

MARTA ROCA CAPSIR

**HABLEMOS DE SEXUALIDAD:
ESTEREOTIPOS Y ACTITUDES EN LA
TERCERA EDAD.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Núria Voltas Moreso.

Grado en Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2022

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	4
1. Marco Teórico.....	5
1.1. Sexualidad.....	5
1.2. Bases neurológicas de la sexualidad.....	10
1.3. Tercera edad.....	13
1.3.1. Envejecimiento.....	13
1.3.2. Constructos sociales que determinan el envejecimiento.....	15
1.3.3. Estereotipos y tabús durante la vejez.....	17
1.4. El papel de las instituciones en la etapa de la vejez.....	19
2. Objetivos.....	21
2.1. Objetivo General.....	21
2.2. Objetivos Específicos.....	21
3. Metodología.....	22
3.1. Contexto y participantes.....	22
3.2. Instrumentos.....	23
3.2.1. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos sobre la Vejez (CENVE).....	23
3.2.2. Cuestionario sobre las actitudes hacia la sexualidad en la vejez (CASV).....	24
3.2.3. Cuestionario sociodemográfico.....	24
3.2.4. OPERAS.....	25
3.2.5. General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).....	25
3.3. Procedimiento.....	26
3.4. Análisis de los datos.....	27
4. Resultados.....	29
5. Discusión.....	38
5.1. Limitaciones.....	43
6. Conclusión.....	44
7. Bibliografía.....	46
8. Anexos.....	52
8.1. Cuestionario Sociodemográfico.....	52

8.2. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)	54
8.3. Cuestionario sobre las Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV).....	55
8.4. OPERAS.	56
8.5. General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).....	58
8.6 Anexo 1: Acuerdo de Confidencialidad del Trabajo de Fin de Grado.	60
8.7. Autorización para Actividades a Centros por el Trabajo de Fin de Grado (TFG).....	63
8.8. Hoja de Consentimiento Informado.	64
8.9. Hoja de Información al participante.....	66

|

RESUMEN

La sexualidad es un tema tabú y estereotipado, y aunque está presente en todas las etapas del ciclo vital, la sociedad actual considera que durante la vejez la población es asexual. Con esta investigación se rompen los prejuicios sociales y se manifiesta que las personas mayores de 60 años siguen realizando conductas sexuales y manteniendo una actitud positiva ante este tópico. Con este fin, se utiliza una metodología cuantitativa y una población de 96 participantes de dos contextos diferentes, uno que vive en comunidad y otro que vive institucionalizado, pero ambos sin alteraciones cognitivas. Se evalúa mediante 5 cuestionarios; CENVE, CASV, OPERAS, GHQ-12 y un sociodemográfico ad hoc, y con los resultados obtenidos se afirma que hay sexualidad a lo largo de toda la vida, pero expresada de forma diferente comparando con, jóvenes o adultos, aún con esto, se siguen manteniendo posturas tradicionales que impiden realizar correctos protocolos para abordar la sexualidad.

Palabras Clave: Estereotipos y Actitudes, Sexualidad, Tercera Edad.

ABSTRACT

Sexuality is a taboo and it is a stereotyped topic, and, even though it is present in every stage of life cycle, nowadays society considers Elder people to be asexual. Based on this research, social prejudice are broken and it can be shown that people over 60 years old keep having sexual intercourse and they keep a positive attitude about this topic. With this objective, we used a quantitative methodology and we found 96 people with two different contexts: one side lives in community and the other side lives in an institution. None of them had any kind of cognitive issues. We tested them with 5 different type of tests: CENVE, CASV, OPERAS, GHQ-12 and Social-demographical one and the results we obtained say that there is sexuality in every stage of life, but it is expressed differently than in other stage of life, compared with youthhood or adulthood. Even with that, we keep traditional opinions that stop us from using correct protocols to talk about sexuality.

Key Words: Stereotypes and Attitudes, Sexuality, Older Adults.

1. Marco Teórico.

1.1. Sexualidad.

La sexualidad ha sufrido modificaciones cruciales a lo largo de las décadas, tanto a nivel académico como social, alguna de ellas provocadas por los movimientos sociopolíticos de las mujeres y los avances científicos en las teorías de género (Acosta, 2018).

Históricamente, la sociedad se basaba en el modelo tradicional, respaldado por la creencia religiosa "sexualidad como un acto reproductivo", por ello, se debe hacer abstinencia si no se realiza con tal fin, en el caso de hacer lo contrario, tu conducta es considerada como "anormal"/incorrecta (Ventriglio y Bhugra, 2019). Videla et al., (2019) afirma que en los modelos tradicionales se ignoraban componentes como la confianza, intimidad, vulnerabilidad, comunicación y afecto/deseo, solo tenían en cuenta las fantasías sexuales y la autoestimulación. En cambio, en el siglo XX, se opta por el modelo biográfico, "cada persona puede definir su sexualidad", con el que se basa López (2012) para afirmar "la sexualidad como un acto de desarrollo adecuado". Aunque no hay una definición unánime, la mayoría de los autores del siglo XX están de acuerdo en que la definición ante la sexualidad en la tercera edad depende y dependerá de los aspectos culturales, educativos y evolutivos de la sociedad, puesto que es la propia sociedad quien crea los límites para considerar que una acción o actitud se considera normal o no (Ventriglio y Bhugra, 2019).

Se considera, por otra parte, la sexualidad como un proceso humano que se construye y reconstruye a lo largo de toda la vida. Entenderla implica un proceso de comprensión crítica desde diferentes perspectivas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) la sexualidad *"es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida [que] abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, funciones y relaciones. Si bien es cierto que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la*

interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, así como religiosos y espirituales"

De acuerdo con lo anterior, Ventriglio y Bhugra (2019) consideran que la sexualidad es más que un acto sexual, puesto que es la conexión entre atracción, pensamiento y sentimiento. Aparte de considerarlo como principio vital, que no debería de depender del contexto, también creen que está muy relacionada con la personalidad, al igual que Freud, y que la sociedad actualmente se divide en dos grupos, uno que considera la sexualidad como un aspecto placentero y otro que la considera como actitud negativa si no tiene fin reproductivo. Estudios previos como el de Srinivasan et al., (2019) demuestran que durante la vejez se sigue siendo sexualmente activo y que aparte de factores como el género, disponibilidad de pareja, estado físico y actividades previas sexuales, también afectan los estereotipos y las construcciones sociales que plasman a los adultos mayores como asexuales o como depredadores sexuales "viejos verdes". A lo largo de todas las etapas de la vida nos enfrentamos a divisiones dicotómicas entre necesidad/deseo y aquello culturalmente aceptado. Al igual que con otras capacidades humanas, la sexualidad tiene una parte innata y otra aprendida y no solo está presente a partir de la adolescencia, sino también durante la infancia, que al igual que en la tercera edad, su expresión es distinta que en otras fases de la vida. La pregunta es ¿Hay sexualidad en infancia y vejez?, según Ramos y Herrera (2017) en la vejez se encuentran fluctuaciones en las actividades, comportamientos y actitudes sexuales, pero el deseo se mantiene después de los 60 e incluso de los 80 años de edad. Y según Hernández y Jaramillo (2003) en la infancia, las motivaciones y expresiones sexuales son distintas que, en los adultos, ya que están más relacionadas en el descubrimiento y curiosidad. En realidad, hay un sinnúmero de factores que afecta de manera directa e indirecta a la expresión y actitud de la tercera edad ante la sexualidad, como es el hecho de no disponer de un espacio de intimidad o la discriminación de sus actos por la comunidad.

Teniendo en cuenta la relación observada entre la sexualidad y el factor calidad de vida en las citaciones anteriores, debemos entender la calidad de vida como *"la percepción de los individuos de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven, y en*

relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses”, que a su vez depende de la sociedad, que al no entender los sentimientos y pensamientos en la vejez, los excluye, creando en ellos una soledad social que afecta a la sexualidad (Acosta et al., 2017). A esta relación entre sexualidad y calidad de vida podemos incluir la alegría-placer y la conducta-actitud de las personas como componentes que de manera indirecta afectan a la sexualidad. Para empezar, debemos tener claro que la alegría y el placer son los componentes esenciales para la satisfacción sexual, por esa razón la actividad sexual genital no sería la única manera de lograr una satisfacción sexual (Ventriglio y Bhugra, 2019). De todos modos, encontramos factores individuales y de pareja que afectan, la mayoría de ellos relacionados con la salud mental y física, pero otros relacionados con las actitudes que manifiestan la personalidad, sentimientos de culpa y vergüenza (Ahumada et al., 2014). De la misma manera ocurre con la conducta, manifestación de la persona que hace visibles rasgos internos y externos de su personalidad y cognición, y que se activa por motivación dando pie a una interpretación. Gracias a las interpretaciones podemos clasificar las conductas, de ahí el poder hablar sobre conducta sexual (Alfageme y Pérez-Crespo, 2016).

La conducta sexual es aquel comportamiento que expresa sexualidad, se da durante todas las etapas del ciclo vital y se verá alterada por las experiencias, sentimientos, autoconcepto y conocimiento sexual. Es una interacción multisistémica influenciada por los contextos culturales y la activación neuronal y hormonal. Por ejemplo: en las mujeres la excitación es paulatina y depende o varía del ciclo menstrual, en cambio, la excitación en los hombres es más mecánica y rápida. Como bien hemos mencionado anteriormente, para llevar a cabo una conducta se requiere de una motivación, sin embargo, para llevar a cabo una conducta sexual se precisa de impulso sexual, aspecto clave para el ciclo del placer y las respuestas voluntarias e involuntarias de la actividad sexual (Calabro et al., 2019). El impulso sexual es la motivación natural que permite desarrollar la expresión del amor en los humanos (Alfageme y Pérez-Crespo, 2016). Como base del comportamiento sexual encontramos las estructuras neuronales situadas desde la corteza cerebral hasta los nervios periféricos que procesan los estímulos sexuales y activan las áreas necesarias (Calabro et al., 2019).

Otro elemento importante de la sexualidad son las actitudes, formadas por componentes cognitivos (creencias y conocimientos), afectivos (sentimientos y emociones) y conductuales (experiencias anteriores), con valencia positiva o negativa de mayor o menor intensidad. El conocimiento de la sociedad ante las actitudes que se muestran durante la vejez frente a la sexualidad es pésimo, o eso demostró Wilschut et al., (2021) cuando realizó un estudio con un total de 1494 estudiantes de enfermería con experiencia en el cuidado de personas de la tercera edad para obtener respuesta a la pregunta ¿Has hablado de sexualidad con gente de la tercera edad?. Con los resultados obtenidos pudo afirmar que todos los mayores mantenían una postura positiva y tranquila mientras discutían el tema, que los estudiantes sí habían hablado de sexualidad, pero siempre por iniciativa de los usuarios de la tercera edad, y que los estudiantes evitaban entrometerse en la conversación, así como no pensar ni imaginar sobre ello (Wilschut et al., 2021).

Del mismo modo que con la sexualidad, de forma tradicional se consideraba que el deseo y la excitación sexual eran parámetros distintos. Actualmente, y después de efectuar varios estudios, se ha observado que hay una relación teórico-práctica entre ellos con correlaciones significativas, ya que dependen de la manera de percibir, procesar y traducir los estímulos internos y externos. Prause, Janssen y Hetrick (2008) demostraron en un estudio que a menor deseo sexual mayor atención a estímulos sexuales, por lo que el estigma de "viejos verdes" que se atribuye a aquellas personas de la tercera edad, más en especial varones, por el hecho de comentar, observar o alterarse de manera positiva ante una escena no estipulada socialmente como sexual, por ejemplo una chica con una falda muy corta, podría "justificarse" con el hecho de tener menor deseo sexual que en etapas anteriores. En cambio, la reacción tiene una connotación más negativa, por lo cual más rápida que en aquellos que tienen un mayor deseo sexual, ya que lo experimentan como algo positivo (Prause et al., 2008).

Probablemente, la evaluación de la satisfacción sexual en la vejez no considera los aspectos mencionados anteriormente como pertenecientes en la actitud sexual que puede mostrar una persona. Posiblemente, por esa razón se observa en la mayoría de los estudios un declive de la satisfacción

sexual en la vejez, y no por el hecho de que sean un colectivo no sexual. Del mismo modo, los aspectos socioculturales afectan a la sexualidad. Por una parte, la sociedad percibe la vejez con estereotipos negativos con los que crea estigmatización ante la práctica sexual, o mejor dicho el habla sexual, sin entender que la sexualidad es una realidad impulsada por el amor y expresión cognitiva, siendo de principal interés la comunicación, compañerismo y placer (Ramos y Herrera, 2017). Por otro lado, encontramos el "fenómeno de viudez", impactando más en mujeres que en hombres, ya que al seguir pensando que la sexualidad es igual a coito, no podemos entender que una persona viuda tenga sexualidad. Encima, al seguir ligada con la procreación, la sociedad omite los beneficios psicológicos y físicos que proporciona la sexualidad. En un estudio, en el que se media las diferencias físicas y psíquicas entre un grupo activo sexualmente y otro no activo, se observó que la mayoría de las personas del grupo activo afirmaban sentirse vivos, relajados y con menos estrés, por el contrario, los otros participantes del grupo no activo no mejoraron en ningún aspecto (Cabral et al., 2019).

