



# **SEXUALIDAD EN ENTORNOS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES**

**Guía de actuación para profesionales**

# 3

Feliciano Villar  
Montserrat Celdrán  
Josep Fabà  
Rodrigo Serrat  
Teresa Martínez

**Colección  
Guías de la Fundación**



**SEXUALIDAD EN ENTORNOS RESIDENCIALES  
DE PERSONAS MAYORES**  
Guía de actuación para profesionales

Feliciano Villar  
Montserrat Celdrán  
Josep Fabà  
Rodrigo Serrat  
Teresa Martínez

## AGRADECIMIENTOS

Además de los autores encargados de escribir el texto, esta guía es fruto también de las aportaciones de muchas otras personas.

Mònica Genover y Stephany Bravo, del Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación de la Universitat de Barcelona, leyeron atentamente el texto y realizaron valiosas correcciones y aportaciones.

Los profesionales Núria Costa (Residència Mas Piteu), Isabel de la Fuente (Residència Collserola, Grupo Mutuam), Silvia Merino (Residència Falguera), Iván Sánchez (Residència La Ginesta), José Luis Oreiro (Fundació Pere Relats), Mariona Hernández y Ana Olmedo (Residència L'Onada La Sagrera) y Berta Baladas, Berta Murillo, Rosa Martínez y Laura Sainz (Fundació Santa Eulàlia) asistieron a un grupo de discusión sobre la guía y contribuyeron de manera significativa a su mejora.

Por último, hemos de agradecer a nuestra editora, Pilar Rodríguez la confianza que depositó en nosotros y su excelente disposición para la publicación de la guía que mostró desde el primer momento.

Guías de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 3, 2017

### SEXUALIDAD EN ENTORNOS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES Guía de actuación para profesionales

Diseño de la colección: Carlos Molinero Brizuela

Maquetación: Daniel Lauria

Impreso en Afanias, Centro Especial de Empleo

[pilares@fundacionpilares.org](mailto:pilares@fundacionpilares.org) | [www.fundacionpilares.org](http://www.fundacionpilares.org)

ISBN: 978-84-697-3141-3 • Depósito Legal: M-14463-2017

La guía ha contado, además, con el apoyo y reconocimiento de las siguientes instituciones



**ACRA**  
Associació Catalana  
de Recursos Assistencials



**CONJUPES**  
Confederación Nacional  
de Jubilados  
y Pensionistas de España



**FELGTB**  
Federación Estatal  
de Lesbianas, Gais,  
Transexuales y Bisexuales



**UDP**  
Unión Democrática  
de Pensionistas

## AUTORES

**Feliciano Villar.** Doctor en Psicología por la Universidad de Barcelona, trabaja en el Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación de la citada universidad. Ha dirigido numerosos proyectos de investigación en el ámbito del envejecimiento activo y de la atención centrada en la persona. Actualmente es el Director del Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología de la Universidad de Barcelona y coordinador del Grupo de Investigación en Gerontología (GIG) y de la Red Iberoamericana Interdisciplinar de Investigación en Envejecimiento y Sociedad (RIIES).

**Montserrat Celdrán.** Doctora en Psicología. Es profesora e investigadora en el Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación de la Universitat de Barcelona. Es docente en el Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología e investigadora en el Grupo de Investigación en Gerontología (GIG). Sus principales áreas de interés se centran en la comprensión del papel de la persona mayor dentro de la familia y en la comunidad y cómo ese papel puede tener un impacto en la vivencia de esta etapa y sus características (bienestar, calidad de vida, salud).

**Rodrigo Serrat.** Doctor en Psicología por la Universidad de Barcelona, trabaja en el Departamento de Cognición Desarrollo y Psicología de la Educación de la citada universidad. Es docente en el Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología e investigador en el Grupo de Investigación en Gerontología (GIG). Su investigación versa sobre la participación social y política de las personas mayores en diferentes contextos, incluyendo organizaciones del tercer sector y residencias para personas mayores.

**Josep Fabà.** Doctor en Psicología por la Universidad de Valencia, trabaja en el Departamento de Cognición Desarrollo y Psicología de la Educación de la citada universidad. Es docente en el Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología e investigador en el Grupo de Investigación en Gerontología (GIG). Su investigación versa sobre la sexualidad en la vejez y la vivencia de la situación de cuidado. Además, trabaja como psicólogo en la Residencia para mayores SARquavitae Sant Jordi.

**Teresa Martínez.** Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Oviedo, psicóloga y diplomada en Gerontología Social. Trabaja en el Servicio de Inspección y Acreditación de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias. Miembro del grupo de investigación Evaluación Psicométrica del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo. Experta y autora de diversas publicaciones sobre atención centrada en la persona y su aplicación en servicios gerontológicos.

# Contenido

INTRODUCCIÓN .....	9
<b>DERECHOS E IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA SEXUALIDAD EN RESIDENCIAS .....</b>	<b>15</b>
LA PROTECCIÓN Y EVITACIÓN DEL DAÑO, ¿SIEMPRE HA DE SER LO PRIORITARIO? .....	18
EL CONSENTIMIENTO DE LAS PARTES, ¿SIEMPRE HA DE SER PROBADO? .....	20
HACIA UNAS DECISIONES ÉTICAS MÁS COMPLEJAS .....	23
<b>BARRERAS A LA EXPRESIÓN SEXUAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS .....</b>	<b>27</b>
UN ENTORNO FÍSICO QUE DIFICULTA LA PRIVACIDAD .....	28
UNA FILOSOFÍA DE CUIDADOS BASADA EN LA CARENCIA .....	29
LA ACTITUD DE CIERTOS PROFESIONALES .....	31
EL PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS .....	33
COMPAÑEROS POCO COMPRENSIVOS .....	35
LOS RECELOS DE ALGUNOS FAMILIARES .....	37
IMPACTO DE LA DEMENCIA SOBRE LA ESFERA SEXUAL .....	41
<b>SEXUALIDAD Y DEMENCIA .....</b>	<b>41</b>
DEMENCIA Y COMPORTAMIENTOS SEXUALMENTE INAPROPIADOS .....	45

DIVERSIDAD SEXUAL Y RESIDENCIAS . . . . .	53
MIEDOS EN RELACIÓN A LA INSTITUCIONALIZACIÓN ENTRE PERSONAS LGBT . . . . .	54
¿ESTÁN ESTOS MIEDOS REALMENTE JUSTIFICADOS? . . . . .	56
HACIA UNA BUENA PRÁCTICA . . . . .	61
DESDE LA PROPIA ORGANIZACIÓN . . . . .	62
PARA LOS PROFESIONALES . . . . .	65
PARA LOS RESIDENTES . . . . .	70
PARA LAS FAMILIAS . . . . .	74
ALGUNAS SITUACIONES...	
SIEMPRE ÚNICAS . . . . .	77
PARA SEGUIR APRENDIENDO . . . . .	89
GUÍAS DE ACTUACIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS DISPONIBLES EN INTERNET . . . . .	89
LIBROS . . . . .	90
ARTÍCULOS CIENTÍFICOS . . . . .	90
PELÍCULAS Y DOCUMENTALES . . . . .	92



Colección  
**Guías de la Fundación**



## *Introducción*

La sexualidad es una dimensión del ser humano que nos acompaña durante toda nuestra vida. Tiene que ver con la forma en la que nos expresamos y nos percibimos como seres sexuados, por lo que incluye la actividad sexual pero no se limita a ésta. Abarca también aspectos tan variados como la identidad y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, la intimidad, nuestros pensamientos, creencias, actitudes y valores sobre la sexualidad, el deseo y las fantasías, etc. En consecuencia, que alguien no sea sexualmente activo no quiere decir que carezca de vida sexual.

En coherencia con una visión de la vejez como etapa de declive, tradicionalmente se ha pensado que la sexualidad de los mayores no existe, que ya no les importa la actividad sexual, o incluso que es algo sucio o inmoral seguir teniendo intereses de este tipo en edades avanzadas. Sin embargo, los estudios y la propia experiencia nos dicen que muchas personas mayores siguen teniendo intereses sexuales y siendo sexualmente activas. En cuanto a la forma en la que las personas mayores pueden satisfacer estos intereses, si bien es cierto que las relaciones sexuales con penetración tienden a disminuir con la edad, especialmente en personas con problemas de salud o sin pareja, la sexualidad en la vejez puede canalizarse y mostrarse de muchas otras formas: la masturbación, las caricias, los besos y abrazos o la intimidad emocional son caminos abiertos para la expresión sexual de los mayores.

Los estudios también han mostrado que el mantenimiento de la actividad sexual en la vejez contribuye a la salud y calidad de vida de los mayores, y que la salud sexual es una dimensión a preservar en la vejez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por salud sexual “un estado de bienestar

físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es sólo la ausencia de enfermedades o disfunciones. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia”.

Hay algunas situaciones, sin embargo, en las que esta preservación de la salud sexual se ve dificultada. El caso de las personas mayores que viven en residencias es una de ellas, y constituye el foco de la presente guía de actuación.

Debemos dejar claro ya desde el principio algunas consideraciones para aclarar qué va a encontrar el lector en esta guía, y cuál ha sido nuestra intención al escribirla:

1. El abordaje de las expresiones sexuales en entornos institucionales es un aspecto que puede generar problemas para los profesionales, para las familias y para las propias personas implicadas. Es un tema que pertenece a la intimidad de los residentes, en el que están en juego derechos y en el que ciertas decisiones presentan, como veremos, unas claras implicaciones éticas. Además, como los profesionales que trabajan en residencias saben, la vida dentro de este tipo de centros es muy compleja. Cada situación, al igual que cada persona implicada en ella, es en cierto sentido única y, por tanto, lo que puede ser óptimo en ciertas circunstancias puede no serlo en otras.
2. Debido a ello, esta guía de actuación no es un libro de recetas. El lector no encontrará un catálogo de situaciones potencialmente peligrosas y conflictivas junto con la forma ‘correcta’ de actuar ante ellas. Lo que el lector encontrará son una serie de elementos para reflexionar y participar, de manera responsable y fundamentada, en la gestión y decisiones respecto a la sexualidad en centros residenciales. También se señalan aspectos que es necesario tener en cuenta y balancear a la hora de manejar situaciones sexuales en un entorno residencial.

3. La intención de la guía no es fomentar la sexualidad en las residencias ni sugerir que una persona mayor que no se exprese sexualmente presenta algún tipo de carencia. La actividad sexual es un derecho, y como tal la persona puede escoger libremente no ejercerlo sin que sea juzgada o etiquetada por ello. Lo que pretendemos con la guía es, más bien, poner a disposición de los profesionales un instrumento para manejar las situaciones sexuales que suelen aparecer en las residencias y ofrecer alternativas para que las personas que sí desean expresarse sexualmente puedan hacerlo con mayor facilidad, seguridad y respeto a los derechos de los demás.
4. Somos conscientes de que algunas de las recomendaciones contenidas en esta guía en muchas ocasiones no son de fácil implementación. Como veremos, existen numerosos factores relacionados con la cultura de la institución, el perfil de las personas que viven y trabajan en ella o con las actitudes de los familiares que pueden suponer obstáculos para el manejo adecuado y reconocimiento pleno de los derechos sexuales de las personas que viven en residencias. El trabajo hacia ese reconocimiento y hacia una buena práctica en esta materia no se consigue de un día para otro, sino que puede resultar un proceso largo y complejo. La presente guía pretende simplemente marcar un camino en esa dirección.

Así, nuestro objetivo último es ayudar a las instituciones y a los profesionales que trabajan en ellas a fomentar la salud y calidad de vida sexual de las personas que viven en ellas, así como a contribuir al reconocimiento de sus derechos sexuales.

Para ello, la guía de actuación:

- Planteará algunos de los conflictos éticos que supone el reconocimiento y la práctica de la sexualidad en residencias de personas mayores.
- Examinará diferentes barreras que pueden impedir la libre expresión sexual y el ejercicio de los derechos sexuales de las personas mayores que viven en instituciones.
- Analizará situaciones particularmente complejas, como son la expresión sexual de las personas con demencia o la aceptación de la diversidad sexual en un entorno residencial.
- Propondrá diferentes estrategias que pueden ayudar a promover la expresión sexual en instituciones y a gestionar los riesgos y complicaciones que puede implicar.
- Ofrecerá recursos, tales como el estudio de casos, referencias bibliográficas y páginas web relevantes, que pueden incrementar su valor como material con fines formativos.





Colección  
**Guías de la Fundación**

# 1

## *Derechos e implicaciones éticas de la sexualidad en residencias*

El respeto y consideración de los derechos de las personas mayores que viven en residencias es un aspecto inherente a la calidad de los cuidados que se ofrecen en esas instituciones. Las recientes tendencias en la provisión de cuidados, como la atención centrada en la persona, resaltan la importancia de preservar derechos como los siguientes:

- El derecho a ser tratado con dignidad.
- El derecho a que las preferencias se tomen en cuenta.
- El derecho a tomar decisiones sobre la propia vida.
- El derecho a tener un proyecto de vida propio.

Sin embargo, incluso desde estos modelos de Atención Centrada en la Persona, la dimensión sexual ha sido frecuentemente olvidada. La preservación de esta dimensión también puede ser considerada un derecho, derecho que es imprescindible alcanzar, proteger y respetar si queremos conseguir y mantener la salud sexual, elemento integrante de la calidad de vida de la persona.

### *Derechos sexuales*

Estos derechos sexuales, según la OMS, hacen referencia a derechos humanos que ya están reconocidos por leyes nacionales y documentos internacionales. Incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a...

- Alcanzar el mayor nivel posible de salud sexual, incluyendo el acceso a servicios de cuidados y de salud sexual y reproductiva.

- Buscar, recibir e impartir información relativa a la sexualidad.
- Recibir educación sexual.
- Respetar y hacer respetar la integridad del propio cuerpo.
- Elegir la propia pareja.
- Decidir si se es sexualmente activo o no.
- Mantener relaciones sexuales consentidas.
- Unirse en pareja de manera consentida y consensuada.
- Decidir si tener o no hijos, y cuándo tenerlos.
- Tratar de alcanzar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

El ejercicio responsable de estos derechos humanos requiere que todas las personas respeten a su vez los derechos de los demás.

Si bien es cierto que alguno de estos derechos quizá tiene más sentido en unas etapas de la vida que en otras (por ejemplo, decidir si tener o no tener hijos), la gran mayoría de ellos tienen pleno sentido en la vejez y se aplican también a las personas mayores, incluidas aquellas que viven en residencias.

Sin embargo, nos podemos preguntar hasta qué punto nuestros centros residenciales garantizan y promueven estos derechos sexuales entre las personas que viven en ellos, y en qué medida la consecución de estos derechos se balancea con la no violación de derechos de los otros actores implicados: los compañeros, los profesionales del cuidado y los familiares.

Actuar correctamente, en consecuencia, se convierte en una cuestión compleja, por lo que nos ayudaría tener criterios que guíen las cuestiones a considerar y las decisiones a tomar. Estos criterios o principios constituyen el marco ético que, seamos conscientes de ello o no, subyace a toda decisión profesional.



### 1. Manuel viendo la TV

El otro día, en un salón de la planta baja del centro, mientras veía una película, Manuel se estaba masturbando. Una enfermera, al pasar se ha dado cuenta de ello. Se ha quedado muy cortada y se ha ido rápidamente. No sabía qué hacer. En el salón no había nadie, en ese momento Manuel estaba solo. La enfermera lo ha puesto en conocimiento de la dirección.

