

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER EN CIENCIAS DE LA SEXOLOGÍA



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

ANALYSIS OF NEGATIVE ATTITUDES TOWARDS SEXUALITY IN OLD AGE

AUTOR

D. / D.^a María Deborah Rend Pali

DIRECTOR

Laura del Carmen Sánchez Sánchez
Tesifón Parrón Carreño



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

Curso
Académico
2019/2020
Convocatoria
Junio

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
METODOLOGÍA.....	8
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	26

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a mi tutora Laura del Carmen Sánchez, por haberme guiado y ayudado a elaborar este Trabajo Final de Máster, por su paciencia y dedicación.

A mi familia, amigos, pareja y a Dios, por su apoyo y ánimos en todo momento. Por creer en mí y siempre impulsarme a alcanzar mis objetivos.

A todas aquellas personas que han participado en este estudio rellenando los cuestionarios y difundiéndolos entre sus contactos.

Gracias a todos y todas por haber ayudado a que esta investigación se lleve a cabo.

RESUMEN

Objetivo: La sexualidad es un componente básico de la vida del ser humano que acompaña desde su nacimiento hasta su muerte. Sin embargo, hay una gran tendencia a pensar que la sexualidad se desvanece con el paso de los años, considerando al adulto mayor como asexuado. Una gran cantidad de estudios muestra la existencia de estereotipos negativos en torno a la vejez y la sexualidad en la vejez. Este estudio pretende analizar el grado de actitudes negativas que los participantes de una muestra de la población española tienen con respecto a la sexualidad en la vejez.

Metodología: La muestra estuvo formada por 224 participantes, hombres y mujeres de entre 18 y 73 años de edad. Los participantes contestaron a un cuestionario autoadministrado de forma online, compuesto por una serie de variables socio-demográficas de interés para el estudio, el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos en la Vejez (CENVE), el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV) y la Escala de Conciencia Corporal (SBC en inglés) dividida en dos subescalas: Conciencia Corporal y Disociación Corporal.

Resultados: Los resultados mostraron que varias de las variables socio-demográficas (Edad, Sexo, Religión, Práctica Religión, Vivir con persona mayor) explican las puntuaciones de los diferentes cuestionarios y subescalas. El análisis de correlación indicó una correlación estadísticamente significativa negativa entre la variable edad y los cuestionarios CENVE y CASV, y una correlación estadísticamente significativa negativa entre la subescala DC y los cuestionarios CENVE y CASV, así como una correlación estadísticamente significativa positiva entre la CC y la frecuencia de la meditación. La prueba H de Kruskal-Wallis mostró una diferencia estadísticamente significativa para la Edad agrupada en los diferentes cuestionarios: Mitos de CASV (9.126, $p=0.010$); Salud de CENVE (6.779, $p=0.034$) y Sumatoria de CENVE (6.439, $p=0.040$). La prueba U de Mann-Whitney para la Religión, indicó diferencias estadísticamente significativas entre la religión Cristiana y la Atea (817.5, $p=0.008$) en la DC.

Conclusiones: Se concluye que la población joven tiene tendencia a mostrar actitudes más negativas y estereotipadas en torno a la etapa de la vejez y, en especial, en torno a la sexualidad en esta etapa de la vida. Básicamente, se observa una actitud negativa general, que dificulta o influye en la manera de disfrutar libremente del derecho a la sexualidad.

Palabras clave: sexualidad, vejez, personas mayores, actitudes negativas, estereotipos negativos.

ABSTRACT

Objective: Sexuality is a basic component of human life that accompanies from birth to death. However, there is a great tendency to think that sexuality fades over the years, considering the older adult as asexual. A large number of studies show the existence of negative stereotypes toward old age and sexuality in old age. This study aims to analyze the degree of negative attitudes that the participants of a sample of the Spanish population have regarding sexuality in old age.

Methodology: The sample consisted of 224 participants, men and women between 18 and 73 years of age. Participants answered an online self-administered questionnaire, made up of a series of socio-demographic variables of interest to the study, the Negative Stereotypes towards Ageing Questionnaire (CENVE in Spanish), the Questionnaire on Attitudes towards Sexuality in Old Age (CASV in Spanish) and the Scale of Body Connection (SBC) divided into two subscales: Body Awareness and Body Dissociation.

Results: The results showed that several of the socio-demographic variables (Age, Sex, Religion, Practice of Religion, Living with the elderly) explain the scores of the different questionnaires and subscales. The correlational analysis indicates a statistically significant negative correlation between the variable Age and the CENVE and CASV questionnaires, and a statistically significant negative correlation between the DC subscale and the CENVE and CASV questionnaires, as well as a statistically significant positive correlation between the CC and the frequency of meditation. The Kruskal-Wallis H test showed a statistically significant difference for Age grouped in the different questionnaires: CASV Myths (9,126, $p = 0.010$); CENVE Health (6,779, $p = 0.034$) and CENVE Summation (6,439, $p = 0.040$). The Mann-Whitney U test for Religion indicated a statistically significant difference between the Christian religion and the Atheist (817.5, $p = 0.008$) in the DC.

Conclusions: This study concludes that the young population has a tendency to show more negative and stereotypical attitudes toward people on the old age stage and especially about sexuality at this stage of life. Basically, a general negative attitude is observed, which hinders or influences to freely enjoy the right to sexuality.

Key words: sexuality, old age, elderly people, negative attitudes, negative stereotypes.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico básico e inevitable que tiene lugar en todos los seres vivos. No obstante, hay un número considerable de actitudes negativas y prejuicios hacia las personas en esta etapa de la vida. Estas actitudes negativas giran en torno a todas las áreas que comprenden a la persona, ya sea su salud, sus funciones cognitivas, su personalidad y temperamento, su capacidad afectiva y autoestima, su sexualidad, su vitalidad e intereses, el aspecto social, entre otras características [1, 2]. Su imagen corporal se percibe como deteriorada y carente de belleza o “menos atractiva” [3], y menos vigorosa [4]. Los resultados de algunas investigaciones muestran estereotipos negativos acerca de las personas mayores y la etapa del envejecimiento por parte de las propias personas mayores y no únicamente por parte de adultos más jóvenes [2,5].

Existe una cantidad considerable de estereotipos y prejuicios en torno a la sexualidad de los adultos mayores [1, 2, 6]. La sexualidad es un componente importante para el bienestar y calidad de vida en los adultos mayores [3, 4, 7]. Se puede definir como un área de la vida relacionada con la búsqueda de afecto, ternura, contacto e intimidad que todos los seres humanos tenemos de alguna manera [8,9]. Sin embargo, diferentes estudios muestran que la vida sexual experimenta un considerable descenso en cuanto a su frecuencia y calidad conforme aumenta la edad, sobre todo en las mujeres [10, 11].