Como se ha afirmado anteriormente, la sociedad no entiende que la sexualidad es la definición amplia de todo aquello que lleva a una relación amorosa entre dos o más personas. La comunidad sigue entendiendo la sexualidad como un acto sexual entre dos personas, por lo que los estereotipos negativos fijados en esta etapa de la vida son imposibles de eliminar (Prause et al., 2008). Debemos tener en cuenta que las relaciones de pareja se desarrollan en contextos sociales, donde las barreras culturales alteran su formación (Cruz y Sánchez, 2018). Así que, cabe la posibilidad de que la población perciba como correcto que una pareja de la tercera edad sea romántica y como incorrecto que sea sexualmente activa (Prause et al., 2008).

En general, las mujeres se involucran de una manera más emocional y los hombres lo hacen de manera más erótica e impulsiva, de ahí que se vea más normal que un hombre de 70 años vuelva a tener una relación amorosa después de quedarse viudo y una mujer de 70 no. Finalmente, debemos remarcar que con las relaciones de pareja y la sexualidad acaban de desarrollar la personalidad, puesto que buscamos en el otro/a aquello que nos complementa, que nos falta para obtener un mayor disfrute de la vida

(Calabró et al., 2019). Como ya sabemos, en todas las relaciones hay uno que se involucra más que el otro, o por lo menos de manera diferente, con esto no quiero hacer referencia a que lo ideal es una relación heterosexual, sino que debemos saber que nos falta para encontrar a quien nos gusta (Cruz y Sánchez, 2018).

1.2. Bases neurológicas de la sexualidad.

El comportamiento sexual se centra en procesar los estímulos sexuales, conducta necesaria para la reproducción, cada fase del ciclo sexual activa unas estructuras neuronales que van desde la corteza cerebral hasta los nervios periféricos. Algunos estímulos específicos unimodales sexuales se procesan en el sistema nervioso central, desde él se dan respuestas voluntarias e involuntarias. La forma en que esta información fluye por el cerebro refleja el ciclo del placer donde son muy importantes el impulso y experiencia sexual. Por una parte, la experiencia depende de las neuronas dopaminérgicas del sistema de recompensa situado en el mesencéfalo, por otra parte, la interacción depende de los opioides del sistema endocannabinoide (Calabró et al., 2019).

Posteriormente y adentrándonos más en las bases neuronales del cerebro, consideramos las estructuras límbicas subcorticales como las más relevantes, algunas de las áreas que forman esta estructura son: el hipotálamo, amígdala, hipocampo y los núcleos de la región septal que en su conjunto se encargan de los estados motivacionales y procesamiento emocional. Por consiguiente, las estructuras límbicas desencadenan respuestas automáticas, en cambio, la corteza sensoriomotora desencadena movimientos voluntarios en las relaciones sexuales y sensación genital. Al mismo tiempo, las áreas de orden superior activan el erotismo e inhiben los impulsos sexuales y la medula espinal, centrándose en la tumescencia del pene y clítoris, la lubricación y contracción límbica de los músculos del perineo. Más abajo, pero no menos importantes, se encuentran el núcleo paragigantocelularis, el locus coeruleus, núcleos de rafe y área gris periacueductual que conectadas con la medula para ofrecer la erección y eyaculación. Finalmente, encontramos el sistema autónomo formado por el sistema parasimpático implicado en la erección y

lubricación femenina, y el sistema simpático en la eyaculación y orgasmo (Calabro et al., 2019) (Tabla 1).

Siempre y cuando las estructuras explicadas anteriormente no se vean alteradas por una malformación o deterioro, se activaran los neurotransmisores y moduladores del comportamiento sexual humano, donde encontramos: la serotonina, centrada en la inhibición de la función eréctil e interés sexual, y la dopamina necesaria para el coito que dependiendo de sus niveles realiza unas funciones u otras, por ejemplo en niveles bajos inhibe los reflejos genitales, en niveles medios facilita la erección y en niveles altos promueve la eyaculación. Seguidamente, nos centramos en la norepinefrina, acetilcolina e histamina que estimulan la erección del pene. Finalmente, encontramos los opioides, donde un aumento de opioides con una reducción de las hormonas y la testosterona provocan pérdidas de lívido e incapacidad para alcanzar el orgasmo. Por último, pero no menos importantes, ya que sin ellas no podríamos llevar a cabo ninguna de las funciones anteriores, encontramos las hormonas sexuales, vitales para el crecimiento y funcionamiento genital (Calabro et al., 2019) (Véase Tabla 1).

A nivel general, las áreas y neurotransmisores cerebrales relacionados con la conducta sexual, según Calabro et al., (2019) son:

Tabla 1

Áreas del cerebro y neurotransmisores del comportamiento sexual humano.

Áreas del cerebro implicadas en el comportamiento sexual humano	Neurotransmisores y moduladores del comportamiento sexual humano
Sistema de Recompensa.	Serotonina.
Tálamo.	Dopamina.
Hipotálamo.	Norepinefrina.
Amígdala.	Acetilcolina.
Región Septal.	Histamina.
Corteza Prefrontal.	Opioides.
Corteza Cingulada/Insular.	Hormonas sexuales.

Con relación al punto anterior, debemos remarcar que el envejecimiento se califica como un declive gradual de las funciones del organismo, asimismo, estas varían según la etapa del ciclo vital en la cual nos encontramos, algunas veces encontramos bajo rendimiento por falta de formación, y otras por el declive producido por la edad. A causa de la edad, encontramos una reducción del volumen en materia gris en distintas regiones cerebrales, como la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), la corteza orbitofrontal (COF) y la temporal-parietal. Como consecuencia nos enfrentamos a un cerebro con un 18% menos de peso y volumen, aumento de los surcos corticales y disminución de neuronas, principalmente en el hipocampo. A pesar de eso, no hacemos frente a una estructura cerebral patológica, ni a una persona con incapacidad para realizar actividades o conductas sexuales, sino a un sujeto que expresa las consecuencias de vivir.

Con el objetivo de valorar si las personas de la tercera edad tienen o no comportamientos sexuales por una alteración estructural o porque simplemente no quieren, deberíamos, por una parte, valorar las capacidades cognitivas y funcionales que muestra, es decir, el nivel de dependencia y calidad de vida, ya que una de las características principales de padecer una demencia es no ser capaz de ejecutar las actividades de la vida diaria. Por ejemplo; en el caso de mostrar signos de Alzheimer, es normal no mostrar interés por la sexualidad, por culpa de los efectos secundarios de la propia medicación, por la pérdida de memoria, por depresión y por los cambios cerebrales que se producen. A causa de los cambios fisiológicos y psicológicos que experimentan, la respuesta sexual se expresa de manera diferente que, en otras fases de la vida, pero todo esto no significa que sean asexuales o que no sientan placer-displacer, deseo-excitación (Cabral et al., 2019). Por otra parte, es necesario evaluar las disfunciones sexuales, es decir, todas aquellas alteraciones de los mecanismos que intervienen en las diferentes fases de la respuesta sexual y que por una alteración dificultan la relación sexual. Esta alteración puede ser provocada por una alteración orgánica, psicológica o ambas. Un estudio realizado por Srinivasan et al., (2019) encontró que la mitad de 3005 adultos mayores (57-85 años) padecía problemas sexuales, el 43% de mujeres padecían un bajo deseo sexual y un 37% de los hombres problemas de erección.

Como instante final y teniendo en cuenta un estudio hecho en los Estados Unidos con una muestra de 3.005 participantes con edades de, entre 65 y 85 años, se observó que las personas de la tercera edad seguían manteniendo interés por la sexualidad. El 26% de los encuestados, de entre 75 y 85 años de edad, afirmaron haber tenido actividad sexual con su pareja en los últimos 12 meses. Actualmente, la Encuesta Nacional sobre Salud y Comportamiento Sexual en los EE.UU muestra que el 53% de los hombres y el 42% de las mujeres de entre 60 y 69 años, y el 43 % de los hombres y el 22% de las mujeres mayores de 70 años tenían relaciones sexuales vaginales. (Srinivasan et al., 2019). Se podría afirmar que el declive producido por la edad no afecta a las relaciones, actitudes y comportamientos sexuales en la vejez, pero sí que su expresión es distinta que en otras etapas de la vida.

1.3. Tercera edad.

1.3.1. Envejecimiento.

El descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida han originado una población envejecida, en concreto en Europa, que actualmente tiene un 20.3% de la población con más de 65 años (Organización de las Naciones Unidas, 2019). Por ello, debemos eliminar todas aquellas teorías y modelos que desvalorizan la vejez, y observarlos desde una perspectiva humanista e integradora, mejorando así la manera de ver y hacer (Rodríguez, 2022).

A lo largo de la historia encontramos un sinnúmero de definiciones sobre la vejez, inicialmente en el Antiguo Testamento consideraban la vejez de una forma positiva y sublimatoria, la persona expone una gran sabiduría y por ello se convierten en ejemplo a seguir. Seguidamente, Platón elogia a la vejez y Aristóteles la desprecia, etiquetándolos como deterioro y ruina, y no es hasta Cato Maior cuando se vuelve hablar de la vejez de modo positivo. Más tarde, en la época renacentista se da una visión de la vejez como imagen melancólica y perversa (Carbajo, 2008). Actualmente, las definiciones de vejez no son tan dicotómicas, por ejemplo: en el 2012 consideramos la vejez como la etapa más amplia de la vida, ya que es más larga que la suma de años de la infancia y la juventud, siendo una etapa multicausada, multibinaria y con muchas influencias no normativas (López, 2012).

Dentro de este orden de ideas y antes de adentrarnos en que es el envejecimiento, debemos explicar y entender el ciclo vital. Durante el desarrollo de la vida humana, las fuerzas de orden biológico y experiencias ambientales provoca que las personas cambiamos física y psíquicamente, pero no de manera idéntica. Las influencias no normativas son los factores sumativos que promueven las diferencias entre dos personas de la misma edad; por ello no podemos aceptar la teoría de la U invertida y la Teoría de los estadios de Piaget. El ciclo vital está dividido en una serie de etapas que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte en las que encontramos la fase prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez, cada fase conlleva una serie de retos que debemos afrontar, para ello debemos ser conscientes de nuestras capacidades y adaptarnos creando nuevas estrategias (Selva Olid et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud (2015) define el envejecimiento como resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales con cambios no solo lineales ni uniformes. Aunque, en general, no parece haber una definición unánime sobre envejecimiento, puede comprenderse como un proceso activo, multifactorial e inherente a todos los seres humanos (Alvarado y Salazar, 2014).

De modo similar, pero con una perspectiva más innovadora, Villar et al., (2011) afirma que hay dos tipos de envejecimiento. Por una parte, hallamos un envejecimiento primario caracterizado por un correcto nivel de autonomía personal y salud, y, por otro lado, el envejecimiento secundario determinado por la presencia de enfermedades y grado de dependencia (Cáceres y Meréndez, 2020). Rodríguez (2015) certifica que el envejecimiento puede ser con o sin éxito, dependiendo de los factores que rodean y acompañan la evolución y desarrollo de la persona. Todo el mundo envejece de la misma forma, pero para tener un envejecimiento exitoso la persona debe saber seleccionar, optimizar y compensar sus estrategias para resolver los problemas de la vida. Envejecer no solo depende de las circunstancias que nos rodean, sino de la propia actitud del individuo a su propia persona. La evolución individual del envejecimiento tiene como importantes factores como las creencias, estereotipos y actitudes de la persona (Rodríguez, 2015).

Como se ha afirmado, el envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina la pérdida de la capacidad de adaptación progresiva, siendo un fenómeno muy variable e influido por múltiples factores contextuales e individuales (Alvarado y Salazar, 2014). Con etiquetas muy diversas: "saludable", "exitoso", "envejecimiento digno", "pasivo", entre otros, pero la gran parte de ellas remarcan que envejecer bien es igual a envejecer, y no a no envejecer, con todo lo que conlleva ese nombre (Rodríguez García, 2015).

1.3.2. Constructos sociales que determinan el envejecimiento.

Conforme a las circunstancias mostradas anteriormente hay que mencionar que la vida es una secuencia de modos de vida estipulada por la sociedad, en este sentido, el envejecimiento como proceso o la vejez como etapa son el resultado de una construcción social (Alvarado y Salazar, 2014). Diferentes etapas dividen la sociedad, marcando en cada una de ellas una serie de deberes y obligaciones que hay que superar. Desde una perspectiva integral y multidimensional dividimos la vejez en 3 grupos de edad. Iniciando esta etapa encontramos la vejez inicial formada por personas de entre 60-69 años de edad, la mayoría de ellos todavía trabajan y presentan buen estado de salud. A esta etapa la persigue la vejez intermedia compuesta por personas de entre 70-84 años, también se conceptualizaba como "fragilidad". Finalmente, y como cierre de esta etapa, encontramos la cuarta edad a partir de los 85 años (Martín, 2015). A pesar de los intentos, no hay una delimitación unánime que marque la entrada en la etapa de la vejez, pero si un período el cual la gran parte de la sociedad considera como inicio de esta, la jubilación.

La jubilación "interrupción de la actividad laboral y que lleva al cobro de pensiones", conlleva el fin de una etapa y el inicio de la última, por lo cual se debe iniciar un proceso de adaptación (Selva et al., 2020). Se afirma que es el momento en el que puedes disfrutar de la libertad de no trabajar, de una "estabilidad" económica y emocional, un tiempo más centrado en la afectividad y la salud personal. Es verdad, que hay una serie de factores que puede alterar esta dedicación, como la capacidad de adaptación a los cambios físicos, psíquicos y ambientales (López, 2012), como son:

Tabla 2*Alteraciones durante la etapa de la vejez.*

MUJERES	HOMBRES
Viven con más frecuencia envejecer solas.	Viven con más frecuencia envejecer en pareja.
Disfunciones sexuales: dispareunia, estrechamiento vaginal, uretritis atrófica.	Disfunciones sexuales: disfunción eréctil, sarcopenia y disminución de la libido.
Alteraciones orgánicas: bochornos, incontinencia y fatiga.	Alteraciones orgánicas: fatiga, disminución de andrógenos e incontinencia.
Aceptación de estereotipos: "la sexualidad en la vejez es inapropiada"	Más aceptada la sexualidad en varones.
Mayor preocupación por el aspecto físico.	Alteraciones de la memoria.
La sociedad los considera como pasivos.	La sociedad los considera como pasivos.