*¿Actuó bien la enfermera? ¿Qué tendría que haber hecho? ¿Qué tendríamos que considerar y tener en cuenta en una situación como esta? ¿Cuáles son las preguntas que nos tendríamos que hacer? ¿Qué reacciones deberíamos evitar como profesionales?*

## Ética

Aunque existen diferentes marcos éticos que definen criterios para la toma de decisiones, quizá el que más influencia tiene es la aproximación de la bioética. Esta aproximación establece cuatro principios básicos que han de respetarse y ayudan a determinar el comportamiento ético correcto de los profesionales de la salud y los cuidados.

Estos principios son los siguientes:

- **Principio de autonomía:** se ha de garantizar y respetar la capacidad de la persona para actuar de acuerdo con sus propios deseos y principios libremente elegidos. En el caso de la sexualidad, garantizar la autonomía implica apoyar el derecho de las personas a la autodeterminación de sus preferencias y expresiones sexuales, y a garantizar su derecho a la privacidad.
- **Principio de beneficencia:** en este caso, la actuación del profesional ha de garantizar que la persona cuidada consiga aquellos bienes que estén a su alcance. En el caso de la sexualidad, hace referencia a que la persona pueda disfrutar de la intimidad, el placer y emociones positivas vinculadas a la experiencia sexual.

- **Principio de no-maleficencia:** se refiere a la obligación de proteger a la persona de todo mal, o alejarlo del riesgo potencial de tener experiencias que puedan dañarle física o psicológicamente. En el dominio sexual, se trataría de evitar que la persona estuviera expuesta a riesgos asociados a comportamientos sexuales no consentidos o a ser víctima de abusos.
- **Principio de justicia:** referido a asegurar que todas las personas tengan apoyos personalizados para poder disfrutar de los mismos derechos, y a la obligación de evitar la violencia y la discriminación. En el caso de la sexualidad, el principio de justicia implica también sopesar con cuidado cualquier intervención que suponga la restricción de la actividad sexual de la persona sobre la que se aplica.

El seguimiento de estos cuatro principios ha de guiar la actuación ética de los profesionales. Sin embargo, como veremos, aun siendo importantes, estos principios no son la panacea ni solucionan todos los problemas, pues en la práctica algunos de ellos cobran más importancia que otros y, en ocasiones, pueden entrar en colisión.

### ***La protección y evitación del daño, ¿siempre ha de ser lo prioritario?***

La mayoría de profesionales que trabajan en residencias para personas mayores asocian el deber de cuidar con la atención a necesidades básicas de la persona (higiene, alimentación, estimulación, etc.) y con la seguridad y eliminación de riesgos que puedan poner en peligro la integridad y salud física y psicológica de las personas cuidadas.

Si a esto le unimos que las personas mayores que viven en residencias frecuentemente son percibidas por los profesionales como “personas en riesgo permanente” debido a problemas de salud, dependencia, limitación de capacidades físicas y cognitivas, etc., la tentación bienintencionada de los profesionales es eliminar toda fuente de riesgo, lo que puede incluir la implicación en relaciones íntimas o sexuales de personas cuya capacidad para consentirlas pueda estar en duda.

Así, el profesional, con afán de proteger a los mayores del riesgo de abusos, o de emociones negativas si la relación se rompe, o de la reacción de sus familiares si se enteran, puede desalentar, ocultar, obstaculizar o directamente prohibir ciertas expresiones de intimidad o sexualidad de aquellas personas mayores que viven en residencias.

Esta preeminencia del principio de no maleficencia puede, sin embargo, entrar en colisión con otros de los principios éticos:

- La búsqueda de protección puede dañar la autonomía y los derechos de la persona, y su propia consideración como tal si no tenemos en cuenta su punto de vista y son los profesionales los únicos que toman decisiones y evalúan los riesgos potenciales. Este daño a la autonomía no es potencial (como el riesgo que se pretende evitar), sino real y efectivo.
- Dificultar o impedir relaciones sexuales suele implicar también negar vías para conseguir emociones positivas, para dar cauce a necesidades plenamente humanas, y para obtener los probados efectos beneficiosos que tiene el establecimiento de relaciones íntimas en la salud y bienestar de las personas.

Estas consideraciones (autonomía, beneficios), en el caso de la sexualidad, no se plantean para las personas que viven en la comunidad, y a todos nos parecería éticamente reprobable si a un adulto se le privase de su autonomía para expresarse sexualmente de la manera que prefiriera o del disfrute de los beneficios emocionales e incluso físicos que implica la actividad sexual, siempre y cuando, obviamente, se haga en el respeto a los derechos de terceros.

Poner en primer plano la protección, además, puede en ocasiones ser una muestra de paternalismo. Es decir, considerar que, por defecto, una persona mayor que vive en una residencia no es capaz de ver qué es lo mejor para sí misma y que son otros (los profesionales) los que han de indicárselo, con o sin su consentimiento, implica tratarle como alguien no adulto, al menos en el ámbito de su vida sexual.

Pese a todo, los profesionales no violan intencionalmente los derechos sexuales de los residentes. Actúan creyendo que hacen lo mejor para ellos, porque priorizan ciertos principios por encima de otros. Procuran evitar el daño pero, al hacerlo, en ocasiones no están considerando la autonomía de la persona para decidir expresarse sexualmente ni las posibles consecuencias positivas que pudiera tener esa expresión para la persona.

Así, el manejo de las expresiones sexuales de las personas mayores que viven en residencias implica tomar decisiones complejas. Si se escoge siempre el lado de la prudencia, poner la venda antes de tener la herida, se evitan riesgos y conflictos, pero en el fondo no se está beneficiando ni a las personas que viven en las instituciones ni a las propias instituciones como lugares donde merece la pena vivir. Si por el contrario se escoge siempre la opción de no intervenir en estos casos, corremos el riesgo de pasar por alto situaciones de abuso, que se pueden dar en relaciones sexuales en las que una de las partes se aprovecha de la otra o hay una falta de consentimiento.

### ***El consentimiento de las partes, ¿siempre ha de ser probado?***

Uno de los aspectos que más preocupa a los profesionales de la salud y los cuidados es el posible abuso que puede darse si las relaciones sexuales dentro de la institución se dan de manera no consentida. Es una situación muy delicada y potencialmente grave, especialmente cuando tenemos en cuenta que pueden estar implicadas personas que no tengan preservadas sus capacidades cognitivas, ya sea ambas (si la relación es en pareja) o sólo una de ellas.

## 2. Rosa y José

Rosa tiene una demencia moderada. Su hija, Carmen, es su única familia; la visita de vez en cuando y está pendiente de ella. Rosa pasa últimamente mucho tiempo junto con José, quien está viudo desde hace varios años. José mantiene un buen estado físico y mental. Las auxiliares han advertido que entran juntos en la habitación de ella y pasan largos ratos. El otro día los vieron dentro de la cama acariciándose. Se plantean que esto no puede ser, que José está abusando de ella, que la residente debe ser protegida y alejada de este residente.

*¿Está justificada la reacción de las auxiliares? ¿Qué tendríamos que considerar y tener en cuenta en una situación como esta? ¿Cuáles son las preguntas que nos tendríamos que hacer? ¿Qué reacciones deberíamos evitar como profesionales?*

Para ayudar a tomar decisiones se han elaborado protocolos que pretenden evaluar hasta qué punto una relación es consentida. Estos protocolos proponen examinar cuestiones como las siguientes:

- Si las personas implicadas tienen toda la información necesaria sobre lo que están haciendo.
- Si el comportamiento de las personas implicadas es fruto de una decisión consciente.
- Si las personas implicadas son capaces de comunicar a terceros las decisiones que han tomado sobre su comportamiento sexual.

Algunos de los criterios propuestos por estos protocolos son difíciles de probar en personas con demencia, y en muchas ocasiones los y las profesionales, por prudencia, optan por interrumpir la relación si una de las personas no puede expresar de forma nítida su capacidad de consentimiento.

Sin embargo, cabe preguntarse si el consentimiento es algo que siempre se deba probar. Así,

- En una situación sexual, en la que los sentimientos, las emociones y la pasión desempeñan un papel fundamental, ¿se ha de exigir que la persona haga un planteamiento racional, examine pros y contras, demuestre una comprensión total de la situación, sepa comunicar sus elecciones, etc.?
- Estos mismos aspectos de consentimiento ¿se exigen a las personas adultas o lo consideraríamos una violación flagrante de sus derechos? ¿Las personas adultas llevamos a cabo siempre ese análisis racional de pros y contras en las relaciones en las que nos implicamos?

Por poner un ejemplo (quizás algo extremo), si dos personas que viven en una residencia quisieran mantener relaciones sexuales sin preservativo, probablemente de acuerdo con estos protocolos de consentimiento, los profesionales deberían verificar que son conscientes de los riesgos que ello implica, mientras que nadie exigiría estos conocimientos a una pareja de adultos jóvenes que fueran a tomar la misma decisión.

Por ello probablemente valga la pena considerar si en ocasiones no es mejor aplicar el beneficio de la duda: más que probar el consentimiento, lo que se debería probar (y son los profesionales quienes deben hacerlo) es la falta de consentimiento, el daño que la relación hace, o con toda probabilidad pueda hacer, a la persona que se implica en ella. Si esta falta de consentimiento no es demostrable claramente, quizá sea menos lesivo a los derechos de la persona mayor dejarla continuar con su relación, especialmente si ésta implica algún tipo de beneficio emocional.

Esta posición es coherente con el punto de vista de los derechos y salud sexual, que parte de la asunción de que la persona que vive en entornos residenciales, con independencia de sus características, de su salud o de su estado cognitivo, tiene el derecho de, y ha de ser libre para, disfrutar de su sexualidad si así lo desea y siempre que respete los derechos de los demás. A partir de aquí, la tarea de los profesionales es encontrar las

estrategias para dar soporte a este derecho sin dañar los derechos de otros, y gestionar los posibles riesgos que implica ponerlo en práctica. En otras palabras, hemos de evitar presuponer incapacidad en las personas mayores que viven en residencias, para pasar a suponerles capaces a menos que se demuestre claramente lo contrario.

Si la persona se siente cómoda y feliz expresándose sexualmente, en principio no hay motivo por el que interrumpir o desanimar esa expresión sexual, siempre que no interfiera en los derechos de otros o haga daño a la persona mayor en cuestión o a terceros. E incluso si esto pasa (por ejemplo, en el caso de expresiones sexuales en lugares públicos), la tarea del profesional, más que prohibir u ocultar, es la de encontrar modos aceptables para canalizar esas necesidades sexuales.



### ***Hacia unas decisiones éticas más complejas***

Aunque los cuatro principios éticos (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia) ayudan sin duda a tomar decisiones que pueden ser complejas, como hemos visto no recogen ni solucionan toda esa complejidad. Suponen en ocasiones un intento de estandarizar y universalizar situaciones que nunca son iguales las unas a las otras.

Por ello, la gestión y toma de decisiones en el ámbito de la sexualidad en personas ingresadas en instituciones requiere, además, tener en cuenta al menos dos aspectos adicionales:

- Conocer la historia personal de las personas mayores implicadas. Las personas que viven en residencia tienen una vida previa, unos valores y prioridades, que han de ser conocidos y respetados. Esta vida previa incluye una vida sexual previa que sin duda necesitará adaptarse a las nuevas circunstancias que implica vivir en una institución. Pero en la medida de lo posible, también las instituciones y sus profesionales deberían adaptarse a los valores de la persona y hacer lo posible para que esa vida previa continúe con la menor ruptura posible. Individualizar y personalizar el manejo de situaciones sexuales es, a este efecto, indispensable.
- Conocer las circunstancias y el contexto en el que se da cada situación sexual, y recabar el punto de vista obviamente de las personas implicadas, pero además de los otros actores que pueden estar implicados de una u otra manera, como:
  - Los profesionales, con sus valores y propias preferencias de cuidado.
  - Los compañeros, a quienes la expresión sexual de otros les puede molestar o incomodar.
  - La institución, con sus políticas explícitas o implícitas sobre el tratamiento de la sexualidad.
  - Las familias, que tienen derecho a conocer lo que le sucede a su familiar, especialmente si tienen su tutela.

La gestión y decisiones a tomar sobre situaciones sexuales necesariamente ha de tomar en consideración todo ese coro de voces para balancear los principios éticos a seguir con las circunstancias concretas de una situación que es muy específica y nunca igual a otra.



En este punto, conocer las posibles barreras que pueden impedir o hacer que se inhiban, ignoren u oculten las expresiones y deseos sexuales de los mayores que viven en instituciones es fundamental para diseñar entornos más amigables para la sexualidad.



Colección  
**Guías de la Fundación**

## 2

### *Barreras a la expresión sexual de personas que viven en residencias*

En los últimos años, y coincidiendo con la popularidad de los denominados modelos de atención centrada en la persona, se tiende a pensar en las residencias de personas mayores no como un hospital, ni como un hotel, sino como los lugares en los que las personas viven. Es decir, su nueva casa. Esto implica la creación de ambientes residenciales hogareños, en los que la persona pueda, en la medida de lo posible, personalizar ese ambiente y mantener aquellas rutinas que ha venido realizando en su vida anterior al ingreso en la residencia, lo que incluye la capacidad de escoger y decidir qué hacer, cuándo, cómo y con quién hacerlo.

Esto sin duda vale también para la dimensión sexual de la persona. Aunque muchos residentes pueden haber renunciado a llevar una vida sexual activa incluso antes de ingresar en la residencia, no hemos de asumir que esta es la opción por defecto común en todos ellos. La sexualidad es una esfera fundamental de la persona durante todo el ciclo vital, y al igual que en algunos casos puede ser secundaria o incluso estar ausente entre las personas que viven en residencias, en otros esas personas pueden desear seguir ejerciendo su derecho a llevar una vida sexualmente activa dentro de la institución, una vida similar a la que se llevaba antes del ingreso o transformada de acuerdo a las nuevas circunstancias que supone vivir en una residencia.

Sin embargo, sabemos que las residencias de personas mayores no son entornos donde precisamente se favorezca este mantenimiento de la vida sexual activa de las personas que viven allí. Conocer las barreras con las que comúnmente se enfrentan estas personas nos va a permitir identificar y, si es posible, eliminar, algunos de los obstáculos que pueden impedir la expresión

sexual de las personas mayores. A continuación, vamos a presentar algunas de estas barreras.

### ***Un entorno físico que dificulta la privacidad***

*Pues fijate, el otro día mismo entré en una habitación para hacer la cama y... ¡sorpresa! Uno en una cama se estaba masturbando. Cerré la puerta y crucé los dedos para que no dejase manchado nada... ¡¡Imagínate qué asco!!*

#### **Gerocultora**

El modo en el que están diseñadas las instituciones en las que viven las personas mayores puede constituir una barrera para expresar intereses y comportamientos sexuales. Estas instalaciones en numerosas ocasiones se han pensado con criterios hospitalarios y siguiendo un modelo más centrado en las necesidades y las carencias que en los derechos y las capacidades. Además, en el modo de organizar las actividades, por encima de la personalización, prima la estandarización, la eficiencia en la prestación de servicios y la racionalización de los gastos.

Aún siendo importantes estos aspectos, pueden constituir una barrera en los siguientes sentidos:

- Durante el día las personas pasan gran parte del tiempo en espacios compartidos: el comedor, la sala de la televisión, las salas de actividades, el jardín si lo hay, etc. En ellas se programan actividades grupales estandarizadas. Todo ello deja poco espacio para poder compartir tiempos y espacios íntimos con otra persona.
- El acceso rápido a las habitaciones para atender necesidades de cuidados implica que la privacidad de las personas se vea seriamente comprometida. Incluso dentro de las habitaciones, la persona nunca puede estar segura de ser interrumpida por un profesional o por un compañero.