Diversas investigaciones revelan un alto grado de estigmatización y rechazo en cuanto a la sexualidad en este estadio de la vida, considerándose ilegítima e inapropiada o incluso patológica [4, 8] con respecto a otros estadios de la vida como la juventud y la adultez [6]. Esta actitud negativa y conservadora no es exclusiva de los adultos jóvenes, sino de los propios adultos mayores que las asumen a causa del estigma social de nuestra cultura, más orientada a la juventud [6]. Estos llegan a suprimir sus propios deseos por los sentimientos de vergüenza y culpabilidad y la asunción de falta de atractivo sexual [1, 7, 12]. Es un hecho frecuente la afirmación de que los adultos mayores pierden su deseo sexual y el interés por las relaciones sexuales, etiquetándolos como asexuales [4, 9, 13], especialmente a las mujeres, quienes se perciben como pasivas e indiferentes [6].

Varios estudios coinciden en que las mujeres afrontan el envejecimiento con más dificultad que los hombres en cuanto a la sexualidad, a causa de los roles de género edificados en edades más tempranas, característicos del sistema patriarcal en el que se ha envuelto nuestra cultura. La posición de la mujer es la de prestar cuidados dentro de la familia y anteponer las necesidades de los demás a sus deseos [6, 14-18]. La sexualidad obtiene el significado que la sociedad y la cultura imponen, así como el comportamiento es guiado por guiones sexuales culturales y de grupo específicos. En el mundo occidental la actividad sexual ha girado en torno al compromiso y la reproducción, por esta razón el acto sexual se percibía innecesario una vez la mujer entraba en la etapa menopaúsica [6, 11].

En España, durante el periodo de la dictadura, el contexto político, ideológico y religioso ejerció un impacto en la vida sexual de sus ciudadanos, caracterizada por el tabú, falta de conocimiento, prohibiciones y temores; destacando el papel de la moral religiosa, que percibía como poco aceptable cualquier tipo de relación fuera del compromiso, el amor, la reproducción y la heterosexualidad [15, 16, 19]. La Educación Afectivo-Sexual se empieza a incorporar en el Sistema Educativo Español casi a finales del siglo pasado y va avanzando desde un Modelo Moral Tradicional, a un Modelo Médico-Higienista y posteriormente a un Modelo Comprensivo o Biológico Profesional [20]. Aunque es cierto que el modelo de Educación Sexual sigue avanzando y sufriendo considerables mejoras, y los valores sociales y de libertad han evolucionado favorablemente en los últimos años, aún sigue siendo una “asignatura pendiente”, en especial para algunos colectivos como es el de las personas mayores [20, 21].

Los resultados de un estudio señalan que las ideas y prácticas relacionadas con la sexualidad que la persona ha ido desarrollando en su juventud, conforman un sistema de creencias que influirá positiva o negativamente la vivencia satisfactoria de relaciones sexuales en la edad mayor [11]. Por ello resulta comprensible que la actividad sexual se vea menguada en la vida de algunos mayores, a causa de creencias y estigmas socio-culturales (idea de belleza relacionada con juventud, sexualidad centrada en los genitales y el coito), falta de conocimiento del propio cuerpo y sus deseos, y la exclusión del placer, la sensualidad, la espontaneidad y la creatividad [6, 11, 15].

Al principio, se describió el envejecimiento como proceso biológico básico, por el que el cuerpo sufre numerosos cambios hormonales, fisiológicos y anatómicos que pueden afectar a la función sexual de la persona, a la percepción de su imagen corporal y al grado de autonomía en algunos casos [4, 7, 15, 17, 22]. Las dificultades más comunes que los adultos mayores presentan están relacionadas con la dificultad de conseguir o mantener una erección, problemas de la próstata y eyaculación, disminución o falta de lubricación, trastornos del suelo pélvico, deseo sexual hipoactivo (mayormente en la mujer), anorgasmia y dolor genito-pélvico [5, 11, 15, 17]. Algunas de estas dificultades son, en su mayoría, efectos secundarios de tratamientos farmacológicos (antihipertensivos, antidepresivos) para el tratamiento de distintas patologías y/o por otros problemas físicos, psiquiátricos o psicológicos, por ejemplo, enfermedades como el cáncer, demencias o trastornos como la depresión [3, 17]. En muchas ocasiones los profesionales sanitarios proporcionan poca o nula información acerca de los efectos que algunos tratamientos podrían tener en la respuesta sexual y, del mismo modo, las personas mayores encuentran comprometedor discutir sus problemas sexuales con los profesionales, quienes muestran poca iniciativa para abordar estos temas con los usuarios [4, 11].

La salud sexual de las personas mayores engloba, además de la salud y bienestar físico, elementos emocionales, sociales, culturales y psicológicos [4, 22]. Es necesario considerar otros factores como el apoyo social que se reciba, la calidad de la relación de pareja, el poseer o no una pareja, la adaptación a los cambios en el proceso de

envejecimiento y el hecho de vivir por cuenta propia, con familiares o en instituciones [8, 23]. Algunos estudios muestran el beneficio que la práctica de diferentes tipos de meditación presenta en la sexualidad y para diferentes problemas de salud y sexuales [24, 25].

Por tanto, en este estudio se pretende analizar las actitudes que los participantes de una muestra de población española muestran con respecto a la sexualidad de las personas mayores. Se analizan una serie de variables socio-demográficas de interés y cada uno de los factores mencionados anteriormente, a través de la aplicación de diferentes cuestionarios y escalas [24, 26, 27]. Se pretendía observar si las puntuaciones a los distintos cuestionarios y subescalas variaban en función de:

- La edad de los participantes,
- Las creencias religiosas o la práctica de algún tipo de religión,
- El hecho de trabajar o haber trabajado con alguna persona mayor con o sin algún tipo de demencia o enfermedad terminal,
- El hecho vivir o haber vivido con alguna persona mayor con o sin algún tipo de demencia o enfermedad terminal,
- El hecho de practicar algún tipo de meditación y con qué frecuencia, y
- El grado de conciencia del propio cuerpo.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cuantitativo tipo observacional-correlacional, puesto que se pretende observar las respuestas que los participantes presentan ante las diferentes cuestiones planteadas a través de los datos socio-demográficos, los diferentes cuestionarios y subescalas.

1.1.Participantes

En este estudio participaron un total de 224 personas de forma voluntaria, de entre los 18 y 73 años de edad ($M=39.50$, $DT=13.64$). De los participantes, 162 se identificaron como mujeres (72.3%), 61 se identificaron como hombres (27.2%) y una persona se identificó como transexual. La muestra está compuesta por 194 personas de nacionalidad española (86.6%), y por 30 personas de otras nacionalidades (13.3%) que residen o han residido en España y, por tanto, tienen el conocimiento de la lengua y la cultura española. De los 224 participantes, 60 afirmaron estar solteros/as (26.8%), 106 estar casados/as (47.3%), 8 afirmaron tener pareja de hecho (3.6%), 9 estar divorciados/as (4%), 5 estar en situación de viudedad (5%), 27 estar viviendo en pareja (12.1%) y 9 estar en relación de noviazgo (4%). Se incluyó asimismo, la duración del estado civil de los participantes, expresado en meses. De las distintas religiones que los participantes afirmaron practicar, 186 se identificaron con la religión Cristiana (83%), 1 con la islámica (0.4%), 1 con la Judía (0.4%), 15 con la Atea (6.7%), 2 con la Budista

(0.9%), 18 con la Agnóstica (18%) y 1 con la Satánica (0.4%); 126 afirmaron ser practicantes activos (56.3%) y 98 afirmaron no ser practicantes (43.8%).