La mayoría de las condiciones que las personas entradas en la tercera edad asumen son basadas en factores culturales, educativos y religiosos. En la mayoría de los estudios recopilados en el artículo de Ramesh et al., 2021 se observa como la actividad sexual en mujeres de avanzada edad está determinada por las normas no escritas de la sociedad, así como de la disponibilidad de pareja. La discriminación por edad / edadismo provoca una disminución de la sexualidad en la vejez y un aumento de pensamientos negativos contra su autoconcepto al tener que lidiar entre el bien y el mal. Al igual que alteraciones de actitud frente a la sexualidad producida por el sesgo de conformidad (Piñeiro et al., 2020).

Hay diferentes factores como los estereotipos y tabús que promueven el aislamiento y que acaban provocando un bajo nivel de calidad de vida. Debemos saber que a menor calidad de vida menor actitud sexual (López, 2012) y que a más aislamiento menor compañerismo, por lo cual no habrá satisfacción o disfrute (Ramesh et al., 2021), y como consecuencia una percepción del tiempo y del sentido inapropiada. Tener sentido en la vida es una condición necesaria e importante para tener una actitud positiva, puesto que sin actitud positiva no evolucionamos ni nos adaptamos ante cambios, por esa razón la sociedad debe eliminar las actitudes negativas que presenta frente la vejez (Aquino et al., 2017).

Muchos otros autores como Shakespeare, Schopenhauer, Hölderlin y Humboldt se preocuparon por estudiar el proceso de envejecimiento sin delimitar su edad. Actualmente, la vejez empieza sobre los 60 años, formando así el grupo de edad más diverso (Martín, 2015). Por ejemplo: la Organización de las Naciones Unidas considera que se inicia a los 60 y la Organización Mundial de la Salud a los 65. En realidad, la edad no es más que un número utilizado para marcar un intervalo de tiempo que da a conocer el momento exacto en el cual se encuentra una persona, así como su punto de partida y final.

Se podría decir que, una vez entrados en la vejez, ya sea por jubilación o por edad, formamos parte de una población considerada pasiva, basada en estereotipos, tabús y normas no escritas que afectan a la manera de ser y actuar (Selva et al., 2020). Como sociedad, no tenemos en cuenta que es el momento en el que más aceptación tenemos sobre nuestro ser (Aquino et al., 2017).

1.3.3. Estereotipos y tabús durante la vejez.

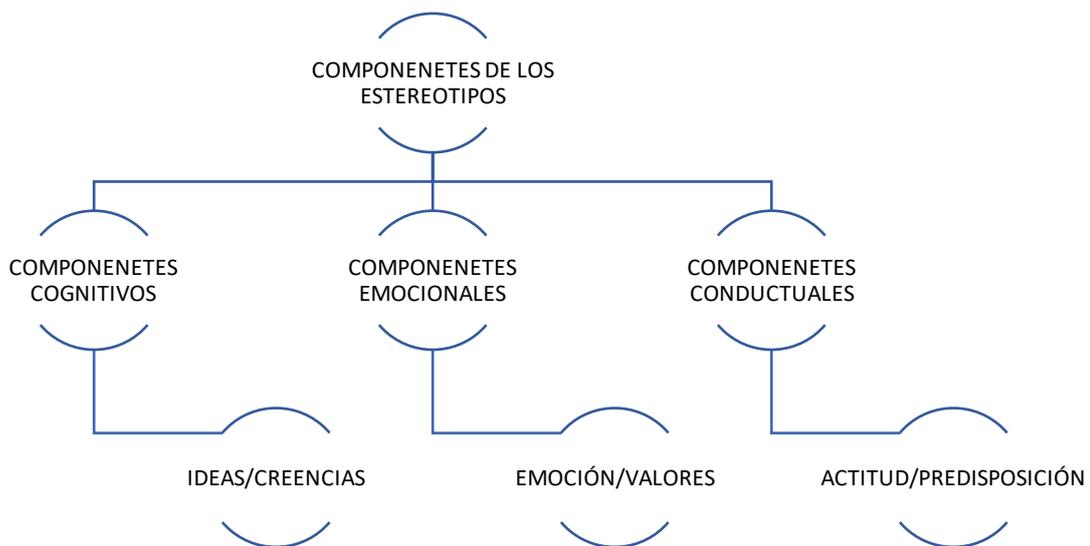
El concepto de sexualidad en la etapa de la vejez está asociado con una gran cantidad de estereotipos más bien negativos y tabús. Así, en el estudio de Acosta et al., (2017) sugieren que trabajar los prejuicios con la sociedad actual mejoraría la calidad de vida de las personas mayores, o por lo menos las actitudes frente la sexualidad.

La sexualidad ha nacido entre discursos conservadores y pensamientos religiosos con una única finalidad, la reproducción. De ahí, el nacimiento de los tabús "prohibiciones que las personas han adquirido sin tener conciencia de ello", creados, mantenidos y divulgados por la sociedad en la cual vivimos. Cada cultura mantiene unos tabús diferentes, algunos comen carne animal y otros, carne humana, pero en nuestra cultura occidental la sexualidad es un tabú que, dependiendo de la edad, situación y contexto, se considera correcto o no. Por ejemplo; en los niños, se considera correcto que realicen juegos para explorar sus genitales, pero es inaceptable que una vez entrados en la tercera edad nos pueda interesar la sexualidad, e inimaginable que se pueda practicar (Bronfman-Vásquez, 2006).

A todo esto, le siguen los estereotipos; “estructuras cognitivas socialmente percibidas, cuya función es procesar información acerca del mundo exterior, de personas, cosas, animales y situaciones” (García-Villanueva et al., 2020). La sociedad ha establecido una relación entre el término sexualidad y tener relaciones sexuales sin contar con todos los aspectos que conforman la sexualidad humana, lo que provoca la creación de prejuicios sin atender a las diferencias individuales de la población (Vásquez-Bronfman, 2006). Según García-Villanueva et al., (2020) los elementos que componen los estereotipos son:

Tabla 3

Estructura de los estereotipos.



Como consecuencia de lo anterior encontramos actitudes impropias ante comportamientos determinados. Las actitudes están formadas por 3 componentes; cognitivo, comportamental y emocional, y dependiendo del grado de convención en referencia a los estereotipos y tabús se mostrarán conductas más o menos estereotipadas con el objetivo de evitar sentimientos de cargo de consciencia. Por lo cual, podemos afirmar que las acciones son compatibles con los pensamientos, por ejemplo: si una persona consideras que la sexualidad es solo para jóvenes y con el objetivo de la reproducción,

aunque tenga deseo sexual y una pareja estable, no experimentará ninguna actitud sexual (López, 2012).

En su conjunto, tabús y estereotipos marcan el estándar de conducta y ser de las personas, así como, la educación y comunicación. Por ejemplo: el aborto o hablar de sexo con los padres. Estas estigmatizaciones afectan a como se ven y valoran las personas de edad avanzada. El estudio realizado por Sánchez et al., (2009) expone que los estereotipos siguen presentes y sin una educación basándonos en la sexualidad durante la vejez, será imposible eliminar las creencias negativas que la sociedad mantiene ante este tópico.

1.4. El papel de las instituciones en la etapa de la vejez.

Del mismo modo que con otros conceptos expuestos anteriormente, las primeras instituciones exponían una índole religiosa, "instituciones para "dar cobijo" y "custodiar" a individuos con fines dispares que van del socorro hasta la prevención, pasando por el tratamiento y hasta el castigo". Pero no fue hasta el siglo VII cuando se habló de instituciones destinadas a cuidar ancianos necesitados. Después, en el siglo XIX, la gente con privilegios económicos podía acceder a monasterios para pasar los últimos días de vida, pero los pobres continuaban trabajando sin diferenciación a otras etapas de la vida. Finalmente, en 1992 se aprueba el Plan Gerontológico Nacional (MAS, 1992) para ofrecer una visión conjunta de las instituciones (Fuente y Rodríguez, 2018).

Actualmente, la residencia es una institución en la que una persona con determinadas características de dependencia o con una cierta edad se incorpora con el objetivo de mejorar las cualidades de vida. La incorporación puede ser temporal o permanente, con o sin pareja y dependiendo de si la institución es conservadora o liberal pueden potenciar o disminuir la sexualidad, pero en general contienen pocos espacios privados y una asistencia sexual inadecuada (López, 2012). En la mayoría de las instituciones ofrecen protocolos centrados en la atención integral de los usuarios, padezcan o no una enfermedad. Y tienen como objetivos mantener y mejorar las capacidades físicas y cognitivas de las personas, así como,

mejorar la autonomía. Pero pocas incluyen protocolos de sexualidad, o una actitud y espacios adecuados para que se pueda llevar a cabo. Se podría decir que las personas mayores institucionalizadas reciben poca atención ante las necesidades sexuales que muestran (Fuentes y Rodríguez, 2018).

Hay estudios que demuestran que la expresión de la sexualidad en residencias es más común de lo que parece. Algunos directores y trabajadores en residencias explican haber experimentado alguna situación en la que dos residentes mantienen un vínculo amoroso. Las medidas que se implantan para preservar los derechos sexuales de los residentes son muy diversas, algunas solo se apoyan besos y caricias entre dos personas, y otras, en las que se les facilite un espacio privado para intimar (Villar et al., 2018). No únicamente sucede en las instituciones, sino también en contextos más familiares perciben la sexualidad como anormal, creando barreras de expresión emocional y sexual, sintiéndose incómodos y avergonzados por sus padres o abuelos (Fuentes y Rodríguez, 2018).

En los protocolos y guías de actuación de una institución no se hace hincapié en las necesidades afectivo-sexual, por lo que deberíamos de seguir unas estrategias específicas para abordar la expresión sexual en esta edad. Se deben centrar en los cuidados afectivo-sexuales de los residentes, teniendo en cuenta la misión, visión y valores propios de la organización (Tabla 4). Por una parte, y tal y como han evolucionado las instituciones, debemos centrarnos en la formación de profesionales y familiares, con el objetivo de eliminar las creencias, actitudes y valores negativos y discriminatorios, generando así un punto de partida de la sociedad más predispuesto a hablar y comprender la sexualidad en la vejez. Por otra parte, hay que formar a los residentes de las normas y cuidados que deben tener tanto en las instalaciones como en las relaciones con los otros (Fuentes y Rodríguez, 2018).

Tabla 4

Estrategias para mejorar los cuidados afectivo-sexuales en las instituciones.

Reconocer explícitamente el derecho a que cada residente pueda expresar sus necesidades afectivo-sexuales.

No aceptar ningún tipo de discriminación en base a aspectos relacionados con la sexualidad.

Realizar acciones explícitas con el objetivo de preservar el derecho a la privacidad/intimidad de sus residentes.

Realizar acciones explícitas con el objetivo de reconocer los derechos de confidencialidad de los residentes.

(Fuentes y Rodríguez, 2018)

La sexualidad en la tercera edad existe, y las incongruencias cognitivas entre el bien y el mal en esta práctica también. La educación, cultura y contextos en los que se han desarrollado los usuarios actuales de las residencias de la tercera edad provocan la inhibición de la manifestación de la sexualidad. Hay que tener en cuenta que salud, calidad de vida y sexualidad están interrelacionados, pero no siempre se atiende a la mejora y promoción de los tres. Una educación sexual en los usuarios y trabajadores impulsaría a una eliminación de estereotipos y tabús, promoviendo una atención global.

2. Objetivos.

2.1. Objetivo General.

Observar la actitud hacia la sexualidad de un grupo de mujeres y hombres iguales o mayores a 60 años con el fin de analizar la relación entre su percepción sobre la sexualidad y diversas variables como la calidad de vida, personalidad, interiorización de estereotipos negativos en la vejez y vivir institucionalizados o no, a través de una serie de cuestionarios adaptados y validados con su grupo normativo.

2.2. Objetivos Específicos.

- **Objetivo 1:** Observar la relación entre autopercepción y sexualidad y el porcentaje de estigmatización existente hacia la vejez. Análisis según diferentes variables sociodemográficas; estar o no institucionalizado, edad, género, estado civil y nivel de estudios.

- **Objetivo 2:** Evaluar la relación entre el bienestar emocional y la autopercepción ante la sexualidad, así como con el grado de estigmatización ante el envejecimiento.
- **Objetivo 3:** Identificar qué rasgos de personalidad están relacionados con la autopercepción de la sexualidad en la vejez, además de determinar qué niveles de estigmatización del envejecimiento están influenciados por los rasgos de personalidad.
- **Objetivo 4:** Analizar qué variables son las que más se relacionan con la estigmatización y la autopercepción de la sexualidad durante la vejez.

3. Metodología.

3.1. Contexto y participantes.

El presente estudio se ha llevado a cabo con una muestra total de 96 participantes de entre 60 y 98 ($\bar{X}=77,20$; $ds=9,77$) años de edad residentes en contextos comunitarios distintos (31 hombres y 65 mujeres).