- En muchas residencias, la política de puertas abiertas (ausencia de cerrojos) y la distribución de las habitaciones en largos pasillos que facilitan el control de los residentes, son elementos que dificultan la privacidad y la intimidad de las personas que viven en ellas.
- Las habitaciones suelen ser compartidas y sin disponibilidad de camas de matrimonio para aquellas parejas que desean dormir juntas, como quizá lo hacían antes del ingreso en la residencia.
- La falta de privacidad no solo afecta a la posibilidad de ser sexualmente activo en pareja, sino también a la de serlo en solitario. La masturbación, muchas veces la forma más inmediata y accesible de obtener por uno mismo placer sexual, se ve impedida por la ausencia de espacios realmente privados.

### ***Una filosofía de cuidados basada en la carencia***

*No, en esta residencia no tenemos ese tipo de problemas. No necesitamos hablar de sexualidad porque no se dan los casos. Y si alguna vez se dan, nuestros profesionales sabrán dar la respuesta adecuada*

***Directora de residencia***

Los derechos y necesidades sexuales de las personas mayores que viven en instituciones han de estar idealmente recogidas en una política institucional que los reconozca en todos los casos y que los promueva en aquellos casos necesarios.

Sin embargo, todavía muchas instituciones están ancladas en modelos sanitarios de cuidado que, aun siendo muy valiosos en ciertos sentidos, pueden suponer una barrera para la sexualidad debido a aspectos como los siguientes:

- Desde un modelo médico, el profesional se concibe como la figura que dispensa cuidados, el experto que sabe exactamente qué necesita la persona mayor y cómo satisfacer esas necesidades.
- La persona mayor, desde este modelo, se concibe como un paciente con necesidades y carencias que han de ser atendidas. Se privilegia la seguridad en los cuidados, y la persona mayor pasivamente es la receptora de esos cuidados.
- En coherencia con lo anterior, existe poco margen para que la propia persona mayor participe en sus propios cuidados y pueda decidir aspectos de su vida cotidiana (incluidos aquellos de naturaleza sexual), que en buena medida vienen marcados por las normas de la organización.
- Dentro este modelo tradicional, las instituciones privilegian la eficiencia en la provisión de cuidados relacionados con la salud, la autonomía funcional, la alimentación o el aspecto físico de los residentes. La dimensión sexual se asume que queda fuera de esos cuidados básicos, y se considera o bien que ya no existe, o que es algo demasiado personal o privado como para ser atendido por la institución.
- Adicionalmente, la expresión de intereses y comportamientos sexuales se contempla como potencialmente problemática (en el sentido de que podrían crear conflictos entre residentes y con las familias), por lo que algunas instituciones tienden a controlarla o a ocultarla, más que a promoverla y canalizarla.

Un cambio de filosofía hacia modelos más centrados en la persona hace mucho más fácil el reconocimiento y promoción de los derechos sexuales de las personas mayores. En buena medida, este cambio de modelo ya se está dando, también en nuestro país, y cada vez más se asume la importancia de tener en cuenta el punto de vista de la persona mayor, su poder de decisión y capacidad de autodeterminación y la personalización como elemento clave en la provisión de cuidados.

## **La actitud de ciertos profesionales**

*A veces hemos tenido casos de parejas metiéndose mano y una no sabe qué hacer, te quedas muy cortada... Yo lo que hago es decírselo a la psicóloga, que haga ella lo que considere adecuado, ¡para eso le pagan!*  
**Gerocultora**

La actitud y reacción de los profesionales es un elemento fundamental a la hora de promover, dar apoyo o, por el contrario, ignorar o reprimir los deseos y expresiones sexuales de las personas que viven en residencias. Son ellas las personas que ofrecen cuidados directos, quienes pueden detectar sus necesidades y deseos sexuales, quienes son testigos de sus comportamientos sexuales en solitario o en pareja y quienes, también en ocasiones, pueden ser objeto de acercamientos o insinuaciones por parte de ciertos residentes.

En suma, la actitud y decisiones que toman los profesionales serán o bien un apoyo o bien un factor que contribuya a la inhibición de la expresión sexual de los residentes. En este sentido, pueden actuar como barreras de las siguientes maneras:

- Los profesionales tienen formaciones diversas, y también son muy diversas sus edades, creencias religiosas u origen cultural, aspectos todos ellos que pueden determinar actitudes diferentes ante la sexualidad en la vejez en general, y de la sexualidad de las personas mayores que viven en residencias en particular. Esto puede dificultar una respuesta homogénea ante la misma situación, creando incertidumbre entre profesionales y residentes.
- En algunas instituciones las condiciones de trabajo para los profesionales (especialmente para aquellos que ofrecen cuidados directos a las personas mayores) no son las ideales. La falta de personal, la rotación excesiva, las presiones temporales, los bajos salarios, etc., pueden hacer que el establecimiento de una relación de confianza entre profesional

y residente, necesaria para conocer, asesorar y, en su caso, tomar decisiones en situaciones de naturaleza sexual, se dificulte.

- Algunos profesionales contemplan la expresión sexual de los residentes como un problema que complica su trabajo. Viven las situaciones sexuales con incomodidad, y muchos no saben exactamente cómo actuar. Ante ello, muchos optan por ocultar o ignorar la situación o trasladar la decisión a un supervisor o superior.
- Otros profesionales muestran actitudes paternalistas o condescendientes ante las manifestaciones sexuales de los residentes. Otorgan un aire 'romántico' a estos comportamientos, especialmente si se trata de caricias o besos; o un tono divertido y burlesco en aquellas situaciones que implican genitalidad. Estas actitudes, sin embargo, infantilizan a los residentes y evitan ver la expresión de la sexualidad como un derecho.
- En ocasiones, los profesionales comparten con los compañeros situaciones sexuales de las que han sido testigos, sin el consentimiento explícito de las personas mayores. Si lo hacen, además, en forma de bromas o cotilleos pueden suponer una violación de los derechos sexuales y de privacidad de los residentes y de nuevo ser muestra de un trato infantilizante hacia las personas mayores.

Esta gran diversidad de actitudes y reacciones de los profesionales ante la sexualidad de las personas que viven en residencias es una de las razones que justifica la gran importancia que tiene la formación para disponer de personal capacitado que ofrezca una respuesta coherente, homogénea entre profesionales y consistente en el tiempo, ante las situaciones sexuales que se presenten. Profundizaremos en el tema de la formación en posteriores secciones de esta guía.



### **3. ¡A usted no se le puede permitir!**

Como consecuencia de un parto con problemas, Luis padece desde el nacimiento una parálisis cerebral que le hace precisar ayuda para muchas actividades de la vida diaria. Se desplaza en silla de ruedas y tiene que ser vestido, alimentado y aseado. Tiene ahora 60 años y vive en la residencia. Su estado cognitivo es bueno, de hecho siempre se le ha considerado una persona muy inteligente. Cuando se le asea suele tener erecciones, cuestión que suele incomodar a las auxiliares mujeres. El otro día pidió a Marta, una auxiliar del centro, que le masturbara, la llamó guapa e intentó tocarle los pechos. Le dijo que le pagaría lo que le pidiese. La auxiliar se enojó muchísimo, le llamó guarro, indecente, le dijo que en una persona que estaba bien de la cabeza esto no se puede permitir y salió de la habitación para denunciar el caso a la coordinadora de planta.

*¿Está justificada la reacción de la auxiliar? ¿Qué tendríamos que considerar y tener en cuenta en una situación como esta? ¿Cuáles son las preguntas que nos tendríamos que hacer? ¿Qué reacciones deberíamos evitar como profesionales?*

### **El perfil de las personas mayores que viven en residencias**

*Cuando llegas a un sitio como este es que algo te pasa. Que estás muy cascado ya. Y eso del sexo pues ni lo piensas, es algo que pasó. Bastante tienes con poder valerte tú solo y no verte como muchos otros que andan por aquí*  
**Residente**

Un primer aspecto fundamental a tener en cuenta a la hora de considerar los intereses sexuales de las personas mayores que viven en residencias es que muchas de ellas pueden no tener deseos o necesidades de tipo sexual. Para muchas de ellas, la actividad sexual simplemente puede no ser una prioridad o un aspecto importante en su vida actual. Como decíamos en las primeras páginas de esta guía, esta opción es también un derecho y ha de ser, por supuesto, respetada.

El perfil de persona mayor que vive en residencias quizá permite comprender porqué para algunas de ellas la sexualidad ha dejado de ser un tema relevante.

- Dentro de las residencias muchas personas presentan enfermedades crónicas y procesos de dependencia a veces muy severos, que pueden limitar la expresión de necesidades sexuales.
- Muchas de las enfermedades crónicas que padecen las personas mayores que viven en residencias son tratadas con fármacos que pueden, entre sus efectos secundarios, inhibir el deseo o dificultar la capacidad sexual. La polimedicación es muy frecuente entre los residentes, y raramente se evalúan sus efectos sobre la sexualidad de la persona.
- La gran mayoría de residentes son mujeres, lo que complica la formación de nuevas parejas, al menos desde el punto de vista de las personas heterosexuales.
- Una buena parte de las personas mayores que viven en residencias son viudas. Muchas de ellas, por un sentido de fidelidad frecuente en las generaciones más mayores, asocian ese estado a la renuncia a la expresión de deseos sexuales y, en concreto, a tener nuevas parejas sexuales.
- Para algunas personas mayores, educadas en un clima menos abierto y en unas actitudes sociales más restrictivas respecto a la sexualidad que las actuales, quizá este tema nunca ha sido un aspecto particularmente relevante en ningún momento de sus vidas.

## **Compañeros poco comprensivos**

*Si viese a un invertido por aquí... pues no sé lo que haría. Nunca me han caído simpáticos. Que no se me acercase, eso lo primero. Es repugnante solo pensarlo. Menos mal que no hay ninguno.*

**Residente**

Las residencias de personas mayores son instituciones en las que inevitablemente la persona que vive en ella está en contacto y comparte mucho tiempo del día, por no decir prácticamente todo, con otros residentes. Así, compartir habitación con un compañero o compañera (generalmente del mismo sexo) es lo más común. Gran parte, si no todas, las actividades que se realizan en las instituciones se llevan a cabo en grupo: comidas, talleres ocupacionales, actividades de estimulación, etc.

Esto implica que las oportunidades de contacto e interacción social son muy elevadas, pero también supone que el grupo pueda ejercer cierto control social sobre determinadas actitudes y comportamientos individuales. Así, el temor al “qué dirán” o la condena explícita o implícita del grupo hacia esos comportamientos puede inhibirlos o dificultarlos. Esta presión grupal puede resultar particularmente intensa en el caso de la expresión pública de deseos o comportamientos sexuales. Aunque los valores y actitudes respecto a la sexualidad varían de persona a persona, hemos de tener en cuenta que:

- Las generaciones más mayores han recibido poca o ninguna educación sexual. Sus actitudes son, en general, más conservadoras que las de los jóvenes y sostienen en mayor medida mitos y prejuicios hacia la sexualidad en la vejez.
- Estas actitudes negativas de las generaciones más mayores son particularmente intensas en relación con la sexualidad de las mujeres o de colectivos minoritarios, como las personas gais, lesbianas, bisexuales o transexuales.
- Las actitudes hacia la sexualidad de los mayores que viven en residencias son mucho más negativas que las de los profesionales.

Entre los residentes es relativamente frecuente que la expresión sexual de sus compañeros sea rechazada y condenada como un acto inmoral o vergonzoso.

Pese a estos elementos, cierta incomodidad (o incluso rechazo) por parte de los compañeros puede ser comprensible cuando la expresión sexual de los residentes aparece en público o en contra de la voluntad de terceros. Se ha de tener en cuenta que los derechos sexuales de los residentes se han de ejercer siempre con respeto a los derechos de sus compañeros. El profesional, en estos casos de conflicto, puede actuar de manera abierta y asertiva, ejerciendo de mediador para garantizar que todas las partes vean respetados sus derechos y, en caso necesario, generar aquellos cambios de actitud precisos para que esto suceda.

#### 4. *¿Una relación inmoral?*

Enrique y Marcelina ingresaron en la residencia por las mismas fechas. Ambos están cognitivamente bien. Enrique es viudo, mientras Marcelina, que tiene problemas muy graves de movilidad, está casada y recibe la visita de su marido una vez por semana. Enrique y Marcelina desde que se conocieron se cayeron muy bien, y poco a poco han pasado de una relación de amistad a cogerse de la mano y acariciarse. Últimamente, lo hacen en lugares públicos, como el comedor. Hace unos días, uno de sus compañeros los sorprendió besándose en el ascensor.

Muchos de los residentes están escandalizados con la situación, y dicen que es inmoral y obscena. Tras numerosas quejas recibidas por los auxiliares, algunos de ellos quieren quejarse a la dirección del centro con el fin de que impidan que la relación entre ellos continúe y avisen al marido de Marcelina.

*¿Hasta qué punto está justificada la reacción de los compañeros? ¿Qué tendríamos que considerar y tener en cuenta en una situación como esta? ¿Cuáles son las preguntas que nos tendríamos que hacer? ¿Qué reacciones deberíamos evitar como profesionales? ¿Cómo podríamos actuar teniendo en cuenta los derechos de unos y de otros?*

## **Los recelos de algunos familiares**

*Si me dicen que mi madre anda con otros de la residencia la saco de aquí, claro. Está aquí para que la cuiden, no para que se aprovechen de ella. Es que... ¿sabe usted? mi madre ya no anda muy bien de la cabeza.*

### **Familiar de residente**

Para algunos familiares resulta difícil asumir el hecho de que el residente (su padre, madre, hermano, etc.) pueda tener intereses sexuales y quiera expresarlos abiertamente en un entorno institucional. Incluso aunque esas mismas personas sean tolerantes y liberales en el dominio sexual de otras personas, o de otras personas mayores, aceptar que su ser querido quiera ser (o sea) sexualmente activo supone en muchos casos un alto grado de incomodidad.

Algunos factores pueden convertir a la familia en una barrera adicional para la expresión sexual en entornos residenciales, como por ejemplo los siguientes:

- Si la persona que vive en la residencia es viuda, sus familiares (por ejemplo, sus hijos) pueden contemplar el inicio de relaciones sexuales con terceras personas como una traición o infidelidad a la pareja anterior.
- Frecuentemente los familiares contemplan a la persona mayor en términos de incapacidad y falta de autonomía, física y/o cognitiva. En muchos casos, han sido ellos los que se han visto obligados a hacer el ingreso de su familiar. En este contexto, la tendencia de algunos familiares es contemplar los deseos o intereses sexuales de su familiar ingresado como un síntoma más de incapacidad o de deterioro.
- Muchos familiares se atribuyen la decisión sobre qué está bien o mal para su ser querido que vive en una residencia, qué puede o qué no puede hacer, negando ese poder de decisión a la propia persona implicada. Este sesgo se acentúa si el familiar ingresado tiene demencia.

- Algunos profesionales no dudan en informar a la familia de situaciones de naturaleza sexual en las que se haya podido ver implicada la persona que vive en la residencia, sin valorar si esta revelación de información está violando el derecho a la intimidad y privacidad de la persona mayor, que quizá no desearía o no ve conveniente que su familia sea informada.
- En otras ocasiones, el temor a la reacción de los familiares puede llevar a los profesionales a ocultar o no informar de deseos, decisiones o situaciones de naturaleza sexual en los que los residentes se ven implicados.