Además de las variables socio-demográficas anteriores, se consideró oportuno añadir otra serie de variables de interés para este estudio que podrían proporcionar datos significativos, como son: la profesión; el hecho trabajar o haber trabajado con alguna persona mayor, con o sin algún tipo de enfermedad y/o demencia; el hecho de vivir o haber vivido con alguna persona mayor, con o sin algún tipo de enfermedad y/o demencia; y practicar algún tipo de meditación y con qué frecuencia. Éstas se recogen a continuación, en la Tabla 1.

Tabla 1. Otras variables socio-demográficas recogidas en este estudio.

Variables	Frecuencia	Porcentaje %
<i>Profesión</i>		
Estudiante	37	16.5
Profesionales Salud	13	5.8
Profesionales Psicología y Social	34	15.2
Profesionales Docentes y Educación	24	10.7
Empleadas/os del hogar	10	4.5
Ámbito Administrativo, Banca y Comercio	25	11.2
Ámbito Ingeniería e Informática	12	5.4
Hostelería y turismo	11	4.9
Otras Profesiones	29	12.9
Desempleadas/os	21	9.4
Jubiladas/os	8	3.6
<i>Trabaja con persona mayor</i>		
Sí	87	38.8
No	137	61.2
<i>Trabaja con persona mayor con enfermedad</i>		
Sí	54	24.1
No	170	75.9
<i>Vive con persona mayor</i>		
Sí	92	41.1
No	132	58.9
<i>Vive con persona mayor con enfermedad</i>		
Sí	49	21.9
No	175	78.1
<i>Practica Meditación</i>		
Sí	73	32.6
No	151	67.4
<i>Tipo de Meditación</i>		
Mindfulness	24	10.7
Yoga	31	13.8
Meditación Cristiana*	13	5.8
Meditación Tântrica	1	0.4
Meditación Tai Chi	1	0.4

Meditación Vipassana	3	1.3
Ningún tipo	151	67.4
<i>Frecuencia Meditación</i>		
Nunca	147	65.6
Ya no la practico	15	6.7
Esporádicamente	28	12.5
Varias veces al mes	2	0.9
Varias veces a la semana	13	5.8
A diario	19	8.5

*El tipo de meditación Cristiana hace referencia a la oración, lectura bíblica y meditación en las escrituras, según afirman los participantes.

1.2. Instrumentos

Los participantes contestaron un cuestionario autoadministrado cuya primera página informaba acerca del estudio, contenía un consentimiento informado (véase Anexo A) que debían aceptar y una nota aclaratoria acerca de algunos conceptos menos conocidos que se iban a encontrar a lo largo del cuestionario. En la siguiente página se incluyeron una serie de preguntas socio-demográficas acerca de las variables de interés, como la edad, el género, el estado civil, duración del estado civil, la profesión, la religión que profesan y si es practicada activamente, el hecho de vivir o haber vivido con personas mayores con o sin alguna enfermedad o demencia, el trabajar o haber trabajado con personas mayores con o sin alguna enfermedad o demencia, y el haber practicado algún tipo de meditación, qué tipo y con qué frecuencia.

1.2.1. Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos sobre la Vejez (CENVE) [23]

Este cuestionario está formado por 15 ítems que puntúan en una escala tipo Likert desde 1="Muy en desacuerdo" a 4="Muy de acuerdo". Se divide en tres factores referidos a tres dimensiones: Salud, Carácter-Personalidad y Motivacional-Social, cada uno de ellos compuesto por cinco ítems. Para este cuestionario, se halló un Alfa de Cronbach de 0.842 y la correlación ítem-total corregida fue superior a 0.30 en todos los ítems. La puntuación sigue la saturación positiva, por lo que una puntuación alta es indicativa de un mayor grado de estereotipos negativos (véase Anexo B).

1.2.2. Cuestionario sobre las Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV) [24]

Este instrumento fue adaptado y validado en España del original en Colombia [28]. Se compone de 13 ítems que puntúan en una escala tipo Likert desde 1="Muy en desacuerdo" a 4="Muy de acuerdo". El análisis de fiabilidad de las puntuaciones del cuestionario dio un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.792. La puntuación de este cuestionario se divide en tres posibles dominios, cada uno de ellos formado por tres ítems: Prejuicios, Derechos y limitaciones y Mitos. Este cuestionario mide el grado de estereotipos negativos que las personas presentan con respecto a la sexualidad en la

vejez, por lo tanto, a mayor puntuación, mayor el grado de estereotipos negativos (véase Anexo C).

1.2.3. Escala de Conexión Corporal (*Scale of Body Connection, SBC*)

Esta escala, validada al español de la versión original en Inglés [29], se compone de 20 ítems que puntúan en una escala tipo Likert desde 0="En absoluto o Nunca", a 4="Todo el tiempo". En esta escala se miden dos factores independientes o subescalas. El primer factor se mide con la subescala Conexión Corporal (CC), que presenta una puntuación Alfa de Cronbach de 0.83, compuesta por doce ítems, que evalúa la atención consciente a las señales sensoriales que indican el estado corporal (por ejemplo, tensión, nerviosismo, relajación). El segundo factor, Disociación Corporal (DC), con una puntuación Alfa de Cronbach de 0.78, compuesta por ocho ítems, mide la conexión corporal o la separación de las experiencias emocionales (véase Anexo D).

Con la aplicación de esta escala, se pretende analizar el grado de conciencia corporal de los participantes y la posible relación de esta variable con otras variables sociodemográficas (por ejemplo, la religión o la práctica de meditación) y si ésta tuviera a su vez relación estadísticamente significativa con las puntuaciones de los otros dos cuestionarios.

1.3.Procedimiento

Debido a la imposibilidad de acceder a los participantes de forma presencial por la situación de estado de alarma generada por el Covid-19, además de la facilidad para recopilar los datos, se envió el cuestionario de forma on-line a través de la aplicación de *Formularios de Google*. El cuestionario fue difundido a lo largo de todo el territorio Español a través de distintos medios de comunicación online.

1.4.Análisis de datos

Primeramente, se procedió a analizar si los datos seguían una distribución normal a través del programa IBM SPSS Statistics 25.0 con la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Dado que los datos de las variables principales no seguían una distribución normal, se analizaron los datos con pruebas no paramétricas. Para el análisis de los datos, se aplicaron análisis correlacionales con el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Se utilizaron las pruebas H de Kruskal-Wallis y U de Mann-Witney para las comparaciones entre los grupos. También se calculó la correlación bivariada con Rho de Spearman entre las subescalas y escalas del estudio y las variables sociodemográficas.

Por otra parte, se llevó a cabo un Análisis de Regresión Lineal Múltiple para observar qué variables sociodemográficas (edad, género, religión, estado civil, etc.) eran las que influían de manera estadísticamente significativa en las puntuaciones de los diferentes cuestionarios y subescalas.

RESULTADOS

Tal como se mencionó anteriormente, el primer paso consistió en aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, cuyo resultado reveló que las variables principales de este estudio no siguen una distribución normal, dado que la significación asintótica bilateral es inferior a 0.05 en la mayoría de las variables.