Por una parte, participó un grupo de 50 personas (23 hombres y 27 mujeres) de entre 60 y 93 años de edad que residen en la localidad de Catí (Castellón). En todos los casos se trata de personas que se encuentran en la etapa de la adultez intermedia o tardía y en ningún caso se encuentran viviendo en una residencia para personas mayores, residen en sus domicilios particulares solos o con sus cónyuges, de forma totalmente independiente. Comparten características contextuales y personales similares, Catí es una población rural y la mayoría de los participantes se han dedicado a una profesión relacionada con la ganadería y agricultura, con lo que se considera que la muestra es de un nivel socioeconómico medio-alto.

Por otro lado, se encuentra el grupo de 46 participantes que residen en instituciones formadas por (8 hombres y 38 mujeres); 14 son usuarios de la residencia STS Misericordia de Reus, 10 de la STS Cambrils, 6 de la STS Salou y 16 de STS Forcall. Tres de las cuatro instituciones pertenecen al grupo Colisé, por lo que las características contextuales y protocolos de cuidado, ingreso, estimulación y visitas, etc., son similares. En cambio, la residencia

de Forcall está dirigida por otra empresa distinta, cuenta con una visión, valor y misión similares, así que ofrecen cuidados y actividades muy parecidas al grupo Colisée.

Finalmente, hay que recalcar que ninguna persona de las que ha participado voluntariamente en esta investigación padecía alteraciones cerebrales u orgánicas más allá de las provocadas por la edad.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos sobre la Vejez (CENVE).

El Cuestionario de Estereotipos Negativos Sobre la Vejez fue creado por M^a José Blanca Mena, Concepción Sánchez Palacios y M^a Victoria Trianes en el 2005, está compuesto por 15 ítems que contienen afirmaciones en relación con aspectos negativos que la sociedad tiene hacia la vejez, estos se agrupan en 3 factores; salud, motivacional-social y carácter-personalidad. Cada factor contiene 5 ítems, todos con respuesta Likert 4 escalones donde las puntuaciones varían de entre 5 y 20 puntos con un máximo de 60.

Las medias en relación con estereotipos referidos a la salud es 12,6 y desviación típica 3,12, para los estereotipos del factor motivacional-social encontramos media 12,7 y desviación 3,17, y finalmente en el factor carácter-personalidad media 13,4 y desviación 3,05. La distribución de la curva se acerca a la curva normal.

Para extraer las puntuaciones de forma correcta, se han agrupado los ítems; primero, para extraer el factor salud hemos agrupado los ítems de deterioro de memoria, enfermedades mentales, fuerte deterioro de salud, incapacidades por las que dependen de los demás y el deterioro cognitivo es parte inevitable de la vejez. En segundo lugar, y con el fin de extraer el factor motivación-social, se ha agrupado; menos interés por el sexo, las personas mayores tienen menos amigos, pérdida de interés por las cosas, incapaces de resolver problemas y no realizan un trabajo tan bien como los más jóvenes. Finalmente, unimos los ítems de; se irrita y son cascarrabias, se vuelven más rígidas e inflexibles, son como niños, los defectos de la gente se

agudizan con la edad y “Chochean”, para obtener el factor de carácter – personalidad (Blanca et al., 2005).

3.2.2. Cuestionario sobre las actitudes hacia la sexualidad en la vejez (CASV).

El Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez fue creado por Orozco y Rodríguez en el 2006, para obtener una medición más objetiva de los estereotipos hacia la sexualidad en esta etapa del ciclo vital. Para su desarrollo utilizaron una muestra de 130 personas de entre 60 y 90 años ($\bar{X}=73,7\pm 8$), para medir los tres factores del cuestionario: prejuicios (ítems 1,2,3,4,8,12 y 14), derechos y limitaciones (ítems 5, 9, 10 y 11) y mitos (ítems 6, 7 y 13). Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,792, por tanto, la consistencia interna que ofrece esta prueba es buena (Melguizo-Herrera et al., 2015).

Este cuestionario se compone por 14 ítems puntuados con escala Likert desde 1 a 4, siendo 1 muy en desacuerdo y 4 muy en acuerdo. Se debe tener en cuenta que a mayor puntuación en el cuestionario mayor grado de estereotipos negativos mantiene interiorizados el participante.

3.2.3. Cuestionario sociodemográfico.

El cuestionario sociodemográfico fue de elaboración ad hoc para el estudio de investigación del presente trabajo con el objetivo de obtener variables sociodemográficas.

Esta encuesta descriptiva contiene un total de 12 preguntas relacionadas con el lugar de nacimiento, edad, número de hijos, nivel de estudios y económico, profesión, cónyuge y familia cercana, de las cuales 6 son abiertas y las otras 6 de opción múltiple.

3.2.4. OPERAS.

El Desarrollo de la Escala de Evaluación Global de la Personalidad (OPERAS) fue realizado por Andreu Vigil-Colet, Fabia Morales-Vives, Elisa Camps, Jordi Tous y Urbano Lorenzo-Seva en el 2013, y evalúa 5 factores de personalidad: Extraversión (EX), Estabilidad Emocional (ES), Responsabilidad (CO), Amabilidad (AG) y Apertura a la Experiencia (OE).

Contiene un total de 40 ítems y una fiabilidad de 0,890 en la escala Extraversión, 0,849 en Estabilidad Emocional, 0,812 en Responsabilidad, 0,734 en Amabilidad y 0,845 en Apertura a la Experiencia que se obtuvo con una muestra de 6.141 participantes de entre 12 y 95 años. Los puntajes son libres de deseabilidad social y aquiescencia, y la suma total de puntuaciones típicas se debe transformar a puntuaciones T (Media 50 y desviación 10).

Para obtener las puntuaciones de manera más rápida se ha utilizado (<http://psico.fcep.urv.cat/questionaris/operas40/>) (Vigili-Colet et al., 2013).

3.2.5. General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).

El Cuestionario salud general-12 (GHQ-12) fue creado por Goldberg y Williams (1988). Es uno de los autoinformes de cribado de salud mental más utilizado y consta de 12 ítems, divididos en 6 elementos redactados positivamente y 6 negativos, con opción de respuesta para los redactados positivamente: mejor, igual, peor y mucho, y para los redactados negativamente: absolutamente no, igual, más y mucho más. Las puntuaciones más altas reflejan mayores niveles de malestar psicológico.

Este cuestionario muestra una gran consistencia interna con un alfa general 0,90 y una correlación entre factores 0,90. Además, el GHQ-12 mide el mismo constructo en participantes clínicos y no clínicos, y en hombres y mujeres (Ruíz, García-Beltrán y Suárez-Falcón, 2017).

3.3. Procedimiento.

Antes de iniciar con el procedimiento, se informó al comité ético sobre las características y dimensionalidades de esta investigación, se respondió una serie de preguntas que facilitaron enmarcar este estudio en una Investigación con Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA), con referencia CEIPSA-2022-TFG-0057. Seguidamente, y tras fijarse el objetivo del presente trabajo, se procedió a la búsqueda de instrumentos validados para medir el bienestar emocional, nivel de estigmatización, actitudes frente la sexualidad y rasgos de personalidad. Para obtener los datos sociodemográficos se creó un cuestionario ad hoc con el cual se formaron los grupos de comparación.

Por lo que respecta a la obtención de la muestra en la población de Catí se informó a todos los posibles participantes, de manera individual, yendo casa por casa durante 3 días, tanto de la finalidad como del procedimiento a seguir. Durante esos días se acordó con los voluntarios día y hora para realizar de manera conjunto los cuestionarios. Posteriormente, se contactó con diferentes residencias de la tercera edad para marcar un día y hora a fin de realizar una reunión y exponer los criterios éticos y a investigar del trabajo, así como de las características que debían mostrar los posibles voluntarios. Más adelante, se firmaron todas las hojas de consentimiento con las instituciones y se estipularon los días y horas de acceso a las instalaciones para realizar el trabajo de campo, al igual que me informaron de las medidas anti Covid que se debían tener en cuenta.

Dentro de este orden de ideas, separamos el paso de aplicar las pruebas a los voluntarios en dos partes; por una parte, en el contexto no institucionalizado el tiempo dedicado fue mayor, ya que el hecho de desplazarnos a las casas de los voluntarios llevo a conversaciones más profundas, y otras de no interés para la investigación, y con un total de unas 60 horas se administraron los 5 cuestionarios a 50 personas. Por otro lado, y dentro del contexto residencial se localizó una zona tranquila en la que hubiera intimidad para aplicar de manera individual los 5 cuestionarios a un total de 46 participantes, este proceso se hizo de igual forma en las 4 residencias, teniendo una duración total de unas 20 horas.

Se debe remarcar, que, con anterioridad a lo explicado, cada uno de los voluntarios firmó la hoja de información y el consentimiento informado, y con el objetivo de clasificar sus repuestas y opiniones en el anonimato, se almacenaron en una caja los consentimientos firmados y en otra, las pruebas, siendo los primeros separados en dos bloques, uno para los no institucionalizados y otro para los institucionalizados. Las pruebas no se tuvieron que separar, ya que en el cuestionario sociodemográfico consta si viven en una institución o no.

Más tarde, y con el fin de poder empezar con el análisis de los datos, se ordenaron los cuestionarios por edades, siendo 60 años la mínima y 98 la máxima. Además, se introdujo de manera individual todas las respuestas a las preguntas del cuestionario OPERAS en él <https://psico.fcep.urv.cat/questionaris/operas40/operaspl/index.html> que nos facilitó un informe individual de cada participante, conteniendo en él las puntuaciones de las escalas; Extraversión, Estabilidad Emocional, Responsabilidad, Amabilidad, Apertura a la Experiencia, Deseabilidad social y Aquiescencia, así como el porcentaje de población que tiene puntuaciones inferiores a la que obtuvo el participante. Después, en el cuestionario de GHQ-12 se sumaron las puntuaciones en cada uno de los ítems, clasificando así a los participantes en dos grupos, puntuaciones menores de 12 mostrando bienestar emocional, y puntuaciones iguales o superiores a 12 mostrando un bienestar emocional inadecuado, estas puntuaciones se extrajeron a mano. En cambio, para extraer las puntuaciones del CASV y CENVE se tuvo que utilizar el IBM SPSS, que introduciendo las respuestas de los participantes se pudieron calcular las escalas de cada prueba.

3.4. Análisis de los datos.

La base de datos fue desarrollada en la aplicación IBM SPSS Statistics. Inicialmente, se incorporaron todas las variables en el apartado de vista de variables, que con la condición de tener una vista más clara se eliminaron todos los decimales, se pusieron etiquetas en cada una de las variables y se crearon valores individualizados; 0-1 para institución y género, siendo 0 para no institucionalizados y hombre, 0-4 para estado civil y estudios, siendo 0 solteros y educación preescolar, 1 casado y EGB, 2 BUB y viudo, 3 formación

Profesional y 4 Universidad, y valores que rondaban entre 1-4 para el CASV y CENVE, siendo 1 muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo.

Una vez finalizado este proceso, se fue a vista de datos y se introdujeron todas las puntuaciones obtenidas. En el caso del cuestionario OPERAS en vez de introducir los 48 ítems se insertaron las 7 escalas extraídas del informe, obtenido al introducir las 48 respuestas en el aplicativo <https://psico.fcep.urv.cat/questionaris/operas40/operaspl/index.html>. En cambio, en el CENVE y CASV se introdujeron las respuestas de todos los ítems administrados en el SPSS. Aquí podemos observar cómo algunas variables tienen una connotación binaria y otras no. Seguidamente, accedimos a calcular variables y agrupamos los ítems referentes para obtener la puntuación de las escalas de; prejuicios, derechos y limitaciones, y mitos en el cuestionario CASV, y salud, carácter-personalidad y motivación-social en el cuestionario CENVE. Obtenidas ya todas las puntuaciones, se calcularon los estadísticos descriptivos de todos los cuestionarios con el fin de observar las distribuciones, medias, desviación y varianza de todas las pruebas.

Para poder pasar a la siguiente parte del proceso se tuvo que cambiar las variables; bienestar emocional, estado civil, estudios y edad en respuesta binaria, siendo 0 bienestar emocional, estudios, viudos y población entre 60-75, y 1 bienestar emocional inadecuado, no estudios, casados y más de 75 años, y poder utilizar el estadístico T-Test por sintaxis.

En cuanto a la realización de la sintaxis T-Test se ha creado un documento nuevo, dentro de la base de datos creada con anterioridad en el SPSS, para poder guardar la sintaxis empleada en cada prueba T-Test de las diferentes variables. Con ella hemos tenido la oportunidad de obtener tablas que mostraban número de participantes, media y desviación obtenida en cada grupo, así como la significación y el percentil entre la variable independiente y la dependiente. Siguiendo el mismo procedimiento se extrajo la regresión múltiple que nos ha permitido conocer la relación entre una variable dependiente y todas las variables independientes.

Finalmente, con los datos obtenidos del análisis se crearon las tablas ad hoc expuestas en el siguiente apartado y que nos permiten visualizar los resultados de esta investigación.

4. Resultados.

En la **Tabla 5**, podemos observar los estadísticos descriptivos de los cuestionarios administrados y en la **Tabla 6** se presenta la prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov. Se observa que únicamente cuatro de las escalas medidas se ajustan a la distribución normal: el factor carácter-personalidad del CENVE ($K_s=0,088$; $gl=96$; $p=0,067$), la escala de Estabilidad Emocional del OPERAS ($K_s= 0,074$; $gl=96$; $p=0,200$), la escala de Responsabilidad del OPERAS ($K_s= 0,080$; $gl= 96$; $p= 0,150$) y la escala de Amabilidad del OPERAS ($K_s= 0,061$; $gl=96$; $p= 0,200$).