En el manejo de la situación con la familia, el profesional debería tener en cuenta la diferencia entre dos tipos de casos:

- Cuando la persona mayor tiene competencia para dirigir su vida, la información de sus asuntos a la familia (incluidas sus relaciones y la expresión de su sexualidad) ha de pasar por que la propia persona autorice dicha información. No hemos de perder de vista que el residente es el principal interlocutor del profesional, y la familia solo pasa a serlo cuando la persona así lo acepta o delega.
- En caso de personas con demencia o incapacitadas legalmente el asunto cambia y entonces la familia tiene un papel central. En estos casos, informar a la familia es muy importante, y los profesionales tienen que abrir con ellos un espacio para la toma de decisiones compartidas, decisiones en las que los derechos del residente, que no se pierden aunque sus capacidades cognitivas estén alteradas, se han de tener en consideración.





Colección  
**Guías de la Fundación**



Las demencias son una de las principales fuentes de discapacidad y dependencia en la vejez, y se definen como síndromes de carácter orgánico y etiología múltiple que causan un deterioro que irá incrementando durante el desarrollo de la enfermedad, interfiriendo cada vez en mayor medida en el funcionamiento de la persona a nivel cognitivo, funcional, social y/o laboral.

La prevalencia de demencias en España podría situarse en torno al 10% para la población de 65 y más años, aunque sería considerablemente mayor entre personas mayores que viven en centros residenciales. En este tipo de centros, de hecho, seis de cada diez usuarios podrían padecer alguna demencia.

La razón por la que debe hablarse sobre demencias en una guía sobre sexualidad y residencias, es que parece imprudente asumir que las personas con demencia, por el hecho de padecer una enfermedad de este tipo, no van a tener impulsos sexuales, o no van a intentar satisfacerlos. Las demencias no eliminan las necesidades sexuales (tales como la necesidad de experimentar intimidad corporal o afectiva, o placer sexual) de aquellas personas que las padecen, pero sí pueden afectar su capacidad de reconocerlas y/o satisfacerlas adecuadamente.

### ***Impacto de la demencia sobre la esfera sexual***

Los inicios de la enfermedad (cuando la persona con demencia puede ser especialmente consciente de sus déficits y de sus problemas de memoria) o cuando se recibe el diagnóstico, son momentos en los que es habitual experimentar fuertes sentimientos de malestar, confusión, ansiedad,

preocupación por el futuro, etc. Manejar estos sentimientos es una tarea complicada, especialmente cuando uno cuenta con un cierto deterioro, por lo que pueden dar lugar a conductas agresivas o excesivamente demandantes dirigidas hacia aquellas personas que más cerca tiene, como por ejemplo su pareja. En este caso, al desempeño del rol de cuidador –ya de por sí complicado–, se le añadiría la dificultad de afrontar dichas alteraciones conductuales y de comprender que éstas son una manifestación más de la enfermedad. Esto podría, en último término, acabar afectando negativamente la calidad de la relación de pareja al favorecer su distanciamiento emocional, así como la evitación del contacto físico y la actividad sexual.

A medida que la enfermedad avanza, el deterioro cognitivo y funcional que acompaña las demencias tendrá una mayor capacidad para incidir directamente en la dimensión sexual de las personas que las padecen y de sus parejas. En el caso de las primeras, las demencias podrían interferir en la capacidad de los hombres de responder sexualmente ante un estímulo erótico (la disfunción eréctil parece ser una problemática mucho más habitual entre hombres con demencia que entre hombres sin demencia), y generar problemas para recordar la forma adecuada de relacionarse con la pareja a nivel sexual (cómo y cuándo iniciar la actividad sexual, los gustos y preferencias del otro, las cosas que le pueden incomodar, etc.). En el caso de las segundas, hay personas que pueden sentirse incómodas manteniendo relaciones íntimas con alguien que ha cambiado, que ya no es como antes, o que no recuerda su nombre, o tener serias dudas sobre si seguir manteniendo relaciones sexuales con dicha persona es correcto o si podría estar abusando de ella.

El hecho de padecer una demencia también puede generar dificultades parecidas a la hora de iniciar una nueva relación (más o menos estable) con otra persona, pues a las dificultades anteriores se les pueden añadir la reticencia de aquellos que velan por su bienestar, como familiares y profesionales.

- Cuando únicamente una de las dos personas tiene demencia y la otra goza de un buen funcionamiento cognitivo, puede pasar que el entorno

de la persona con demencia, como hemos comentado en apartados anteriores, considere que se está abusando de ella, asumiendo que es débil, incapaz de consentir el mantenimiento de relaciones sexuales, o que su interés en el sexo es un síntoma más de su enfermedad.

En este caso, la presencia de enfermedad en solo una de las dos partes implicadas puede convertirse en el factor decisivo a la hora de tomar decisiones sobre cómo manejar esta situación, y la reacción más probable sería la de proteger (¿o quizá sobreproteger?) a la persona con demencia, ignorando su punto de vista y alejándola de la persona que está bien a nivel cognitivo, incluso cuando la primera se muestre a gusto con la relación y manifieste que desea seguir con ella.

- Cuando las dos personas involucradas padecen demencia, su entorno tiende a ser algo más permisivo al entender que, de una forma u otra, ambas están en igualdad de condiciones, por lo que la existencia de un posible abuso pasaría a un segundo plano. En este caso, en muchas ocasiones asistimos a reacciones de tipo paternalista e infantilizador (del tipo '¡qué monos!') que tienden a no tener en cuenta el punto de vista de las personas implicadas, cuando no a menoscabar su dignidad como personas.

En cualquier caso, lógicamente, la toma de decisiones en este tipo de situaciones es compleja, porque el riesgo de que exista abuso por desgracia es real. Sin embargo, lo que parece claro es que se debe evitar asumir que por padecer una demencia la persona es incapaz de consentir el mantenimiento de relaciones sexuales con otras personas. Los profesionales han de saber valorar cada caso en sus circunstancias particulares, sin partir de posiciones a priori, ya sean estas la de siempre parar la relación o la de siempre dejar que continúe. Esta toma de decisiones se puede optimizar si se tienen en cuenta múltiples factores en cuenta al mismo tiempo. Algunos de ellos podrían ser:

- La presencia/ausencia de indicadores de malestar a nivel verbal o no verbal de una de las dos partes implicadas (por ejemplo, que una de

ellas gritara o intentara apartar a la otra serían razones suficientes para intervenir y frenar la actividad). Lógicamente, la mera ausencia de malestar no es garantía de que la práctica sexual esté resultando beneficiosa.

- El riesgo de la práctica sexual para la salud física y psicológica de la persona y su relevancia para ella (por ejemplo, si se detecta que un usuario se involucra con una determinada práctica sexual que considera accesoria y sabemos que es potencialmente peligrosa para su salud, podríamos ofrecerle asesoramiento con tal de evitar dicha práctica o disminuir sus riesgos).
- La historia de vida de la persona, obtenida preferiblemente de forma directa.
- El punto de vista de ambas partes, o el de los familiares de alguna de ellas si la situación lo requiere.
- El nivel de funcionamiento cognitivo actual de la persona.
- La medida en la que es o no capaz de tomar decisiones que afecten su vida y consentir el mantenimiento de relaciones sexuales.

Con todo, que una persona tenga más dificultades para satisfacer sus necesidades sexuales no quiere decir que éstas hayan desaparecido, o que hayan dejado de ser importantes para ella. La dificultad para alcanzar y mantener una erección, por ejemplo, no tiene por qué ser el reflejo de una falta de deseo sexual, o de desinterés por el contacto con la pareja. Hay que tener en cuenta que, como cualquier otra persona, las personas con demencia pueden experimentar sentimientos de soledad y la necesidad de sentirse queridos por aquellas personas que son importantes para ellas, de recibir sus muestras de afecto y de cariño, y de experimentar placer sexual, pero en algunos casos les puede resultar imposible verbalizarlo debido al deterioro propio de su enfermedad, quedando así esta necesidad por resolver y experimentando malestar debido a ello. En otros casos, en cambio, las necesidades sexuales de las personas con demencia pueden materializarse en comportamientos sexualmente inapropiados, de los que hablaremos a continuación.

## **Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados**

### *¿Qué son?*

Los comportamientos sexuales inapropiados son actos verbales o físicos de naturaleza sexual explícita o percibida que son inaceptables en el contexto social en el que se dan. De esta definición se desprende que:

- Pueden tomar muchas formas diferentes que pueden ir desde un comentario o una petición (por ejemplo, en el caso de que una persona con demencia, estando en el comedor, se dirigiera a algún/a auxiliar y le dijera que quiere mantener relaciones sexuales con él o ella) hasta intentos por mantener contacto físico con otra persona (por ejemplo, en el caso de que una persona con demencia intentara besar o tocar los genitales de el o la auxiliar que le ayuda a ducharse).
- Son consecuencia de la activación sexual de la persona con demencia. Esta activación sexual puede ser más evidente (por ejemplo, en el caso de que una persona con demencia sea descubierta con una erección intentando mantener relaciones sexuales con otro residente) o más sutil (por ejemplo, una persona con demencia que le pide a alguien del personal que le dé un beso mientras le agarra por la cintura), pero debe estar presente.

A este respecto cabe señalar que en ocasiones, las personas con demencia ponen en marcha conductas que pueden generar confusión entre los profesionales y familiares. Por ejemplo, puede pasar que una persona con demencia acuda a una zona compartida mostrando sus genitales o que sea encontrada durmiendo junto con otro residente en una cama que no es la suya, pero esto podría deberse a que ha olvidado cómo vestirse, o a que ha entrado por equivocación en la habitación que no es la suya. En este caso, parecería un error hablar de comportamiento sexual inapropiado, ya que no hay activación sexual.

- Para considerar que un comportamiento con una clara carga sexual es inapropiado debe mostrarse en un contexto social en el que no debería producirse. Por ejemplo, si una persona con demencia se masturba en su habitación no puede considerarse inapropiado, pero sí lo sería si se masturbara en un espacio público. Esto pone de relieve que no todas las expresiones sexuales de una persona con demencia deben considerarse inapropiadas. De hecho, hay personas con demencia que mantienen la capacidad de satisfacer sus necesidades sexuales adecuadamente.

### *¿Cuáles son sus causas?*

Los motivos por los que algunas personas con demencia pueden involucrarse en comportamientos sexualmente inapropiados están todavía por esclarecer, al ser éste un tema poco abordado por la investigación científica.

Por un lado, este tipo de comportamientos podrían deberse a la alteración de ciertos circuitos neurales implicados en la regulación del deseo sexual. La disfunción del lóbulo frontal, por ejemplo, se ha asociado a una mayor desinhibición sexual, mientras que la disfunción del sistema temporo-límbico puede generar dificultades a la hora de interpretar emocionalmente e intelectualmente los propios niveles de activación sexual.

El consumo de determinadas sustancias psicoactivas como las benzodiazepinas y el alcohol, así como el padecimiento de alteraciones psiquiátricas concomitantes a la demencia como el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno obsesivo-compulsivo, también podrían facilitar la aparición de comportamientos sexualmente inapropiados.

Por otro lado, existen una serie de factores de carácter psicosocial que subyacen a muchos comportamientos sexuales inapropiados. Como ya se ha dicho anteriormente, las personas con demencia pueden experimentar sentimientos de soledad, miedo y ansiedad, y estos podrían acabar desembocando en comportamientos sexuales en el caso de que se intentaran contrarrestar mediante ciertas conductas de aproximación a otras personas. Por ejemplo, un intenso sentimiento de soledad podría llevar a una persona con demencia a buscar el contacto físico con otros mediante la actividad sexual.

Igualmente, el deterioro cognitivo podría dificultar la correcta interpretación de determinadas situaciones, o facilitar la confusión de un profesional, residente o familiar con alguien con quien la persona con demencia había mantenido contacto íntimo en el pasado. Así, una persona con demencia podría intentar corresponder una “inequívoca” muestra de interés sexual por parte de una persona que viste una bata blanca y que le está desnudando lentamente (y que en realidad quiere ayudarlo a ducharse) o confundir a la persona con la que ha dormido durante varias décadas de su vida con el o la profesional que le está invitando amablemente a tumbarse en la cama.

Otras muchas circunstancias, como la falta de compañero o compañera sexual (por ejemplo, porque la pareja no desea seguir manteniendo relaciones sexuales con la persona con demencia dentro de la residencia, o porque ha fallecido), la falta o el exceso de estimulación ambiental, o el visionado público de material con una cierta carga erótica en espacios compartidos pueden también dar lugar a comportamientos sexuales inapropiados.

### *¿Cuáles son sus consecuencias?*

A pesar de que la prevalencia de los comportamientos sexuales inapropiados entre personas con demencia no está para nada clara (puede llegar a variar entre el 2 y el 25% según diferentes estudios), podrían ser menos frecuentes que otras de las alteraciones conductuales que este tipo de pacientes pueden presentar, como los comportamientos agresivos.

No obstante, los comportamientos sexuales inapropiados destacan por la gravedad de las consecuencias que pueden acarrear, entre las que se encontrarían:

- **Persona con demencia:** La persona con demencia debe considerarse la primera víctima de este tipo de comportamientos, pues le puede reportar consecuencias como el contagio de enfermedades de transmisión sexual, traumas genitales, la disminución de la calidad del trato recibido por parte de familiares y profesionales o la recepción de burlas y muestras de rechazo e incompreensión.

- **Familiares de la persona con demencia:** Manejar comportamientos sexuales inapropiados de una persona con demencia es complicado para sus familiares, que pueden sentirse avergonzados por tener que afrontar una serie de expresiones de unas necesidades íntimas que la persona con demencia convierte en públicas.
- **Profesionales:** Las personas que trabajan en centros residenciales raramente han recibido formación en cuanto a sexualidad y vejez, y mucho menos en cuanto a sexualidad y demencia, por lo que también pueden sentirse superadas a la hora de abordar los comportamientos sexualmente inapropiados de los residentes, y experimentar emociones negativas en el caso de ser su blanco.
- **Otros residentes:** Desafortunadamente, las personas con demencia pueden dirigir estos comportamientos sexuales inapropiados hacia personas con una baja capacidad para tomar decisiones y resistir a un contacto sexual no deseado, como podrían ser otros usuarios con deterioro cognitivo o limitaciones funcionales, lo cual también podría tener para ellas numerosas consecuencias negativas.

### *¿Cómo se pueden abordar los comportamientos sexuales inapropiados?*

Considerando las posibles consecuencias negativas que los comportamientos sexuales inapropiados pueden desencadenar, salta a la vista que ignorar su ocurrencia no beneficia a nadie. No obstante, abordarlas no es una tarea sencilla. Un primer paso para hacerlo podría ser obtener una historia de vida rica, que incluya la historia sexual de la persona con demencia, y realizar una evaluación completa de su funcionamiento cognitivo y estado físico, lo cual debería ayudar a encontrar la estrategia de intervención menos intrusiva y más efectiva en cada caso.



### 5. El cambio de Dolors

Dolors siempre fue una mujer muy religiosa, comedida y prudente. Desde hace dos años ha sido diagnosticada de una demencia frontotemporal. Esto hace que además de provocar un progresivo deterioro de sus facultades mentales, utilice un lenguaje soez, que en ocasiones se desvista y que toque a otros residentes buscando contacto físico. Este comportamiento sorprende especialmente, dada su personalidad previa, a su hijo. De hecho, cada vez la visita menos a la residencia porque le incomoda mucho esta situación. El personal cree que esto le avergüenza enormemente y que viene menos porque no soporta ver así a su madre.