Análisis de Correlación

Se procedió a realizar el análisis de correlación de Rho de Spearman para pruebas no paramétricas, para averiguar si existe correlación entre las distintas pruebas aplicadas y las variables socio-demográficas. Los resultados indicaron que existe una correlación en la mayoría de los casos (véase Tabla 2).

Hay una correlación estadísticamente significativa positiva entre la variable Edad y la variable Duración estado civil, lo que indica que a mayor edad, más tiempo de duración del estado civil.

En los resultados se puede ver una correlación estadísticamente significativa negativa entre la variable Edad y el sumatorio del CENVE y las demás categorías del CENVE, así como para el sumatorio del CASV y el dominio Mitos del CASV, lo que significa que a mayor edad son más bajas las puntuaciones, o viceversa, a menor edad las puntuaciones son más altas.

Se observa una correlación estadísticamente significativa negativa entre la variable duración del estado civil y la categoría Salud del CENVE y el dominio Mitos del CASV, lo que indica que a mayor la duración del estado civil las puntuaciones son más bajas, o viceversa. También existe una correlación significativa negativa entre la duración del estado civil y la Disociación Corporal, lo que indica que a mayor duración del estado civil menos Disociación Corporal. Existe una correlación estadísticamente significativa positiva entre la frecuencia de la meditación y la Conexión Corporal, lo que indica que a mayor la frecuencia de práctica de meditación mayor es la Conexión Corporal, y viceversa. Por otro lado, se observa una correlación significativa negativa entre la frecuencia de la meditación y el dominio prejuicio del CASV, lo que se traduce en que, a mayor frecuencia de la meditación, las puntuaciones en Prejuicios del CASV son menores.

Los resultados indican una correlación estadísticamente significativa positiva entre la disociación corporal y las diferentes categorías del CENVE, así como de los dominios del CASV (a excepción del dominio Mitos de CASV), lo que significa que a mayor puntuación en la subescala Disociación Corporal, mayor puntuación en estos cuestionarios. Por otro lado, se observa una correlación significativa negativa entre la subescala Conciencia Corporal y la sumatoria de CASV y los dominios Prejuicios y Mitos, lo que significa que, a mayor puntuación en Conexión Corporal, menor es la puntuación total en CASV y los dominios Prejuicios y Mitos, o viceversa, a mayor

puntuación en las diferentes escalas y subescalas, menor es la puntuación en Conexión Corporal.

Por último, existe una correlación estadísticamente significativa positiva entre el cuestionario CENVE y todas sus categorías y el cuestionario CASV y todos sus dominios, lo que indica que, a mayor puntuación en el CENVE, mayor es la puntuación en el CASV, y viceversa, lo que significa que estos dos cuestionarios tienen un grado alto de correlación entre ellos (véase Tabla 2).

Análisis de regresión lineal múltiple

Para conocer en función de qué variables socio-demográficas comparar los distintos grupos, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple con respecto a las variables del estudio, indican que varios de los datos sociodemográficos (Edad, Sexo, Religión, Práctica Religión, Vivir con persona mayor) explican las puntuaciones en los distintos cuestionarios y subescalas (véanse Tablas 3, 4 y 5).

La variable Edad es la que presentó una significación menor en gran parte de las puntuaciones: Sumatoria total del cuestionario CENVE, dominio Salud de CENVE, dominio Motivacional-Social de CENVE, dominio Carácter-Personalidad de CENVE, Sumatoria total del cuestionario CASV y la categoría Prejuicios de CASV, a excepción de en las subescalas Conexión Corporal y Disociación Corporal. Ninguna de las variables analizadas para la subescala de Conexión Corporal del SBC presentó una significación por debajo de 0.05 (véanse Tablas 3 y 4).

Sólo en la subescala Disociación Corporal del SBC se encontraron variables que explicaban la puntuación en esta subescala de manera estadísticamente significativa, en este caso, el género, la religión y su práctica y si vivía con una persona mayor (véase Tabla 5).

Tabla 2. Coeficientes de correlación entre las variables sociodemográficas y las escalas evaluadas.

	Edad	Duración estado civil	Frecuencia Meditación	Sumatoria CENVE	Salud CENVE	MotSoc CENVE	CarPer CENVE	Sumatoria CASV	Prejuicios CASV	DerLim CASV	Mitos CASV	CC
Duración estado civil	0.481**											
Frecuencia Meditación	0.116	0.123										
Sumatoria CENVE¹	-0.199**	-0.095	-0.024									
Salud CENVE²	-0.185**	-0.167*	-0.042	0.866**								
MotSoc CENVE³	-0.179**	-0.058	-0.022	0.866**	0.624**							
CarPer CENVE⁴	-0.139**	-0.028	-0.016	0.863**	0.609**	0.670**						
Sumatoria CASV⁵	-0.151*	-0.090	-0.100	0.574**	0.466**	0.576**	0.466**					
Prejuicios CASV⁶	-0.113	-0.025	-0.172**	0.596**	0.453**	0.619**	0.509**	0.895**				
DerLim CASV⁷	-0.098	-0.059	-0.001	0.411**	0.319**	0.415**	0.335**	0.817**	0.592**			
Mitos CASV⁸	-0.186**	-0.188**	-0.062	0.425**	0.409**	0.396**	0.318**	0.784**	0.582**	0.495**		
CC⁹	0.008	0.051	0.247**	-0.078	-0.053	-0.94	-0.69	-0.202**	-.108*	-0.123	-0.210**	
DC¹⁰	-0.108	-0.151*	0.002	0.314**	0.284**	0.287**	0.267**	0.133*	0.160*	0.162*	0.024	-0.060

¹Suma de los ítems de CENVE; ²Categoría Salud de CENVE; ³Categoría Motivacional-Social; ⁴Categoría Carácter-Personalidad; ⁵Suma de los ítems de CASV; ⁶Dominio Prejuicios de CASV; ⁷Domibio Derechos y limitaciones; ⁸Dominio Mitos; ⁹Subescala Conexión Corporal; ¹⁰Subescala Disociación Corporal; *p<0.05, **p<0.001.

Tabla 3. Resultados significativos del análisis de regresión para el cuestionario CENVE.

Categoría	Variable	R cuadrado	Coefficiente Beta	t	Significación
<i>Sumatoria CENVE</i>	<i>Edad</i>	0.094	-0.249	-2.901	0.004
<i>Salud CENVE</i>	<i>Edad</i>	0.087	-0.220	-2.552	0.011
<i>MotSoc CENVE</i>	<i>Edad</i>	0.087	-0.173	-2.013	0.045
<i>CarPer CENVE</i>	<i>Edad</i>	0.082	-0.257	-2.978	0.003

Tabla 4. Resultados significativos del análisis de regresión para el cuestionario CASV.

Dominio	Variable	R cuadrado	Coefficiente Beta	t	Significación
<i>Sumatoria CASV</i>	<i>Edad</i>	0.092	-0.172	-2.005	0.046
<i>Mitos CASV</i>	<i>Practica Religión</i>	0.108	-0.144	-1.980	0.049
<i>DerLim CASV</i>	<i>Vivir Persona Mayor</i>	0.058	-0.177	-1.999	0.047
<i>Prejuicios CASV</i>	<i>Edad</i>	0.097	-0.196	-2.290	0.023

Tabla 5. Resultados significativos del análisis de regresión para la subescala Disociación Corporal de SBC.

