

Informes **acp** gerontol o g i a

Nº 5. Sexualidad en centros residenciales para personas mayores: actitudes de los profesionales y políticas institucionales. Resumen de resultados

Feliciano Villar
Montserrat Celdrán
Rodrigo Serrat
Josep Fabà
Teresa Martínez

2017



ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Agradecimientos.....	5
3. Temática tratada y antecedentes.....	6
3.1. La sexualidad en la vejez.....	7
3.2. Sexualidad en residencias de personas mayores.....	7
4. Objetivos del proyecto.....	10
5. Metodología.....	11
5.1. Participantes.....	11
5.2. Instrumentos.....	12
6. Resultados.....	14
6.1. Principales conductas sexuales.....	14
6.2. Algunos casos para reflexionar.....	15
6.2.1. Relaciones sexuales que involucran personas con demencia.....	15
6.2.2. ¿Saliendo del armario en la residencia?.....	17
6.2.3. Exhibicionismo.....	18
6.2.4. Tocamientos.....	19
6.2.5. Modelo de atención y apoyo o restricción a las expresiones sexuales.....	20
6.3. Políticas sexuales.....	21
7. Conclusiones.....	24
8. Referencias.....	26
9. Miembros del equipo investigador.....	27
10. Para saber más.....	28



1. Introducción

Sobre la serie Informes acpgerontologia

La Serie *Informes acpgerontologia* ha sido ideada para divulgar y difundir contenidos éticos, técnicos y científicos en relación a la Atención Centrada en la Persona (ACP) en el ámbito de los servicios gerontológicos.

Pretende apoyar la aplicación de este enfoque y de los modelos e intervenciones afines al mismo desde la reflexión ética así como desde el conocimiento y la evidencia empírica.

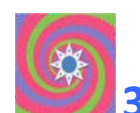
Para ello en la misma se incluyen artículos, revisiones temáticas y resúmenes de investigaciones realizadas, en formato abreviado, de forma que se facilite un primer acercamiento al asunto planteado.

Sobre este informe

El título nº 5 de la serie *Informes acpgerontologia* presenta los principales resultados del estudio *Sexualidad en centros residenciales para personas mayores: actitudes de los profesionales y políticas institucionales*, proyecto dirigido por Feliciano Villar, profesor titular de la Universidad de Barcelona.

El estudio fue realizado en una muestra de 2.229 profesionales de 153 centros residenciales de 13 comunidades autónomas diferentes. Los resultados que aquí se resumen permiten ofrecer una aproximación de las actitudes de los profesionales de atención directa en relación a la comprensión y abordaje de las necesidades y expresiones sexuales de quienes viven y reciben cuidados en entornos residenciales.

El propósito de este informe es difundir de una forma sintética y accesible el trabajo realizado y dar a conocer sus principales resultados y conclusiones. La pretensión es contribuir a que los centros desarrollen políticas más abiertas hacia la sexualidad de las personas mayores y avancen hacia un abordaje comprensivo y reflexivo sobre las necesidades sexuales que subyacen a las personas que viven y son atendidas en residencias, incluso cuando éstas tienen una demencia. Personas que ante todo, siguen teniendo derechos.



Para citar este informe:

Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R, Fabà. J., y Martínez, T. (2017). *Sexualidad en centros residenciales para personas mayores: actitudes de los profesionales y políticas institucionales. Resumen de resultados. Informes acpgerontologia*, nº 5. Disponible en www.acpgerontologia.com



2. Agradecimientos

Este proyecto no hubiera sido posible sin la colaboración y participación activa de los 152 centros de mayores que han ayudado en la recogida de los datos. En cada uno de ellos pudimos contar con la ayuda de un referente que repartió, organizó, animó a sus compañeros en la participación, y devolvió a la Universidad los cuestionarios completados.

Este pequeño informe recoge los principales resultados del estudio que se espera puedan ayudar a que los centros sigan mejorando en la implantación de medidas en el marco de actuación de la Atención Centrada en la Persona (ACP). Dicha actuación no debería olvidar los derechos y necesidades sexuales y afectivas que toda persona tienen, sea mayor o tenga alguna dificultad física o cognitiva.

Este estudio cuenta con el apoyo y reconocimiento de las siguientes entidades: Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA); Confederación Nacional de Jubilados y Pensionistas de España (CONJUPES); Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (LGTB); y Unión Democrática de Pensionistas (UDP). Nuestro agradecimiento a todas ellas por su complicidad y por su compromiso social.

Finalmente queremos agradecer a Fundación Pilares para la Autonomía Personal la edición del libro *“Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores: Guía de actuación para profesionales”*. Un documento que partiendo de los resultados y conclusiones de esta investigación, destaca algunos elementos clave y recomendaciones que pueden ayudar a mejorar la praxis profesional.



3. Temática tratada y antecedentes

El proyecto se centra en el análisis de las actitudes de los profesionales que trabajan en residencias de mayores hacia la expresión de intereses y necesidades sexuales por parte de los residentes. Éste es un tema sobre el que se habla poco y, especialmente, sobre el que se ha investigado también relativamente poco hasta el momento. Este relativo desconocimiento, sin embargo, no se justifica por su falta de relevancia, que -como veremos- es muy alta.

Esta relevancia se fundamenta al menos en dos tipos de argumentos. En primer lugar, en la importancia que tiene la dimensión sexual para el bienestar y calidad de vida de las personas. Una dimensión que también es importante para los mayores, tanto para los que viven en la comunidad como para aquellos que viven en entornos residenciales. En este último caso, la expresión de intereses y necesidades sexuales se enfrenta a retos particularmente difíciles, ya que se ha de conciliar con un entorno altamente regulado, donde la búsqueda de intimidad a veces no es fácil, y en el que existen criterios de eficiencia en el trabajo de los profesionales que pueden dificultar una atención según las necesidades de cada residente (Villar, Celdrán, Fabà, y Serrat, 2014). La expresión de intereses y comportamientos sexuales en residencias implica no sólo a la persona mayor y a su eventual pareja, sino también la reacción de los compañeros, de los profesionales y de las familias y especialmente a la presencia de una cultura y prácticas institucionales que lo posibiliten (Bauer, 1999).

En segundo lugar, existe una dimensión ética vinculada a la preservación de los derechos de las personas que viven en entornos institucionales, preservación de derechos que incluye los derechos sexuales. En este sentido, el proyecto se enmarca dentro del cambio cultural en la atención y cuidados en instituciones que se ha denominado Atención Integral y Centrada en la Persona, que pretende poner el foco del cuidado en las necesidades y punto de vista de la persona cuidada (y no tanto del profesional o de la institución). Curiosamente, esta nueva filosofía de cuidado, en auge en los últimos años, ha venido ignorando las necesidades sexuales de los residentes, que apenas o en absoluto se mencionan en las publicaciones y pautas de referencia del modelo. El presente proyecto pretende contribuir a revertir esta situación, para que la integralidad del cuidado y de los derechos y necesidades de los mayores institucionalizados contemple también la esfera sexual, que no desaparece con la edad ni con la presencia de discapacidades.