*¿Cómo podrían los profesionales ayudar a Dolors y a su hijo? ¿Qué tendríamos que considerar y tener en cuenta en una situación como esta? ¿Cuáles son las preguntas que nos tendríamos que hacer? ¿Qué reacciones deberíamos evitar como profesionales?*

En cuanto a estrategias de intervención, hay algunos fármacos que se han utilizado para controlar la aparición de comportamientos sexuales inapropiados. No obstante, su efectividad no está del todo clara y, además, pueden tener importantes efectos adversos. Por ello solo se recomienda utilizarlos como primera opción en aquellos casos en los que exista un riesgo grave para el bienestar de la persona con demencia o de aquellas que le rodean.

Cuando éste no sea el caso, y especialmente si se sospecha que el origen de los comportamientos sexuales inapropiados puede encontrarse en factores de tipo psicosocial, probablemente sea más conveniente utilizar estrategias no farmacológicas (o una combinación de ambas), como:

- Explicar a la persona por qué su comportamiento es inapropiado de una forma que no le haga sentirse avergonzada o juzgada (si su funcionamiento cognitivo se encuentra considerablemente preservado y es capaz de entenderlo).

- Actuar sobre el posible origen de los comportamientos sexuales inapropiados (por ejemplo, incrementando la cantidad de estimulación si se sospecha que su causa es el aburrimiento, o sustituyendo el profesional encargado de duchar a la persona si se sospecha que le puede estar confundiendo con su pareja).
- Actuar sobre las consecuencias de los comportamientos sexuales inapropiados que contribuyen a su mantenimiento (por ejemplo, ignorando a la persona cuando se sospecha que ese comportamiento sexual inapropiado se mantiene por la atención que recibe cuando lo pone en marcha).

En todo caso, cuando se intervenga para reducir la frecuencia con la que se produce un determinado comportamiento sexual inapropiado, es crucial tener siempre en cuenta que el objetivo no debe ser que la persona deje de intentar satisfacer sus necesidades sexuales, sino que deje de hacerlo de forma inapropiada.

Por último, cabe señalar que la intervención sobre la faceta sexual de los residentes con demencia no solamente debe considerarse a la hora de eliminar un posible comportamiento sexual inapropiado, sino que también es una buena práctica intervenir para que todas aquellas personas que tengan necesidades sexuales y no sepan cómo satisfacerlas o tengan dificultades en este sentido puedan hacerlo de forma digna dentro de un contexto institucional, especialmente si se tiene en cuenta que en él trabajan múltiples profesionales cuya función es velar por su bienestar, a todos los niveles.





Colección  
**Guías de la Fundación**

## 4

### *Diversidad sexual y residencias*

Durante las últimas décadas se ha avanzado hacia una mayor normalización de la diversidad sexual y aceptación de las personas que tienen una orientación sexual diferente a la heterosexual, o que se identifican con un género que no se corresponde con su sexo biológico. A esta mayor aceptación y normalización han contribuido la despatologización y despenalización de la homosexualidad que, a su vez han dotado de mayor visibilidad al colectivo de personas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (LGBT), o hitos como la legalización del matrimonio entre personas del mismo sexo y la adopción homoparental, la criminalización de la homofobia, o el derecho a cambiar de nombre y de sexo en el DNI sin necesidad de someterse a una cirugía de reasignación de sexo. No obstante, la homosexualidad sigue estando castigada con pena de muerte en algunos países, y la homofobia persiste como una de las lacras de nuestra sociedad.

Si bien las generaciones futuras de personas LGBT crecerán en una sociedad mucho más abierta y tolerante, las personas que hoy en día son mayores no tuvieron esta suerte, y a lo largo de su desarrollo pueden haberse encontrado con una serie de barreras que les pueden haber dificultado el hecho de llevar una vida completamente acorde a sus deseos y necesidades, y seguir encontrándolas durante su vejez. En esta misma dirección, tener que pasar de vivir en el propio domicilio a un centro residencial, lo cual puede ser considerado una transición vital significativa para cualquier persona mayor (independientemente de su orientación sexual), podría plantear una serie de retos y fuentes de ansiedad adicionales en el caso del colectivo que nos ocupa.

## **Miedos en relación a la institucionalización entre personas LGBT**

La creencia de que la homofobia es una realidad presente en las residencias de personas mayores parece estar considerablemente expandida entre el colectivo LGBT. A éste se le suman otros miedos, como:

- Convertirse en víctimas del rechazo o la negligencia de los trabajadores: Hay personas LGBT que tienen serias dudas sobre si, debido a su sexualidad, los profesionales que trabajan en residencias les van a dispensar un trato igualitario y de la misma calidad que al resto de residentes. Algunas de estas dudas tienen que ver con la posibilidad de que los profesionales sean poco sensibles hacia cuestiones relacionadas con la orientación sexual (por ejemplo, que les consideren enfermos o denieguen la posibilidad de compartir habitación con otra mujer a una mujer que ha nacido con cuerpo de hombre), se nieguen a atender sus necesidades básicas de forma apropiada (por ejemplo, negándose a bañar a alguien cuyo sexo fue reasignado, o a vestirle de acuerdo a sus gustos y preferencias), hagan pública su orientación sexual, tengan más en cuenta la opinión de la familia que la de la pareja a la hora de tomar decisiones médicas importantes, o les prohíban compartir habitación a los integrantes de una pareja de personas del mismo sexo.
- No ser aceptados por el resto de residentes: En las residencias conviven personas, todas ellas diferentes, y con una forma única de ver el mundo e interpretar la realidad. Esta variabilidad es, sin duda, fuente de riqueza, pero también puede originar conflictos cuando chocan posturas opuestas. La existencia de actitudes homófobas entre las personas con las que la persona mayor LGBT va a tener que encontrarse a diario es, por lo tanto, otro foco de preocupaciones para este colectivo, habiendo quienes anticipan que pueden coincidir en el centro con antiguos represores (por ejemplo, residentes que trabajaron como policías, médicos, psiquiatras o psicólogos cuando la homosexualidad era delito o se consideraba una enfermedad), que va a haber personas que se esforzarán por mantenerse

alejadas de ellos y ellas (por ejemplo, negándose a compartir mesa o habitación) o que pueden llegar a maltratarles, o que se van a encontrar solas al no poder compartir su pasado y su presente con otras personas.

- Ofender a otros por el hecho de tener una biografía sexual que se aleja de la heteronormatividad: En este caso, la preocupación no tiene tanto que ver con la posibilidad de no recibir un trato adecuado, o de acabar convirtiéndose en víctima de abusos o malos tratos. Tiene que ver con el hecho que la mera presencia de la persona LGBT pueda incomodar a otras debido a su sexualidad, de detectar si aquellas personas que están a su alrededor se sienten molestas por tenerle cerca.

Todos estos miedos se relacionan con la forma en la que las personas mayores LGBT piensan sobre la institucionalización y cómo podría ser su vida en una residencia. De hecho, el rechazo a la institucionalización es algo que puede verse en la predisposición de las personas LGBT a utilizar diferentes tipos de recursos de apoyo formal, y es que si bien más de la mitad de ellas valorarían positivamente las opciones de utilizar servicios de atención domiciliaria o de vivir en apartamentos para mayores, menos de una cuarta parte verían con buenos ojos la posibilidad de acudir a un centro de día o de mudarse a una residencia.

En el caso de que la institucionalización fuera inevitable, algunas personas LGBT considerarían la opción de ocultar su orientación sexual a los profesionales y residentes del centro, obviando esta parte de su identidad y fingiendo ser heterosexuales. Esta opción, aparte de suponer un esfuerzo notable a la persona en cuestión, podría tener consecuencias psicológicas negativas para ella y generarle una cierta dificultad para adaptarse a su nuevo hogar, además de reforzar la invisibilidad del colectivo LGBT en las residencias, que ya de por sí es elevada. En el caso de optar por seguir llevando un estilo de vida acorde a la identidad de la persona y no realizar esfuerzo activo alguno por ocultar la propia orientación sexual, los momentos previos y posteriores a la institucionalización se podrían acompañar de ansiedad ante la incertidumbre por las reacciones de profesionales y residentes.

## ¿Están estos miedos realmente justificados?

Llegados a este punto cabría preguntarse si todos estos miedos son fruto de una desconfianza excesiva por parte del colectivo LGBT o si están realmente justificados. Si bien no es fácil responder a esta pregunta, parecería que por lo menos en parte, no estaríamos hablando de miedos infundados. Y decimos esto por tres motivos.

El primero de ellos tiene que ver con la forma en que la homosexualidad ha sido conceptualizada en el pasado, y es que las personas lesbianas, gay y bisexuales que hoy en día son mayores fueron vistas como pecadoras por la Iglesia, como delincuentes por la ley, y enfermas por los profesionales de la salud. A este respecto:

- Desde algunas religiones se promueve un rechazo explícito a la homosexualidad, que se contempla como un pecado y un comportamiento reprobable.
- En el periodo de dictadura en el que las personas que hoy son mayores vivieron su juventud, ser LGBT era considerado un delito. Los homosexuales que mostraran públicamente su orientación sexual podían ser condenados y sufrir penas de prisión.
- Algunas asociaciones de médicos o de psicólogos han considerado, hasta hace pocas décadas, la homosexualidad como una enfermedad o como un comportamiento desviado. Catalogar la homosexualidad como un trastorno mental invitó al desarrollo de tratamientos para curarla, que todavía hoy en día son defendidos por algunos profesionales de la salud.

El segundo guarda relación con las **actitudes de los profesionales** de la salud hacia la homosexualidad, y es que se han detectado actitudes homófobas, por ejemplo, en estudiantes de enfermería y medicina, e incluso entre personas que se encuentran ejerciendo estas profesiones. Estas actitudes también podrían ser frecuentes entre el personal de los centros residenciales.



- Aunque la mayoría de profesionales, si se les pregunta, asegura que tratarían con normalidad e intentarían ayudar a un residente que les contara que no es heterosexual, también algunos de ellos opinan que la orientación sexual podría acabar siendo problemática y aconsejarían a los homosexuales ocultar su orientación.
- Algunos profesionales podrían considerar la homosexualidad como algo contra natura, que las personas homosexuales no deberían ser admitidas en sus instalaciones, o estarían menos predispuestas a aceptar que dos residentes del mismo sexo mantuvieran relaciones sexuales que si lo hicieran dos residentes del sexo opuesto.
- Debido que al ir a vivir a una residencia el contacto con el personal sanitario es más difícil de evitar y que seguramente se requiera en mayor medida de sus atenciones, la perspectiva de una institucionalización próxima podría generar miedo a ser rechazado o a recibir un trato negligente, especialmente entre aquellos que han vivido experiencias de discriminación en su juventud.

El tercer motivo que podría justificar el temor de las personas LGBT a ingresar a una residencia es la presencia de elevados niveles de homofobia entre las propias personas mayores.

- Gran parte de las personas que tienen 65 y más años recibieron una educación conservadora, claramente influenciada por la religión y la moral cristiana, que o bien ignoraba la educación sexual o bien la implementaba para imponer una clara diferenciación entre lo moralmente apropiado y lo pecaminoso.
- Desde esta perspectiva la actividad sexual únicamente era considerada lícita al darse entre un hombre y una mujer que previamente hubieran contraído matrimonio, y únicamente cuando perseguía finalidades reproductivas. Este tipo de educación sexual, sesgada y deficitaria, podría haber contribuido al desarrollo, entre las personas mayores, de actitudes negativas hacia la sexualidad en general y hacia determinadas minorías sexuales en particular.

- Las reacciones de los usuarios ante la posibilidad de tener un compañero/a LGTB son particularmente negativas, incluyendo algunas como:
  - Intentar distanciarse física y psicológicamente de esa persona.
  - Considerarle una persona enferma.
  - Experimentar emociones negativas como asco y vergüenza.
  - Tomar medidas extremas tales como denunciar el caso a la dirección o solicitar su expulsión del centro.

## 6. Vivir juntas

Elisa y Remedios entraron a vivir en la residencia por separado hace algún tiempo. Se gustan, se nota, cada vez pasan más tiempo juntas y las han visto besarse. Han solicitado a la trabajadora social del centro cambiar de habitación para poder vivir juntas y mantener una vida más privada, ya que las habitaciones del centro son todas dobles. Algunos de sus compañeros comentan que esto no se puede permitir, que esta relación es una vergüenza, que son lesbianas ('las tortilleras', las llaman). La directora teme que se genere un conflicto en el centro y que esto les provoque un mayor rechazo, si se accede a que vivan juntas. La normativa no señala nada sobre la convivencia de parejas homosexuales o lesbianas, nunca hasta ahora se había dado un caso así.

*¿Cómo debería actuar la directora? ¿Qué tendríamos que considerar y tener en cuenta en una situación como esta? ¿Cuáles son las preguntas que nos tendríamos que hacer? ¿Qué reacciones deberíamos evitar como profesionales?*

En base a lo expuesto, parecería que los miedos que la posibilidad de ir a vivir a una residencia despierta en algunos integrantes del colectivo LGTB están fundamentados, y que el rechazo o la recepción de un trato inadecuado por parte de profesionales y sobre todo por parte de otros residentes podría llegar a ser una realidad en este tipo de centros. Quizás sea por esto que algunas personas lesbianas, gay, bisexuales y transexuales considerarían un avance significativo la creación de centros residenciales *gay-friendly* (no dirigidos exclusivamente a integrantes del colectivo, pero sensibles hacia la diversidad sexual), aunque otras rechazan frontalmente esta opción.





Colección  
**Guías de la Fundación**

Siguiendo con los objetivos que se planteaban en la introducción, en este apartado se recomiendan diferentes estrategias que pueden ayudar a tener en cuenta la expresión sexual de las personas mayores en instituciones y a gestionar los riesgos y complicaciones que puede implicar. El objetivo último de estas estrategias es el de ayudar a los mayores que viven en instituciones a construir una biografía sexual acorde con sus deseos y necesidades, en coherencia con el marco de la atención centrada en la persona que se ha comentado más arriba. Se trata de ver la expresión sexual como una necesidad más que debe ser considerada en el cuidado de la persona mayor.

Pese a la importancia de disponer de estas estrategias, los protocolos y guías de actuación de los centros residenciales raramente hacen referencia a las necesidades afectivo-sexuales de sus usuarios. Ello obliga a que si profesionales, familiares o residentes se encuentran en una situación cuyo foco son estas necesidades, se actúe más sobre la experiencia y saber hacer personales que desde una política definida y homogénea de la entidad a la que se pertenece. Además, también se ha planteado la urgencia de que dichas políticas sean explícitas, hecho que no solo beneficiaría a las personas que actualmente tienen algún contacto con el centro sino también a futuros profesionales, usuarios y familias de usuarios, ya que les permitiría conocer en detalle cómo se gestionan las necesidades afectivo-sexuales de los residentes en el centro.

A continuación se proponen una serie de estrategias para abordar la expresión sexual de las personas mayores que viven en instituciones, específicamente dirigidas a la propia dirección de la entidad, a los profesionales que trabajan en ella, a los residentes y a sus familiares.

## **Desde la propia organización**

Como hemos visto en el apartado “Una filosofía de los cuidados basada en la carencia”, toda organización tiene una cultura propia, explícita o no, que marca los valores y la forma de actuar dentro de la misma. Esta cultura se refleja en el modo de organizar y gestionar el centro, las actividades y horarios planteados, la visión más cercana a la atención centrada en la persona o a un modelo más biomédico y hospitalario, entre otras cuestiones. En cuanto al planteamiento de las necesidades afectivo-sexuales de los residentes, y como un importante punto de partida, la propia organización puede plantearse algunas líneas de acción como las que seguidamente proponemos:

- 1. Reconocer explícitamente el derecho** a que cada residente pueda expresar sus necesidades afectivo-sexuales. Esto incluye contemplar medidas como:

### ***Recomendaciones específicas***

- La entidad puede disponer de documentación escrita en la que de forma explícita se reconozca el derecho de los y las residentes a expresarse sexualmente (a condición de que no viole los derechos de otras personas). Ejemplos serían incluir alguno de los derechos explicados en esta guía en el reglamento del centro, en la documentación que se proporciona a la familia y a los residentes, en folletos o carteles visibles en el centro, etc.
- No todas las personas mayores necesitan expresar su sexualidad pero si el centro manifiesta y reconoce dichos derechos, recogidos previamente, ayudará a la manifestación más natural en aquellas personas residentes que sí que tengan aun necesidades sexuales.
- En los materiales de publicidad o de información del centro, se puede incluir alguna información de cómo la entidad tiene en cuenta y reconoce que la importancia de la historia vital de la persona mayor, y sus necesidades únicas y específicas, que también incluyen sus necesidades sexuales.

(CONT.)

- En la documentación del plan personalizado de atención, la entidad ha incluido preguntas sobre las necesidades sexuales de las personas usuarias del centro tanto en el documento inicial de valoración de la persona antes de su ingreso, como en la documentación que se valora anualmente para su plan personalizado de atención. Incluir dentro de la historia vital de la persona mayor cómo han sido sus necesidades sexuales a lo largo de su vida, y los cambios que se han producido en los últimos años en dichas necesidades. Esto ayudará al centro y a sus profesionales a proporcionar una atención más centrada en las múltiples necesidades de las personas residentes.

2. Reconocer de forma explícita que **no se acepta ningún tipo de discriminación** en base a aspectos relacionados con la sexualidad de las personas que viven en la residencia, como podría ser su orientación sexual. Esta perspectiva puede implicar medidas como:

### *Recomendaciones específicas*

- La entidad dispone de hojas de reclamación en el caso que algún residente o profesional sienta algún tipo de discriminación por su orientación sexual. Dichas reclamaciones son discutidas con el equipo interdisciplinar y se toman las medidas del centro o legales que se consideren oportunas.
- En las entrevistas de entrada en la residencia, se incluye información sobre la sensibilidad de los profesionales y del centro hacia la orientación sexual del residente, y se informa de las hojas de reclamación si en algún caso se diera algún tipo de discriminación de este tipo.
- Se supervisa que se evite dentro del centro, tanto de forma oral como escrita, lenguaje que pueda resultar homófobo o sexista.
- Se ha ofrecido la información a las personas que viven en la residencia, a los trabajadores y las familias de quien es el referente dentro del centro para pedir información o consulta sobre casos de posibles abusos o discriminación en materia sexual.
- Es importante valorar si las actividades que se realizan de forma regular o puntual en el centro facilitan la prevención de la discriminación por necesidades sexuales. Por ejemplo, si se incluyen actividades que contribuyan a que no se mantengan los roles estereotipados de género, si cuando se realiza una exposición fotográfica o un ciclo documental sobre personas mayores se incluyen colectivos minoritarios dentro de dicha programación, etc.

3. Realizar acciones explícitas con el objetivo de preservar el **derecho a la privacidad/intimidad** de sus residentes, también en materia de su sexualidad. Esto es posible a través de acciones como:

### *Recomendaciones específicas*

- Una forma sencilla para preservar la privacidad en las habitaciones es que los residentes dispongan de alguna señal inequívoca de que la persona no quiere ser molestada en ese momento. Ese derecho a la intimidad se preservará a no ser que exista una causa médica que lo impida. Un cartel de “no molestar” puede ser suficientemente informativo tanto para residentes, profesionales como familiares de la necesidad de privacidad de la persona mayor en ese momento.
- Muchos centros disponen únicamente de habitaciones compartidas o establecen un precio diferente para las personas que desean una habitación individual. Sin embargo, sería interesante poder disponer de alguna habitación o espacio polivalente que estuviese disponible para los residentes y donde se les pudiera ofrecer cierta privacidad a aquellas parejas que por cuestiones diversas (por ejemplo, que la pareja no viva en el centro) no pueden estar juntas en una misma habitación.
- Es interesante contemplar cierta flexibilidad en la organización de las habitaciones cuando entra un matrimonio en el centro, así como si se forma una nueva pareja durante la estancia en el centro. Es valorable si el centro dispone sus plantas según la funcionalidad cognitiva, los beneficios que tendría para la pareja estar junta en una misma habitación, pese a tener necesidades de atención médica diferentes.
- En habitaciones que son compartidas por dos personas que no son pareja, es importante ayudar a que ambas sientan que la necesidad de privacidad puede ser mínimamente garantizada. Un análisis de cómo están organizadas las camas y mobiliario dentro de la habitación, mecanismos para que el baño sea utilizado de forma privada, si la habitación compartida dispone de baño interior, serían cuestiones a plantearse.

4. Realizar acciones explícitas para preservar el **derecho a la confidencialidad** de sus residentes, también en materia de su sexualidad. Esto es posible a través de acciones como:



### **Recomendaciones específicas**

- La información del residente que se recopila de forma escrita debe estar recogida de forma que se proteja la confidencialidad de la persona y se explicita qué personal puede tener acceso a dicha información. No es necesario tener una casilla obligatoria sobre la orientación sexual de la persona mayor pero sí aquella información en materia sexual que pueda ser importante que los profesionales que trabajan diariamente con la persona necesitan saber.
- Cuando se produce alguna situación sensible en materia sexual, las preguntas o conversaciones que se puedan tener con las personas residentes implicadas o con la familia, si fuera el caso, deben intentarse realizar en un entorno privado y no en medio de un espacio público donde tal vez se ha producido la situación.
- La información que dispone un profesional y que atañe a las necesidades sexuales de un determinado residente, solo debería poder ser comunicada a otro profesional si existe un motivo terapéutico claro, y siempre contando, si es posible, con el consentimiento de la persona implicada (a no ser que exista un riesgo para ella o para terceras personas).

### **Para los profesionales**

Los y las profesionales son, en buena parte, quienes apoyan o dificultan la expresión de la sexualidad de las personas que viven y son atendidas en las residencias. Intervenir y apoyar a los profesionales para que se conviertan en facilitadores de esta importante dimensión vital en los residentes es imprescindible.

Los estudios sobre este tema han resaltado cómo las creencias y actitudes de los profesionales ante las necesidades sexuales de las personas mayores tienen un impacto significativo para facilitar o dificultar la expresión de esas necesidades. Por ello, en primer lugar, un eje importante para actuar sobre dichas creencias es apostar por una buena formación que oriente a los y las profesionales.

1. Elaborar y poner en marcha **un plan de formación** en materia de sexualidad es una herramienta de apoyo indispensable. Este plan pasaría por tres momentos reflejados en la figura siguiente.



### Recomendaciones específicas

- **Previamente.** Sería aconsejable que, dentro de las valoraciones de los equipos de recursos humanos de la entidad o la persona responsable de la contratación de nuevo personal, se incluya alguna pregunta sobre los conocimientos de dicho profesional en materia sexual. Por desgracia, la presencia de la sexualidad es muy escasa en los programas de formación reglados que acreditan a los profesionales para trabajar en residencias, incluso en carreras universitarias. Por ello, es interesante conocer si se ha llevado a cabo algún tipo de formación no reglada: cursos, asistencia a jornadas, experiencias sobre esta área en trabajos anteriores, etc. Explorar las actitudes previas de los profesionales respecto a este tema también podría ser útil para conocer sus necesidades formativas.
- **Durante el año.** Dentro de la oferta formativa que puede ofrecer el centro (ya sea de forma directa o a través de otras empresas o entidades) es recomendable que se incluyan oportunidades de formación a nivel básico y avanzado en materia sexual, según las necesidades de equipo profesional y del centro. Algunos temas que podrían ser cubiertos en este nivel básico y avanzado serían los siguientes.

Nivel básico	Nivel avanzado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sexualidad en la vejez</li> <li>• La sexualidad y la farmacología en la vejez</li> <li>• Sexualidad y dependencia</li> <li>• Estereotipos y sexualidad en la vejez</li> <li>• Diversidad sexual en la vejez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramientas de detección de las necesidades sexuales de los residentes</li> <li>• La importancia del consentimiento y cómo evaluar capacidades en personas con demencia</li> <li>• Habilidades comunicativas para hablar sobre temas de sexualidad con residentes y familiares</li> <li>• Habilidades de mediación de conflicto entre familiares y residentes en materia sexual</li> <li>• Maltrato, sexualidad y vejez</li> </ul>

- Es importante que cualquier trabajador del centro pueda consultar en algún lugar común y accesible materiales sobre la temática, como folletos, guías específicas o manuales generales sobre el tema.
- Es muy interesante, para fomentar el aprendizaje continuo y la coordinación entre todos los miembros del equipo profesional, disponer de manera regular de reuniones interdisciplinarias en las que se pueda discutir y trabajar sobre casos prácticos en materia de sexualidad que hayan ocurrido en la residencia. Se trata de comentar qué se hizo bien, qué alternativas existían y cómo se pudo haber mejorado el manejo de esa situación.

(CONT.)

- **Anualmente.** La formación es cíclica, y las necesidades de hoy puede que no sean las mismas que en un futuro, tanto por los cambios en el perfil de usuarios del centro como en las necesidades de los profesionales para formarse en este tema. De esta forma, es esencial que al menos anualmente se pueda valorar, ya sea individualmente, ya sea en el grupo interdisciplinar, aquellas actividades formativas realizadas durante el año, su satisfacción con ellas (incluyendo puntos fuertes y débiles) y las propuestas para el año siguiente.

2. Para los profesionales, puede resultar de gran utilidad elaborar un **registro de situaciones potencialmente problemáticas**. Resulta de interés que tengan a su disposición formularios para completar información de situaciones potencialmente problemáticas o que necesitarían un abordaje multidisciplinar, que es recogido por cualquier profesional pero puede ser referido por cualquier persona del centro (residente o familiar).

### Recomendaciones específicas

- Una forma relativamente sencilla de recoger la información imprescindible de la situación problemática sería seguir el paradigma ABC en el que no solo se tiene en cuenta el comportamiento problemático en sí, sino también variables antecedentes y las consecuencias de dicho comportamiento.

#### Evaluación de la conducta

Breve descripción de la situación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuándo se produjo

Frecuencia de la conducta

¿Por qué ha sido problemática?

- Por el lugar (público)
- Por implicar a terceras personas sin su consentimiento
- Otras (especificar)

#### Evaluación de los antecedentes

Cambio de medicación

Cambio familiar

Cambio en las condiciones de salud

Otros cambios percibidos

#### Evaluación de las consecuencias/riesgos

Para la propia persona mayor

Para los profesionales del centro

#### Propuesta de intervención

#### Evaluación del cambio observado

- Además de dicho registro, es importante que el profesional sepa que puede contar con un referente profesional con el que poder compartir sus inquietudes y poder accionar las medidas preventivas necesarias que ayuden a garantizar el bienestar tanto del cuidador como de la persona cuidada.

## **Para los residentes**

En lo que respecta a los residentes, la institución puede plantearse medidas para garantizar la expresión de sus necesidades afectivo-sexuales. Estas medidas pueden ser agrupadas en las cinco líneas de actuación que se mencionan a continuación.

- 1. Informar sobre los derechos sexuales y la expresión de las necesidades afectivo-sexuales de los residentes tanto a posibles usuarios del centro como a los propios residentes.** Esto incluye contemplar medidas como:

### *Recomendaciones específicas*

- Las reuniones previas al ingreso de los residentes constituyen una valiosa oportunidad para informar sobre la política de la residencia respecto a la sexualidad. Estas reuniones pueden ser útiles también para aclarar las posibles dudas o preocupaciones que los residentes puedan tener al respecto.
- Disponer de materiales escritos puede resultar también muy útil para informar a los residentes sobre la expresión de sus necesidades afectivo-sexuales. Para asegurarnos de que el mensaje que queremos transmitir llegue adecuadamente, es importante que el material escrito sea accesible y esté redactado de forma que los residentes puedan entenderlo.

- 2. Incluir el abordaje de aspectos relacionados con las necesidades afectivo-sexuales en los planes personalizados de atención, si el residente lo considera necesario.** Esto incluye contemplar medidas como:

### ***Recomendaciones específicas***

- Es importante que en la evaluación inicial de ingreso se converse sobre este aspecto con el residente. Si el residente manifiesta que desea discutir sus necesidades afectivo-sexuales con los miembros del staff puede resultar útil hacerlo constar por escrito para tenerlo en cuenta en las sucesivas reuniones de seguimiento.
- Esta tarea puede ser facilitada si los miembros del staff disponen de algún instrumento de valoración de las necesidades afectivo-sexuales de los residentes. Por ejemplo, un cuestionario o guión de entrevista que les permita recabar información sobre este aspecto.
- Como mencionábamos en el apartado anterior, es importante también que existan profesionales especialmente formados para orientar a los residentes en asuntos relacionados con la sexualidad y su diversidad. Informar explícitamente a los residentes sobre a quién deben dirigirse si desean conversar sobre estos aspectos es otra forma de facilitar la expresión de sus necesidades afectivo-sexuales.
- Finalmente, un aspecto que puede preocupar a las personas residentes es el de los posibles efectos secundarios de la medicación que se les administra sobre su sexualidad. Medidas como hablar abiertamente de este tema con los mismos y ofrecer, siempre que sea posible, la posibilidad de elegir si desean o no seguir el tratamiento, pueden resultar muy útiles.

3. **Valorar, según el residente, la inclusión en su historia de vida, de sus necesidades afectivo-sexuales.** Esto es posible a través de acciones como:

### ***Recomendaciones específicas***

- Siempre se debe partir de aquella información que la persona mayor quiera compartir. Saber que tiene un espacio y un referente con el cual puede hablar de cualquier tema, incluida su vida sexual es prioritario.
- La confianza se construye. Las preguntas más sensibles en la historia de vida sería aconsejable realizarlas tras la adaptación de la persona mayor al centro y que haya podido establecer algún vínculo positivo con un profesional del centro.

(CONT.)

- En algunos casos hay centros que recogen también información de la historia de vida a través de informantes, normalmente familiares directos de la persona mayor. La información del informante en este caso, como puede ocurrir en otras áreas vitales de la persona mayor, va a depender mucho del tipo de relación que tuvieran y de las confidencias que pudieran tener en este sentido.
- Como con cualquier otra información sensible que se recoja en la historia de vida, el centro debe tomar las medidas oportunas para proteger la confidencialidad de los datos y que la información sea siempre útil en aras de proporcionar una atención personalizada y adecuada a las necesidades de la persona mayor.
- Por último, habría que reflexionar los límites de la utilidad de la historia de vida en los casos en los que la conducta sexual de la persona mayor se deba principalmente a los cambios debidos a una enfermedad. Tal vez la historia de vida pueda dar información que permita entender por qué su comportamiento desinhibido se manifiesta con unas conductas y no otra, o en este caso no ser necesario recurrir a dicha información.