Variable	R cuadrado	Coefficiente Beta	T	Significación
<i>Género</i>	0.139	-0.167	-2.449	0.015
<i>Religión</i>		0.165	2.293	0.023
<i>Practica Religión</i>		0.169	2.362	0.019
<i>Vivir Persona Mayor</i>		-0.208	-2.458	0.015

Comparaciones intergrupos

Puesto que los resultados del análisis de regresión lineal indican la variable edad como una de las que mejor explica las puntuaciones en la mayoría de los cuestionarios, se procedió a analizar los datos en base a ésta. Para ello, se creó una variable agrupada (Edad agrupada), de la que se obtuvieron tres grupos diferentes, divididos de la

siguiente manera: Jóvenes (18-29 años), Adultos (30-48 años) y Mediana edad (>49 años).

Se analizaron los datos en base a la variable Edad agrupada a través de la prueba H de Kruskal-Wallis para tres o más grupos. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para el dominio Mitos de CASV (9.126, $p=0.010$), para la categoría Salud de CENVE (6.779, $p=0.034$) y para la Sumatoria de CENVE (6.439, $p=0.040$).

A continuación, se procedió a comparar los tres grupos de edad con la prueba U de Mann-Whitney, incluyendo dos grupos cada vez. Existen diferencias estadísticamente significativas para cada una de las variables mencionadas anteriormente, comparando el grupo Jóvenes con los grupos Adultos y Mediana Edad. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas comparando el grupo Adultos con el grupo Mediana Edad. La puntuación mayor, observada en la columna de rango promedio, es referida al grupo Jóvenes en ambos casos (véanse Tablas 6 y 7).

Tabla 6. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney entre el grupo Jóvenes y Adultos.

	Edad agrupada	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
<i>Sumatoria CENVE</i>	Jóvenes	85.91	2447.0	0.035
	Adultos	70.70		
<i>Salud CENVE</i>	Jóvenes	86.32	2414.5	0.026
	Adultos	70.27		
<i>Mitos CASV</i>	Jóvenes	86.57	2394.5	0.019
	Adultos	75.23		

Tabla 7. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney entre el grupo Jóvenes y Mediana Edad.

	Edad agrupada	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
<i>Sumatoria CENVE</i>	Jóvenes	81.72	2142.5	0.026
	Mediana edad	66.01		
<i>Salud CENVE</i>	Jóvenes	81.74	2140.5	0.025
	Mediana edad	65.98		
<i>Mitos CASV</i>	Jóvenes	83.21	2023.5	0.006
	Mediana edad	64.26		
<i>Sumatoria CASV</i>	Jóvenes	80.87	2210.5	0.049
	Mediana edad	67.01		

En la prueba de U de Mann-Whitney utilizando como variable de agrupación “Vivir con una persona mayor” para cada una de las puntuaciones, se observó significación estadística en la subescala Disociación Corporal de SBC (4803.5, $p=0.008$), con una puntuación mayor para el grupo de personas que ha afirmado vivir con alguna persona mayor (véase Tabla 8).

Tabla 8. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney para la variable Vivir con personas mayores.

	Vivir_PersonaMayor	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
<i>DC</i>	Sí	126.29	4803.5	0.008*
	No	102.89		

* $p<0.05$

Se realizó el análisis de la prueba H de Kruskal-Wallis para la variable Género en relación a la subescala DC y se halló que no existe una diferencia estadísticamente significativa (3.476, $p=0.176$) entre los grupos. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la subescala “Disociación Corporal” de SBC con respecto a la variable de agrupación Religión (13.447, $p=0.036$) y a la variable Practica Religión (8.052, $p=0.005$). A continuación, se procedió a realizar la prueba U de Mann-Whitney para analizar las diferencias entre los distintos pares de grupos de religión (Cristiana, Islámica, Judía, Atea, Budista, Agnóstica y Satánica), y para la variable Practica Religión.

Tras realizar la prueba U de Mann-Whitney para cada par de grupos posibles con la variable Religión, únicamente se halló diferencia estadísticamente significativa para el par Cristiana y Atea (817.5, $p=0.008$), con la puntuación más elevada para el grupo que se identifica con el ateísmo. Los resultados también indican una diferencia estadísticamente significativa para la variable Practica Religión (4813.0, $p=0.005$) en la subescala DC, con la mayor puntuación para el grupo que afirmó no ser practicante activo de la religión (véase Tabla 9).

Tabla 9. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney en la subescala DC para las variables Religión y Practica Religión.

Variables	Pares de grupos	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
<i>Religión</i>	Cristiana	97.90	817.5	0.008
	Atea	139.50		
<i>Practica Religión</i>	Sí	101.70	4813.0	0.005
	No	126.39		

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio ponen de manifiesto que a menor edad hay un mayor grado de estereotipos negativos hacia la vejez y también un mayor grado de actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez y, viceversa, a mayor edad el grado de estereotipos y de actitudes negativas hacia la vejez y la sexualidad en la vejez son menores. También indican que los estereotipos negativos hacia la vejez correlacionan con las actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez. Algunos estudios encontrados también indican este hecho [1, 2, 3], aunque otro estudio afirma haber encontrado actitudes positivas hacia el amor y afecto en la vejez, a pesar de encontrar actitudes negativas hacia la vejez [27].

Por otro lado, los resultados muestran que hay un mayor grado de conexión corporal cuando la frecuencia de la meditación es mayor, y viceversa, una mayor frecuencia de meditación se asocia con un grado mayor de conexión corporal. Este resultado se observa en otros estudios [24, 41]. La frecuencia de la meditación también correlaciona de forma negativa con los prejuicios hacia la sexualidad en la vejez, siendo los prejuicios hacia la sexualidad en menor grado para los que practican meditación con más frecuencia, y viceversa.

El grado de disociación corporal parece correlacionar de forma positiva con los estereotipos negativos hacia la vejez, así como con actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez. Por otro lado, el grado de conexión corporal se relaciona negativamente con las actitudes negativas, los prejuicios y mitos hacia la sexualidad en la vejez, indicando un mayor grado de conexión corporal cuando las actitudes de los participantes son menos negativas, o un grado menor de conexión corporal cuando las actitudes de los participantes son más negativas. Por tanto, parece que la práctica de la meditación y el grado de conexión corporal son factores protectores a la hora de presentar actitudes negativas hacia la vejez o la sexualidad durante este periodo.

Los resultados muestran que la variable Edad es la que mejor explica las diferencias en las puntuaciones de los cuestionarios referidos a los estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) y las actitudes hacia la sexualidad en la vejez (CASV).

