento de las actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor representa una limitante al intervenir sobre la satisfacción sexual.

El desarrollo del presente trabajo nos permitirá conocer la satisfacción sexual y las actitudes hacia la sexualidad de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve del Hospital de Psiquiatría Morelos. Además, permitirá avanzar el estado del arte con respecto a la asociación entre ambas variables, lo cual sustentará la futura implementación de estrategias que favorezcan el abordaje integral de la sexualidad en el adulto mayor. Su realización es viable al exigir mínimos recursos económicos, así como una intervención de mínima invasión para la población de estudio. El aspecto de recursos humanos es igualmente factible al contar con una población adecuada para realizar el estudio, además de personal calificado para efectuar el estudio y su análisis.

Planteamiento del problema

Con la prolongación de la esperanza de vida en el adulto mayor, resulta imperativo el estudio de aquellas circunstancias que ayuden a un envejecimiento exitoso, en el cual los años conserven una calidad de vida adecuada.⁴⁸ Uno de los rubros de la calidad de vida del adulto mayor especialmente infravalorado es la sexualidad, la cual en esta edad se enfrenta a prejuicios y estigma, o viejismo, que plantean una narrativa de sexualidad centrada en la juventud y reproducción, en la cual el adulto mayor al perder la capacidad reproductiva, es asumido asexual e incluso asqueroso en caso de ejercer su sexualidad.⁴⁹

Más allá del componente social, la satisfacción sexual del adulto mayor se enfrenta a discriminación en su mismo estudio: las publicaciones que buscan estudiar la sexualidad suelen hacerlo desde la perspectiva de conservar la funcionalidad, esto es, la capacidad para tener relaciones sexuales con o sin penetración.⁵⁰ Los aspectos emocionales como la satisfacción sexual suelen ser omitidos de estos estudios, y cuando se incluyen tienden a explorar el impacto de aspectos sociodemográficos asociados a disfunción sexual, como son el vivir con una pareja, estar casado, y el estatus socioeconómico, o a explorar aspectos el deseo sexual, la frecuencia de relaciones sexuales, la autoestima y la percepción de la propia imagen corporal. Por su parte, los aspectos cognitivos suelen ser obviados, a pesar de la escasa evidencia de que el funcionamiento cognitivo se asocia a una adecuada satisfacción sexual, siendo que la intimidad y satisfacción sexual predicen de manera acertada la evolución de una persona para padecer trastorno cognitivo leve y demencia ($R^2 = 0.21$, $X^2(8, N = 152) = 25.19$, $p = .001$).³⁶

Otra faceta de la sexualidad, las actitudes hacia la sexualidad, presenta igualmente deficiencias en su estudio, como el hecho de que no se suele incluir su relación con la cognición. Además, se cuenta con estudios de actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor, pero desde la perspectiva del personal de salud y de poblaciones jóvenes. En aquellos ejemplos que sí se enfocan en las actitudes hacia la sexualidad propias del adulto mayor, se tiende a utilizar instrumentos insuficientes, como ítems tipo Likert

diseñados para el estudio en cuestión sin efectuar una validación, además de mostrar heterogeneidad en el abordaje de esta variable. (25, 43, 51)

Una vez analizado el estado del arte propiamente centrado en la satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor, un tema que destaca es la prominencia de su estudio en contexto de problemas de salud físicamente incapacitantes, como eventos cerebrovasculares, o sexualmente limitantes, como la disfunción eréctil, la falta de lubricación, y el dolor a la penetración. La literatura es deficiente en comprender como interactúan estos aspectos de la sexualidad con el funcionamiento cognitivo y más aún cuando se presenta el trastorno cognitivo leve, mismo que acorde a la evidencia expuesta, interaccionaría con ambas variables. Por este motivo se precisa la siguiente pregunta de investigación:

“¿Existe asociación entre la satisfacción sexual y las actitudes hacia la sexualidad en los adultos mayores con trastorno cognitivo leve atendidos en el Hospital de Psiquiatría Morelos?”

Objetivos

General

Conocer la asociación que existe entre la satisfacción sexual y las actitudes hacia la sexualidad de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve que acuden a la clínica de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social entre julio y septiembre del 2022.

Específicos

Conocer la satisfacción sexual por medio del Índice de Satisfacción Sexual de Hudson, de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve.

Describir las actitudes hacia la sexualidad por medio del Cuestionario de Actitudes Hacia la Sexualidad en la Vejez, de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve.

Hipótesis

Hipótesis nula

La satisfacción sexual de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve no estará asociada a actitudes hacia la sexualidad.

Hipótesis alterna

La satisfacción sexual de los adultos mayores con trastorno cognitivo leve estará asociada a actitudes hacia la sexualidad positivas.

Elementos de la hipótesis

Unidad de observación: adultos mayores con trastorno cognitivo leve que acuden al servicio de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos, IMSS.

Variables centrales del estudio: satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad.

Covariables: edad, sexo, estado civil.

Definición de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Fuente de información
Satisfacción sexual	Respuesta afectiva proveniente de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la sexualidad	El índice de sexualidad de Hudson evalúa la presencia de satisfacción o insatisfacción sexual utilizando 25 ítems de tipo Likert del 0 al 4, con un intervalo de 0-100 dos puntos de corte para determinar satisfacción, insatisfacción, e insatisfacción severa. (42, 51)	<p>0-29 puntos: satisfacción sexual</p> <p>30-70 puntos: insatisfacción sexual</p> <p>71-100 puntos: insatisfacción sexual severa</p>	Cualitativa, ordinal	Indirecta

<p>Actitudes hacia la sexualidad</p>	<p>Las creencias positivas o negativas relacionadas con la esfera sexual, como los prejuicios, derechos, limitaciones y mitos</p>	<p>El cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez consta de 14 ítems tipo Likert del 0 (ni falso ni verdadero) al 4 (completamente verdadero) para evaluar dos dimensiones de actitudes hacia la sexualidad: prejuicios (11 ítems) y limitaciones (3 ítems) ^(25, 43)</p>	<p>Prejuicios: Intervalo 0-44</p> <p>Limitaciones: Intervalo 0-12</p> <p>No se conoce un punto de corte en la concepción inicial o revalidaciones del instrumento, por lo cual se considerará la media y un rango de 1 DE para indicar el punto de corte para niveles bajos, medios, y altos de prejuicios y limitaciones</p>	<p>Cualitativa, ordinal</p>	<p>Indirecta</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha</p>	<p>Número de años cumplidos en los pacientes con trastorno cognitivo leve</p>	<p>Se expresará la edad en los siguientes grupos:</p> <p>60-69 años</p> <p>70-79 años</p> <p>80 o más años</p>	<p>Cualitativa, ordinal</p>	<p>Directa</p>

Sexo	Características biológicas que definen al ser como hembra o macho	Características físicas de nacimiento en pacientes con trastorno cognitivo leve	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 	Cualitativa, dicotómica	Directa
Escolaridad	Periodo de tiempo invertido en una escuela, academia, o facultad para recibir enseñanza formal	Grado escolar concluido de los pacientes con trastorno cognitivo leve, según la ficha de identificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado 	Cualitativa, ordinal	Directa
Ocupación	Actividad a la cual se dedica la mayor parte del tiempo una persona: oficio, profesión, empleo, que puede o no ser remunerado	Actividad cotidiana realizada por parte del paciente con trastorno cognitivo leve, obtenida de la ficha de identificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Empleado 3. Subempleo 4. Jubilado 5. Otra 	Cualitativa, nominal	Directa

Estado civil	Situación personal de lazos jurídicamente reconocidos	Situación personal de lazos jurídicamente reconocidos en la cual se encuentra el paciente con trastorno cognitivo leve.	<p>Con base en lo establecido por estudios previos, se considerarán las siguientes categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero/a 2. Viviendo con pareja (agrupando o matrimonio, unión libre, concubinato) 3. Viudo/a 	Cualitativa, nominal	Directa
--------------	---	---	--	----------------------	---------

Método

Diseño de estudio

Transversal, observacional, y analítico.⁵²

Participantes

Población de estudio: pacientes derechohabientes del IMSS, atendidos en psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos

Muestra: pacientes con diagnóstico de trastorno cognitivo leve atendidos en psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos entre julio y septiembre 2022. La muestra se incluirá por conveniencia hasta cumplir la cuota. A continuación, se muestra la fórmula para el cálculo de muestra⁵³:

$$n = (N * Z_{\alpha}^2 * p * q) / e^2 * (N - 1) + (Z_{\alpha}^2 * p * q)$$

n	Población que se desea conocer
N	Población total (100 pacientes)
Z _α	Nivel de confianza (95% = 1.96)
p	Probabilidad de que ocurra el evento (50%)
q	Probabilidad de que no ocurra el evento (50%)
e	Error estimado (precisión del 5%)

n = 79.5098; 80 pacientes

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes de 60 años o más
- Que reciban atención por motivo de trastorno cognitivo leve en el área de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos.
- Accedan a firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con otro diagnóstico psiquiátrico
- Pacientes que cuenten con enfermedades crónicas actualmente no controladas

Criterios de eliminación

- Pacientes que no cuenten con los instrumentos de evaluación completos al final del estudio.
- Pacientes que soliciten revocar el consentimiento informado.

Instrumentos:

El Índice de Satisfacción Sexual (ISS): (42) Concebido originalmente en población estadounidense, fue adaptado a la población mexicana en 2009. Está integrado por 25 ítems tipo Likert con cuatro categorías ordenadas en cada polaridad (satisfacción-insatisfacción): 0 = en ningún momento, 1 = algunas veces, 2 = parte del tiempo, 3 = la mayor parte del tiempo, y 4 = en todo momento. Doce de los 25 ítems están redactados en sentido de la satisfacción sexual (1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22 y 23) y los otros 13 en sentido de la insatisfacción sexual. Se aplicaron análisis exploratorio y factorial con una confiabilidad adecuada para su uso, con un α de Cronbach de 0.92.⁵¹

El Cuestionario de Actitudes Hacia la Vejez (CASV) fue diseñado en 2006 en población mexicana, a través de un estudio exploratorio y a partir de 14 ítems tipo Likert con rango

del 0 (ni falso ni verdadero) al 4 (completamente verdadero) de otros instrumentos que exploran los estereotipos y prejuicios (12 ítems), así como el impacto de las enfermedades médicas (2 ítems). En su origen no se reportó confiabilidad por análisis factorial.²⁵ En 2015 se sometió a análisis factorial, determinando la existencia de dos factores: prejuicios (11 ítems) con un α de Cronbach = 0.83 ω de McDonald = 0.87, y limitaciones (3 ítems) con α de Cronbach = 0.85, ω de McDonald = 0.89. Con un rango de 0-44 para la subescala de prejuicios y de 0-12 para la de limitaciones, no se cuenta con puntos de corte.⁴³

Procedimiento:

Se conseguirá la aprobación del comité local de bioética e investigación de Centro Médico Nacional La Raza. El médico residente tesis captará a adultos mayores con trastorno cognitivo leve atendidos en el servicio de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos entre julio y septiembre 2022; una vez firmado el conocimiento informado, se aplicarán los instrumentos (cuestionario de actitudes hacia la sexualidad, e índice de sexualidad de Hudson). Se registrarán los resultados y se realizará el análisis estadístico en SPSS v26.

Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación se someterá a evaluación por los Comités Locales de Investigación y Bioética en Salud de Centro Médico Nacional La Raza para su valoración y aceptación acorde a lo estipulado por la Ley General de Salud en materia de investigación en sus artículos 100, 101, 102, 103, y 104.⁵⁴ Con base en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación su artículo 17, sección I., se considera esta investigación como de **riesgo mínimo** debido al uso de exámenes psicológicos de diagnóstico rutinarios.⁵⁵ Se adhiere a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Que establece los Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humano, adaptada por la 8° Asamblea Médica Mundial, Helsinki Finlandia en junio de 1964). Así como a la última enmienda hecha por la última en la Asamblea General en octubre 2013.⁵⁶ Se hará uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de estos. Esto de acuerdo a la Ley Federal

de Protección de Datos Personales, a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (apartados 5.4, 5.5 y 5.7).

Análisis de datos

Se utilizará como estadística descriptiva el cálculo de frecuencia y porcentaje para variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se utilizará Chi cuadrada para evaluar la asociación entre las covariables, la satisfacción sexual, y las actitudes hacia la sexualidad. Finalmente, se incluirán todas en regresión multinomial para controlar estas. Se utilizará SPSS v26 para producir la base de datos y el análisis mencionado, presentándose en tablas de tabulación cruzada. Se considerará significativo un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados

De manera inicial se describen los datos demográficos de la muestra. En la muestra se compuso por un total de 83 casos, de los cuales 51 (61.4%) fueron mujeres, con 32 (38.6%) de hombres. En cuanto al total de la muestra se encontró que la mayoría viven con pareja (36%), usando este término para evitar especificar Estado civil (casado, concubinato, etc), encontrando solo 20% de la muestra como viudo/as, con el 27% restante clasificándose como soltero/as, evitando también la especificación si era por separación, divorcio u otro motivo.

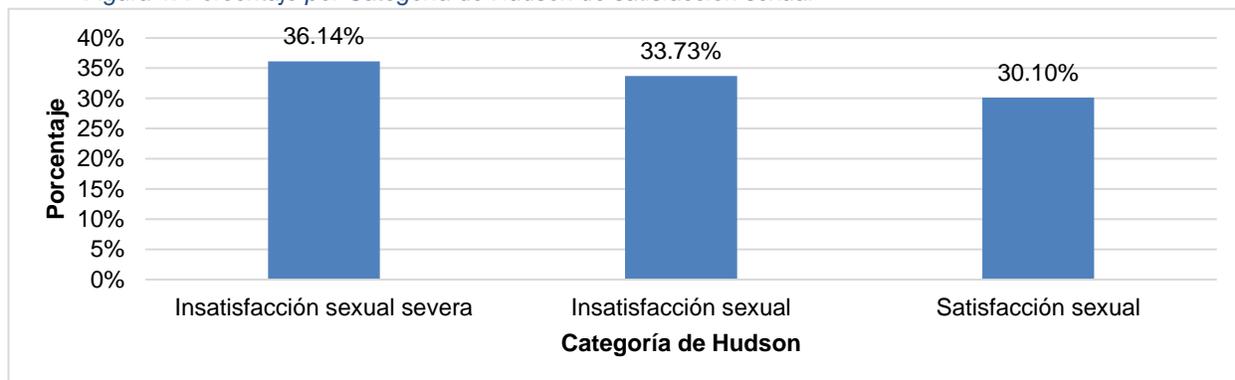
En la escolaridad, para su clasificación se consideró el mayor grado académico completado, ignorando si existió un grado superior no concluido; así mismo, se encontró que no hubo nadie en la muestra con educación mayor a media-superior, clasificada como preparatoria (fuera o no técnica), con un 75.9% de la población con educación secundaria o menor (41% primaria, 34.9% secundaria), con el 24.1% restante con educación de preparatoria. Respecto a la ocupación, la muestra se concentró en las agrupaciones de jubilado o ama de casa (37.3% y 54.2% respectivamente), y sólo el 8.4% en el de comerciante.

La población de estudio tuvo una media de edad de 72.6 años, con una desviación estándar de 8.345. Se generaron agrupaciones por décadas para poder caracterizar la muestra de mejor manera, así como permitir un análisis estadístico más significativo; con esta agrupación se encontró que el 43.4% de la muestra se encuentra entre 60 y 69 años, 30% entre 70 y 79 años y el 26.5% restante en 80 años y más.

En relación con lo encontrado en los cuestionarios aplicados y utilizando los puntos de corte asignados, se reporta que en el de Satisfacción Sexual de Hudson 69.9% mostraron algún grado de insatisfacción sexual, de los cuales 36.1% era severa. Solo el 30% lo clasificó como con satisfacción sexual, representado en figura 1. El Cuestionario de Actitudes Sexuales Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV) no cuenta con puntos de corte preestablecidos, por lo que las actitudes se clasificaron entre Niveles

bajos, normales o altos de Limitaciones y Prejuicios, considerando la desviación estándar.

Figura 1. Porcentaje por Categoría de Hudson de satisfacción sexual

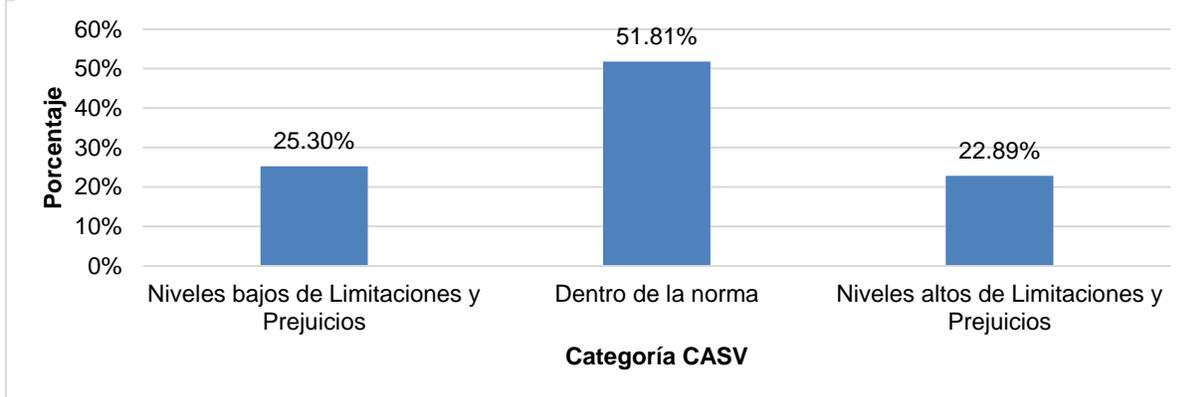


También se reportan las medidas de tendencia central, resumidas en la tabla 1. Se encontró en el total un rango de 3 a 47 puntos, una media de 25.12 y una desviación estándar de 13.48, mientras que en la subclasificación de Limitaciones un rango de 0 a 12, media de 5.55 y desviación estándar de 3.51; y en la subclasificación de prejuicios un rango de 1 a 36, media de 19.57 y desviación estándar de 10.35. Estas medidas son importantes al ser la base de la clasificación, y no representan una distribución normal de la población, solo de la muestra. En la clasificación de Niveles bajos de Limitaciones y Prejuicios, en la puntuación combinada, se encontró 25.3% de la muestra, mientras que en las subclasificaciones de niveles bajos de limitaciones fue el 25.3% y de prejuicios el 26.5%; dentro de la norma, es decir entre -1 y 1 desviación estándar se encontró 43% de la muestra en el agregado, 49% en limitaciones, y 40% en prejuicios; y finalmente en niveles Altos, 19% en la puntuación combinada, 19% en limitaciones y 13% en prejuicios, mostrado en Figura 2.

Tabla 1. Medidas de distribución de CASV

	Rango	Media	DS
CASV Total	3-47	25.12	13.48
CASV Limitaciones	0-12	5.55	3.51
CASV Prejuicios	1-36	19.57	10.35

Figura 2. Porcentaje por Categoría de CASV.



Dentro de las pruebas de asociación realizadas, se consideraron los grupos etarios y los resultados de los cuestionarios, resumida en tabla 2. Entre el cuestionario de satisfacción sexual y los grupos etarios seleccionados, se encontró una $\chi^2 = 1.961$, con una significación 0.743, siendo esta no significativa, igualmente realizando prueba de τ -b de Kendall, con un valor de solo 0.027, con error asintótico de 0.097, encontrando casi nula correlación. En la asociación entre grupos etarios y el CASV, $\chi^2 = 3.092$, con una significación 0.543, igualmente siendo esta no significativa, con un valor de τ -b de Kendall de solo 0.042, con error asintótico de 0.093, que, aunque mayor, indica casi nula correlación y poco significativa.

Tabla 2. Pruebas de chi-cuadrado EdadXCASV

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.961	4	.743
Razón de verosimilitud	1.937	4	.747
Tau-b de Kendall	.027	-	.097

En las subclasificaciones se encontraron resultados similares, con la subclasificación de limitaciones con una $\chi^2 = 3.0933$, con una significación 0.552, con un valor de τ -b de Kendall de -0.005, con error asintótico de 0.091 y en la de prejuicios con una $\chi^2 = 3.412$, con una significación 0.491 y un valor de τ -b de Kendall con un valor de -0.012, con error asintótico de 0.098, ambos indicando poca significancia estadística en la asociación y correlación, mostrando agrupaciones en figuras 3 y 4.

Figura 3. Satisfacción sexual por categoría de edad

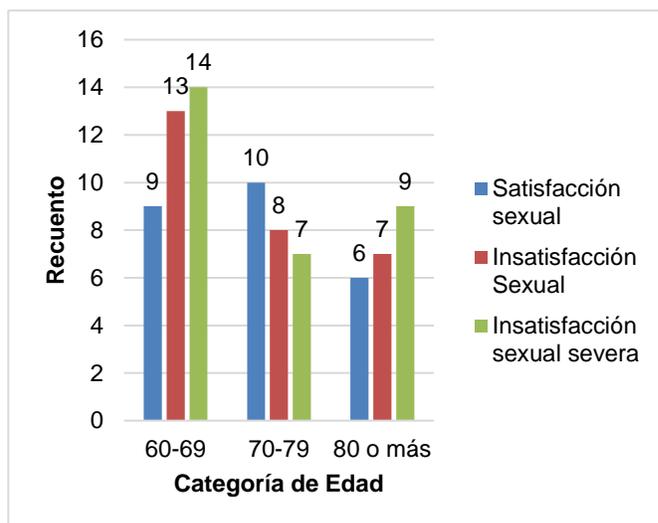
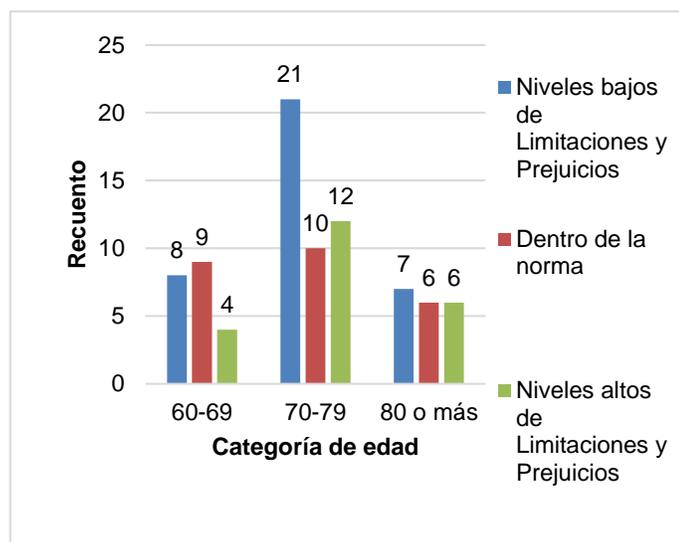


Figura 4. Categoría de CASV por edad



En las pruebas de asociación y correlación entre la prueba de satisfacción de Hudson y en el CASV se encontró $\chi^2 = 47.304$, con una significación 0.000, encontrando una fuerte asociación estadísticamente significativa; así mismo con un valor de τ -b de Kendall de -0.617, indicando una correlación inversa entre la satisfacción sexual y los niveles de Limitaciones y Prejuicios, representando las agrupaciones en figura 5. En las subclasificaciones se encontró la de limitaciones con una $\chi^2 = 57.241$, con una significación 0.000, encontrando una asociación aún mayor, estadísticamente significativa, con un valor de τ -b de Kendall de -0.653; mientras que en la de prejuicios se encontró $\chi^2 = 48.142$, con una significación 0.000, encontrando una fuerte asociación estadísticamente significativa, con un valor de τ -b de Kendall de -0.632, indicando que ambas tiene una fuerte correlación inversa con la satisfacción sexual de acuerdo al cuestionario de Hudson; las agrupaciones mostrándose en figuras 6 y 7.

Figura 5. Categoría de CASV agrupada por satisfacción sexual

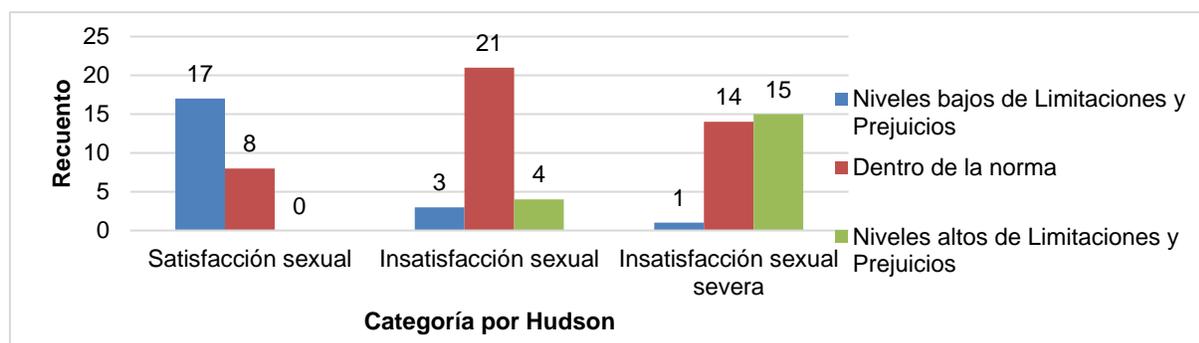


Figura 6. Subcategoría de Límites agrupada por satisfacción sexual

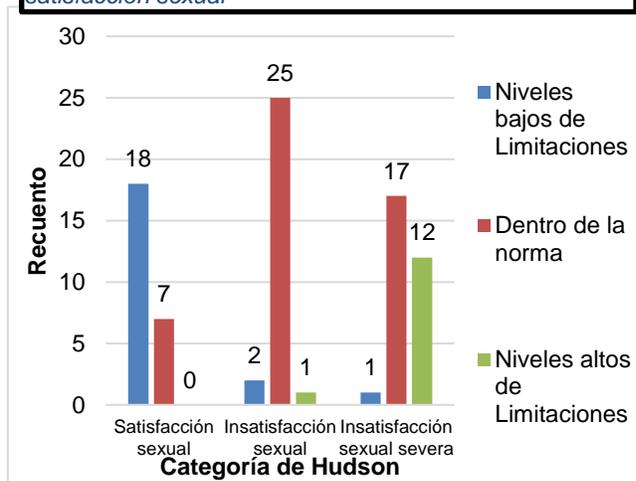
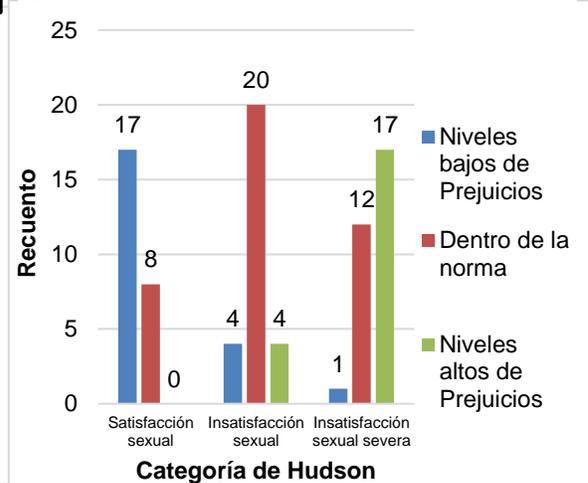


Figura 7. Subcategoría de "Prejuicios agrupada por satisfacción sexual



Habiendo encontrado estas correlaciones, se realizó una regresión logística multinomial, por medio de eliminación hacia atrás para controlar variables de edad, ocupación y estado civil, resumido en tabla 3. De esta manera se encontró que la satisfacción sexual puede predecirse mejor por medio de la subclasificación del CASV de Limitaciones, indicando que el modelo tiene un buen ajuste. Por medio de las pruebas de Pseudo R cuadrada de Cox y Snell y de Nagelkerke se encuentra que la CASV de limitaciones explica el 62.1% del cambio en la satisfacción sexual, con alto significancia estadística.

Tabla 3. Información de ajuste de los modelos

Modelo	Criterios de ajuste de modelo			Pruebas de la razón de verosimilitud		
	AIC	normalizado	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	179.552	184.390	175.552			
Final	128.969	153.157	108.969	66.583	8	.000
Pearson				151.131	142	.284
Desvianza				103.188	142	.994
	Valor Pseudo R ²					
Cox y Snell	.552					
Nagelkerke	.621					

Discusión

Los encontrados en los datos demográficos nos indican que la población tiene una relativa homogeneidad que va más allá de la presencia del trastorno cognitivo. Ya que la mayoría de la población no es económicamente activa, apunta hacia factores psicosociales en común que permiten generalizar los resultados, y por tanto las posibles investigaciones como intervenciones futuras. Esta homogeneidad probablemente se deba al tipo de población investigada, tanto por el grupo etario, su diagnóstico, y el hecho de que cuentan con seguridad social.

A través del análisis de datos se encontró que el CASV, en particular en su subcategoría de Limitaciones, es un buen predictor de satisfacción sexual medido por el cuestionario de Hudson en los pacientes mayores con Trastorno cognitivo leve en la muestra encontrada. Esto corrobora lo encontrado en la literatura, y permite asegurarnos que la alteración en los procesos cognitivos, como en la presencia del trastorno cognitivo leve, no modifica esta correlación. Esto probablemente se deba a que la formación de las actitudes, particularmente las limitaciones, se forma a lo largo de la vida, de tal manera que puede cristalizarse, y, por lo tanto, es menos afectada por las alteraciones en la cognición esperadas en dicho trastorno. En cuanto a la falta de asociación de los resultados del Hudson y el CASV con los grupos etarios, se deba a que la funcionalidad está ya alterada por el diagnóstico del trastorno cognitivo, por lo que la edad es un factor mucho menos importante. Igualmente, en este estudio no se consideró la presencia o ausencia de otras patologías, que apunta a que existen otros factores que pudieran estar afectando la satisfacción sexual y las ideas hacia la sexualidad, ya que la variabilidad en edad fue relativamente baja.

Así mismo, es importante recordar que las clasificaciones obtenidas para el CASV y sus subcategorías no están normalizadas ante la población general, si no se clasificaron por los resultados de la muestra. Por esto, no es posible generalizar los resultados encontrados en otras poblaciones. Esta característica del cuestionario es una de las principales debilidades de la presente investigación, y sería necesario hacer comparativas con puntos de corte en una población más generalizada. Sin embargo, estos puntos de corte nos permiten caracterizar a la población en sí, que, aunque dificulta

la generalización de los resultados, permitiría en un futuro profundizar en los temas investigados en la población en específico, siendo esta una de las principales fortalezas de este estudio.

Conclusión

En este trabajo se trató de ampliar la literatura respecto a la sexualidad en el adulto mayor con Trastorno cognitivo leve, explorando la satisfacción sexual, así como las actitudes hacia la sexualidad de la población. Así mismo, se intentó encontrar un modelo que permitiera predecir la satisfacción sexual de dicha población considerando sus actitudes hacia la sexualidad, que en estudios previos a demostrado guardar correlación, aunque no se encontró un estudio que lo hiciera en una población con alteraciones cognitivas de base, que pudieran modificar la relación entre la satisfacción sexual y las actitudes, éstas últimas siendo procesos meramente cognitivos.

Habiendo encontrado un modelo que explica la satisfacción sexual, permite dos posibles cursos de acción a futuro en esta población. En primera instancia, la búsqueda de otros factores que pudieran estar afectando la satisfacción sexual y las actitudes hacia la sexualidad en esta población. En segundo lugar, demuestra que sería posible en esta población, realizar intervenciones que disminuyan las Limitaciones y Prejuicios en las personas de la tercera edad, aún en aquellos con deterioro cognitivo, para mejorar su satisfacción sexual y por tanto su calidad de vida.

Referencias

1. WHO | Definition of an older or elderly person». Who.int. 2014. Consultado el 15 de junio de 2022.
2. Goettsch, S. L. (1989). Clarifying basic concepts: Conceptualizing sexuality. *Journal of Sex Research*, 26(2), 249–255. doi:10.1080/00224498909551509
3. "Cognition". Lexico. Oxford University Press. Rescatado el 21 de junio de 2022
4. Murman, D. (2015). The impact of age on cognition. *Seminars in Hearing*, 36(03), 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115> Salthouse T A. Selective review of cognitive aging. *J Int Neuropsychol Soc*. 2010;16(5):754–760. [PMCID: PMC3637655]
5. Legdeur, N., Heymans, M.W., Comijs, H.C. et al. Age dependency of risk factors for cognitive decline. *BMC Geriatr* 18, 187 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0876-2>
6. World Health Organization, ICD-10 for Mild Cognitive Impairment, ver. 09/2020, G31.84, Mild Cognitive Impairment
7. Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2, Dementia), 404–418. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000313>
8. Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing process and physiological changes. *Gerontology*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.76249>
9. Lakatta, E. G., & Levy, D. (2003). Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises: Part II: the aging heart in health: links to heart disease. *Circulation*, 107(2), 346–354. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000048893.62841.f7>

- ¹⁰. Knudson, R. J., Lebowitz, M. D., Holberg, C. J., & Burrows, B. (1983) Changes in the normal maximal expiratory flow-volume curve with growth and aging. *The American review of respiratory disease*, 127(6), 725–734.
<https://doi.org/10.1164/arrd.1983.127.6.725>
- ¹¹. Fisher, J. S., Rezk, A., Nwefo, E., Masterson, J., & Ramasamy, R. (2020). Sexual health in the elderly population. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 381–388.
<https://doi.org/10.1007/s11930-020-00278-0>
- ¹². Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M. (2012). *Seksualitet og sundhed*. Copenhagen: Vidensråd for Forebyggelse.
- ¹³. Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. doi:10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x
- ¹⁴. Pascoal, P. M., Narciso, I. de, & Pereira, N. M. (2013). What is sexual satisfaction? thematic analysis of lay people's definitions. *The Journal of Sex Research*, 51(1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.815149>
- ¹⁵. Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel, S. Sprecher, J. H. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), *The Handbook of Sexuality in Close Relationships* (pp. 235–256). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- ¹⁶. DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in Close Relationships* (pp. 49–70). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc

17. DeLamater, J., & Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 11, 6-11.
18. Field, N., Mercer, C. H., Sonnenberg, P., Tanton, C., Clifton, S., Mitchell, K. R., ... Johnson, A.M. (2013). Associations between health and sexual lifestyles in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*, 382(9907), 1830–1844. doi:10.1016/S0140-6736(13)62222-9
19. Syme, M. L., Klonoff, E. A., Macera, C. A., & Brodine, S. K. (2013). Predicting sexual decline and dissatisfaction among older adults: The role of partnered and individual physical and mental health factors. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 323–32. doi:10.1093/geronb/gbs087
20. Wang, V., Depp, C. a., Ceglowski, J., Thompson, W. K., Rock, D., & Jeste, D. V. (2014). Sexual health and function in later life: A population-based study of 606 older adults with a partner. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 227–233. doi:10.1016/j.jagp.2014.03.006
21. Woloski-Wruble, A. C., Oliel, Y., Leefsma, M., & Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *Journal of Sexual*
22. Kim, O., & Jeon, H. O. (2013). Gender differences in factors influencing sexual satisfaction in Korean older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(2), 321 6. doi:10.1016/j.archger.2012.10.009
23. McFarland, M. J., Uecker, J. E., & Regnerus, M. D. (2011). The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: Evidence from married and unmarried older adults. *Journal of Sex Research*, 48, 297–308. <https://doi.org/10.1080/00224491003739993>.

24. Scott, V. C., Sandberg, J. G., Harper, J. M., & Miller, R. B. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 376–390. doi:10.1007/s10591-012-9198-2
25. Orozco I, Rodríguez D. Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicol y Cienc Soc*. 2006;8(001):3-10
26. Træen, B., Carvalheira, A., Kvaem, I. L., Štulhofer, A., Janssen, E., Graham, C. A., Hald, G. M., & Enzlin, P. (2016). Sexuality in older adults (65+)—an overview of the recent literature, part 2: Body image and sexual satisfaction. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 11–21. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1227012>
27. Geronimus A. T. (1992). The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. *Ethnicity & disease*, 2(3), 207–221.
28. Jackson, S. E., Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet. Public health*, 4(4), e200–e208. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30035-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30035-0)
29. Allen, J. O., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J. T., Moïse, V., & Malani, P. N. (2022). Experiences of everyday ageism and the health of older US adults. *JAMA Network Open*, 5(6). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17240>
30. Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., Molina, M. A. (2017). The role of perceived discrimination on active aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.004>

- ³¹. Allen, J. O. (2015). Ageism as a risk factor for chronic disease. *The Gerontologist*, 56(4), 610–614. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu158>
- ³². Levy, B. (2009) Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*. 384-387;16.
- ³³. Kaas M. J. (1981). Geriatric sexuality breakdown syndrome. *International journal of aging & human development*, 13(1), 71–77. <https://doi.org/10.2190/4A16-06AH-HL5A-WKC3>
- ³⁴. Hartmans, C., Comijs, H., & Jonker, C. (2015). The perception of sexuality in older adults and its relationship with cognitive functioning. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 243–252. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.003>
- ³⁵. Reissing, E. D., Laliberté, G. M., & Davis, H. J. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(3-4), 77–85.
- ³⁶. Smith, A. G., Bardach, S. H., Barber, J. M., Williams, A., Rhodus, E. K., Parsons, K. K., & Jicha, G. A. (2021). Associations of future cognitive decline with sexual satisfaction among married older adults. *Clinical Gerontologist*, 44(3), 345–353. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1887420>
- ³⁷. Diamond, Lana & Vahia, Ipsit & Fellows, Ian & Allison, Matthew & Sewell, Daniel & Jeste, Dilip. (2009). Sexual Satisfaction and Successful Cognitive and Emotional Aging in Post-Menopausal Women. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 17. A136-A137.
- ³⁸. Zihel, S., & Masten, R. (2010). Differences in predictors of sexual satisfaction and in sexual satisfaction between female and male university students in Slovenia. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 425–429

39. Dosch A., Belayachi S., & Van der Linden M. (2015): Implicit and Explicit Sexual Attitudes: How Are They Related to Sexual Desire and Sexual Satisfaction in Men and Women? *The Journal of Sex Research*, DOI:10.1080/00224499.2014.1003361
40. Lindau, S. T., Dale, W., Feldmeth, G., Gavrilova, N., Langa, K. M., Makelarski, J. A., & Wroblewski, K. (2018). Sexuality and Cognitive Status: A U.S. Nationally Representative Study of Home-Dwelling Older Adults. *Journal of the A*
41. Sierra, J.C.; Gómez-Carranza, J.; Álvarez-Muelas, A.; Cervilla, O. Association of Sexual Attitudes with Sexual Function: General vs. Specific Attitudes. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18,10390. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910390>).
42. Hudson WW. *The WALMYR assessment scales scoring manual*. WALMYR Publishing company; 1992.
43. Melguizo-Herrera, E., Álvarez-Romero, Y., Cabarcas-Mendoza, M. V., Calvo-Rodríguez, R. S., Flórez-Almanza, J., Moadie-Contreras, O. P., & Campo-Arias, A. (2015). Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 44(2), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.003>
44. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Conapo e Inapam, de la mano en la atención del envejecimiento. Gobierno de México. 2018.
45. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento. Base de datos de uso público. México: ENASEM, 2015-18 [citado junio, 2022]. Disponible en: http://www.enasem.org/Data_Esp.aspx
46. Detalia SN, Susanto T, Susumaningrum LA. Association between Cognitive Function and Quality of Life in Aged People in an Elderly Home. *Rev Cuba Enf.* 2020;36(2):1-13.

47. Choi, K.-B., Jang, S.-H., Lee, M.-Y., & Kim, K.-H. (2011). Sexual life and self-esteem in married elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(1). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.08.011>
48. World Health Organization. (n.d.). Ageing and health. World Health Organization. Retrieved June 28, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
49. Forbes MK, Eaton NR, Krueger RF. Sexual Quality of Life and Aging: A Prospective Study of a Nationally Representative Sample. *J Sex Res.* 2017 Feb;54(2):137-148. doi: 10.1080/00224499.2016.1233315. Epub 2016 Oct 31. PMID: 27798838; PMCID: PMC5235964.
50. Kenny, R. (2013). A review of the literature on sexual development of older adults in relation to the asexual stereotype of older adults. *Canadian Journal of Family and Youth*, 5(1), 91-106
51. Moral de la Rubia J. Medida de la Satisfacción Sexual en Parejas Casadas: Un Estudio de Validación. *Arch Hispanoam Sexol.* 2009;15
52. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian J Dermatol.* 2016 May-Jun;61(3):261-4. doi: 10.4103/0019-5154.182410. PMID: 27293245; PMCID: PMC4885177.
53. Asad, Nazia. (2021). Calculating sample size. 10.13140/RG.2.2.31110.91208.
54. Ley General de Salud (LGS). Ley 27 de 1984. Título Quinto, Artículos 100, 101, 102, 103, y 104. 07 de febrero de 1984 (México)
55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (LGS). DOF 02-04-2014, publicado el 6 de enero de 1987 (México)

⁵⁶. World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). JAMA, 310(20), 2191–2195.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Anexos

Anexo 1. Carta de confidencialidad de información y no conflicto de interés



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

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

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.

- 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: Ana Rebeca Juárez Castañeda

Firma:

Adscripción: Hospital de Psiquiatría Morelos

Teléfono: 22 2588 4390

Correo electrónico: ana7jc@gmail.com

Anexo 2. Carta 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:	“Satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad en adultos mayores con trastorno cognitivo leve del Hospital de Psiquiatría Morelos”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, agosto de 2022 a octubre 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se busca evaluar si su satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad están relacionadas
Procedimientos:	Se le pedirá que resuelva un par de encuestas que le tomarán aprox. 15 minutos cada una, después se le comentará sobre sus resultados y la posibilidad de recibir apoyo en caso de resultar afectado

Posibles riesgos y molestias:	Podría resultarle molesto o incómodo el contestar preguntas sobre sus pensamientos hacia la sexualidad y su satisfacción sexual
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le podrá brindar información sobre su situación con respecto a su satisfacción sexual y actitudes hacia su sexualidad, así como recibir apoyo en la consulta de psicogeriatría de ser necesario
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le comentará con respecto a sus resultados de la encuesta, y en caso necesario, la forma de recibir seguimiento en consulta externa de psicogeriatría de esta unidad.
Participación o retiro:	Usted tiene derecho a participar, negarse a participar, o dejar de participar en cualquier momento, sin consecuencias sobre su atención.
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):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	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:	Saber sobre su situación de salud mental, además de poder ser apoyado en caso de ser 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:

Dra. Ana Rebeca Juárez Castañeda, Residente del Cuarto año de la especialidad de Psiquiatría. Teléfono: 22 2588 4390 Correo electrónico: ana7jc@gmail.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

Anexo 3. CARTA DE AUTORIA

Ciudad de México, a 15 de septiembre 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: “Satisfacción sexual y actitudes hacia la sexualidad en adultos mayores con trastorno cognitivo leve del Hospital de Psiquiatría Morelos” en usuarios del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos y número de registro 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 Autoría	Nombre Completo	Matricula	ORCID	FIRMA
1	Ana Rebeca Juárez Castañeda	9736489 9	0000-0002- 0704-7501	
2	Palomar Baena Miguel	8708029	0000-0003- 2178-0133	

Este reconocimiento de autoría se llevó a cabo en la Ciudad de México, el día 328 del año 2022.