En la escala del CENVE, las medias se sitúan en la franja baja del rango de puntuaciones (5-20), ya que todas las medias son inferiores a 11 puntos, se sitúan entre 2 y 3 puntos por debajo. Incluso los IC al 95% quedarían por debajo de la media reportada.

En la escala del CASV, las medias se sitúan por debajo del rango de puntuaciones; el factor de prejuicios con un rango de puntuación entre (7-28) la media es de (14,30) y desviación (3,71), en el factor de derechos-limitaciones la media obtenida es (9,63) y desviación (2,62) con un rango de puntuación (4-16) y en el factor de mitos se ha obtenido una media de (6,25) y una desviación (2,05) dentro de un rango (3-12). Asimismo, las medias obtenidas en la comparación descriptiva de las escalas del cuestionario OPERAS se encuentran ligeramente por debajo de la media y desviación T ($\bar{X}=50$ y $ds=10$), sobre todo la escala de apertura a la experiencia, que está casi una desviación por debajo de media.

Tabla 5*Estadísticos descriptivos de los diferentes cuestionarios administrados.*

	Media	Intervalo de Confianza	Mediana	Varianza	Desviación	Rango	Asimetría	Curtosis
CENVE								
Salud	10,14	9,40-10,87	10,00	13,30	3,65	15,00	0,234	-0,675
Motivación_Social	10,77	10,08-11,46	11,00	11,53	3,40	14,00	0,096	-0,758
Carácter_Personalidad	10,81	10,08-11,55	11,00	13,10	3,62	15,00	0,181	-0,682
Total	31,72	29,74-33,70	32,00	95,00	9,75	41,00	0,132	-0,390
CASV								
Prejuicios	14,30	13,51-15,022	14,00	13,76	3,71	17,00	0,444	-0,177
Derechos_Limitaciones	9,63	9,10-10,17	10,00	6,90	2,62	11,00	-0,333	-0,543
Mitos	6,25	5,84-6,66	6,00	4,19	2,05	8,00	0,271	-0,696
Total	30,16	28,82-31,50	29,00	43,70	6,61	30,00	0,369	-0,401

OPERAS								
Extraversión	46,14	44,33- 47,94	46,50	79,57	8,92	48	-0,115	0,595
Estabilidad Emocional	45,58	43,01- 48,16	45,00	161,84	12,72	75	-0,950	3,011
Responsabilidad	45,77	43,00- 48,54	45,50	186,60	13,60	63	0,029	-0,248
Amabilidad	44,89	42,48- 47,29	45,00	141,32	11,89	64	-0,179	0,397
Apertura a la Experiencia	42,89	40,94- 44,83	41,00	92,52	9,62	41	0,407	-0,564
GHQ-12								
Bienestar Emocional	9,67	9,04	10,29	10,00	9,53	3,087	15	-0,430

Nota. Estadísticos de los resultados extraídos en una población de entre 60 y 98 años.

Tabla 6

Prueba de normalidad teniendo en cuenta el test de Kolmogoroy-Smirnov.

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	Gl	Sig.
Cenve_Salud	0,098	96	0,025
Cenve_Motivacional_social	0,116	96	0,003
Cenve_Carater_persona	0,088	96	0,067
Cenve_total	0,097	96	0,027
CASV_Prejuicios	0,103	96	0,014
CASV_Derechos_Limitaciones	0,118	96	0,002
CASV_Mitos	0,167	96	<0,001
CASV_Total	0,101	96	0,018
Extraversión	0,082	96	0,108
Estabilidad Emocional	0,074	96	0,200*
Responsabilidad	0,080	96	0,150
Amabilidad	0,061	96	0,200*
Apertura a la Experiencia	0,100	96	0,018
Bienestar Emocional	0,108	96	0,007

Nota. Resultado de las diferentes significaciones obtenidas en las pruebas administradas a la población analizada. *Límite inferior de la significación verdadera.

En la **Tabla 7** se presentan los resultados de la prueba t-Student indicando que los viudos muestran un grado de estigmatización significativamente mayor que los casados ($\bar{X}_{\text{casados}}=30,23$ vs $\bar{X}_{\text{viudos}}= 34,44$; $t= 3,24$; $gl=94$; $p=0,002$) y que los institucionalizados muestran una autopercepción de la sexualidad más negativa que los no institucionalizados ($\bar{X}=31,78$ vs $\bar{X}_{\text{no}}=28,66$; $t= -2,37$; $p=0,020$). Así mismo, se observa que a menor edad se presenta una autopercepción de la sexualidad más favorable ($\bar{X}_{60-75}= 27,81$ vs $\bar{X}_{>75}=32,05$; $t= -3,29$; $p=0,001$), y a menor estudios peor autopercepción de la sexualidad ($\bar{X}_{\text{elementales}}=32,10$ vs $\bar{X}_{\text{superiores}}=28,04$; $t= 3,14$; $p= 0,002$). Finalmente, los casados muestran una media inferior a los viudos, por lo que muestran una mejor autopercepción de la sexualidad ($\bar{X}_{\text{casados}}= 28,61$ vs $\bar{X}_{\text{viudos}}= 32,97$; $t= 3,24$; $p=0,002$).

Tabla 7

Pruebas T-Test por sintaxis de los cuestionarios CENVE y CASV teniendo en cuenta las variables sociodemográficas.

	CENVE					CASV				
	Nº	Media	Ds	T	P	Nº	Media	ds	T	P
INSTITUCIÓN										
SI	46	33,46	9,79	-1,69	0,094	46	31,78	5,99	-2,37	0,020
NO	50	30,12	9,52			50	28,66	6,86		
EDAD										
60-75	43	30,09	9,09	-1,48	0,142	43	27,81	6,20	-3,29	0,001
>75	53	33,03	10,13			53	32,05	6,36		
GENERE										
MUJER	65	32,15	9,51	-0,63	0,529	65	30,40	6,19	-	0,603
HOMBRE	31	30,80	10,31			31	29,64	7,5	0,521	
ESTADO CIVIL										
CASADOS	62	30,23	9,64	2,06	0,042	62	28,61	6,76	3,24	0,002
VIUDOS	34	34,44	9,45			34	32,97	5,35		
ESTUDIOS										
Estudios Elementales	50	31,94	10,14	0,23	0,818	50	32,10	5,81	3,14	0,002
Estudios Superiores	46	31,48	9,40			46	28,04	6,83		

Nota. Medias, desviaciones y significaciones teniendo en cuenta P a dos factores.

En la **Tabla 8** se reflejan los resultados de la prueba t-Student con el objetivo de valorar posibles diferencias en el cuestionario CENVE y CASV en función del cuestionario de bienestar emocional. Se observan medias similares y una no diferenciación entre personas con un bienestar emocional correcto y personas con un bienestar emocional alterado en referencia al nivel de estigmatización hacia la vejez ($\bar{X}_{\text{bien_emo}}= 31,58$ vs $\bar{X}_{\text{nobien_emo}}=32,00$; $ds_{\text{bien_emo}}=9,59$ vs $ds_{\text{nobien_emo}}=10,20$; $sig=0,658$ y $P=0,843$). Del mismo modo, no se encuentra variación entre las medias de personas con bienestar emocional correcto y bienestar emocional alterado en referencia a la autopercepción de la sexualidad durante la vejez, así pues, expresan una autopercepción igual de favorable ($\bar{X}_{\text{bien_emo}}=29,42$ vs $\bar{X}_{\text{nobien_emo}}= 31$; $ds=6,96$ vs $ds=5,67$; $sig=0,144$ y $P=0,124$).

Tabla 8

Prueba T-Test por sintaxis de los cuestionarios CASV y CENVE teniendo en cuenta el bienestar emocional de los participantes.

GHQ-12	CENVE					CASV				
	Nº	Media	Ds	Sig.	P	Nº	Media	Ds	Sig.	P
Bienestar Emocional	64	31,58	9,59	0,658	0.843	64	29,42	6,96	0,144	0,124
No Bienestar Emocional	32	32,00	10,20			32	31,63	5,67		

Nota. Medias, desviaciones y significaciones teniendo en cuenta P a dos factores.

En la **Tabla 9** se muestra la relación entre las escalas del cuestionario OPERAS y los cuestionarios CENVE y CASV. Por una parte, la escala de extraversión y la de amabilidad (OPERAS) obtuvieron una relación inversa estadísticamente significativa con el factor de salud y motivacional-social (CENVE). La escala de responsabilidad mantiene una relación inversa estadísticamente significativa con el factor motivacional-social. También, se observa una diferencia significativa inversa entre la escala de apertura a la experiencia (OPERAS) y el factor salud, motivacional-social y carácter-personalidad (CENVE). Por otra parte, observamos que la escala de amabilidad y la escala de apertura a la experiencia (OPERAS) mantienen una relación inversa estadísticamente significativa con el factor de prejuicios (CASV).

Tabla 9

Correlación por Pearson de los cuestionarios CENVE y CASV teniendo en cuenta las escalas del cuestionario OPERAS.

Correlación con Pearson	Extraversión		Estabilidad Emocional		Responsabilidad		Amabilidad		Apertura a la experiencia	
	Cor.	Sig.	Cor.	Sig.	Cor.	Sig.	Cor.	Sig.	Cor.	Sig.
CENVE										
Salud	-,217*	,017	-,156	,065	-,162	,051	-,200*	,025	-,289**	,002
Motivacional- Social	-,180*	,040	-,089	,193	-,202*	,024	-,169*	,050	-,308**	,001
Carácter- Personalidad	-,070	,249	-,022	,416	-,162	,059	-,153	,069	-,293**	,002
Total	-,170*	,049	-,098	,172	-,193*	,030	-,191*	,031	-,324**	<,001
CASV										
Prejuicios	,002	,491	-,002	,490	-,075	,234	-,175*	,044	-,184*	,036
Derechos-Limitaciones	-,006	,477	-,025	,405	,033	,374	-,027	,398	,149	,087
Mitos	,029	,391	,032	,377	,073	,239	-,159	,061	-,004	,483
Total	,008	,470	-,001	,495	-,006	,476	-,158	,062	,049	,316

Nota. ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral) y * la correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

En la **Tabla 10** se presentan los resultados obtenidos de la regresión múltiple, en la que se estudió la relación entre la variable dependiente Cuestionario de estereotipos negativos sobre la vejez (CENVE) y variable independiente, edad, género, institución, estado civil, bienestar emocional, cuestionario de actitudes frente de la sexualidad en la vejez (CASV) y cuestionario de personalidad (OPERAS). De modo similar, en la **Tabla 11** se expone la relación entre la variable dependiente CASV y las variables independientes, edad, estado civil, género, institución, bienestar emocional, cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez y cuestionario de personalidad (OPERAS).

Tabla 10

Regresión múltiple siendo CENVE variable dependiente.

REGRESIÓN MÚLTIPLE CON VD (CENVE)	CENVE	
	Sig.	Beta
EDAD	0,854	-0,027
GÉNERO	0,579	0,053
INSTITUCIÓN	0,303	0,131
ESTADO_CIVIL_BINARIO	0,029	-0,297
ESTUDIOS_BINARIO	0,048	0,275
BIENESTAR EMOCIONAL	0,882	-0,013
CASV_PREJUICIOS	0,002	0,358
CASV_DERECHOS_LIMITACIONES	0,372	0,093
CASV_MITOS	0,494	-0,088
EXTRAVERSIÓN	0,009	-0,302
ESTABILIDAD EMOCIONAL	0,032	0,365
RESPONSABILIDAD	0,587	-0,092
AMABILIDAD	0,127	-0,201
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0,028	-0,274

Nota. Edad (cuantitativa), género (mujer= 1, hombre =0), institucionalizados (no= 0, si= 1), estado civil (0=soltero, 1= casado), estudios (elementales=0, superiores=1) puntuaciones cuestionario GHQ-12 (cuantitativas), cuestionario CASV (1= muy en desacuerdo, 2=algo en desacuerdo, 3= algo de acuerdo, 4= Muy de acuerdo), OPERAS (Cuantitativa).

TABLA 11

Regresión Múltiple siendo CASV variable dependiente.

REGRESIÓN MÚLTIPLE		
	Sig.	Beta
GÉNERO	0,671	-0,042
INSTITUCIÓN	0,697	-0,053
ESTUDIOS	0,222	-0,180
ESTADO CIVIL	0,679	-0,060
EDAD	0,240	0,178
CENVE_SALUD	0,699	0,072
CENVE_MOTIVACIÓN_SOCIAL	0,044	0,354
CENVE_CARÁCTER_PERSONALIDAD	0,907	-0,019
EXTRAVERSIÓN	0,861	0,022
ESTABILIDAD EMOCIONAL	0,674	-0,079
RESPONSABILIDAD	0,386	0,161
AMABILIDAD	0,189	-0,179
APERTURA A LA EXPERIENCIA	0,586	0,070

Nota. Edad (cuantitativa), género (mujer= 1, hombre =0), institucionalizados (no= 0, si= 1), estado civil (0=soltero, 1= casado), estudios (elementales=0, superiores=1) puntuaciones cuestionario GHQ-12 (cuantitativas), cuestionario CENVE (1= muy en desacuerdo, 2=algo en desacuerdo, 3= algo de acuerdo, 4= Muy de acuerdo), OPERAS (Cuantitativa).

5. Discusión.

El objetivo de este estudio fue analizar el nivel de estereotipos negativos hacia la vejez y las actitudes frente la sexualidad que muestran un grupo de personas mayores de 60 años, teniendo en consideración variables sociodemográficas, de personalidad y bienestar emocional.