Se observa que el grupo de los jóvenes presenta una mayor puntuación en el cuestionario CENVE. La puntuación sigue la saturación positiva, por lo que una puntuación alta se traduce en un mayor grado de estereotipos negativos hacia la vejez por parte de los jóvenes (10-29) comparados con el grupo de adultos (30-48 años) y el de los adultos de mediana y mayor edad (>49 años). La diferencia también es significativa para la categoría referida a la salud, más que las categorías referidas a la motivación, el carácter y la personalidad. Numerosos estudios mencionados anteriormente confirmaban el hecho de que los más jóvenes presentan más estereotipos negativos hacia la vejez [1, 3, 4, 6, 30, 31]. Sin embargo, otros estudios han afirmado

encontrar estereotipos negativos acerca de las personas mayores y la etapa del envejecimiento por parte de las propias personas mayores [2, 5, 32].

No se observan diferencias significativas entre el grupo de adultos y el grupo de adultos de mediana edad. Los jóvenes se encuentran, cronológicamente hablando, más alejados de esa etapa en la vida y todas las transformaciones que pueden ocurrir con la edad. Aunque el envejecimiento es un proceso constante desde que nacemos, los cambios más drásticos del envejecimiento se inician en la adultez, lo que conlleva un cambio de actitud respecto a esta etapa de la vida. Los jóvenes perciben esos cambios, y todo lo que ello implica, como lejanos a su realidad actual.

Con respecto a las actitudes hacia la sexualidad en la vejez, se observan diferencias estadísticamente significativas en el dominio Mitos entre el grupo de jóvenes y el grupo adultos y mediana edad, pero en la puntuación total de este cuestionario, sólo se ven diferencias entre los jóvenes y los del grupo de mediana edad. Esto se traduce en actitudes más negativas por parte de los jóvenes con respecto a la sexualidad en la vejez. Este hallazgo confirma lo que numerosos estudios afirmaban al encontrar actitudes negativas y estereotipos negativos con respecto a la sexualidad de los adultos mayores o mantener relaciones sexuales en la vejez [1,4, 6, 8, 25, 28, 33]. Aunque, de igual forma algunos estudios afirman haber encontrado actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez en los propios adultos mayores [2,27].

Numerosos estudios ponen de manifiesto el hecho de que las personas mayores muestran una actitud favorable e interés hacia la sexualidad. Profesionales de la salud y personal de residencias de mayores aseveran que los usuarios muestran comportamientos sexuales, tanto dentro como fuera de las residencias [34, 35] y psicólogos afirman que las personas mayores realizan preguntas que conciernen a la sexualidad [36]. Los adultos mayores creen que el sexo es bueno para el bienestar en la vejez y que los cambios relacionados con la edad en el cuerpo no son necesariamente un obstáculo para la sexualidad en la vejez [6].

Si llevamos nuestra atención a la realidad del mundo occidental, la población de personas mayores es alta y el bienestar de esta población se centra en las condiciones de higiene favorables, alimentación, vivienda, educación para la salud, jubilaciones, etc., pero no en la educación para salud sexual, que sigue estando reservada a la población de jóvenes y adolescentes. En estos modelos de educación sexual no se tratan temas relacionados con los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, que acarrearán la edad y cómo la sexualidad se ve afectada por esos cambios, o cómo la sexualidad evoluciona a lo largo de la vida. Básicamente, los jóvenes asumen lo que observan o escuchan de los adultos y mayores de su alrededor, y, normalmente, esos comentarios suelen ser estereotipos o revelan actitudes negativas [37].

Los resultados también muestran una diferencia estadísticamente significativa con respecto a las personas que viven o han vivido con alguna persona mayor en la subescala de Disociación Corporal de SBC, lo que se traduce en que las personas que

viven o han vivido con alguna persona mayor, muestran una disociación corporal mayor. La disociación corporal se refiere al grado en que una persona no percibe sus emociones o las sensaciones de su cuerpo, sino que se siente “desconectada” o “separada” o no tiene conciencia del propio cuerpo, emociones y sensaciones [38]. El hecho de convivir con una persona mayor podría relacionarse en algunos casos con ofrecer cuidados y atención especial, si ésta persona presentara algún tipo de limitación física, cognitiva, emocional, psicológica, etc. El estudio de Price C. y Thompson E. [29] indica que una puntuación alta en la escala de Disociación Corporal se relaciona con un nivel alto de trauma (ya sea de carácter sexual o violencia). El hecho de vivir o cuidar de una persona mayor no implica trauma, pero algunos estudios muestran que un elevado porcentaje de cuidadores de personas mayores presentan un alto nivel de estrés, ansiedad o depresión, o el fenómeno llamado “burnout” [39, 40]. Sin embargo, no existen datos suficientes para saber a qué se debe este resultado en este estudio.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a las demás varias socio-demográficas como es el género, la profesión, el estado civil, nacionalidad o practicar meditación con respecto a las puntuaciones de los diferentes cuestionarios y escalas.

Algunos estudios muestran que el hecho de practicar meditación, por ejemplo, Mindfulness o yoga, modifican la conciencia corporal, por el hecho de centrar la atención en la respiración mejora la escucha de las sensaciones del cuerpo [25, 26]. Se ha visto que la práctica de yoga es un método que mejora la conciencia genital, que presenta muchos beneficios para el área genital en particular y para la sexualidad en general [25, 41, 42]. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en este estudio entre las personas que practican meditación y las que no en relación a las puntuaciones de las subescalas Conexión Corporal y Disociación Corporal, aunque sí se halló una correlación positiva entre la frecuencia de la meditación y la conexión corporal.

Los resultados también indicaron una diferencia significativa entre las puntuaciones de los que se consideran cristianos frente a los que se consideran ateos, con una puntuación mayor en la subescala de Disociación Corporal para los ateos. En la religión budista es común la práctica de meditación Vipassana, yoga, que se centran en las sensaciones emocionales y físicas, la conciencia, el conocimiento, la mente, la sexualidad, el *yo* [43]. Sin embargo, sólo se encontraron diferencias significativas entre la religión cristiana y los que se consideraban ateos, probablemente porque el número de participantes que se consideraron budistas fue muy pequeño.

También se encontraron diferencias en la subescala de Disociación Corporal entre quienes practican una religión y quienes no, siendo la disociación mayor entre quienes no practican. Estos resultados concuerdan con aquellos que revelan que existen distintos tipos de meditación en cada religión, por ejemplo, en la cristiana los rezos podrían considerarse como “mantras” [44].

Limitaciones y futuras investigaciones

Una fuente de sesgo es que las respuestas a los cuestionarios fueron autoinformadas y, por tanto, estar sometidas a la deseabilidad social. La muestra no ha sido lo suficientemente amplia, especialmente para personas mayores de 65 años. También existen limitaciones en cuanto a la religión, puesto que es muy grande el porcentaje de población identificada como cristiana, frente a las demás religiones, en las que sólo una o muy pocas personas se han identificado como tal (Islámica, Judía, Budista).