Por ello es necesario, a nuestro juicio, conocer cuáles son las actitudes hacia la sexualidad de los profesionales responsables de definir la atención y cuidados que se prestan, así como la cultura y prácticas institucionales respecto a esta cuestión. En este sentido, se conocen poco las buenas prácticas que algunos centros residenciales, o profesionales en el desempeño de su trabajo, realizan en este ámbito. Estas prácticas, si se identificasen, podrían servir de modelo para su aplicación más generalizada en este ámbito, donde la necesidad de guías para abordar este tipo de comportamientos es particularmente acuciante, dada la incomodidad que puede provocar en diferentes niveles (en los profesionales, en los residentes, en los familiares), sus connotaciones morales y su nivel de intimidad.



3.1. La sexualidad en la vejez

La vejez es una etapa del ciclo vital tradicionalmente asociada a estereotipos, generalmente negativos. Uno de los más extendidos hace referencia al declive o incluso desaparición de los intereses y necesidades sexuales durante la vejez. Sin embargo, la investigación ha demostrado que las personas mayores continúan teniendo interés por la sexualidad y manteniendo relaciones sexuales (Lindau, Laumann, y Levinson, 2007), incluso en situaciones de enfermedad o dependencia. Además, el mantenimiento de los intereses y comportamientos sexuales durante la vejez promueve la conservación de la salud y se relaciona con niveles más elevados de bienestar y satisfacción con la vida. Sin embargo, la investigación científica sobre esta temática sigue siendo escasa, lo que dificulta desarraigar los estereotipos sobre sexualidad tanto en las personas mayores como en los profesionales que trabajan con este colectivo.

Los estudios disponibles confirman que la mayoría de personas continúan siendo sexualmente activas en la segunda mitad de la vida (p.e. Lindau et al., 2007), y también constatan la gran variedad de prácticas sexuales que realizan las personas mayores, incluyendo no sólo la masturbación y el coito sino también en algunos casos el sexo oral y anal. En nuestro entorno, la Encuesta sobre Salud Sexual del Centro de Investigación Sociológicas (CIS, 2009) encontró que aproximadamente el 45% de las mujeres y el 73% de los hombres mayores manifestaban haber realizado algún tipo de práctica sexual en el último año. De los que no habían realizado ninguna, en su gran mayoría se debía a que no disponían de pareja sexual.

No obstante, a pesar que el mensaje que nos transmiten estos estudios es que las personas mayores pueden continuar siendo sexualmente activas, la investigación ha identificado una diversidad de barreras, tanto personales como sociales, que dificultan la expresión de las necesidades afectivas y sexuales de las personas mayores. En este sentido, una situación particularmente difícil para que las personas mayores continúen expresando y manteniendo intereses sexuales se da cuando ingresan en una institución residencial.



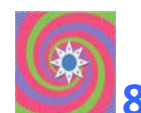
3.2. Sexualidad en residencias de personas mayores

Las personas mayores institucionalizadas son un colectivo que puede ver especialmente dificultada la expresión de sus intereses sexuales. Aunque algunas de ellas siguen siendo sexualmente activas, la frecuencia de comportamientos sexuales es mucho menor entre los mayores institucionalizados que entre aquellos que viven en la comunidad. La investigación en este ámbito ha destacado algunos factores que pueden actuar como barreras para la expresión sexual de los residentes y, por lo tanto, contribuir a entender el porqué de tal diferencia (Villar et al., 2014).

En primer lugar, podemos mencionar las características y actitudes de los propios residentes. Un importante número de personas mayores que vive en residencias tiene un alto grado de dependencia o algún tipo de deterioro cognitivo o demencia lo que dificulta la expresión de las necesidades sexuales o su comprensión por parte de su entorno. Además, el uso de medicamentos para tratar condiciones crónicas puede afectar de manera negativa el deseo sexual y la capacidad de expresarlo en comportamientos. Por otro lado, un porcentaje elevado de residentes está constituido por mujeres viudas o solteras, lo que limita la disponibilidad de parejas sexuales en el caso de las mujeres heterosexuales. Finalmente, las actitudes de los propios residentes respecto a este tema, fundadas en los escasos conocimientos sobre la sexualidad o en prejuicios edadistas que juzgan inapropiados estos comportamientos en la vejez dificultan también la expresión sexual. No podemos olvidar que la actual generación de personas mayores ha vivido la sexualidad bajo unos valores y educación religiosa que ha podido tener un efecto negativo y represor en sus prácticas sexuales durante todo el ciclo vital.

En segundo lugar, el ingreso residencial puede reducir la autonomía e individualidad personal, reduciendo también los espacios de intimidad necesarios para la expresión de su sexualidad. Los residentes pasan la mayor parte del día en espacios públicos, donde son supervisados constantemente, por lo que generalmente disponen de poca o ninguna privacidad. Esta situación se extiende también a las propias habitaciones, que en muchos casos comparten con otro residente y que, además, suelen carecer de mecanismos que permitan la regulación del acceso. De hecho, muchas residencias están diseñadas como hospitales, priorizando el rápido acceso y control sobre la privacidad y la intimidad de los residentes. Como consecuencia, algunos residentes pueden evitar ciertos comportamientos sexuales por miedo a ser descubiertos por los trabajadores. Esta falta de privacidad suele extenderse al uso de la información personal de los residentes. El hecho de que mucha de esta información se comparta entre los profesionales puede generar en los residentes sospechas de que sus intereses o comportamientos sexuales sean discutidos o incluso ridiculizados por los profesionales.

En tercer lugar, el comportamiento y las actitudes de los profesionales ante la sexualidad de los residentes puede tener un gran impacto en su expresión. El conocimiento sobre esta temática parece muy limitado entre los profesionales, muchos no han recibido formación específica y se sienten incómodos manejando situaciones que puedan tener una carga sexual. En algunos casos, los profesionales reaccionan burlándose o intimidando a los residentes cuando expresa alguna



necesidad sexual. De hecho muy pocos profesionales se plantean que sea deseable potenciar la expresión sexual en los centros residenciales ni que tenga beneficios para la salud de los residentes.

Algunos estudios señalan que las actitudes de los profesionales se ven influidas por la cultura de la organización en la que trabajan, que puede ser más permisiva o restrictiva en esta cuestión. Sin embargo, esta cultura organizacional, que incluiría actitudes hacia la sexualidad y el modo de abordar las cuestiones sexuales cuando aparecen, raramente se explicita en forma de normas y regulaciones escritas. Así, a la poca formación de los profesionales y sus actitudes negativas hacia la sexualidad se une al hecho que muchas residencias no disponen de una normativa sobre la forma de regular las expresiones sexuales de los residentes. Bauer, Nay, y McAuliffe (2009), por ejemplo, encontraron que un muy bajo número de residencias ofrecían a los futuros residentes materiales que abordaran cuestiones como el amor, el sexo o la intimidad en el contexto residencial. Esta ausencia de políticas específicas o de guías de buenas prácticas que orienten a los profesionales y a los residentes hace que la respuesta del profesional ante situaciones de tipo sexual sea inconsistente y muy variada, determinada principalmente por las actitudes individuales y por la percepción que se tiene respecto a las dificultades que puedan generar para el profesional, para la institución y para las familias (Shuttleworth, Russell, Weerakoon, y Dune, 2010).

Por último, la importancia de esta cultura organizativa se puede observar en temas como la inclusión y atención de personas LGTB. Muchos mayores LGBT perciben a las residencias como hetero-opresivas y en ocasiones ven coartada su identidad sexual tanto por parte de los profesionales como por parte de otros residentes (Willis, Maegusuku-Hewett, Raithby, y Miles, 2016).