En la muestra analizada, parece existir poca interiorización de estereotipos negativos sobre la vejez, es decir, puntuaciones bajas en el cuestionario CENVE. Esto coincide con el estudio de Sánchez et al., (2009) en el que, evaluando a un total de 757 personas mayores de 65 años, muestra que, sí hay interiorización de estereotipos durante la vejez, pero no en un grado elevado como considera la sociedad. Con la escala del CASV para medir "actitudes sexuales en la vejez", se concluye que durante la vejez se expresan actitudes sexuales positivas, coincidiendo con los resultados de la investigación de Herrera (2003) que, a través de una revisión sistemática afirma que "la actividad sexual existe en los ancianos y muchas veces es la norma más que la excepción". En nuestra investigación, los participantes han presentado puntuaciones bajas, indicativas de su desacuerdo con la visión

negativa de la sexualidad en la tercera edad. Además, los resultados obtenidos en el cuestionario de autopercepción frente la sexualidad (CASV) van en la dirección del estudio de Guardarrama (2010), en el que se menciona que el 95% de los participantes mayores de 60 años mantenían relaciones sexuales habitualmente. Las puntuaciones de todas las escalas del cuestionario de personalidad OPERAS, se encuentran por debajo de la media, en especial la escala de apertura a la experiencia, manteniendo una correlación negativa con el factor de prejuicios del cuestionario CASV. Al mismo tiempo, se observa que las personas que obtiene puntuaciones bajas en la escala de apertura a la experiencia muestran actitudes más negativas frente la sexualidad que otros participantes con puntuaciones más altas. Estos resultados coinciden con las investigaciones que realizaron, por una parte, García et al., (2013) donde observo que la escala de apertura a la experiencia mantenía correlaciones positivas con las actitudes sexuales, siendo más relevantes en el grupo femenino que masculino. Y, por otra parte, Allen y Desille, (2017), donde obtuvieron que puntuaciones altas en apertura a la experiencia y niveles bajos en agradabilidad se relacionaban con actitudes más liberales hacia la sexualidad.

En referencia al objetivo de *“Observar la relación entre autopercepción frente la sexualidad y el porcentaje de estigmatización existente hacia la vejez. Análisis según diferentes variables sociodemográficas: estar o no institucionalizado, edad, género, estado civil y nivel de estudios”* los resultados sugieren que el grupo de participantes casados muestra un nivel de estigmatización hacia la vejez más bajo que los viudos, por lo que también muestran una actitud frente a la sexualidad más favorable. Los resultados van en la línea de los obtenidos en la investigación que realizó Herrera (2003), donde relaciona las actitudes sexuales con la activación sexual durante la vejez y menciona que el 73,8% de los casados afirma ser activo a nivel sexual vs. un 55% de los no casados, indicando así una posible relación entre el estado civil y las actitudes frente a la sexualidad. Además, explica que la mayoría de las mujeres viudas interrumpían sus actividades sexuales a partir del fallecimiento de su esposo, por lo que mostraban actitudes más negativas frente a la sexualidad. Los presentes resultados también concuerdan con Sánchez et al., (2009) donde se observa que el fallecimiento

del cónyuge provoca un declive en el mantenimiento y formación de nuevas relaciones interpersonales, por lo que se podría hipotetizar que la menor actividad sexual en los no casados se debe a una falta de motivación en la creación de nuevas relaciones interpersonales. En cuanto a la variable sobre estar o no institucionalizado, no se observan diferencias significativas, de manera que las personas institucionalizadas muestran los mismos estereotipos que las no institucionalizadas, contrariamente a los hallazgos de las investigaciones previas como la de Muñoz (2015). Investigación en la cual muestra que la población institucionalizada se identifica más con adjetivos negativos como, por ejemplo; pasivo, débil e improductivo. En cambio, los no institucionalizados se identifican con adjetivos considerados positivos como; activos, optimistas y útil. De esta manera, los institucionalizados mostraban un mayor nivel de estereotipos que los no institucionalizados, posiblemente por el hecho de estigmatizar sus capacidades.

En el caso de la puntuación total CASV, se observan diferencias significativas; primero, en la variable institucionalizados, donde observamos que los no institucionalizados muestran una mejor autopercepción de la sexualidad que los institucionalizados, equivalente al estudio explicado anteriormente de Muñoz (2015), con lo que se puede concluir que si hay una afectación a la postura ante la sexualidad dependiendo del entorno en el cual se llevan a cabo las actividades de la vida diaria de las personas de la tercera edad. Segundo, en la variable edad, los resultados coinciden con los obtenidos en la investigación de Ramos y Herrera (2017) donde afirman que a menor edad mejor autopercepción de la sexualidad, al igual que en el presente trabajo, donde el grupo de 60 a 75 años muestra actitudes más positivas frente a la sexualidad que el grupo de mayores de 75 años. En tercer lugar, por lo que respecta a la variable estado civil, los casados mantienen una actitud frente a la sexualidad más favorable que los viudos, resultado que podría ser causado porque hay más cantidad de mujeres que de hombres en el grupo de viudos, y las mujeres han asumido el estereotipo de género creado por la sociedad: no volver a casarse ni conocer otras posibles parejas (Herrera, 2003). Este resultado también podría relacionarse con la reducción de relaciones interpersonales y sexuales después de la pérdida del cónyuge, tal y como indicaron Sánchez et al., (2019). Y, por último, respecto a la variable

estudios, se observan resultados similares a la investigación realizada por Acosta (2018) en el que se manifiesta que entender la sexualidad es un proceso crítico, por lo que, a mayor nivel educativo, mayor capacidad para tener en cuenta diferentes perspectivas y llegar a una conclusión más elaborada y personal.

Respecto al objetivo de "*Evaluar la relación entre el bienestar emocional y la autopercepción ante la sexualidad, así como con el grado de estigmatización ante el envejecimiento*", no se han encontrado diferencias significativas en ninguno de los cuestionarios, en consecuencia, los resultados del presente estudio no van acorde con los obtenidos en anteriores investigaciones, ya que en la investigación de Guadarrama (2010) se afirma que la actividad sexual mantiene o aumenta la calidad de vida de las personas mayores. El resultado obtenido en la presente investigación podría estar relacionado con características del instrumento psicométrico que se ha utilizado para medir el bienestar emocional, aunque tiene buenas propiedades psicométricas, el punto de corte es bajo, por lo que la mayoría de los participantes muestran inestabilidad emocional, cuando en realidad no manifiestan características de este tipo. Se podría decir que las personas mayores experimentan una menor satisfacción de la vida que los jóvenes y menos emociones positivas, pero emplean mecanismos de regulación emocional de tipo preventivo que les proporciona mayor control ante la intensidad y fluctuación emocional (Márquez-González et al., 2007).

Por lo que respecta al objetivo "*Identificar qué rasgos de personalidad están relacionados con la autopercepción de la sexualidad en la vejez, además de determinar qué niveles de estigmatización del envejecimiento están influenciados por los rasgos de personalidad*" los resultados observados indican que todos los factores, excepto Estabilidad Emocional, presentan una correlación inversa con los estereotipos, de manera que puntuaciones más altas en extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura a la experiencia, favorecen la existencia de un bajo nivel de estereotipos en la población. Así, nuestros resultados coinciden con estudios en los que se muestra que las personas extrovertidas tienden a tener actitudes favorables ante la sexualidad, y a su vez esto está relacionado con la presencia de una baja estigmatización de la vejez (Allen y Walter, 2018). Cabe destacar que

se reciben influencias no normativas a lo largo del ciclo vital, siendo la cultura, el grupo social y la familia las que más influyen en la formación de la personalidad. Además, todo el grupo poblacional analizado tuvo una educación tradicional y autoritaria, por lo que se podría generalizar que las conductas que llevan a obtener un puntaje alto en la escala de apertura a la experiencia y extroversión van en contra de los procesos cognitivos ya interiorizados (McCrae y Costa, 1996). Los rasgos de personalidad interfieren en la estigmatización y autopercepción de la sexualidad, pero no solo en la etapa de la vejez, sino en todas, aunque es en esta etapa la mayoría de las personas obtienen puntuaciones bajas en la escala de extroversión, escala relevante para manifestar unas actitudes sexuales buenas (García et al., 2013).

Finalmente, sobre el objetivo "*Analizar qué variables son las que más se relacionan con la estigmatización y la autopercepción de la sexualidad durante la vejez*" se puede observar que la puntuación total de la estigmatización (CENVE) se predice de manera significativa a partir del estado civil, nivel de estudios, el factor prejuicios del cuestionario CASV, la escala de extraversión, la escala de estabilidad emocional y la escala de apertura a la experiencia del cuestionario OPERAS, ya que el cuestionario CENVE es un instrumento con propiedad psicométricas correctas para evaluar el edadismo teniendo en cuenta aspectos sociodemográficos, siendo el nivel educativo la dimensión más importantes (Álvarez-Dardet et al., 2015). En cambio, la autopercepción de la sexualidad (CASV) únicamente se puede predecir con el factor motivacional-social del cuestionario CENVE, es probable que esto se deba a que el cuestionario mide aspectos más específicos de la sexualidad y se requiera un nivel de educación sexual más elevado que el proporcionado al grupo de participantes evaluado en esta investigación (Diéguez et al., 2005). Resumiendo lo planteado, un perfil idóneo para expresar una estigmatización de la vejez baja y unas actitudes frente la sexualidad favorable, debería estar casado, con estudios superiores, una puntuación total en las escalas de extraversión, estabilidad emocional y apertura a la experiencia iguales o superiores a la media T ($\bar{X}=50$; $ds=10$). Así, apelando a un ejemplo se trataría de una persona con un perfil sociable, activo, divertido, curioso, creativo y estudioso.

5.1. Limitaciones.

Las limitaciones de esta investigación tienen un trasfondo metodológico e investigador.

En cuanto a las limitaciones metodológicas, el tamaño de la muestra no ha permitido fijar con precisión los límites de los grupos de comparación, generando así grupos muy heterogéneos, por ejemplo; en la variable de nivel de estudios se distinguen dos grupos de comparación, uno en el que se incluyen a todas aquellas personas que han obtenido una formación básica (máximo nivel de primaria) y otro en el que se ha incluido a aquellos que obtuvieron una formación entre EGB y Universidad. Además, hay una falta de estudios previos, puesto que en muchas ocasiones encontramos cuestionarios que no tenían validación en población española o solo evaluaban a personas menores de 60 años. Asimismo, se ha utilizado un instrumento para medir el bienestar emocional que no ha permitido evaluar correctamente a la población de nuestra investigación.

En cuanto a las limitaciones atribuibles al investigador, se han encontrado barreras por falta de experiencia durante el acceso a los voluntarios, ya que se ha evaluado a una población que tiene miedo a expresar lo que piensan por el "qué dirán" y ha sido difícil hacer entender el objetivo de la investigación. Además, en cada institución se ha obtenido un número bajo de participantes, fundamentalmente provocado por la no participación de gente con demencia. También, se ha observado que la mayoría de los residentes en instituciones no tenían pareja, por lo que ha sido difícil obtener ciertas opiniones.

Por estas razones, los resultados se deben de tomar con cautela y tener en cuenta las presentes limitaciones para siguientes investigaciones.

6. Conclusión.

Todo lo expuesto a lo largo de este trabajo, nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

- El hecho de no vivir institucionalizado, tener una edad entre 60-75 años, estar casado y mantener un nivel de estudios superior potencia la autopercepción favorable frente a la sexualidad, y un nivel de estigmatización bajo. En ningún momento se observaron diferencias en la estigmatización y autopercepción de la sexualidad en la vejez por género. Pero en general, todos los participantes mantienen una percepción favorable frente a la sexualidad y un nivel bajo de estigmatización.
- No se encontraron influencias entre el bienestar emocional y la autopercepción frente a la sexualidad y el grado de estigmatización ante el envejecimiento.
- Los rasgos de personalidad influyen en la valencia, positiva o negativa, de la autopercepción frente a la sexualidad, y en el grado de estigmatización en la vejez, sobre todo la escala de extroversión y apertura a la experiencia.
- Las variables que más influyen en la predicción de la autopercepción y estigmatización son; estado civil, nivel de estudios, factor de prejuicios (CASV) y factor motivacional social (CENVE), la escala de extraversión y la de apertura a la experiencia del OPERAS.

El concepto "sexualidad" ha padecido varias modificaciones. Aun así, la sociedad y cultura actual sigue teniendo el prejuicio de "sexualidad igual a coito", por lo que les es de gran dificultad adjudicar este concepto a personas que por el paso del tiempo muestra deterioros físicos y psíquicos. Además, la sociedad no presenta una definición unánime de envejecimiento, pero si un acuerdo en discriminación por la edad (edadismo). En contra, la actual población mayor de 60 años opina que la sexualidad no es igual a coito y que se realiza con fines no reproductivos. Evidentemente, el grupo evaluado es consciente de los estereotipos negativos que la sociedad acuñaba y acuña hacia su grupo de edad, por lo que les provoca sentimientos de culpa y

desvalorización, y como resultado, una población más unida y defensora de sus derechos.