Para futuras investigaciones, sería recomendable aplicar talleres que eduquen en relación a la sexualidad en la vejez, aplicando tanto el cuestionario de estereotipos negativos en la vejez (CENVE) como el cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (CASV) antes y después del taller y observar si se hallan diferencias estadísticamente significativas en función de los contenidos abordados.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes son que la población más joven presenta actitudes más negativas y estereotipadas en torno a la etapa de la vejez y, en especial, en torno a la sexualidad en esta etapa de la vida. Sin embargo, como se ha podido observar en el apartado anterior, otros estudios afirman que las propias personas mayores muestran actitudes menos favorables, creencias erróneas y desconocimiento en torno a la sexualidad en estos años de vida. Estas actitudes no parecen depender tanto de variables socio-demográficas, como el género, la nacionalidad, la profesión, etc. Básicamente, se observa una actitud negativa general, que dificulta o influye en la manera de disfrutar libremente del derecho a la sexualidad y que es fiel reflejo del “viejismo” todavía imperante en la sociedad [45, 46]. Este hecho indica la necesidad de desmitificar y revocar una serie de creencias erróneas, además de educar para la salud sexual a la población en general y a los adultos mayores en especial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Palacios, C.; Trianes Torres, M. V. y Blanca Mena, M. J. Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* **2009**, *48*, 385-390.
2. Gázquez, J.J.; Pérez-Fuentes, M.C.; Fernández, M.; González, L.; Ruiz, I. y Díaz, A. Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, **2009**, *2*(3), 263-273.
3. Melguizo-Herrera, E.; Álvarez-Romero, Y.; Cabarcas-Mendoza, M. V.; Calvo-Rodríguez, R. E.; Flórez-Almanza, J; Moadie-Contreras, O. P. y Campo-Arias, A. Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, **2015**, *44* (2), 87-92.
4. Rivera Colon, R. y Santiago Centeno, Z. Sexualidad y disfunción sexual en hombres mayores de 60 años de edad: Un estudio cualitativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, **2016**, *27*(1), 116-132.
5. Sánchez Palacios, C., Trianes Torres, M.V. y Blanca Mena, M.J. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, **2009**, *44*(3), 124-129.
6. Træen, B.; Carvalheira, A. A.; Hald, G. M.; Lange, T. y Kvaem, I. L. Attitudes Towards Sexuality in Older Men and Women Across Europe: Similarities, Differences, and Associations with Their Sex Lives. *Sexuality & Culture*, **2018**, *23*, 1-25.
7. Guadarrama, R.; Ortiz, M.; Moreno, Y. y Gonzales, A. Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*, **2010**, *15*(2), 72-79.
8. Morell-Mengual, V; Ceccato, R.; Nebot-García, J.E.; Chaves, L. y Gil-Llanio, M.D. Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. *INFAD Revista de Psicología*, **2018**, *1*(3), 77-84.
9. Freixas Farré, A. y Luque Salas, B. El secreto mejor guardado: la sexualidad de las mujeres mayores. *Política y Sociedad*, **2009**, *46*(1 y 2), 191-203.
10. Kontula, O. and Haavio-Mannila, E. The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, **2009**, *46*(1), 46-56.
11. Ratner, E. S.; Erikson, E. A.; Minkinc, M. J. and Foran, K. A. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas*, **2011**, *70*(3), 210-215.

12. Cerquera Córdoba, A.M.; Galvis Aparicio, M.J. y Cala Rueda, M.L. Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psicología, Avances de la Disciplina, Bogotá, Colombia*, **2012**, 6 (2), 73-81.
13. Lucas-Matheu, M. *Sexualidad Madura*, 1º Edición Síntesis, Madrid, España, 2013.
14. Sara Esteban-Gonzalo, Petula Sik Ying Ho, Marta Evelia Aparicio-García and Laura Esteban-Gonzalo. Understanding the Meaning of Conformity to Feminine Norms in Lifestyle Habits and Health: A Cluster Analysis. *IJERPH*, **2020**, 17(4), 1370-1383.
15. Pascual Barrio, B.; Orte Socías, C.; Pozo Gordaliza, R.; Gomila Grau, M. A. y Vives Barceló, M. Miradas sobre la Sexualidad en las Personas Mayores: las relaciones afectivas-sexuales en procesos diferenciales de envejecimiento. *Anales en Gerontología*, **2018**, 10, 56-72.
16. Marina García, A. Mayores y Diversidad Sexual: Entre la Visibilidad y el Derecho a la Indiferencia. *Prisma Social*, **2018**, 21, 123-148.
17. Sanchez-Borrego, R.; Molero, F.; Castaño, R.; Castelo-Branco, C.; Honrado, M.; Jurado, A. R.; Laforet, E.; Prieto, R.; Cabello, F.; Larrazabal, M.; Sánchez, F.; Florido, J. and Mendoza, N. Spanish consensus on sexual health in men and women over 50. *Maturitas*, **2014**, 78 (2), 138-145.
18. Ramos Toro, M. Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Prisma Social*, **2018**, 21, 75-107.
19. Campos, R. Entre la ciencia y la doctrina católica: Eugenesia, matrimonio y sexualidad en el primer franquismo. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, **2018**, 40, 51-71.
20. Lameiras, M.; Carrera, M. V. y Rodríguez, Y. Caso abierto: la educación sexual en España una asignatura pendiente. In *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la escuela: proyecto de investigación subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad* (MINECO), Valentín Gavidia Catalán, España, 2016, pp. 197-210.
21. Venegas, M. Sex and relationships education and gender equality: Recent experiences from Andalusia (Spain). *Sex Education*, **2013**, 13(5), 573-584.
22. Faus Bertomeu, A. Salud, sexualidad y bienestar en las personas mayores. UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, 2016.
23. Sánchez-Fuentes, M.; Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. C. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, **2013**, 14, 67-75.
24. Quezada-Berumen, L.; González-Ramírez, M.; Cebolla, Soler, J. y García-Campayo, J. Conciencia corporal y Mindfulness: Validación de la versión española de

la escala de conexión corporal (SBC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, **2014**, 42(2), 57-67.

25. Brotto, L.; Mehak, L. AND Kit, C. Yoga and Sexual Functioning: A Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2009**, 35, 378-390.

26. Blanca, M.; Sánchez, C. y Trianes, M. Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, **2005**, 15(4), 212-20.

27. Pedrero-García, E.; Moreno-Crespo, P. y Moreno-Fernández, O. Sexualidad en Adultos Mayores: Estereotipos en el Alumnado Universitario del Grado de Educación Primaria. *Formación Universitaria*, **2018**, 11(2), 77-88.26.

28. Melguizo-Herrera, E.; Álvarez-Romero, Y.; Cabarcas-Mendoza, M.V.; Calvo-Rodríguez, R.S.; Flórez-Almanza, J.; Moadie-Contreras y O.P. y Campo-Arias A. Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la Sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, **2015**, 44(2), 87-92.

29. Price, C. y Thompson, E. Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *J Altern Comp Med*, **2007**, 13, 945-953.

30. Gutiérrez-Cuéllar, P. C. Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral Estudios sobre Estado y Sociedad*, **2019**, 26(75), 197-237.

31. Fombellida-Valdés, M. E.; Fernández-Ramos K.; Pérez-Carmona, A. & Cisneros-Fonseca, M. E. Los jóvenes miran la vejez, ¿qué ven? *Revista de Psicología GEPU*, **2015**, 6(2), 112-121.

32. Menéndez Álvarez-Dardet, S.; Cuevas-Toro, A. M.; Pérez-Padilla, J. y Lorence Lara, B. Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, **2016**, 51(6), 323-328.