#### **4. Ofrecer formación a los residentes sobre sus derechos sexuales y la expresión de sus necesidades afectivo-sexuales.** Esto podría concretarse a partir de acciones como:

##### *Recomendaciones específicas*

- Existen muchas formas de ofrecer formación a los residentes sobre aspectos relacionados con su sexualidad. Como mencionábamos antes, disponer de materiales escritos -accesibles y adaptados - en los que se proporcione información sobre estos aspectos puede resultar de mucha utilidad.
- También pueden organizarse charlas de un día o talleres de varias sesiones en las que se trabajen aspectos específicos relacionados con la sexualidad. Por ejemplo, sobre la sexualidad en la vejez, los estereotipos sobre la sexualidad, la diversidad sexual, o ayudas o materiales sexuales.
- Teniendo en cuenta las dificultades que las personas LGBT pueden experimentar para ser aceptadas por sus compañeros y compañeras, es importante que la consideración de la diversidad sexual esté presente en las actividades formativas que se realicen. Atender a esta dimensión puede favorecer el respeto y la aceptación de las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual.



5. **Poner en marcha medidas y ofrecer materiales que favorezcan la expresión de las necesidades afectivo-sexuales de las personas que viven en la residencia.** Estas medidas incluyen acciones como:

### *Recomendaciones específicas*

- Dentro de las medidas de carácter más general, es importante que el centro reconozca explícitamente el derecho de los residentes a realizar actividades sexuales y/o mantener relaciones sexuales en su habitación (tanto con otros residentes como con personas de fuera del centro). Así puede hacerse constar en los materiales escritos que se ofrezcan a los residentes.
- Si la residencia no dispone de habitaciones individuales para cada residente se puede considerar también la posibilidad de habilitar una habitación para ese uso, informar a los residentes y respetar su privacidad cuando deseen utilizarla.
- Como medidas más específicas, se pueden proveer de carteles de “no molestar” u otro tipo de indicaciones para que la privacidad de los residentes en su habitación sea respetada. También es importante que, salvo en caso de emergencias, se llame siempre a la puerta de la habitación y se pida permiso a la persona para entrar.
- Puede resultar de ayuda que el centro disponga – a petición de los usuarios- de ayudas y material sexual, como lubricantes, condones u otros. Facilitar el acceso a videos y revistas pornográficos u otro tipo de material sexual, si los usuarios así lo solicitan, podría ser otra medida a tener en cuenta.
- Considerar la posibilidad de acudir en ciertos casos a la figura de un asistente sexual, especialista en ayudar a la satisfacción de las necesidades afectivo-sexuales de personas con diversidad funcional.

## **Para las familias**

Finalmente, en lo que respecta a las familias, la organización puede plantearse si prevé mecanismos de actuación dirigidos a los familiares de los residentes en al menos tres áreas: información, educación e intervención. A continuación comentamos cada una de estas áreas.

- 1. Informar a las familias sobre los derechos sexuales y la expresión de las necesidades afectivo-sexuales de los residentes.** Esto incluye contemplar medidas como:

### *Recomendaciones específicas*

- Se puede abordar la política de la residencia respecto a la sexualidad desde los primeros contactos con las familias. Las reuniones y visitas previas al ingreso pueden ser útiles para aclarar las posibles dudas o preocupaciones que las familias puedan tener al respecto.

- 2. Asesorar a las familias sobre la expresión de las necesidades afectivo-sexuales de los residentes.** Esto incluye contemplar medidas como:

### *Recomendaciones específicas*

- Al igual que en el caso de los residentes, hay diversas formas de asesorar a las familias sobre aspectos relacionados con la sexualidad de los residentes. Disponer de materiales escritos especialmente dirigidos a las familias puede resultar de mucha utilidad.
- También pueden organizarse charlas o talleres en las que se trabajen aspectos específicos relacionados con la sexualidad. Por ejemplo, la sexualidad en la vejez, los estereotipos sobre la sexualidad o el establecimiento de nuevas relaciones durante la vejez.

- 3. Involucrar a las familias en la intervención solo si es necesario.**  
Esto incluye contemplar medidas como:

***Recomendaciones específicas***

- Si el o la residente no presenta deterioro cognitivo, es conveniente que la información y decisiones sobre su sexualidad se traten de forma confidencial, y no sean discutidas con miembros de la familia a no ser que la persona lo pida expresamente.
- En el caso de que el residente presente deterioro cognitivo, resulta útil poner en marcha mecanismos de asesoramiento para ayudar a la familia a entender los derechos sexuales de los residentes, particularmente cuando éstos entran en conflicto con las opiniones de la familia. A este respecto, los programas de mediación constituyen una buena alternativa para abordar estos conflictos.



Colección  
**Guías de la Fundación**

## *Algunas situaciones... siempre únicas*

Para finalizar esta guía, nos parece de interés compartir algunas situaciones relacionadas con expresiones de las necesidades sexuales de las personas mayores que viven en residencias. Todas ellas están inspiradas en casos reales y han sido introducidas en las diferentes secciones de la guía.

Insistimos en una cuestión que ya se ha señalado a lo largo del documento: que cada persona y cada contexto definen una situación única. Esto es algo muy importante que nunca debemos olvidar. Por ello, no hemos de buscar en estos ejemplos soluciones genéricas a modo de “receta ideal” para pretender resolver situaciones que, aunque nos parezcan similares, realmente nunca son iguales.

El propósito de los casos que seguidamente presentamos es simplemente ofrecer algunas pistas que nos ayuden a reflexionar ante cada singularidad concreta. En cada uno de ellos se recogen tres cuestiones que pueden ayudarnos a orientar nuestras actuaciones:

- a) Consideraciones y preguntas clave. En primer lugar, se identifican algunas cuestiones que debido a su especial importancia en cada situación deben ser consideradas, así como algunas preguntas que pueden ayudarnos a reflexionar y orientar la búsqueda de las opciones más adecuadas.
- b) Posibles intervenciones. En segundo lugar, se sugieren algunas intervenciones que consideramos adecuadas y prudentes. Son orientaciones genéricas, ya que la concreción de la actuación siempre se deberá hacer en cada caso una vez valorada la situación, sopesando los “pros” y “contras” de los posibles cursos de acción.

- c) Lo que debemos evitar. Finalmente, se advierte sobre la incorrección de algunas actitudes, conductas e intervenciones, por lo que en consecuencia deberían ser desechadas. Con frecuencia son reacciones extremas que se plantean de forma automática, sin reflexión, cuando surge el conflicto. Suelen ser opciones que buscan tranquilizarnos por el mero hecho de haber actuado, pero que adolecen de la necesaria reflexión que requiere la complejidad del caso. Son actitudes y acciones que habitualmente ignoran el bienestar de la persona y que incluso pueden llegar a vulnerar derechos.

### 1. Manuel viendo la TV

El otro día, en un salón de la planta baja del centro, mientras veía una película, Manuel se estaba masturbando. Una enfermera, al pasar se ha dado cuenta de ello. Se ha quedado muy cortada y se ha ido rápidamente. No sabía qué hacer. En el salón no había nadie, en ese momento Manuel estaba solo. La enfermera lo ha puesto en conocimiento de la dirección.

#### Consideraciones y preguntas clave

- En general, la masturbación, incluso en los casos de personas con demencia, es una conducta sexual normal, que no debe ser reprimida, pero que puede ser inadecuada si no se realiza en espacios privados.
- Los profesionales deben estar formados y preparados para manejar con respeto, discreción y buen hacer estas situaciones que a muchos de ellos y ellas, pueden generar incomodidad y dudas sobre cómo proceder.

*En esta situación puede ayudarnos intentar responder a estas preguntas:*

- ¿Manuel realiza esta práctica en espacios públicos habitualmente o fue un suceso aislado?
- ¿Pasó algo que fomentara esa conducta?
- ¿Cuál es el estado mental de Manuel? ¿Tiene o se sospecha de un proceso de deterioro cognitivo?
- ¿Los profesionales han recibido formación sobre cómo abordar estas situaciones?

#### Posibles intervenciones

- Si Manuel mantiene un estado mental conservado, y es un suceso aislado, no dar excesiva importancia al hecho.
- Si Manuel mantiene un estado mental conservado, y es un suceso que se ha producido en más de una ocasión, comentar el suceso con el residente con discreción y comprendiendo sus necesidades, recordándole la necesidad de hacer esto en un lugar privado. Valorar qué profesional o persona es la más adecuada para mantener esta conversación.
- Si Manuel tiene una demencia, acompañarle a un lugar privado.

### Lo que deberíamos evitar

- Reprenderlo públicamente.
- Ignorar las faltas de respeto de otros usuarios.
- Enjuiciar a la persona, reprobarla, descalificarla.
- Si es un suceso aislado, convertir este suceso en un “drama”.
- Comentar el suceso donde o con quien no corresponde, o bromear al respecto.
- Si es una práctica que se repite, pasarla por alto ya que puede molestar a otras personas.
- Faltar a la confidencialidad, hablando del caso fuera del contexto de trabajo.
- Medicar o sujetar a la persona para evitar que se masturbe más.

## 2. Rosa y José

Rosa tiene una demencia moderada. Su hija, Carmen es su única familia; la visita de vez en cuando y está pendiente de ella. Rosa pasa últimamente mucho tiempo junto con José, quien está viudo desde hace varios años. José mantiene un buen estado físico y mental. Las auxiliares han advertido que entran juntos en la habitación de ella y pasan largos ratos. El otro día los vieron dentro de la cama acariciándose. Se plantean que esto no puede ser, que José está abusando de ella, que la residente debe ser protegida y alejada de este residente.

### Consideraciones y preguntas clave

- La demencia, en sí misma, no debe ser una circunstancia que limite en todo caso la posibilidad de decidir mantener relaciones interpersonales y sexuales. Es importante saber la apreciación que Rosa tiene sobre su relación con José, cómo valora su compañía y su ausencia. Lo más importante es valorar la capacidad de Rosa para expresar su rechazo y poner límite ante situaciones que no desee, es decir su competencia para no consentir su relación con José.
- En las personas con demencia es importante conocer sus valores de vida previos a la enfermedad, especialmente sobre las relaciones afectivas y la vida sexual.
- Es importante saber si la residente está incapacitada, conocer para qué tipo de cuestiones ha visto modificada su capacidad de decidir y actuar y estar coordinados con su representante legal.

*En esta situación puede ayudarnos intentar responder a estas preguntas:*

- ¿Cómo reconoce y aprecia Rosa su relación con José?
- ¿Expresa bienestar o malestar cuando está con él, y cuándo está sin él?

- ¿Tiene Rosa capacidad suficiente para identificar y expresar su rechazo ante una relación no deseada?
- ¿Cómo valora y aprecia José la relación con Rosa? ¿Es sensible y es capaz de reconocer sus deseos respecto a lo que acepta y no acepta?
- ¿Comprende Rosa su enfermedad y proceso?
- ¿Toman medidas para evitar enfermedades de transmisión sexual?
- ¿Cuáles han sido sus valores de vida, antes de la demencia, en relación a las relaciones afectivas y a la vida sexual?
- ¿Rosa está incapacitada legalmente? ¿Quién tiene la custodia? ¿Qué aspectos recogen la incapacitación?
- ¿Qué información y opinión tiene su familia más cercana (hija) al respecto?

#### **Posibles intervenciones**

- Valorar la competencia de Rosa para consentir y limitar o rechazar su relación con José.
- Observar y estar atentos al estado físico y emocional de Rosa en distintos momentos: cuando está con José, cuando él se va y cuándo no está.
- Hablar con su hija. Conocer el estilo de vida y valores en relación al sexo por parte de su madre. Plantarle cómo ve las visitas a solas de José y llegar a acuerdos al respecto, valorando el bienestar de Rosa.
- Comentar con José el estado mental de Rosa, explorar su opinión sobre la relación, sus expectativas, la importancia de que los dos se sientan bien, aconsejar el uso de medidas de protección para evitar enfermedades de transmisión sexual, etc.

#### **Lo que deberíamos evitar**

- Prohibir, sin más, las visitas de José a Rosa.
- Despreocuparse de lo que pase entre ellos.
- Recriminar a José tratándolo de “abusador”.
- Decidir y actuar sin coordinación (por ejemplo, que cada profesional decida según su propio criterio qué hacer).
- Dejar a la hija de Rosa al margen sin informarla ni buscar su consenso.
- Faltar a la confidencialidad, hablando del caso fuera del contexto de trabajo.

### ***3. ¡A usted no se le puede permitir!***

Como consecuencia de un parto con problemas, Luis padece desde el nacimiento una parálisis cerebral que le hace precisar ayuda para muchas actividades de la vida diaria. Se desplaza en silla de ruedas y tiene que ser vestido, alimentado y aseado. Tiene ahora 60 años y vive en la residencia. Su estado cognitivo es bueno, de hecho siempre se le ha considerado una persona muy inteligente. Cuando se le asea suele tener erecciones, cuestión que suele incomodar a las auxiliares mujeres. El otro día pidió a Marta, una auxiliar del centro, que le masturbara, la llamó guapa e intentó



tocarle los pechos. Le dijo que le pagaría lo que le pidiese. La auxiliar se enojó muchísimo, le llamó guarro, indecente, le dijo que en una persona que estaba bien de la cabeza esto no se puede permitir y salió de la habitación para denunciar el caso a la coordinadora de planta.

### **Consideraciones y preguntas clave**

- La atención de las necesidades sexuales de los residentes con discapacidades funcionales severas quedan fuera de los cometidos de los profesionales del centro.
- Las personas con discapacidad siguen teniendo necesidades sexuales y los momentos de aseo pueden resultar altamente excitantes.

*En esta situación puede ayudarnos intentar responder a estas preguntas:*

- ¿Tiene cubiertas Luis sus necesidades sexuales?
- ¿Qué opciones serían viables para que Luis viera cubiertas sus necesidades sexuales?
- ¿Es habitual en él este tipo de comportamiento con las auxiliares?

### **Posibles intervenciones**

- Informar a Luis sobre diferentes ayudas técnicas o servicios de asistencia sexual. Esta información deberá proporcionarla el/la profesional que tenga formación en el centro sobre estos temas, si no hay nadie se deberá solicitar la colaboración de otro experto/a.
- Comentar con Luis las repercusiones de su conducta con la auxiliar y sus consecuencias negativas. Valorar qué profesional o responsable debe realizar este asesoramiento, tiene que tener empatía y no ser censurador.
- Normalizar la situación con la trabajadora, comprendiendo su reacción pero ayudándola a encontrar recursos propios para responder de una forma más profesional.
- Ofrecer apoyo y formación al personal que la cuida para un manejo adecuado de este tipo de situaciones y conductas (poner límites, informar de sus cometidos, no perder el autocontrol).

### **Lo que deberíamos evitar**

- No hacer nada, pensando que son gajes del oficio.
- Dramatizar sobre las consecuencias del suceso.
- Recriminar o castigar a Luis.
- Bromear sobre esta situación.
- Faltar a la confidencialidad, hablando del caso fuera del contexto de trabajo.
- Dar por buena la reacción de la auxiliar. Desde la comprensión, hay que generar reflexión sobre la necesidad de un abordaje más profesional.

#### 4. ¿Una relación inmoral?

Enrique y Marcelina ingresaron en la residencia por las mismas fechas. Ambos están cognitivamente bien. Enrique es viudo, mientras Marcelina que tiene problemas muy graves de movilidad, está casada y recibe la visita de su marido una vez por semana. Enrique y Marcelina desde que se conocieron se cayeron muy bien, y poco a poco han pasado de una relación de amistad a cogerse de la mano y acariciarse. Últimamente, lo hacen en lugares públicos, como el comedor. Hace unos días, uno de sus compañeros los sorprendió besándose en el ascensor.

Muchos de los compañeros de Enrique y Marcelina están escandalizados con la situación, y dicen que es inmoral y obscena. Tras numerosas quejas recibidas por los auxiliares, algunos de ellos quieren quejarse a la dirección del centro con el fin de que impidan que la relación entre ellos continúe y avisen al marido de Marcelina.

##### **Consideraciones y preguntas clave**

- Cuando la persona tiene capacidad cognitiva suficiente, las decisiones en relación a su vida amorosa y relaciones de pareja corresponden a la propia persona y es ella quien debe aclararlas, o no, con su pareja o parejas.
- Intervenir, por parte del centro o de profesionales, cuando hay problemas o desencuentros en las parejas, sin que las personas implicadas lo soliciten, supone un exceso de intervención y paternalismo. La responsabilidad hacia su marido recae en Marcelina, no en el centro o en sus profesionales.
- Las consideraciones sobre la moralidad de la conducta de los demás deben quedar al margen de las actuaciones profesionales. Solo hay que intervenir cuando éstas supongan un importante riesgo de daño para la propia persona o para terceros.

*En esta situación puede ayudarnos intentar responder a estas preguntas:*

- ¿Se han observado otros cambios en Marcelina que puedan suponer sospecha de inicio de un proceso de deterioro cognitivo?
- ¿Cómo es la relación de Marcelina con su marido, se han presenciado discusiones o tensión?
- ¿Cómo es la personalidad y el comportamiento del marido de Marcelina? ¿Y la de Enrique? ¿Podría este suceso provocar un incidente grave?
- ¿Tienen claro los profesionales que hay ámbitos de decisiones que corresponden a las propias personas, incluso cuando existan consecuencias negativas?
- ¿El centro mantiene un estilo excesivamente intervencionista o paternalista con los residentes?

### **Posibles intervenciones**

- Si hay sospecha de otros cambios en Marcelina, realizar una valoración cognitiva y de su competencia para actuar y decidir sobre esta situación.
- Reflexionar con los profesionales sobre el derecho de Marcelina a decidir sobre su vida y que la responsabilidad hacia su marido es de ella.
- Si algún profesional tiene mucha confianza con Marcelina, explorar con el máximo tacto y prudencia, la apreciación de la situación. Ofrecerle orientación y apoyo si lo precisa, puede estar confusa y necesitar que alguien la escuche y le ayude. Guardar la máxima confidencialidad sobre las conversaciones que se tengan con ella.
- Si se aprecia riesgo de incidentes graves en cuanto a una posible reacción violenta del marido o Enrique, hablar con Marcelina que debe contemplar esta posibilidad y consensuar qué hacer del modo más pacífico para todos. Ofrecerle ayuda si cree que puede serle de utilidad.
- Normalizar este hecho como un suceso de la vida normal que, en todo caso, indica que los residentes siguen siendo “personas normales” y que las infidelidades y cambios de pareja forman parte de la vida.

### **Lo que deberíamos evitar**

- Saltarnos la confidencialidad e informar de las relaciones de Marcelina a su marido.
- Contactar y avisar a otros familiares (hijos) de Marcelina o Enrique sin el consentimiento de éstos.
- Prohibir o censurar la nueva relación de Marcelina con Enrique. Enjuiciar moralmente la actuación de ambos.
- Alimentar la sensación de escándalo en residentes y profesionales.
- El exceso de proteccionismo o paternalismo, interviniendo en esta situación si nadie lo ha pedido y no se advierten riesgos importantes.

## **5. El cambio de Dolors**

Dolors siempre fue una mujer muy religiosa, comedida y prudente. Desde hace dos años ha sido diagnosticada de una demencia frontotemporal. Esto hace que además de provocar un progresivo deterioro de sus facultades mentales, utilice un lenguaje soez, que en ocasiones se desvista y que toque a otros residentes buscando contacto físico. Este comportamiento sorprende especialmente, dada su personalidad previa, a su hijo. De hecho, cada vez la visita menos a la residencia porque le incomoda mucho esta situación. El personal cree que esto le avergüenza enormemente y que viene menos porque no soporta ver así a su madre.

### **Consideraciones y preguntas clave**

- No toda conducta de desinhibición tiene un objetivo o contenido sexual.
- Las demencias frontotemporales cursan con comportamientos desinhibidos, pero también hay elementos ambientales y psicológicos que pueden estar originando, manteniendo o intensificando estos comportamientos.

*En esta situación puede ayudarnos intentar responder a estas preguntas:*

- ¿Qué capacidad de comprender esta situación tiene Dolors? ¿Qué funciones cognitivas tiene afectadas?
- ¿Existen situaciones o estímulos que hacen que Dolors se “active”?
- ¿Cuál es el entorno próximo de Dolors? ¿Genera malestar entre quienes conviven con ella, personas usuarias o profesionales, este comportamiento?
- ¿Cómo responden los profesionales a estas conductas?
- ¿Qué actividades la tranquilizan y relajan?
- ¿Su hijo tiene información y apoyo para afrontar estos cambios en su madre? ¿Cómo es esta información?

### **Posibles intervenciones**

- Si tiene capacidad de comprensión y apreciación de la situación comentar con discreción a Dolors las consecuencias de su conducta.
- Realizar una valoración completa, física y psicosocial de Dolors en su entorno y proponer una intervención individualizada según la valoración realizada, para después llevar a cabo un seguimiento continuado.
- Analizar especialmente si existen necesidades psicosociales no cubiertas y, una vez identificadas, intervenir en coherencia. Por ejemplo, ante la necesidad de mayor contacto físico proponer la realización de masajes corporales, etc.
- Buscar medidas de manejo conductual que busquen reducir estos comportamientos, como por ejemplo: identificar actividades que le agraden y estimulen y puedan ser alternativas a sus comportamientos inadecuados, adaptar su ropa para hacer menos probable ciertos comportamientos, acompañarla a dar un paseo cuando molesta a otros residentes, desatención de ciertos comportamientos, etc.
- Ofrecer apoyo y formación a su hijo por parte de un profesional del centro especializado en estos temas (si no existe, derivarle a un profesional que pueda ayudarle).
- Ofrecer apoyo y formación al personal que la cuida para un manejo adecuado de las conductas

### **Lo que debemos evitar**

- No hacer nada, pensando que esto es lo que pasa en las demencias y que así hay que soportarlo
- Recurrir solo al tratamiento farmacológico
- Bromear sobre la situación
- Faltar a la confidencialidad, hablando del caso fuera del contexto de trabajo
- Proponer objetivos no realistas

## 6. Vivir juntas

Elisa y Remedios entraron a vivir en la residencia por separado hace algún tiempo. Se gustan, se nota, cada vez pasan más tiempo juntas y las han visto besarse. Han solicitado a la trabajadora social del centro cambiar de habitación para poder vivir juntas y mantener una vida más privada, ya que las habitaciones del centro son todas dobles. Algunos de sus compañeros comentan que esto no se puede permitir, que esta relación es una vergüenza, que son lesbianas ('las tortilleras', las llaman). La directora teme que se genere un conflicto en el centro y que esto les provoque un mayor rechazo, si se accede a que vivan juntas. La normativa no señala nada sobre la convivencia de parejas homosexuales o lesbianas, nunca hasta ahora se había dado un caso así.

### Consideraciones y preguntas clave

- Todas las personas que viven en una residencia siguen siendo ciudadano/as con derechos, y por tanto tienen libertad, con independencia de su orientación sexual, para mantener relaciones sexuales diversas. La única limitación es la aceptación de dicha relación por ambas partes.
- El centro o entidad tiene el deber de fomentar el respeto y la buena convivencia entre los y las residentes, protegiendo los derechos, aceptando la pluralidad y la diversidad humana.

*En esta situación puede ayudarnos intentar responder a estas preguntas:*

- ¿Son competentes ambos para decidir vivir juntos?
- ¿Cuál es la actitud de Elisa y Remedios, están dispuestos a convivir con una actitud censuradora de otros residentes?
- ¿La normativa del centro es clara y apoya la protección de derechos sexuales y diversidad?
- ¿Se han realizado acciones a favor del respeto a la diversidad sexual para profesionales, familias y residentes?

### Posibles intervenciones

- Informar a Elisa y Remedios sobre el rechazo de algunos residentes. Expresarles apoyo a su decisión.
- Manifestar el apoyo del centro a la diversidad sexual. Si la política del centro en relación al apoyo a la diversidad sexual no está clara, incluirla en los documentos más relevantes (normativa del centro, carta de derechos, etc.). Proponer la existencia de sanciones en caso de conductas homófobas, tanto para residentes como para profesionales.
- Proponerles ayuda, si lo consideran adecuado, para informar a otros de su orientación sexual y de su relación.
- Organizar actividades (charlas, talleres) en favor al respeto de la diversidad sexual para la información y formación de profesionales, familias y residentes.

- Abordar de forma individualizada con los residentes disconformes su queja.
- Manejar la situación con firmeza, procurando normalizar la situación y con discreción

**Lo que deberíamos evitar**

- Intentar disuadirles de que pongan fin a su relación, que se escondan o impedirles que vivan juntos.
- No informales de la disconformidad de algunos residentes.
- Faltar a la confidencialidad, hablando del caso fuera del contexto de trabajo o dar explicaciones a los demás sobre la vida y conducta privada de los residentes.
- Permitir que los profesionales les discriminen, les falten al respeto o se posicionen con residentes que fomentan actitudes homófobas.
- Pasar por alto conductas discriminatorias y comentarios de residentes o de profesionales, tanto malintencionados como supuestamente graciosos.





Colección  
**Guías de la Fundación**



A continuación presentamos una selección de recursos diversos sobre la sexualidad en entornos residenciales. Algunos de ellos permitirán al lector saber más sobre el tema. Otros son instrumentos a utilizar en la práctica profesional. Finalmente, algunos de ellos se pueden utilizar como recursos didácticos si se participa u organizan talleres, cursos u otras acciones formativas centradas en este tema.

### ***Guías de actuación y buenas prácticas disponibles en Internet***

Alzheimer's Society (2013). Sex and Dementia

[https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1801/factsheet\\_sex\\_and\\_intimate\\_relationships.pdf](https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1801/factsheet_sex_and_intimate_relationships.pdf)

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., Tarzia, L. y Beattie, E (2013). Sexuality Assessment Tool (SexAT) for residential aged care facilities.

<https://www.privacy.org.nz/assets/Uploads/Sexuality-Assessment-Tool-SexAT.pdf>

Center for Practical Bioethics (2006). Considerations regarding the need of long-term care residents for intimate relationships and sexual activity

[https://www.practicalbioethics.org/files/guidelines/Intimacy\\_Guidelines\\_Aug2007.pdf](https://www.practicalbioethics.org/files/guidelines/Intimacy_Guidelines_Aug2007.pdf)

International Longevity Center (2011). The last taboo. A guide to dementia, sexuality, intimacy and sexual behaviour in care homes

[http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf\\_pdf\\_184.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_184.pdf)

National Consumer Voice

<http://ltcombudsman.org/issues/sexuality-and-intimacy-in-long-term-care-facilities>

- Royal College of Nursing (2011). Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships · [https://www2.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/399323/004136.pdf](https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/399323/004136.pdf)
- Ryerson University (2007). A Best Practice Approach to Intimacy and Sexuality A guide to practice and resource tools for assessment and documentation · [http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/eventsandpresentations/2012/SexualityPracticeGuidelinesLLGDraft\\_17.pdf](http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/eventsandpresentations/2012/SexualityPracticeGuidelinesLLGDraft_17.pdf)
- Vancouver Coastal Health Authority (2009). Supporting Sexual Health and Intimacy in Care Facilities · [http://www.sfu.ca/content/dam/sfu/grc/Friesen2013/FacilitiesLicensing\\_SupportingSexualHealthandIntimacyinCareFacilities2.pdf](http://www.sfu.ca/content/dam/sfu/grc/Friesen2013/FacilitiesLicensing_SupportingSexualHealthandIntimacyinCareFacilities2.pdf)

## **Libros**

- Doll, G.A. (2012) *Sexuality & Long-term care. Understanding and supporting the needs of older adults*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Kimmer, D., Rose, T. y David, S. (2006). *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging*. Nueva York: Colombia University Press.
- López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- Nussbaum, J.F., Miller-Day, M. y Fisher, C.L. (2011). *Comunicación e Intimidad: Las relaciones íntimas a lo largo de la vida*. Barcelona: Editorial UOC & Aresta.
- Vasquez, A. (2010). *Amor y sexualidad en personas mayores: Transgresiones y Secretos*. Barcelona: Gedisa.
- Witten, T.N. y Eyler, E. (2012). *Gay, lesbian, bisexual and transgender aging. Challenges in research, practice and policy*. Boston: John Hopkins University Press.

## **Artículos científicos**

- Bauer, M., Nay, R., Tarzia et al. (2014). 'We need to know what's going on': views of family members toward the sexual expression of people with dementia in residential aged care. *Dementia*, 13(5), 571-585.  
Resumen en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24339072>
- Fabà, J. y Villar, F. (2011). Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados (CSI): Qué sabemos y qué necesitamos saber. *Kairós Gerontología*, 14(5), 25-47.  
Texto completo en: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9898/7351>

- Fabà, J. y Villar, F. (2016). Expresión sexual en residencias: barreras y estrategias para superarlas. *Revista de Trabajo Social*, 208, 119-130.  
Texto completo en: <http://dp.hpublication.com/publication/57af4d68/>
- Kazer, M. (2013). Sexuality in older adults: Changing Misconceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 2-3.  
Resumen en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24168295>
- Lichtenberg, P.A. (2014). Sexuality and physical intimacy in long-term care. *Occupational Therapy Health Care*, 28(1), 42-50.  
Texto completo en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4550102/>
- Mahieu, L. y Gastmans, C. (2012). Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 346-57.  
Resumen en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21861944>
- Roelofs, T.S., Luijkx, K.G. y Embregts, P.J. (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 367-384.  
Resumen en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25381794>
- Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D. y Bauer, M. (2012). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, 38(10), 609- 613.  
Resumen en: <http://jme.bmj.com/content/early/2012/06/01/medethics-2011-100453.abstract>
- Villar, F., Serrat, R., Fabà, J. y Celdrán, M. (2015). As long as they keep away from me: Attitudes toward non-heterosexual sexual orientation among residents living in Spanish residential aged care facilities (RACFs). *The Gerontologist*, 55(6), 1006-1014.  
Resumen en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24371215>
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J. y Serrat, R. (2014). Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: Does an extreme cautionary stance predominate? *International Psychogeriatrics*, 26, 406-412.  
Resumen en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331234>
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J. y Serrat, R. (2014). Regulación de la expresión sexual de los mayores ingresados en residencias. La visión de los profesionales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(6), 272-278.  
Texto completo en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-regulacion-expresion-sexual-los-mayores-S0211139X14001346>

## ***Películas y documentales***

A les teves mans (2010), de Fundació enllaç

<http://www.idemtv.com/es/2012/07/17/a-les-teves-mans/>

Salir del armario a los 60 (2006) de Radio Televisión Española.

<http://www.rtve.es/alacarta/videos/documentos-tv/dtv-salir-del-armario-60/2195376/>

80 egunean (2010). Dirigida por José María Goenaga y Jon Garaño.

<http://www.filmaffinity.com/es/film549533.html>

El séptimo Cielo (2009). Dirigida por Andreas Dresen.

[https://www.youtube.com/watch?v=ew6tDAtiu\\_s](https://www.youtube.com/watch?v=ew6tDAtiu_s)





Guías de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, N°3 (2017)

SEXUALIDAD EN ENTORNOS RESIDENCIALES  
DE PERSONAS MAYORES

Guía de actuación para profesionales

[pilares@fundacionpilares.org](mailto:pilares@fundacionpilares.org) | [www.fundacionpilares.org](http://www.fundacionpilares.org)  
ISBN: 978-84-697-3141-3 | Depósito Legal: M-14463-2017