Es importante agregar la gran cantidad de estereotipos y prejuicios que hay hacia la sexualidad en la vejez, y como estas generalizaciones negativas afectan al pensamiento y conducta del colectivo atacado. En la mayoría de las respuestas, los voluntarios indicaban que no estaban de acuerdo en: "la sexualidad no es importante en la vejez" y "la actividad sexual es inadecuada para los viejos". Se concluye, con opinión unánime, que las creencias están presentes en la sociedad, pero no en la mente de la gente que forma el colectivo. Encima, la vejez no es únicamente una etapa marcada cronológicamente, sino también es una construcción social y cultural en la que se deben aceptar los estándares de actitud y pensamiento, que a lo largo de esta investigación se ha cuestionado, y con lo que se ha observado que aceptarlos afecta al autoconcepto y autoestima.

En definitiva, la sexualidad en la tercera edad continúa siendo un tema desconocido y tabú, pero esto no significa que la población mayor de 60 años no mantenga conductas sexuales, ya que están presentes incluso después de los 90 años. Afirmamos que la sexualidad nos acompaña en todas las etapas de la vida, y que, dependiendo de la personalidad, educación y contexto, desaparece con la muerte o un poco antes. Nuestros participantes mostraron una autopercepción frente a la sexualidad muy favorable, y un nivel de estigmatización bajo, a causa de estos datos no podemos seguir creyendo que en la tercera edad no hay interés por la sexualidad, así pues, la pregunta no es ¿hay sexualidad en la tercera edad?, sino ¿por qué hemos creado unos constructos sociales basados en teorías no comprobadas científicamente para afirmar una actitud que no favorece el desarrollo de la población?

7. Bibliografía.

- Acosta, A. (2018). Psicología y sexualidad: una mirada a las exigencias de la educación en psicología en Venezuela. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 20(1-2), 5-7.
- Acosta, C.O., Quintana, J., García, R., Echeverría, S.B., Vales, J.J., y Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 22(2), 179-188. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>
- Alvarado, A.M., y Salazar, Á.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Ahumada, S., Lüttges, C., Molina, T., y Torres, S. (2014). Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25(4), 278-284.
- Aquino, T. A. A., Gouveia, V. V., Gomes, E. S., & Melo de Sá, L. B. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 375-386. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3728>
- Alfageme, M.S., & Pérez-Crespo, Á. (2016). El papel del impulso sexual como elemento mediador de la autoestima en un agresor sexual con múltiples parafilias. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(1-2), 40-45. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062016000100006&lng=es&tlng=es.
- Allen, M.S., y Desille, A.E. (2017). Personality and sexuality in older adults. *Psychology and Health*, 32(7), 843-859. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1307373>
- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2018). Linking big five personality traits to sexuality and sexual health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1081-1110. <https://doi.org/10.1037/bul0000157>

- Álvarez-Dardet, S., Cuevas-Toro, A.M., Pérez-Padilla, J., y Lorence-Lara, B. (2015). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(6), 323-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.003>
- Blanca, M.J., Sánchez, C., y Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de Evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), pp. 212-220. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/28125856>
- Bronfman-Vásquez, A. (2006). Amor y sexualidad en las personas mayores. *Editorial Gedisa (Barcelona)*. ISBN 10: [8497841255](https://www.isbn-international.org/product/9788497841252) ISBN 13: [9788497841252](https://www.isbn-international.org/product/9788497841252)
- Cabral, N.E.S., Lima, C.F.M., Rivemales, M.C.C., Souza, U.S., y Silva, B.B.M.C. (2019). Understanding sexuality by rural elderly women. *Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 147-52. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0385>
- Cáceres, C., y Menéndez, S. (2020). La investigación psicológica europea sobre la vejez, el envejecimiento y/o las personas mayores: una revisión sistemática de alcance de revisiones sistemáticas. *Apuntes de Psicología*, 38(2), 115-131. Recuperado a partir de <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/833>
- Calabro, RS., Cacciola, A., Bruschetta, D., Milardi, D., Quattrini, F., Sciarrone, F., la Rosa, G., Bramati, P., y Anastasia, G. (2019). Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?. *Brain and Behavior*. <https://doi.org/10.1002/brb3.1389>
- Carbajo, M.C. (2008). La Historia de la Vejez. *Ensayos*, 23(18), 237-254. ISSN 0214-4842.
- Cardenal, V., y Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126. ISSN 0214-9915

- Cruz, D. J., y Sánchez, R. (2018). Determinantes de la Satisfacción sexual: Personalidad Sexual, Comunicación Emocional y Estrategias de Seducción. *Investigaciones en Psicología*, 23(2), 63-71. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a23n2a6>
- Diéguez, J.L., López, A., Sueiro, E., y López, F. (2005). Propiedades Psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 74, 46-56.
- Fuente, C., y Rodríguez, B. (2018). Visión profesional sobre la sexualidad en personas mayores institucionalizadas: una síntesis temática cualitativa. *Gerokomos*, 30(4), 176-180. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n4/1134-928X-geroko-30-04-176.pdf>
- García, L., Ibáñez, I., y Romero, B. (2013). Funcionamiento sexual y personalidad: análisis diferencial en función del sexo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159-169), 39-51. ISSN: 0211-7339
- García-Villanueva, J., Jiménez-Delgadillo, G., & Hernández-Ramírez, C. (2020). Estereotipos sobre la sexualidad en la adultez mayor: un análisis desde la perspectiva de género. *Revista Electrónica en Educación y Pedagogía*, 4(7), 27-38. <http://dx.doi.org/10.15658/rev.electron.educ.pedagog20.11040703>
- Guadarrama, R.M, Ortiz Zaragoza, M.C, Moreno Castillo, Y.C, Gonzáles Pedraza, A.A. (2010). Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15(2), 72-79. ISSN: 1665-7330. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47313840005>
- Hernández, G., y Jaramillo, C. (2003). La educación sexual de la primera infancia. *Ministerio de Educación, Cultura y Deporte*. https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=11476_19
- Herrera P.A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿Mito o Realidad? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 150-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000200011>

- López, F. (2012). Sexualidad y afectos en la vejez. *Ediciones Pirámide*. ISBN: 978-84-368-2702-6
- Márquez-González, M., Fernández de Trocóniz, M.I., Montorio Cerrato, I., y Losada Blatar, A. (2007). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720417>
- Martín, J.F. (2015). Edades. García R, & Botello G(Eds.), *Práctica de la Geriatría*, 3e. McGraw Hill. Recuperado de: <https://accessmedicina-mhmedical-com.sabidi.urv.cat/content.aspx?bookid=1500§ionid=98096464>
- McCrae, R. y Costa, P. (1996). Chapter three: Toward a New Generation of Personality Theories: Theoretical contexts for the Five-Factor Model. *New York: The Guilford Press*, 51-87. <https://www.researchgate.net/publication/242351438>
- Melguizo-Herrera, E., Álvarez-Romero, Y., Cabarcas-Mendoza, M.V., Calvo-Rodríguez, R.S., Flórez-Almanza, J., Moadie- Contreras, O.P., y 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), 87-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.003>
- Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*, 26(2),43-47. https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n2/02_original1.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). Envejecimiento. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Comunicaciones Breves Relacionadas con la Sexualidad. *Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud*. ISBN:978-92-4-154900-4.

- Prause, N., Janssen, E., y Hetrick, W.P. (2008). Atención and Emotional Responses to Sexual Stimuli and Their Relationship to Sexual Desire. *Springer Science+Business Media*, 37, 934-949. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9236-6>
- Piñeiro, I., Ullauri, M., Rodríguez, S., Regueiro, B., y Estévez, I. (2020). Predictive variables of sexual inactivity in the elderly. *Annals of psychology*, 36(3), 512-520. <https://doi.org/10.6018/analesps.381951>
- Ramos, E.J., y Herrera, E.M. (2017). Factores asociados a actitudes sobre la sexualidad en la vejez en Medellín, Colombia. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17 (33), 267-276. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v17n33/1657-8953-ccso-17-33-00267.pdf>
- Ramesh, A., Gregor, T., Reddy, S.S., y T.Sivakumar, P. (2021). Companionship and Sexual Issues in the Aging Population. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43 (5), 71-77. <https://doi.org/10.1177/02537176211045622>
- Rodríguez, R. (2015). Envejecimiento exitoso. García R, & Botello G(Eds.), *Práctica de la Geriatría*, 3e. McGraw Hill.
- Rodríguez García R., González B., Gutiérrez B., y Medina Chávez H (2015). Sexualidad en el envejecimiento. *Práctica de la Geriatría*, 3e. McGraw Hill.
- Ruiz, J.F., García-Beltrán, M.D., y Suárez-Falcón, C.J. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.020>
- Sánchez, C., Trianes, M.V., y Blanca, M.J. (2009). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 124-129. DOI:10.1016/j.regg.2008.12.008
- Selva, C., Martínez-González, M., y Naqui, M. (2020). El inicio del fin de una etapa: la Jubilación. *Athenea Digital*, 21 (2), e 2756. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2756>

- Srinivasan, S., Glover, J., Rajesh, R., Deena, J. y Daniel, D. (2019). Sexuality and The Older Adult. *Escholarship*, 21(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
- Ventriglio, A., y Bhugra, D. (2019). Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Archives Of Psychiatry*, 29, 30-34. <https://doi.org/10.12809/eaap1736>
- Vigili-Colet, A., Morales-Vives, F., Camps, E., Tous, J., y Lorenzo-Seva, U. (2012). Development and validation of the Overall Personality Assessment Scale (OPERAS). *Psicothema*, 25(1), 100-106. Doi:10.7334/psicothema2011.411
- Videla, L., Puigarnau, M.J, Khartchenko Bolbukova, E., Rodríguez, S.P., y Molero Rodríguez, F. (2009). Sexualidad Humana. *Dialnet*, 73, 8-19.
- Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., Fabà, J., y Martínez, T. (2018). Expresión sexual y regulación de la sexualidad en residencias de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.09.001>
- Wilschut, V. F., Pianosi, B., Van Os-Medendorp, H., Elzevier, H. W., Jukema, J. S., & Den Ouden, M. E. (2021). Knowledge and attitude of nursing students regarding older adults' sexuality: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 96. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104643>

8. Anexos.

8.1. Cuestionario Sociodemográfico.

El presente cuestionario da respuesta a información sociodemográfica. La forma de respuesta es escrita o marcando con una "X" dependiendo del tipo de respuesta.

1. Lugar de nacimiento:

2. Nacionalidad:

3. ¿Cuál es tu edad?

4. ¿Con que género te identificas?

Mujer	
Hombre	
Otros	

5. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero	
Casado	
Viudo	
Otros	

6. Número de hijos:

7. ¿Con quién vive en su domicilio?

Solo	
Pareja	
Hijos	
Nietos	
Hijos y Nietos	
Pareja, Hijos y Nietos	
Pareja y Padres	
Otros	

8. ¿Con cuantas personas comparte el domicilio? (número de personas)

9. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que alcanzaste?

Educación Preescolar	
EGB	
BUP	
Formación profesional	
Universidad	

10. Actualmente, ¿se encuentra trabajando? ¿Cuál es o ha sido su profesión?

11. ¿Cuál es la profesión de su esposa/o?

12. Ingresos anuales brutos (marca el que más te represente).

10.000/12.000	
12.000/18.000	
18.000/24.000	

8.2. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

	1	2	3	4
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.				
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.				
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias".				
La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.				
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.				
A medida que las personas mayores se hacen mayores se vuelven más rígidas e inflexibles.				
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, pero a partir de ese momento se produce un fuerte deterioro de la salud.				
A medida que las personas se hacen mayores van perdiendo interés por las cosas.				
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.				
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.				
A medida que las personas se van haciendo mayores van perdiendo la capacidad de resolver los problemas a los que se enfrentan.				
Los defectos de la gente se agudizan con la edad.				
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez.				
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría alguien más joven.				
Una parte de las personas mayores de 65 años "chochean".				

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

Marca con una "X" el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes ante las siguientes sintaxis.

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo en acuerdo	Muy de acuerdo
Las personas mayores tienen menos interés por las relaciones sexuales.				
Las personas mayores ya no disfrutan con las relaciones sexuales.				
Las muestras de amor entre las personas mayores se ven ridículas.				
Las personas mayores deben reprimir su actividad sexual.				
Las personas mayores tienen derecho al amor y vida sexual.				
Los hombres mayores son impotentes.				
Todas las mujeres mayores son frías.				
Las personas mayores ya no tienen deseos sexuales, y menos actividad sexual.				
Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual.				
Las enfermedades más frecuentes en la vejez complican la actividad sexual.				
Los tratamientos médicos en la vejez complican la actividad sexual.				
La belleza y la sexualidad son exclusivas de los jóvenes.				
La sexualidad se ejerce solo con fines reproductivos.				
Todos los ancianos que desean relaciones sexuales son "viejos verdes".				

8.4. OPERAS.

A continuación, se presentan un conjunto de frases en relación con tu forma de pensar y de actuar. Has de decidir hasta qué punto te describen cada una de las afirmaciones. No hay respuestas correctas ni incorrectas, ni tampoco respuestas buenas o malas. Las alternativas de respuesta para cada afirmación son:

1= Completamente en desacuerdo:

2= Bastante en desacuerdo:

3= Ni en acuerdo ni en desacuerdo:

4= Bastante de acuerdo:

5= Completamente de acuerdo:

En estas afirmaciones, una persona que conteste Bastante de acuerdo consideraría que en general se siente bien rodeada de gente, aunque no siempre. Si has comprendido estas instrucciones, puedes empezar el cuestionario. Asegúrate de responder a todas las frases.

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4	5
Me gusta probar cosas nuevas.					
Soy el alma de la fiesta.					
Me siento cómodo conmigo mismo.					
Siempre estoy dispuesto a asumir responsabilidades.					
Siempre mantengo mi palabra.					
Suelo hablar bien de los demás.					
El arte me parece aburrido.					
Me desenvuelvo bien en situaciones sociales.					
A menudo tengo el ánimo por el suelo.					