Con el objetivo de mejorar nuestro conocimiento sobre estos temas, durante los años 2012 y 2013 llevamos a cabo un proyecto de investigación sobre la sexualidad en entornos residenciales financiado por el IMSERSO. Debido a la escasez de estudios sobre esta temática, utilizamos un enfoque exploratorio, realizando entrevistas con 53 profesionales que trabajaban en cuatro residencias para personas mayores del área metropolitana de Barcelona. Estas entrevistas versaron sobre aspectos como la regulación de la expresión sexual en entornos residenciales, la formación de los profesionales sobre esta temática, o sus actitudes hacia diferentes tipos de expresión sexual de los residentes (relaciones heterosexuales, masturbación, relaciones homosexuales, y relaciones sexuales entre personas con demencia).

Los resultados de este proyecto indican la presencia importante de actitudes negativas respecto a la expresión sexual en entornos institucionalizados. En concreto, el estudio muestra, entre otros aspectos, los siguientes:

- La sexualidad un tema que tiende a ser ocultado o ignorado, y a ser considerado un problema por los profesionales que trabajan en instituciones.
- Las relaciones y prácticas sexuales que se apartan de lo normativo tienden a ser más rechazadas. Por ejemplo, la homosexualidad o las relaciones sexuales de personas con demencia son cuestiones particularmente problemáticas para los participantes en el estudio.



- En general, los profesionales, al hablar de la sexualidad en instituciones, tienen poco en cuenta los derechos y necesidades de los residentes
- Los entornos residenciales están poco preparados para acoger o apoyar este tipo de necesidades de tipo sexual.

Si bien los resultados de este proyecto son muy interesantes y contribuyen a poner el foco de interés en un tema tradicionalmente poco tratado, la naturaleza exploratoria y cualitativa de los resultados hace que sean todavía limitados. Así, de estos resultados previos deriva precisamente la necesidad de realizar una nueva investigación, incluyendo una muestra más amplia y diversa de residencias, el uso de metodologías de tipo cuantitativo y la exploración más precisa de prácticas institucionales en relación a la sexualidad. Este nuevo proyecto no sólo serviría para confirmar las conclusiones del anterior, sino que las ampliaría de manera decisiva en ámbitos muy relevantes. Precisamente éste es el sentido de la siguiente propuesta de investigación.

4. Objetivos del proyecto

Como se ha comentado anteriormente, este proyecto estudio surge de la necesidad de obtener un nivel de conocimiento mayor en relación a las actitudes hacia la sexualidad en la vejez en instituciones que prestan cuidados a personas mayores. Estas actitudes pueden influir, como se ha argumentado, en la forma en que las personas institucionalizadas viven su sexualidad, y son tanto componente de su calidad de vida como un derecho de esas personas. Este objetivo general se traduce en dos objetivos más concretos:

1. Conocer la forma de entender la sexualidad en la vejez que tienen los profesionales que trabajan en residencias de personas mayores.
 - a. Cuantificar hasta qué punto diversas situaciones en relación con la sexualidad de los residentes se plantean en entornos institucionales, y hasta qué punto son percibidas como problemáticas por los profesionales que trabajan en ellas.
 - b. Explorar las actitudes que los profesionales responsables de definir los cuidados que se proporcionan en residencias de mayores (gestores y técnicos) tienen en relación a la sexualidad en la vejez y, más concretamente, en relación a la sexualidad en un contexto residencial.
 - c. Explorar las actitudes que esos mismos profesionales tienen en relación a una serie de prácticas sexuales concretas, como la conducta sexual en pareja y en solitario, la homosexualidad o las relaciones de residentes con demencia.
2. Identificar hasta qué punto las instituciones residenciales ponen en práctica diferentes tipos de medidas que contribuyen (o no) a manejar satisfactoriamente los intereses y necesidades sexuales de los mayores institucionalizados.

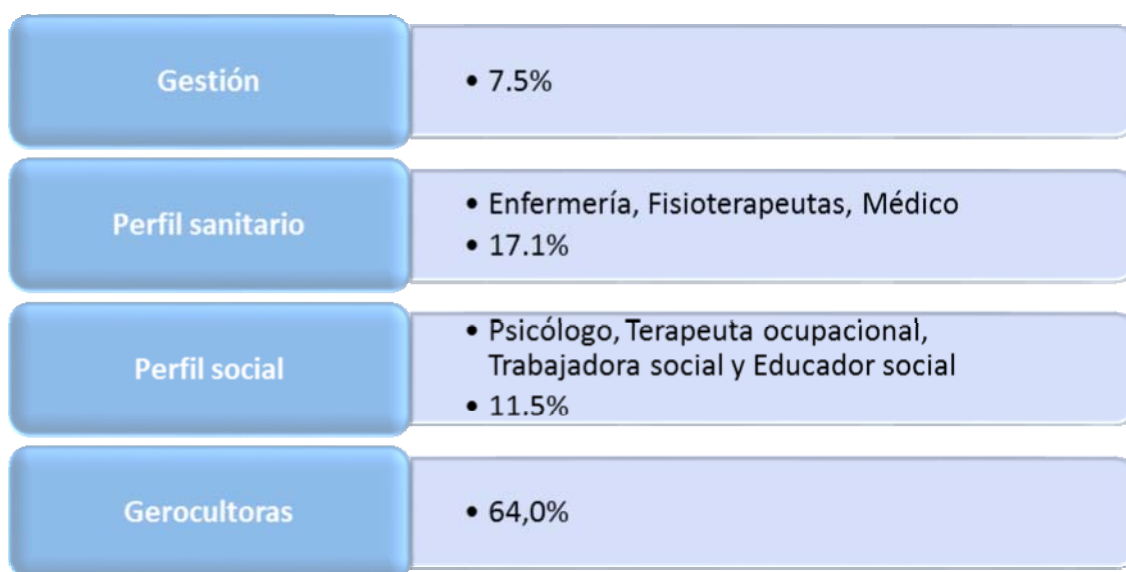
El propósito último del estudio es contribuir a mejorar los cuidados y la atención a las personas mayores que viven en entornos residenciales. Unos cuidados que deben tener en cuenta todas las necesidades del residente, incluidas las sexuales, e incorporar prácticas y medidas que garanticen los derechos de las personas también en esta dimensión vital.

5. Metodología

5.1. Participantes

Perfil de los profesionales

- 2.229 participantes
- 87,7% mujeres
- Edad media 39,74 (DT=10,94)
- 57,9% casadas
- 52,5% con estudios secundarios, 37,4% estudios universitarios
- 63,1% nada o poco creyente
- Media de 10,0 años de experiencia en el sector (DT=7,23)
- Media de satisfacción con su trabajo 8,05/10 (DT=1,45)



Perfil de los centros de mayores

- 153 Centros de 13 comunidades autónomas diferentes
- Media de 100,37 plazas (DT= 47,09)
- 55,67% de las respuestas provenían de centros de titularidad privada

5.2. Instrumentos

Para recoger los datos que permitieran alcanzar los objetivos del proyecto se aplicó un cuestionario con los diferentes datos:

Parte A. Datos sociodemográficos del participante y del centro

Parte B. Situaciones de vivencia de la sexualidad en centros residenciales

A través de diferentes viñetas (historias cortas) se presentaron 10 situaciones a través de las cuales el profesional debía contestar para cada una de ellas:



- Reacciones habituales de sus compañeros
- Reacciones ideales que se deberían realizar
- Experiencia personal
- Frecuencia en la que sucedía en el centro residencial

Parte C. Atención Centrada en la Persona

Se administró el instrumento The Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT, Edvardsson, Fetherstonhaugh, & Gibson, 2010) traducido y validado al castellano por Martínez et al. (2015). Consta de 13 ítems que se contestan en formato Likert desde (1) totalmente en desacuerdo con el ítem, hasta (5) totalmente de acuerdo.

Parte D. Inventario de políticas sexuales

Este último cuestionario, solo rellenado por los directores y cuerpo técnico de los centros participantes, buscaba conocer las medidas que los centros ya llevaban a cabo para ayudar a la mejora de la expresión sexual de los residentes. El inventario constaba de 26 ítems con tres formatos de respuesta: Sí, No o No lo sé. Los diferentes ítems se subdividieron en cuatro grandes políticas sexuales:



6. Resultados

6.1. Principales conductas sexuales

De los 10 casos presentados, los profesionales del estudio expresaron haber vivido de forma personal una media de 2,3 casos (DE=2,42), y la frecuencia de los mismos en la residencia fue de 13,9 (sobre un máximo de puntuación de 50) (DE= 5,25), lo que apunta a que, en general, las experiencias con conductas sexuales son poco frecuentes en los centros estudiados. Ello no implica, por otro lado, que sean vividas de forma normativa o que su manejo sea el más efectivo, como después se discutirá en algunos casos concretos.

De todas las situaciones vividas por los profesionales del estudio, como se apunta en la figura 1, los más frecuentes fueron besos y tocamientos entre residentes, y en segundo lugar la masturbación en residentes varones. Muy poco vividos son las situaciones que implican la diversidad sexual de los residentes, ya sea las relaciones sexuales entre homosexuales, ya sea la revelación al profesional de dicha condición sexual.

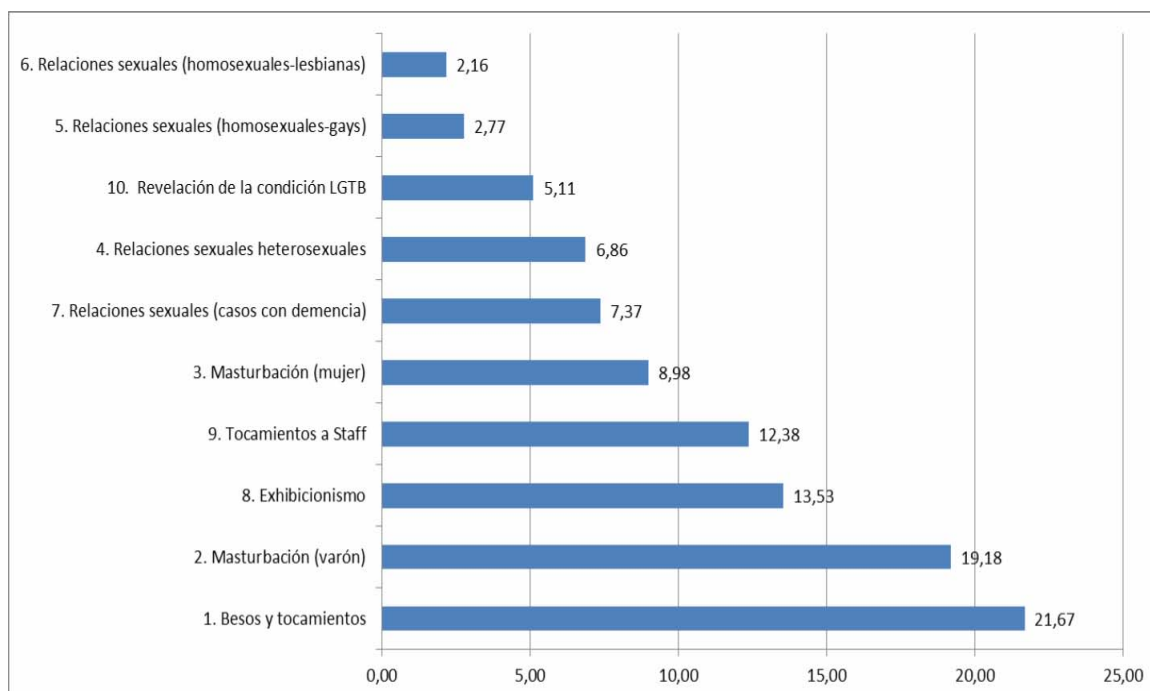


Figura 1. Frecuencia de la vivencia de situaciones sexuales en centros residenciales

A continuación se han seleccionado cuatro casos de los estudiados en el proyecto para profundizar en las prácticas comunes e ideales que se realizarían según los participantes del estudio.

6.2. Algunos casos para reflexionar

6.2.1. Relaciones sexuales que involucran personas con demencia

Una de las situaciones que suele preocupar más a los centros y profesionales son aquellas relaciones afectivas (nuevas relaciones sentimentales) o sexuales que involucran ya sea a un residente con un deterioro cognitivo ya sea a dos residentes con dicho deterioro.

En la desesperada búsqueda de un consentimiento por parte de la persona más débil a nivel cognitivo de la relación, pueden surgir múltiples preguntas sobre si la persona entiende la relación que mantiene con una tercera persona, o si ha decidido conscientemente estar en dicha relación. En estos casos, ¿qué reacciones tienen los profesionales? Y lo que es más interesante, ¿coincide con su percepción de lo que se debería hacer?

En las figuras siguientes (ver figuras 2 y 3) se puede observar la frecuencia de respuestas entre lo común y la reacción ideal, y diferenciando entre aquellos casos en los que habría solo una persona con demencia involucrada o casos en los que habría dos personas con demencia.

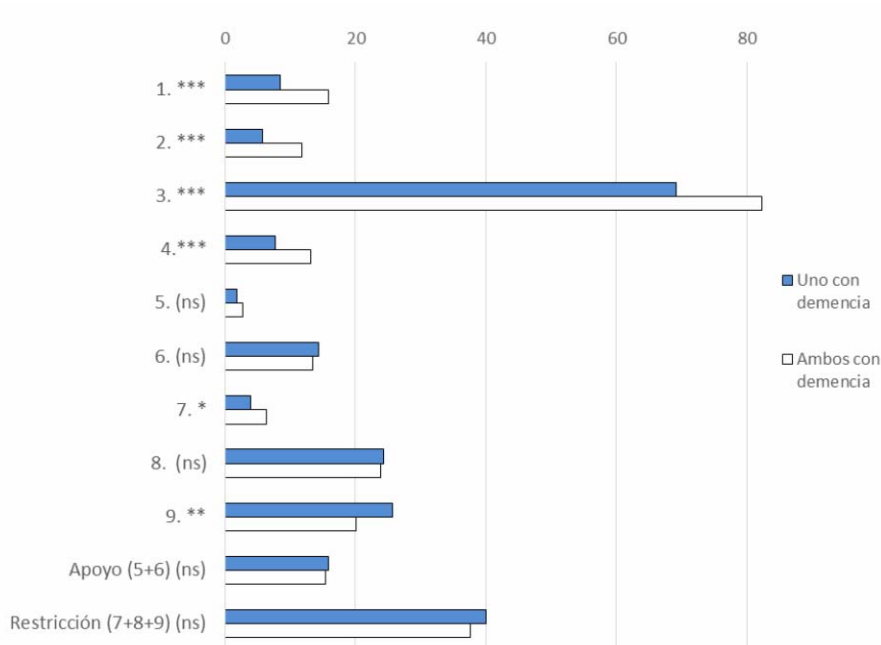


Figura 2. Reacciones habituales entre los profesionales en casos de relaciones con personas con demencia.

Nota a. 1. Disculparse; 2. Hacer como si no se ha visto nada; 3. Comentarlo con supervisión; 4. Comentarlo con la familia; 5. Aconsejar; 6. Intentar averiguar más; 7. Burlarse o hacer bromas; 8. Impedir que vuelva a ocurrir; 9. Reñirles/llamar la atención.

Nota b. Valores de significación * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

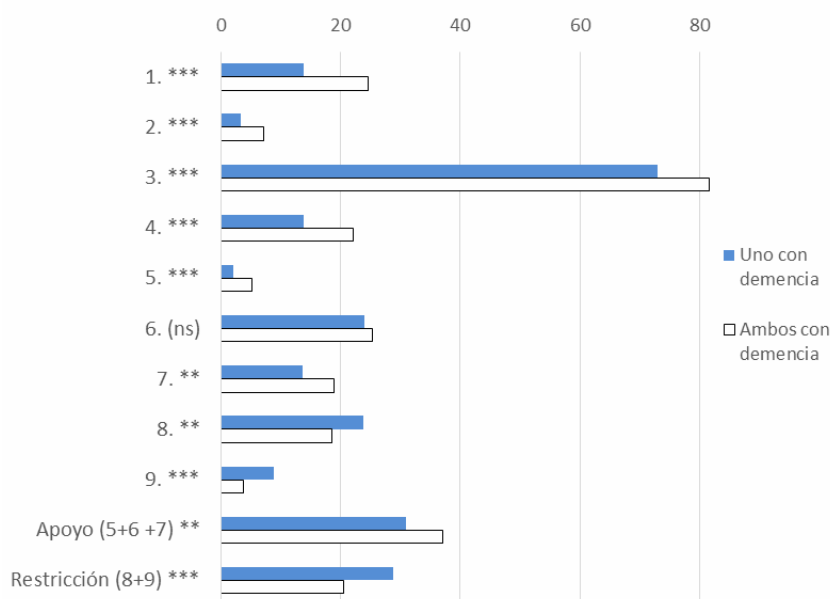


Figura 3. Reacciones ideales entre los profesionales en casos de relaciones con personas con demencia.

Nota a. 1. Disculparse; 2. Hacer como si no se ha visto nada; 3. Comentarlo con supervisión; 4. Comentarlo a los familiares; 5. Aconsejarles; 6. Intentar saber más; 7. No permitir burlas o bromas; 8. Impedir que vuelva a ocurrir; 9. Reñirles/llamar la atención.

Nota b. Valores de significación * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Tanto en el caso de las reacciones habituales como en las ideales se observa una diferencia en cuanto a las frecuencias de acción dependiendo del número de personas con demencia implicadas. Se intuye por los datos que los profesionales tienden a ser más permisivos cuando ambas personas tienen demencia que cuando solo uno de los miembros tiene dicha enfermedad. Se entiende, que en este segundo caso, la posibilidad de la existencia de un abuso o de una relación sin el consentimiento de la persona con demencia podría ser más factible que en el caso que las dos personas tengan demencia.

Es también destacable, como, tanto en una situación como en la otra, la principal acción que se recomienda realizar es comentarlo con supervisión. Por un lado, refleja un buen y fluido canal de comunicación entre los diferentes profesionales, que saben a quién acudir en caso de duda, pero por el otro se puede argumentar que tal vez los profesionales no tienen clara una acción institucional en estos casos y prefieren contar con el respaldo de algún otro compañero.

6.2.2. ¿Saliendo del armario en la residencia?

Puede parecer extraño, pero aun hoy nos podemos encontrar con personas que o bien haya vivido con un gran secretismo su condición sexual que no hayan compartido con otras personas lejanas, sus preferencias sexuales. La entrada en un centro residencial comporta, entre otras cuestiones, una limitación del espacio privado que puede promover que la persona LGTB quiera compartir con algún profesional su condición: ¿Qué se hace y cómo se debería reaccionar ante esta confesión?

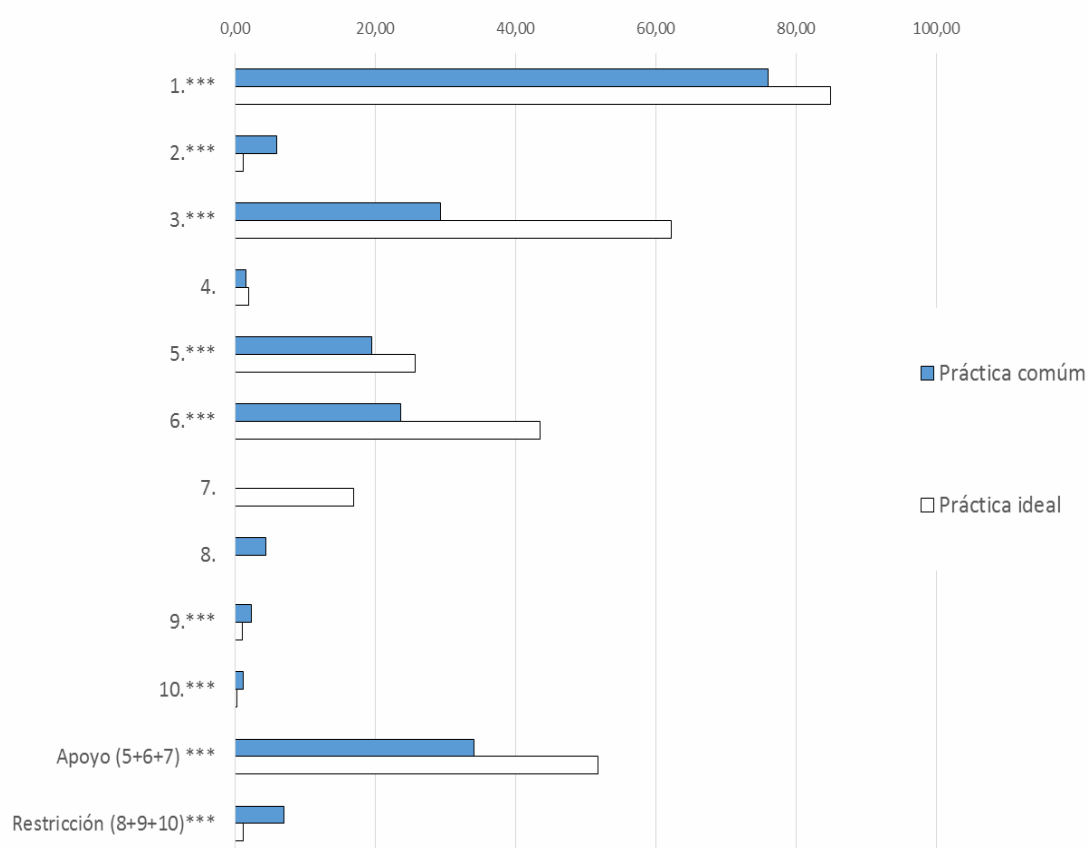


Figura 4. Reacciones común e ideal a la revelación de la identidad sexual de un residente

Nota a. Prácticas: 1. Tratar con normalidad; 2. Hacer como si no hubiera escuchado nada; 3. Comentarlo con supervisión o dirección; 4. Comentarlo con su familia; 5. Intentar saber más; 6. Dar apoyo para que el residente pueda expresarse su condición; 7.No permitir ninguna burla; 8.Burlarse o hacer bromas; 9. Aconsejarle que lo oculte; 10. Llamarle la atención/reñirle.

Nota b. Valores de significación * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Tal y como se observa en la figura 4, tanto en la reacción común como la ideal la práctica más frecuente sería tratar con normalidad la situación y la revelación de la identidad sexual de la persona. Sin embargo, se observa que la práctica ideal incluye de forma significativa más acciones de apoyo a la persona LGTB que lo que se percibe que sería lo común entre los profesionales. De igual forma, aquellas acciones más restrictivas (como incluso aconsejarle que siga ocultando su condición sexual) serían más frecuentes de forma estadísticamente significativa en las prácticas comunes de los centros residenciales.

6.2.3. Exhibicionismo

Una situación que puede ser incómoda y embarazosa para residentes, familiares y profesionales son aquellas situaciones en las que un residente, normalmente varón, realiza alguna conducta de exhibicionismo de sus partes íntimas en alguna zona común. Es la tercera conducta sexual más comentada por nuestros participantes (ver de nuevo figura 1) y la primera de las cuales que podríamos considerar como disruptiva o no-deseable (ya que las dos primeras, besos y tocamientos, y masturbación, se podrían considerar prácticas normales en cualquier colectivo de edad y condición).

En la figura 5 se observan los resultados sobre la conductas exhibicionista. En cuanto a las prácticas comunes, destaca la reacción de “llamarles la atención/reñirles” la cual su porcentaje es muy superior a si observamos la práctica que se consideraría ideal. En cuanto a las prácticas ideales, los profesionales animarían más a aconsejar, en la medida de lo posible, otras medidas o conductas a la persona involucrada, para encauzar una posible necesidad sexual no cubierta.

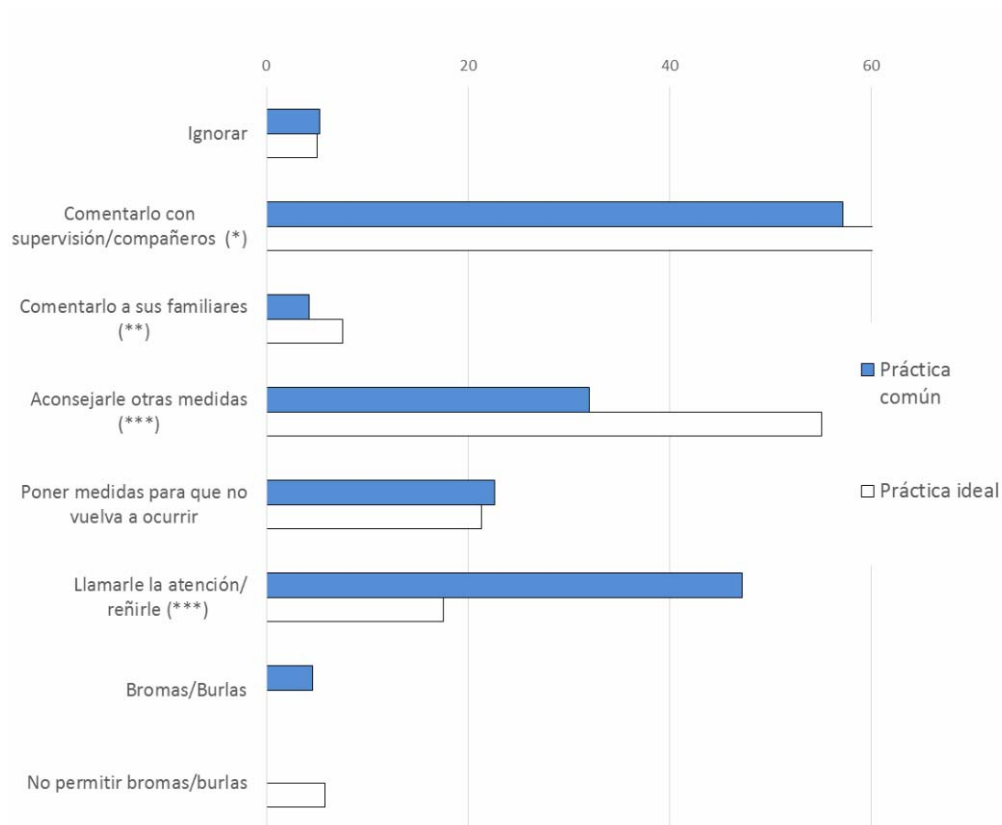


Figura 5. Reacciones común e ideal ante una conducta exhibicionista

Nota a. Valores de significación *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001

6.2.4. Tocamientos

Por último, muchos profesionales, y especialmente el personal gerocultor, tiene que ayudar a cubrir las necesidades más básicas de la persona dependiente que vive en un centro residencial, como puede ser vestirla/desvestirla o ducharla. Estas situaciones comportan una intimidad que en ocasiones puede comportar algún riesgo para el profesional de sufrir algún tocamiento o insinuación por parte de algún residente. ¿Qué hacer o se debería hacer ante estas situaciones?

De nuevo observamos diferencias entre aquellas prácticas percibidas como comunes por parte de los profesionales del estudio y aquello que sería ideal o más aconsejable (ver figura 6). La reacción que más llama la atención es la de “llamar la atención/reñirle” que en la práctica común parece muy habitual y que los mismos profesionales consideran que no debería producirse tanto. En el otro extremo encontramos la práctica de aconsejar a la persona alguna otra conducta para satisfacer una posible necesidad sexual, que es mucho más comentada en la práctica ideal de lo que ocurre en la práctica común. Finalmente, ambas situaciones (común y ideal) comparten como reacción principal la de comentar con un supervisor lo sucedido.

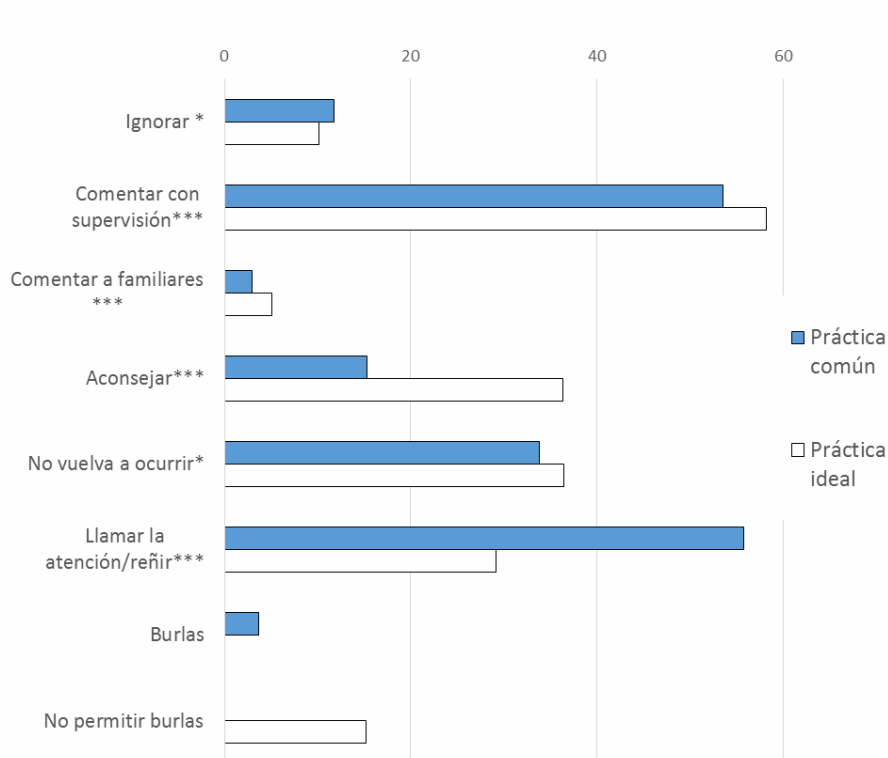


Figura 6. Reacciones común e ideal ante un tocamiento de un residente a un trabajador

Nota a. Valores de significación *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001

6.2.5. Modelo de atención y apoyo o restricción a las expresiones sexuales

Un resultado de especial interés hallado en este estudio es el que pone en relación el modelo de atención del centro y el apoyo o restricción a las expresiones sexuales de los residentes. Para ello se evaluó el grado en que los participantes del estudio perciben que el centro donde trabajan sigue pautas de gestión y atención que se adecuan al marco de la conocida como Atención Centrada en la Persona (ACP).

Como hemos visto, las alternativas que fueron categorizadas como respuestas de apoyo, definidas en cada situación, eran las que buscaban aconsejar, intentar saber más sobre la situación o evitar la burla; mientras que las que se incluyeron en la categoría de restricción eran las que proponían medidas limitadoras para que la situación no volviera a ocurrir, las que incurrían en burla o broma o las que directamente llamaban la atención o reñían a la persona sobre su comportamiento.

En los resultados analizados se han realizado análisis de la regresión para observar si el modelo de atención basado en la ACP estaría relacionado con la mención de determinadas conductas de los profesionales sobre la sexualidad de los residentes. En concreto, de los casos presentados en este informe se ha encontrado (contactar con los autores si se quiere más información estadística al respecto) que una mayor puntuación en ACP estaría relacionada con una mayor mención de conductas de apoyo

y no tan restrictivas en los casos sentimentales en los que está involucrada una persona con demencia, así como en los casos en los que la persona mayor habla de su condición sexual.

De esta forma, la relación estadísticamente significativa encontrada en distintas situaciones analizadas muestra una asociación positiva entre el grado de ACP dispensado en el centro y las medidas que implican apoyo a la expresión sexual de las personas. Por el contrario, la relación se invierte en el caso de las respuestas restrictivas, es decir, a menor grado de ACP dispensado, mayor tendencia a reprimir o restringir expresiones o conductas sexuales.

En este sentido, cabría interpretar que los centros que avanzan desde una filosofía del cuidado centrado en las personas aceptan más y apoyan en mayor medida las expresiones sexuales de los residentes. En otras palabras, que cuando se apuesta por una atención que respeta las diferencias individuales y que reconoce como valor la autonomía personal (libertad para tomar decisiones) se incide en la práctica efectiva del centro en favor de la expresión sexual de las personas.

6.3. Políticas sexuales

De las 26 políticas diferentes que se pregunta a los participantes, la media de los profesionales fue de 9.6 políticas que consideraban que se realizaban en su centro residencial. Sin embargo, la diversidad fue muy alta ya que la desviación estándar fue de 6.23.

La media de cada una de las dimensiones (ajustando a 1 el máximo cada dimensión ya que no todas tenían el mismo número de ítems) arroja que la dimensión 1 (Garantía explícita de derechos) fue la más funcionada ($M=0.45$; $DE=0.27$), seguida de la dimensión 4 (Prácticas/Conductas Staff) ($M=0.41$; $DE=0.29$), dimensión 3 (Recursos y materiales facilitadores ($M=0.34$; $SD=0.25$) y por último la dimensión 2 (Formación e información) ($M=0.29$; $SD=0.30$).

En las tablas siguientes pueden observarse los ítems de cada una de las dimensiones y su frecuencia en mención por parte de los participantes del estudio.

Dimensión 1. Garantía explícita de derechos	%
1. El centro reconoce y apoya de forma explícita el derecho de los residentes a expresarse sexualmente (a condición de que no viole los derechos de otras personas).	64,9
6. El centro prohíbe de forma explícita/escrita el uso de lenguaje o comportamiento homofóbico, sexista o edadista.	50,5
7. El centro reconoce el derecho de los residentes a mantener relaciones sexuales en su habitación con personas de fuera del centro.	22,2
11. El centro dispone de materiales de difusión sobre la residencia que incluyen información sobre los derechos de los residentes para expresar su sexualidad.	13,3
17. El centro intenta que los derechos sexuales de los residentes prevalezcan sobre la opinión de los familiares, si ambas entran en conflicto.	49,9
25. El centro reconoce y acepta explícitamente la diversidad sexual de los residentes.	76,3
Dimensión 2. Formación e información	%
8. El centro asesora y forma a los profesionales en relación a las necesidades y derechos sexuales de los residentes.	27,2
9. El centro asesora y forma a los propios residentes y a sus familias en relación a las necesidades y derechos sexuales.	19,9
12. El centro dispone de materiales de información sobre temas sexuales destinados a los profesionales.	17,2
13. El centro dispone de materiales de información, dirigidos y adaptados para los residentes, sobre temas de carácter sexual.	13,0
14. Existen profesionales especialmente formados para orientar a residentes, familias y a otros compañeros en asuntos relacionados con la sexualidad y su diversidad.	37,5
16. El centro ofrece información sobre a quién acudir en caso de percibir abusos o discriminación en relación con la sexualidad.	50,1
24. Existen profesionales formados que evalúan la capacidad del residente con demencia para asentir/consentir en el establecimiento de relaciones íntimas, y lo hacen en cada situación específica que se presenta.	52,4
26. En el centro se organizan actividades (talleres, charlas, etc.) para favorecer la tolerancia y aceptación de los residentes hacia la diversidad sexual.	22,7
Dimensión 3. Recursos y materiales facilitadores	%
2. El centro permite a los residentes tener materiales o imágenes de contenido sexual en su habitación.	41,5
4. El centro dispone de carteles de “No molesten” para que los residentes los cuelguen en la puerta de su habitación.	11,8
15. El centro, dispone, a petición de los usuarios, de ayudas y material sexual (lubricantes, condones) y material gráfico en relación con la sexualidad.	11,2

18. El centro dispone de suficientes habitaciones individuales para todos aquellos residentes que quieren vivir solos.	37,7
19. El centro dispone de habitaciones dobles para residentes que decidan vivir como pareja.	84,1
20. El centro dispone de camas de matrimonio para las parejas que lo desean.	14,4
21. El centro dispone de medidas para garantizar espacios y momentos de privacidad para las personas que comparten habitación pero no son pareja (cortinas, biombos,...).	42,4
Dimensión 4. Prácticas /Conductas del staff	%
3. El centro tiene en cuenta las necesidades sexuales de las personas usuarias en la elaboración del plan personalizado de atención.	40,8
5. Los profesionales llaman y esperan el permiso explícito del residente antes de entrar en las habitaciones (excepto emergencias).	54,3
10. Los profesionales ofrecen información de los efectos secundarios de una medicación sobre la sexualidad del residente.	28,1
22. El centro tiene un procedimiento escrito para identificar, prevenir y actuar ante la sospecha de acoso o abuso sexual.	29,4
23. La restricciones físicas o químicas para controlar la expresión sexual desinhibida o agresiva del residente no se usan excepto en situaciones críticas muy justificadas.	60,2

7. Conclusiones

De los resultados presentados podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Las situaciones que implican expresiones sexuales de los residentes no son inhabituales en los centros residenciales. Pese a ello, hay algunos comportamientos que son más frecuentes que otros: mientras los besos y caricias, así como la masturbación en hombres son relativamente comunes, otras, como las que tienen que ver con relaciones sexuales gays o lesbianas, lo son mucho menos.
- Los participantes diferencian entre prácticas comunes y buenas prácticas. Mientras en la práctica común las reacciones de tipo restrictivo son frecuentes, cuando se pregunta por buena prácticas aparecen más respuestas que tiene que ver con el apoyo y la tolerancia. Esto implica que los profesionales saben lo que deberían hacer, pero no perciben que eso se lleve a cabo en sus centros de trabajo.
- La diferencia entre buena práctica y práctica común es especialmente acusada en situaciones que implican comportamiento sexuales inapropiados (exhibicionismo, tocamientos), en los que actuar poniéndose en el lugar del otro y sin caer en la simple restricción del comportamiento parece especialmente difícil.
- En el caso de las personas con demencia, los profesionales tienden a ser más restrictivos cuando la relación sexual implica a una persona con demencia y a otra cognitivamente preservada, más que cuando implica a dos personas con demencia. Ello puede tener que ver con una tendencia a percibir abuso y falta de consentimiento cuando sólo una persona tiene demencia.
- Aunque algunas medidas para abordar la expresión sexual en residencias se llevan a cabo por una mayoría de centros (especialmente aquellas que tienen que ver con el reconocimiento de derechos, o la posibilidad de que las parejas compartan habitación), otras son todavía muy raramente implementadas. En este sentido, sería importante avanzar en aspectos como la formación e información de profesionales, residentes y familiares, así como en la disponibilidad de recursos y materiales para facilitar la expresión sexual de aquellos residentes que lo deseen.

- La filosofía del cuidado que orienta un centro es un elemento clave en la práctica profesional y en la definición de la buena praxis. Para avanzar en una atención residencial donde se reconozcan derechos sexuales y se respeten las expresiones individuales diversas, es necesario partir de modelos globales de Atención Centrada en la Persona. Modelos donde además de reconocer derechos, se pone en valor “lo diferente” y se proporcionan apoyos personalizados que buscan dar respuesta a las necesidades diversas de las personas desde una óptica que integre protección con autonomía y bienestar subjetivo.

8. Referencias

- Bauer, M. (1999). Their only privacy is between their sheets. Privacy and the sexuality of elderly nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 37-41.
- Bauer, M., Nay, R., & McAuliffe, L. (2009). Catering to love, sex and intimacy in residential aged care: What information is provided to consumers? *Sexuality and Disability*, 27(1), 3-9.
- Centro de Investigación Sociológicas (2009). *Encuesta sobre Salud Sexual del Centro de Investigación Sociológicas*. Disponible en http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?&estudio=9702
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108.
- Lindau, S. T., Laumann, E. O., & Levinson, W. (2007). Sexuality and health among older adults in the United States: reply. *The New England Journal of Medicine*, 357(26), 2732-2733.
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2016). The Person Centered approach in gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 175-185.
- Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in residential aged care: A survey of perceptions and policies in Australian nursing homes. *Sexuality and Disability*, 28(3), 187-194.
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): Comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2518-2527.
- Willis, P., Maegusuku-Hewett, T., Raithby, M., & Miles, P. (2016). Swimming upstream: The provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential and nursing environments in Wales. *Ageing & Society*, 36(2), 282-306

9. Miembros del equipo investigador

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 en Envejecimiento y Sociedad (RIIES).

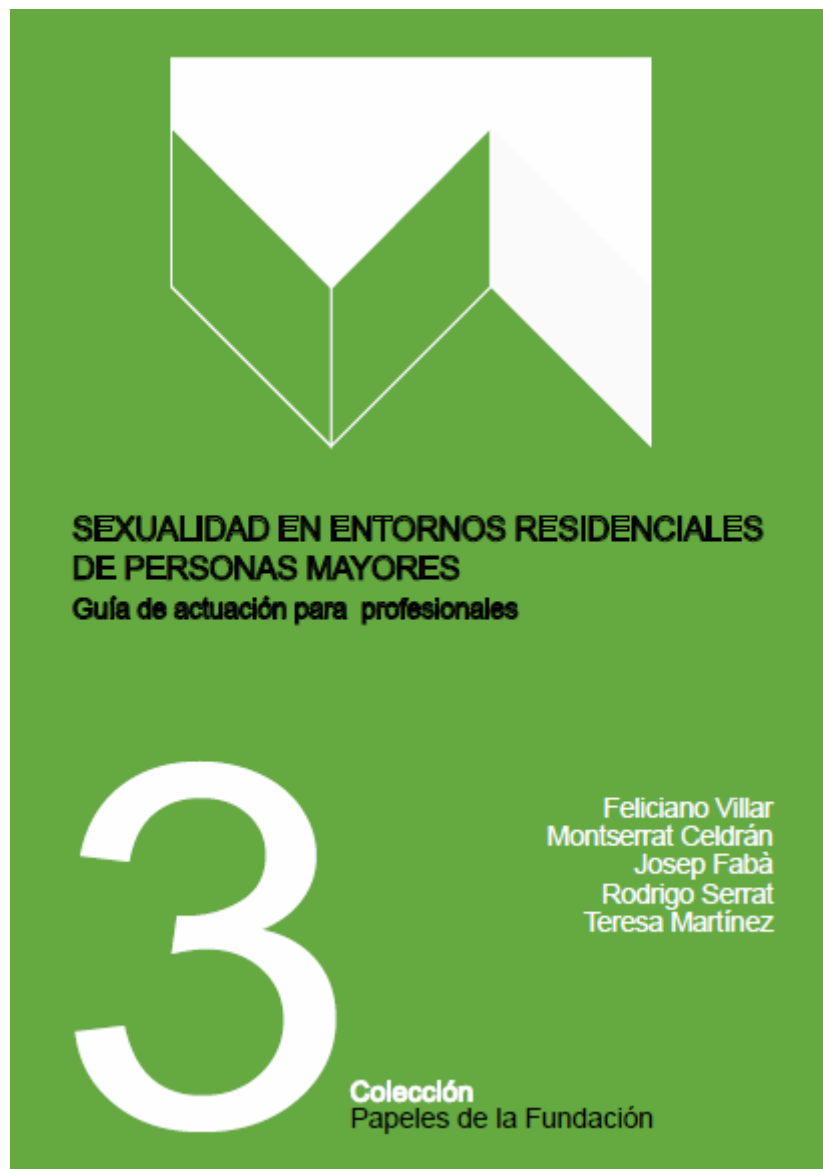
Montserrat Celdrán. Doctora en Psicología. Es profesora e investigadora en el Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación de la Universitat de Barcelona. Es docente en el Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología e investigadora en el Grupo de Investigación en Gerontología (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 del 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 de personas mayores.

Josep Fabà. 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 del 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.

10. Para saber más



Guía de acceso libre disponible en:

<http://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-guia03-guia-sexualidad-2017.pdf>



SEXUALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES: ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Contacto: Feliciano Villar fvillar@ub.edu

Siguenos en Facebook!

<https://www.facebook.com/Psicogerontologia>