33. Matas, A.; Leiva, J.J.; Franco, P.D. e Isequilla, E. Representación social de los estudiantes de magisterio sobre los mayores: un estudio piloto. *REID*, **2017**, 17, 61-78.

34. Villar, F.; Celdrán, M.; Serrat, R.; Fabà, J. y Martínez, T. Expresión sexual y regulación de la sexualidad en residencias de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gereontol*, **2019**, 54(1), 12-18.

35. Mahieu, L. and Gastmans, C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, **2012**, 24(3), 346-357.

36. Hillman, J. Sexual Issues and Aging Within the Context of Work With Older Adult Patients. *Professional psychology: research and practice*, **2008**, 39(3), 290-297.

37. López-Sánchez, F. Sexualidad y afectos en la vejez. *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide, D.L., 2012.
38. Price, C. J.; Thompson E. A. and Chieh Cheng, S. Scale of Body Connection: A multi-sample construct validation study. *PLoS ONE*, **2017**, 12(10).
39. López García, E. 1. Cuidar a los que cuidan. *Ciencia y Salud Virtual*, **2016**, 8(2), 62-70.
40. Corbalán Carrillo, M. G.; Hernández Vian, O.; Carré Catases, M.; Paul Galcerán, G.; Hernández Vian, B. y Marzo Duque, C. 3. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*, **2013**, 24(3).
41. Sanabria Gonzalez, O. A. y Camacho Vásquez, P. M. Yoga Y Danza Integrada Como Estrategias Dirigidas A La Conciencia Corporal En Amputados De La Fuerza Pública. *Revista de psicoterapia*, **2017**, 28(108), 209-227.
42. Montañés Sánchez, V. Las disciplinas orientales como herramienta para la terapia sexual. *Norte de Salud Mental*, **2014**, 12(49), 15-22.
43. Figari, C. E. *Sexualidad, religión y ciencia: discursos científicos y religiosos acerca de la sexualidad*, Editorial Brujas: Córdoba, España, 2007; pp. 29-107.
44. Cordoba de Parodi, M. A. *La Salud como un Estado de Consciencia*, 1ª ed.; Editorial Kier, S.A.: Buenos Aires, Argentina, 1995; pp. 52-53.
45. R. Butler. Ageism: A Foreword. *Journal of Social*, **1980**, 36, 8-11.
46. Fernández, E.; Monardes, H.; Díaz, C.; Fuentes, F. y Padilla, P. El «viejismo» como problemática social en geriatría: a propósito de la medición del viejismo en estudiantes de odontología. *Rev Esp Geriatr Gereontol*, **2017**, 52(2), 109.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

La investigación en la que va a participar se ajusta a los principios de la Declaración de Helsinki, asumida por World Medical Association en 1964, actualizada en Tokio 1975, Venecia 1983 y Hong Kong 1989. Se trata de una investigación sobre “*Actitudes hacia la Sexualidad de las Personas Mayores en Población Española*”.

- Todo lo que diga durante el estudio es estrictamente **confidencial**. El tratamiento de estos datos con fines divulgativos se hará anónimamente, según la *Ley Orgánica 3/2018*, 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.
- Lo más importante es **responder del modo más sincero** posible.
- Es necesario investigar este tema por: **escasez de datos** y para **ayudar en el desarrollo de futuras investigaciones**.
- **Puede abandonar** el ESTUDIO cuando quiera.
- Por favor, **no le hable a nadie sobre los detalles del estudio**, porque podría influir en los resultados del mismo y estos no nos servirían.
- Por favor, trate de ajustarse o **seguir las instrucciones del estudio**.

Firme abajo si consiente participar voluntariamente en este estudio.

Fdo: Dña (investigadora Principal del
Estudio).....D.N.I.....

Anexo B. Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos sobre la Vejez (CENVE)

Este Cuestionario consta de 15 ítems respondidos en una escala de 4 puntos, en términos del grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a cada ítem en particular. Señale la respuesta que considere más acertada.

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Las personas mayores mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud.				
2. Las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que las hacen depender de los demás.				
3. Las personas mayores cuando llegan a los 65 años de edad aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.				
4. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez.				
5. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.				
6. Las personas mayores tienen menos amigos que los más jóvenes.				
7. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.				
8. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.				
9. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.				
10. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad.				
13. Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”.				
14. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochean”.				
15. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otro más joven.				

Anexo C. Cuestionario sobre las Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV)

Este Cuestionario consta de 13 ítems respondidos en una escala de 4 puntos, en términos del grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a cada ítem en particular. Señale la respuesta que considere más acertada.

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Las personas mayores tienen menos interés por las relaciones sexuales.				
2. Las personas mayores ya no disfrutan con las relaciones sexuales.				
3. Las muestras de amor entre las personas mayores se ven ridículas.				
4. Las personas mayores deben reprimir su actividad sexual				
5. Las personas mayores tienen derecho al amor y la vida sexual				
6. Los hombres mayores son impotentes				
7. Todas las mujeres mayores son frías				
8. Las personas mayores ya no tienen deseos sexuales, y menos actividad sexual.				
9. Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual.				
10. Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual.				
11. La belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes.				
12. La sexualidad se ejerce solo con fines reproductivos.				
13. Todos los ancianos que desean relacionarse sexualmente son “viejos verdes”.				

Anexo D. Escala de Conexión Corporal (SBC)

La escala se compone de 20 ítems que puntúan en una escala de 5 puntos de 0 “En absoluto o Nunca” a 4 “Todo el tiempo”. Señale la respuesta que considere más acertada.

	En absoluto o Nunca	Un poco	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
1. Si hay una tensión en mi cuerpo, estoy consciente de esa tensión.					
2. Me cuesta identificar mis emociones.					
3. Noto que no respiro profundamente cuando estoy nervioso (a).					
4. Me doy cuenta de mi respuesta emocional a las caricias.					
5. Siento que mi cuerpo se congela, como si estuviera adormecido durante situaciones					

- incómodas.
6. Me doy cuenta cómo mi cuerpo cambia cuando estoy enojado (a).
 7. Siento como si observara mi cuerpo desde afuera.
 8. Estoy consciente de la sensación interna durante la actividad sexual.
 9. Puedo sentir mi respiración pasar a través de mi cuerpo cuando exhalo profundamente.
 10. Me siento separado (a) de mi cuerpo.
 11. Me cuesta expresar ciertas emociones.
 12. Tomo en cuenta las señales de mi cuerpo para entender cómo me siento.
 13. Cuando me siento físicamente incómodo (a), pienso qué puede haber causado esa incomodidad.
 14. Escucho la información de mi cuerpo acerca de mi estado emocional.
 15. Cuando estoy estresado (a), noto el estrés en mi cuerpo.
 16. Me distraigo de los sentimientos de incomodidad física.
 17. Cuando estoy tenso (a), presto atención a dónde se concentra la tensión en mi cuerpo.
 18. Noto que mi cuerpo se siente diferente después de una experiencia apacible.
 19. Me siento separado (a) de mi cuerpo durante la actividad sexual.
 20. Me cuesta prestar atención a mis emociones.
-