Evito mis obligaciones.					
Alguna vez he cogido algo que no era mío.					
Respeto a los demás.					
Creo en la importancia de formarse culturalmente.					
Hablo poco.					
A menudo me siento triste.					
Dejo las cosas a medias.					
Creo que los demás tienen buenas intenciones.					
Evito las discusiones filosóficas.					
Alguna vez he dicho algo malo de alguien.					
Hago amigos con facilidad.					
Es difícil que las cosas me preocupen.					
Dejo mis cosas desordenadas.					
Soy muy crítico con los demás.					
Me gusta visitar museos.					
Prefiero que otros sean el centro de atención.					
Alguna vez me he aprovechado de alguien.					
Me dejo llevar por el pánico con facilidad.					
Soy perfeccionista.					
A menudo soy desagradable con otras personas.					
Me gusta visitar sitios nuevos.					
Permanezco en segundo plano.					
Cambio de humor a menudo.					
Pierdo el tiempo.					
Acepto a la gente tal y como es.					
Siento curiosidad por el mundo que me rodea.					
Sé cautivar a la gente.					
Me desagrado.					
Cuando hago planes los mantengo.					
Cuando alguien me la juega, se la devuelvo.					
El teatro me parece poco interesante.					

8.5. General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).

A continuación, se le plantean una serie de preguntas acerca de cómo ha estado de salud en las ÚLTIMAS semanas. Responda haciendo una cruz a la izquierda de la respuesta que mejor se ajuste a su experiencia.

1. ¿Has podido concentrarse bien en lo que hace?

- 0. Mejor que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- 0. Más que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- 0. Más capaz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos capaz que lo habitual.
- 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- 0. Más que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- 0. Más capaz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos capaz que lo habitual.
- 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- 0. Más feliz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos feliz que lo habitual.
- 3. Mucho menos feliz que lo habitual.

8.6 Anexo 1: Acuerdo de Confidencialidad del Trabajo de Fin de Grado.

D'una part, l'estudiant Sr./Sra., amb DNI

D'una altra, el Dr. / la Dra.,....., degà/na de la Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia, amb domicili al campus Sescelades, Ctra. de Valls, s/n, 43007 Tarragona, per delegació del rector de la Universitat Rovira i Virgili, amb NIF..... i amb domicili

I d'una altra, el Sr. / la Sra., amb DNI, representant legal de l'entitat, amb CIF i domicili fiscal a

Acordem les següents

CLÀUSULES

PRIMERA: L'estudiant que vulgui fer un treball de fi de grau (TFG) que inclogui informació confidencial ha de comunicar-ho al tutor o tutora del TFG i presentar-li aquest acord segellat per l'entitat col·laboradora que es consideri propietària de la informació confidencial i signat per una persona responsable d'aquesta entitat. En el cas que el propietari sigui una persona física, s'ha d'actuar de manera semblant, i l'acord ha de ser signat per la mateixa persona física o el seu representant legal.

SEGONA: Es pot considerar informació confidencial la que reconeix com a tal una entitat legalment establerta, amb caràcter previ a l'execució del TFG motiu d'aquest acord. La informació confidencial es pot referir a mètodes, procediments, models, tècniques, circuits, programaris (*software*), etc. i a qualsevol altra susceptible de protecció legal.

Per motius de transparència acadèmica, en cap cas un TFG pot qualificar-se de confidencial en la seva totalitat.

TERCERA: El TFG amb informació confidencial ha de tenir dues versions de la documentació: l'íntegra i la reduïda. En la versió íntegra s'ha d'especificar la informació que es consideri confidencial i s'ha de lliurar als membres del tribunal. En la versió reduïda s'ha de fer constar la informació que hi falta, de tal manera que el conjunt del treball no perdi continuïtat. Aquesta versió ha de contenir explícitament el vistiplau de l'entitat col·laboradora i és la que s'ha de dipositar al repositori institucional de la URV i, si és el cas, al repositori del departament, un cop defensat el TFG. En totes dues versions s'hi ha de fer constar el caràcter confidencial i l'entitat o persona física propietària d'aquesta informació, amb l'adreça completa.

QUARTA: Els membres del tribunal han de disposar de la versió íntegra del TFG, abans de la defensa i mentre duri. De la mateixa manera, s'han de donar per assabentats del caràcter confidencial de part de la informació que han de jutjar, i així ho han d'advertir al públic que eventualment pugui assistir a la defensa. En principi, la defensa del TFG manté el caràcter públic, i l'exposició oral, gràfics de suport, demostracions, etc. s'han de basar en la versió íntegra. Tot i així, a petició del qualsevol de les parts implicades, l'assistència de públic es pot restringir.

CINQUENA: Un cop el tribunal hagi avaluat l'estudiant, els membres li han de tornar tota la documentació en versió íntegra, excepte un exemplar, que ha de restar a la secretaria del departament del coordinador o coordinadora de TFG corresponent durant un termini mínim de deu dies per tal de resoldre possibles reclamacions. En el cas que es produeixi alguna reclamació, l'exemplar ha de restar a la secretaria fins que es resolgui completament.

SISENA: La Facultat, com a tal, no accepta cap responsabilitat pel mal ús que es pugui fer d'aquesta informació confidencial, llevat del que fa referència a la responsabilitat individual que se'n pugui derivar.

SETENA: Qualsevol persona o entitat que tingui interès a conèixer la informació confidencial d'aquest Treball de Fi de Grau s'haurà d'adreçar a l'entitat o persona física propietària que signa aquest document de confidencialitat.

L'FCEP declina qualsevol altra responsabilitat pel que fa a aquesta informació.

Tarragona,

El degà/degana
del tutor/tutora

Representant de l'entitat

L'estudiant Vist i plau

(signatura i segell)

(signatura i segell)

(signatura) Sr./Sra.

.....

8.7. Autorización para Actividades a Centros por el Trabajo de Fin de Grado (TFG)

Oficina de Suport al Deganat



Universitat Rovira i Virgili

Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia

AUTORITZACIÓ PER ACTIVITATS A CENTRES PELS TREBALLS FINAL DE GRAU (TFG) i TREBALLS FINAL DE MÀSTER (TFM)

Nom del professor/a tutor/a:		
Nom del centre/empresa on es vol anar:		
Breu resum de l'activitat:		
Tipus de informació que es vol recollir (observacions, enquestes, test, entrevistes,...):		
Nivell de protecció de la informació recollida (alt, mitjà, baix)		
Dates en què es portarà a terme l'activitat:		
Estudiant: (nom, cognoms, DNI i signatura)		
Signatura del professor/a tutor/a	Vist-i-plau responsable del centre. Nom i cognoms (signatura i segell)	Vist-i-plau de l'FCEP El degà/na (signatura i segell)
Tarragona, de/d' de 20...		

8.8. Hoja de Consentimiento Informado.

Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: ¹

Sexualitat i Tercera Edat

Dades de contacte de l'investigador principal:²

Marta Roca Capsir

Rocamarta98@gmail.com

679070306

Tarragona

Jo ³ amb DNI

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.

¹ Del projecte de recerca, Tesi Doctoral, TFG o TFM. Si existeix, incloure també el codi o referència de l'estudi.

² Indicar les dades de contacte de l'investigador principal; nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

³ Indicar el nom i cognoms del participant.

- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

Sí **No**

- ⁴Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.

Sí **No**

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:

NO autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

SÍ autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

⁵ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

⁴ Només si en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

⁵ Si el participant pot prestar lliurement el consentiment utilitzar aquest redactat fins a la següent nota el redactat del qual es pot eliminar.

8.9. Hoja de Información al participante.

TÍTOL DE L'ESTUDI

Sexualitat i Tercera Edat

INVESTIGADOR PRINCIPAL / DOCTORAD / ESTUDIANT

Marta Roca Capsir

Rocamarta98@gmail.com

Marta.rocac@estudiants.urv.cat

Teèfon: 679070306

Adreça postal: 12513.

CENTRE

Universitat Rovira i Virgili (URV)

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè per tal d'informar-lo sobre l'estudi d'investigació en el que se'l convida a participar. Aquest estudi ha estat aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient³ de la Universitat Rovira i Virgili. La nostra 66uficient és que rebí la 66uficiente66 correcta i 66uficiente perquè pugui avaluar i decidir si vol o no participar en aquest estudi. Per aquest motiu, llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir. Addicionalment, li informem que vostè es lliure de consultar amb les persones que consideri oportú abans de decidir sobre la seva participació a l'estudi.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI

Aquest estudi té com a objectiu analitzar les actituds i opinions que mostren un grup de persones majors de 65 anys enfront la sexualitat. També,

examinar si els trets de personalitat, el fet de tenir interioritzats estereotips negatius enfront de la vellesa i viure institucionalitzats o no, afecta l'actitud i opinió que mostra un grup de persones de la tercera edat enfront de la sexualitat.

La sexualitat en la tercera edat és una qüestió àmpliament influïda per la presència d'estereotips negatius i tabús. La cultura comunitària ha desenvolupat una mena de teories no provades científicament sobre què és i que no és correcte en aquesta etapa evolutiva degut a les característiques físiques i psicològiques. Aquests prejudicis i actituds afecten negativament a la qualitat de vida i actitud en referència a la sexualitat que mostren les persones iguals o majors de 65 anys de la població.

Els participants són totes aquelles persones majors de 65 anys. Per una banda, tots/es aquelles persones majors o iguals de 65 anys que visquin en la comunitat i que de manera voluntària vulguin participar en aquesta investigació. Per l'altra banda, totes aquelles persones institucionalitzades que no mostrin deteriorament cognitiu en el Mini-Examen Cognoscitiu de Lobo i siguin iguals o majors de 65 anys que de manera voluntària vulguin participar en aquesta investigació.

Metodologia de l'estudi:

Estratègia de recerca: informar a diferents municipis i institucions de la tercera edat de la investigació que drem a terme per tal d'obtenir participants. Així com, dels aspectes ètics i confidencials del tractament de les seves dades i la possibilitat d'utilitzar aquestes en pròximes investigacions.

Extracció de dades mitjançant diferents qüestionaris i test amb entrevistes individuals:

- GHQ-12 (General Health Questionnaire).
- CASV (Cuestionario sobre las actitudes hacia la sexualidad en la vejez).
- CENVE (Cuestionario de estereotipos negativos hacia la veje).
- OPERAS (Overall Personality Assessment Scale).
- Qüestionari sociodemogràfic.

Comparació de dades: amb la utilització del programari SPSS i Excel, entre altres.

BENEFICIS I RISCOS

Aquest estudi permet desenvolupar nous coneixements i estratègies per intervenir en la comunitat. A més, formarà part de nous serveis i millores en el desenvolupament psíquic de la societat. L'estudi no suposa cap risc per al participant.

CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES

Tota la informació recopilada sobre les persones participants en el marc d'aquest estudi es mantindrà estrictament confidencial i amb aplicació de les corresponents mesures de seguretat que garanteixin, a més de la seva confidencialitat, la seva integritat, disponibilitat, autenticitat i traçabilitat.^{5 6}

"Aquest estudi no implica el tractament de dades personals ja que les dades que es recullen no es podran vincular, directa o indirectament, als seus titulars."

Les dades personals recollides per a l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i només l'investigador principal o els seus col·laboradors podran relacionar aquestes dades amb els participants⁷ . Mai s'identificarà a les persones participants en cap informe, presentació ni publicació que sorgeixi d'aquest estudi. Per tant, la seva identitat no serà revelada a cap persona, excepte quan sigui requerit pel Comitè d'Ètica al que es sotmet l'estudi amb la finalitat de comprovar les dades i procediments de l'estudi⁸ .

Per al tractament de les dades s'utilitzaran els sistemes d'informació propis de la Universitat Rovira i Virgili instal·lats a la seva xarxa informàtica aplicant-se les mesures de seguretat de la informació establertes pel Reial Decret 3/2010 que regula l'Esquema

Nacional de Seguretat⁹ . Concretament, les dades es recolliran mitjançant els qüestionari GHQ-12, CASV, CENVE, OPERAS i un qüestionari sociodemogràfic¹⁰ i s'introduiran en el sistema d'informació Excel ¹¹. Posteriorment, per analitzar les dades s'utilitzarà el programa SPSS.

El personal investigador de l'estudi es compromet a complir la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, a més del Reglament (UE) núm. 2016/679, del Parlament europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals, i signarà un compromís de participació i confidencialitat.

La finalitat del tractament de les dades és la participació en l'estudi d'acord amb el consentiment de la persona participant¹³ . La persona participant també pot donar el consentiment per a la reutilització de les dades per a estudis futurs que estiguin relacionats¹⁴ .

La persona participant podrà interrompre la seva participació a l'estudi o estudis futurs relacionats¹⁵ retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense que sigui necessària la seva justificació. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però sí que quedaran codificades de manera que no sigui possible vincular-les a la seva persona.

INFORMACIÓ AMPLIADA SOBRE EL TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

Conformitat amb el que disposa la legislació vigent en matèria de protecció de dades aplicable a la Universitat Rovira i Virgili (URV) i publicada a l'apartat "Legislació aplicable" de l'espai "Protecció de dades de caràcter personal" de la Seu Electrònica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>).

En cas d'estar d'acord en deixar utilitzar les teves respostes en futures investigacions marca amb una "X" la casella següent.

_____ La seva utilització en futurs projectes d'investigació relacionats amb el mateix tema.

Ha rebut aquest Full d'Informació.

Data:.....

Nom i cognoms:

Signatura: