



ORIGINAL/Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

Regulación de la expresión sexual de los mayores ingresados en residencias: la visión de los profesionales



Feliciano Villar*, Josep Fabà, Montserrat Celdrán y Rodrigo Serrat

Departament de Psicologia Evolutiva i de l'Educació, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de febrero de 2014

Aceptado el 25 de junio de 2014

On-line el 7 de agosto de 2014

Palabras clave:

Sexualidad

Residencias de mayores

Normas institucionales

R E S U M E N

Introducción: El objetivo de este estudio es explorar la opinión que tienen los profesionales que trabajan en residencias sobre la regulación de la sexualidad en dichas instituciones.

Material y métodos: Un total de 53 profesionales de 5 residencias del área metropolitana de Barcelona respondieron sobre si convenía regular la sexualidad en las residencias, los agentes que deberían contribuir a tal efecto y los aspectos que dicha regulación debería contemplar.

Resultados: Alrededor del 50% de los participantes reconocieron la conveniencia de disponer de algún mecanismo para regular la sexualidad en las residencias que, de acuerdo con sus respuestas, debería ser elaborado teniendo en cuenta la opinión de los profesionales, pero también la de los residentes y la de sus familiares. Las normas aconsejables más mencionadas fueron garantizar que cualquier situación de tipo sexual ocurriera en un entorno privado y el desarrollo de estrategias para diferenciar a aquellas personas con demencia que pueden dar su consentimiento sexual de las que no.

Conclusiones: La opinión de los profesionales que trabajan en residencias sobre la conveniencia de establecer mecanismos de regulación de la sexualidad parece estar bastante dividida. Así, mientras aproximadamente la mitad de ellos reconoce la potencial utilidad de tales mecanismos, la otra mitad los considera innecesarios o incluso perjudiciales para la libertad sexual de los residentes. La asociación de regulación a prohibición, y de sexualidad a práctica sexual fue común entre las respuestas de los participantes.

© 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Regulation of sexual expression in residential aged care facilities: A professional point of view

A B S T R A C T

Introduction: The purpose of this study is to determine the opinion of professionals working in residential aged care facilities on the regulation of sexuality in these settings.

Materials and methods: Fifty-three professionals from five residential aged care facilities located in the metropolitan area of Barcelona answered several questions regarding the advisability of establishing measures for the regulation of sexuality in RACFs, the elements that could contribute to this, and the aspects that such regulations should consider.

Results: Around 50% of the participants recognized the advisability of having some type of measures for sexuality regulation in residential aged care facilities. According to their responses this should be developed taking into account professional opinions, but also the points of view of the residents and their relatives. The most frequently mentioned regulations were those that ensured that any kind of sexually charged situation occurred in a private environment. The development of strategies are suggested to distinguish those people with dementia that are competent to consent to sexual acts from those who are not.

Conclusions: The opinion of professionals working in RACFs regarding the advisability of establishing measures for sexuality regulation seems to be considerably divided. Thus, whilst around 50% of them

Keywords:

Sexuality

Nursing homes

Institutional regulations

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fvillar@ub.edu (F. Villar).

recognize their potential usefulness, the other half consider them unnecessary or even counterproductive for the sexual freedom of residents. Associating regulation with prohibition and sexuality with sexual activity was not uncommon among the responses of the participants.

© 2014 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En nuestra cultura la actividad sexual ha sido tradicionalmente asociada a la juventud, el vigor y la belleza física. En este sentido, los estereotipos sobre la vejez atribuyen a esta etapa de la vida un declive o incluso una desaparición de los intereses y las necesidades sexuales¹. Sin embargo, la investigación ha demostrado que no solo los mayores continúan manteniendo relaciones sexuales y teniendo interés por la sexualidad²⁻⁵, sino que este tipo de comportamientos e intereses promueve el mantenimiento de la salud y se relaciona con niveles más elevados de bienestar y satisfacción con la vida^{6,7}.

Una situación particularmente complicada para la expresión de necesidades sexuales en la vejez es aquella en la que se encuentran las personas mayores institucionalizadas. Aunque algunas de ellas siguen siendo sexualmente activas, la frecuencia de estos comportamientos es mucho menor entre los mayores institucionalizados que entre aquellos que viven en la comunidad⁸. 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.

Un primer tipo de barreras tiene que ver con las características y las actitudes de los propios residentes. Por ejemplo, la alta prevalencia de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia o el elevado consumo de medicamentos son situaciones que pueden afectar de manera negativa al deseo sexual y a la capacidad de expresarlo en comportamientos^{9,10}. Las actitudes de los propios residentes respecto a este tema, fundadas en los escasos conocimientos sobre sexualidad o en prejuicios edadistas que juzgan inapropiados estos comportamientos en la vejez¹¹⁻¹³, dificultan también la expresión sexual.

Otro tipo de barreras tiene que ver con el diseño de las residencias y la organización de sus actividades. Así, a menudo 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, condición que se extiende a sus propias habitaciones que, por ejemplo, suelen carecer de mecanismos que permitan la regulación del acceso^{14,15}, y es que las instalaciones de muchas residencias de mayores están diseñadas priorizando su función hospitalaria, con rápidos accesos a las habitaciones de los residentes que facilitan su control en detrimento de la privacidad^{16,17}. Así, algunos residentes pueden evitar ciertos comportamientos sexuales por miedo a ser descubiertos por los trabajadores¹⁸.

De hecho, el comportamiento y reacción de los profesionales ante la sexualidad de los residentes parece tener un gran impacto en su expresión. Muchos profesionales no han recibido formación específica sobre este tema y se sienten incómodos manejando situaciones que pueden tener una carga sexual^{19,20}. Los estudios muestran que la mayoría, si bien reconoce las necesidades sexuales de los residentes, no cree que la sexualidad en las instituciones deba ser promovida, y algunos la contemplan como una amenaza^{21,22}. Precisamente en cuanto a las actitudes de los profesionales, algunos estudios señalan que estas se ven influidas por la cultura de la organización en la que trabajan^{20,23}, 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 o actividades relacionados con la sexualidad. Así, los protocolos de

actuación o los materiales dirigidos a profesionales que tratan esta temática son prácticamente inexistentes^{6,24}.

Esta ausencia de políticas específicas o de guías publicadas 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. Por ejemplo, Roach²⁰ señaló que, cuando la institución se percibe como restrictiva y los profesionales no se sienten cómodos manejando cuestiones relativas a la sexualidad, es mucho más probable que actúen de una manera controladora en este tema. En consecuencia, en numerosas ocasiones los profesionales tienden a enfocar las situaciones con connotación sexual desde una posición de extrema prudencia que trata de evitar u ocultar esas situaciones en caso de duda²⁵, aunque otras reacciones más negativas, caracterizadas por el paternalismo y la condescendencia²⁶ o el rechazo²⁰, también han sido observadas.

Si bien, como hemos repasado, existen algunos estudios respecto a la actitud de los profesionales sobre la sexualidad en residencias, son muy escasos los dirigidos a estudiar el papel que, a juicio de esos profesionales, podría tener la regulación y reconocimiento explícito, en forma de derechos o protocolos de actuación, de la expresión sexual de los residentes. El presente estudio pretende avanzar en ese sentido. El objetivo es explorar la opinión que tienen los profesionales respecto a la regulación de la sexualidad en residencias de personas mayores, incluyendo su necesidad o no, quién debería estar implicado en elaborar esas reglas y qué aspectos deberían contemplar.

Material y métodos

Debido a la escasez de investigaciones sobre la regulación de la actividad sexual en residencias se planteó un estudio exploratorio. Los estudios exploratorios son especialmente útiles a la hora de abordar temas poco estudiados, y permiten ahondar en el conocimiento sobre fenómenos relativamente desconocidos, allanando así el terreno para la implementación de investigaciones futuras más completas²⁷. Este mismo hecho pone de relieve la necesidad de empezar a abordar esta temática captando las perspectivas únicas de los profesionales que trabajan en residencias sobre las estrategias para regular la sexualidad en este tipo de centros, para lo que son especialmente útiles las estrategias de recogida de datos cualitativas y, entre ellas, las entrevistas semiestructuradas²⁸.

Participantes

Un total de 53 profesionales que trabajaban en residencias para personas mayores participaron en el estudio. De ellas, 48 fueron mujeres, lo que refleja el grado de feminización de este colectivo profesional. La edad de los participantes iba de 22 a 63 años ($M=42,5$; $DT=11,4$) e informaron llevar trabajando en una residencia de mayores entre uno y 25 años ($M=11,3$; $DT=7,1$).

En el estudio participaron 4 instituciones de Barcelona y su área metropolitana, todas ellas incluidas en la red pública del Departament de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya. Para obtener la máxima variabilidad, las instituciones se eligieron intencionalmente en barrios de diferentes niveles socioeconómicos. Todas

ellas eran de tamaño medio (la más grande acogía a 90 residentes) y ofrecían, entre otros servicios, cuidados de larga estancia. En cada institución se entrevistó aproximadamente a la misma proporción de trabajadores en puestos técnicos y de gestión (director/a, enfermero/a, psicólogo/a y trabajador/social) que en puestos de cuidador/a. En total, participaron en el estudio 30 personas del primer perfil (puestos técnicos y de gestión) y 23 del segundo (cuidadores). Mientras todos los participantes del primer perfil tenían estudios universitarios, entre los cuidadores 8 tenían estudios primarios, 14 secundarios y solo una, estudios universitarios.

Instrumentos

Los datos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada, diseñada por los propios investigadores, que incluía preguntas sobre diferentes aspectos relacionados con la sexualidad en mayores institucionalizados. Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan porque el entrevistador parte de un conjunto de temas predeterminados sobre los que quiere que el entrevistado hable pero, a diferencia del caso de las entrevistas estructuradas, el orden de las preguntas y la forma de plantearlas no depende de un guión rígido sino que deben ajustarse a cada situación concreta, contando así con un grado mayor de flexibilidad²⁹. Las entrevistas tuvieron una duración media de 52,7 min, siendo la más corta de 23 min y la más larga de 69.

De acuerdo con los objetivos del estudio, en los resultados se analizan solo las respuestas con relación a la regulación de este tema en la institución. En concreto, las preguntas que se formularon fueron las siguientes:

- En esta residencia, ¿hay algún tipo de regulación o directriz respecto a la sexualidad de los residentes? ¿Lo cree necesario?
- ¿Quién cree que debería establecer esas normas, si las hubiese?
- Si dependiese de usted, ¿qué normas propondría?

Las respuestas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. A cada participante se le asignó un código en el que el primer número corresponde a la residencia y el segundo al participante dentro de cada residencia.

Procedimiento

El estudio se presentó a la dirección de cada centro, explicando sus objetivos y el procedimiento de recogida de datos. Tras obtener su permiso por escrito, cada centro proporcionó una lista con los trabajadores que cumplían los criterios de inclusión (tener al menos un año de experiencia trabajando en residencias de mayores, llevar al menos 6 meses trabajando en esa institución y trabajar en un puesto que implicara contacto con los residentes). Como es típico de los estudios cualitativos³⁰, estos criterios de inclusión fueron establecidos con la finalidad de seleccionar a aquellos participantes cuyo valor como informantes fuera mayor en comparación con otros profesionales que también pudieran estar trabajando en residencias, pero desde hace poco tiempo o cuyo contacto y nivel de responsabilidad en el cuidado de los residentes fuera muy bajo o inexistente (como podría ser el caso del personal de limpieza, cocina o mantenimiento, entre otros).

Los participantes que finalmente participaron en el estudio se extrajeron aleatoriamente de esas listas para garantizar la variabilidad en aspectos como la edad o el tiempo que llevaban trabajando con personas mayores y obtener, así, opiniones más diversas, hecho que también es coherente con la naturaleza exploratoria de este estudio. Por otro lado, el número de participantes aportados por cada organización y su perfil profesional fueron balanceados para evitar que los resultados se vieran influidos por estas 2 variables.

A los participantes se les informó de los objetivos del estudio y se les pidió su consentimiento informado por escrito. Ningún participante se negó a ser entrevistado. Dos entrevistadoras con amplia experiencia en investigación cualitativa fueron las encargadas de recoger los datos. Como parte de su formación para este estudio, inicialmente cada una entrevistó a 2 personas que cumplían los criterios de inclusión. Estas entrevistas se comentaron con el grupo de investigación para modificar alguna pregunta si era necesario y diseñar pautas comunes para obtener información rica y fiable. Estas entrevistas formativas no formaron parte de la muestra definitiva ni fueron analizadas.

Análisis de datos

Las transcripciones de las preguntas seleccionadas para este estudio se sometieron a un análisis de contenido³¹. El objetivo del análisis era encontrar las ideas o temas clave que aparecían de manera recurrente en los textos.

Para asegurar una codificación³², 2 de los investigadores leyeron de manera independiente los textos y elaboraron una lista de las principales ideas clave para cada una de las preguntas, seleccionando los extractos en los que aparecían. Como algunas ideas parecían relacionadas, posteriormente se agruparon en categorías más amplias, señalándose los entrevistados que mencionaban cada una de ellas.

En una segunda fase, esta lista de categorías obtenidas por cada investigador para cada una de las 3 preguntas, junto con las ideas que agrupaban, se compararon y se identificaron similitudes y diferencias. Las diferencias fueron sometidas a discusión hasta consensuar una lista de categorías para cada una de las preguntas formuladas.

Los 3 sistemas de categorías (uno por pregunta) y una muestra extraída al azar de extractos (aproximadamente el 50% de las respuestas a cada pregunta) se le proporcionaron a un tercer investigador que no había participado en las fases anteriores. Su tarea era asignar los extractos a las categorías. Esta clasificación se comparó con la original, obteniéndose unos niveles kappa de coeficientes de acuerdo interobservador muy satisfactorios (0,92, 0,95 y 0,89 respectivamente).

Resultados

Todos los profesionales entrevistados negaron la existencia de regulaciones, normas o protocolos explícitos en relación con la actividad sexual de los residentes.

¿Es necesaria la regulación?

Treinta y un participantes (53,5%) vieron necesario disponer de algún tipo de regulación, dado que esta ayudaría a reconocer las necesidades de los mayores y tratarlas mejor:

Yo creo. . ., yo creo que sí tendríamos que tender a regular, aunque a mí esa palabra no me gusta. . ., a tener unas directrices claras y para todos, a saber que yo en el centro tengo a la persona y sus necesidades, y dentro de eso evidentemente hay que tener en cuenta la sexualidad, no como algo aparte, sino integrado en las necesidades de la persona. 03.07.directora

Como se observa en el anterior extracto, la entrevistada pretende alejarse de una posible connotación negativa de la palabra «regulación», lo hace destacando destacando sus ventajas, en este caso la mejor atención a las necesidades de la persona.

De manera similar, otros participantes evitan contemplar la regulación como una norma rígida que se aplica de manera estándar a todos los residentes, para ofrecer una versión de la regulación

en la que aparece como una guía que pueda ayudar a los profesionales a poder tener un marco en común de trabajo, más uniforme, sin depender tanto de cada profesional y su criterio:

Pues mira, quizá sí que sería interesante, igual que hay una serie de pautas sobre cómo acoger a una persona cuando entra en la residencia, ¿por qué no podría haber algún tipo de protocolo de qué hacer en alguna situación en que te encuentres a una pareja manteniendo relaciones sexuales en la habitación, en el pasillo o cuando una de estas personas tiene algún tipo de demencias? Sí que estaría bien, porque a veces no sabes cómo actuar. 04_05.enfermera

En este caso, observamos como la regulación de la expresión sexual se asimila a otro tipo de regulación ya existente en la institución (p.e. las pautas de acogida), desactivando sus posibles connotaciones negativas.

Además, los profesionales destacan casos especiales, como podrían ser aquellos en los que una persona con demencia está implicada en la relación, en los que parece más necesaria aún algún tipo de regulación, no solo para preservar la dignidad de la persona con demencia sino también para proteger a la institución y a los profesionales de complicaciones legales posteriores:

Hombre, para evitar posibles denuncias yo creo que sí, por los familiares, a lo mejor ellos se molestan, no lo sé, no sabes cómo actuar, yo los dejo pero si se entera la familia, el hijo, y se entera quien se tenga que enterar y luego vengan problemas, pueden denunciar que hay dejadez, que si abandono, que si no sé qué. Sobre todo para saber qué hacer. 04_11.cuidadora

Incluso en estos casos, algunos entrevistados explicitan que su concepción de la regulación se aleja de la prohibición o la privación:

No, a ver, si las personas cognitivamente preservadas son matrimonio no tendría que existir ninguna norma sobre esto, pero cuando se meten ya con las personas con demencia, ahí sí que tendría que existir alguna norma, no de privar, pero no sé. 04_01.enfermera

En contraste con estas respuestas que apoyaban la regulación de la expresión sexual, 20 de los 53 entrevistados (37,7%) no creían necesaria la existencia de regulación específica en este sentido. En muchas ocasiones se argumentó que el sentido común y el respeto serían suficientes para vivir esas situaciones con naturalidad, sin necesidad de establecer regulaciones formales, que frecuentemente se asociaron a prohibiciones o límites a la expresión sexual:

Creo que no, porque es que ¡si comenzamos a poner reglas para todo! Creo que tiene que haber un respeto general, con el respeto es suficiente. 03_11.cuidadora

No, porque yo creo que es algo natural, la expresión de la sexualidad, de la afectividad, no creo que tuviera que haber nada por escrito. 05_15.cuidadora

No, no. No, porque son personas, son seres humanos, han vivido una vida, han vivido muchas cosas, y si se sienten ágiles y con deseos sexuales, no veo por qué tiene que haber normas; no lo entendería, vaya. 02_16.cuidadora

Cinco profesionales comentaron que, en lugar de normas, con más formación para saber cómo actuar en esos casos sería suficiente:

No, así por escrito no, creo que si es un tema que se trata con normalidad y que... pues si fuéramos a un curso de formación creo que con eso sería suficiente. 05_04.trabajadora_social

En estos casos, la formación, y no la regulación, se contempla como el método para homogeneizar la forma de tratar situaciones relacionadas con la expresión sexual de los residentes:

No, yo creo eso, que tendría que haber una... tendría que hacerse una charla, algo, a las auxiliares, y que estén enteradas de cómo tienen que actuar en diferentes casos. Con eso basta. 01_05.trabajadora_social

Por último, 2 profesionales argumentaron que no hacía falta regular nada porque las expresiones sexuales de los residentes eran muy poco frecuentes, dado su perfil:

Vienen aquí bastante fastidiados, no lo tienen en la mente pienso yo, no tienen necesidad... ni siquiera de besos, de tocarse, de caricias, y no es una cosa que se haya... que se haya hablado, y los residentes tampoco lo manifiestan, son casos muy muy aislados, ¿no? 02_04.enfermera

¿Quién establece las normas?

Con independencia de si las creían necesarias o no, los entrevistados fueron preguntados sobre quién debería ser el responsable de establecer las normas en caso de que las hubiera. En general, las respuestas obtenidas abogaban por el trabajo conjunto entre los 3 principales agentes en una residencia: los profesionales, los residentes y los familiares. De estos 3 agentes, el de los profesionales (incluyendo la dirección del centro) fue el colectivo más frecuentemente mencionado (42 participantes; 79,2%):

La dirección, porque en realidad es su casa, por decirlo de alguna manera. 01_01.cuidadora

Pues mira, aunque sea una postura egoísta yo creo que somos los profesionales (...) porque somos los que vamos a bregar con ello. 05_02.psicólogo

Estos 2 comentarios enfatizan las diferencias de poder y responsabilidad dentro de la institución, y cómo el establecimiento de normas dentro de esa institución es potestad de las personas con más poder y responsabilidad (la dirección, los profesionales).

En contraste, más de la mitad de las entrevistas (31 participantes; 58,5%) resaltan la importancia de los residentes a la hora de poder negociar y decidir el tipo de normativa a seguir en esta temática:

Tendría que ser de todos, pero quizás teniendo voz muy importante los residentes que, en definitiva, son los más afectados porque estamos hablando de su sexualidad, de su forma de llevarla, tratarla y manifestarla, entonces son los principales afectados. Que los profesionales evidentemente tendríamos que estar también ahí vale, pero yo creo que los principales protagonistas serían los propios residentes porque estamos hablando de su sexualidad. 04_14.cuidadora

Los residentes si están bien tienen derecho a decidir, ¿no? y a preguntarles: a ver, ¿cómo le gustaría, qué le gustaría hacer?, porque de última jellos son los que tienen que decidir cómo quieren estar aquí! Yo creo que a ellos se les tendría que preguntar. 01_05.trabajadora_social

Este tipo de actitudes resalta, como se observa en los extractos escogidos, una posición que privilegia la opinión y punto de vista del residente, como protagonista de su propio comportamiento y ser dotado de derechos, con independencia de las estructuras de poder y responsabilidad de la institución.

En el caso de la familia, aunque es mencionada por 22 participantes (41,5%), en muchas ocasiones se sitúa en un segundo plano, y nunca se menciona como agente único de decisión. La familia se vincula en especial a situaciones en las que el residente no puede decidir.

Hombre, yo pienso que si tuviese que haber alguna norma seguramente tendría que ser por parte del centro y estando de acuerdo con... con los familiares o los residentes. Lógicamente

tú en una residencia tienes un abuelo, y ese abuelo tiene un responsable, y ese responsable ha de poder opinar. . . , el abuelo también, claro, pero si no está bien, pues es el responsable quien tiene que decir lo que sea. 01.06.cuidadora

En algunas ocasiones, los participantes, incluso reconociendo la importancia de la familia, planteaban objeciones y dudas sobre su papel, identificando posibles conflictos a los que podría dar lugar contar con su opinión respecto a la expresión sexual del residente. La siguiente respuesta, por ejemplo, expresa estos reparos respecto a la familia, que no aparecen cuando se habla de otros actores:

Yo creo que lo ideal sería que todos pudiéramos hablar de este tema. (. . .) los familiares también, en aquellas ocasiones en las que el residente no puede expresar su necesidad. Pero muchas veces la familia habla desde sus miedos o desde sus angustias, desde sus propias necesidades, y quizá no es siempre el mejor interlocutor para hablar de las necesidades de su familiar. Esto me genera dudas, aunque creo que la familia ha de estar presente, ¿eh? 02.07.psicóloga

Tipos de normas propuestas

Por último, a los entrevistados se les pedía que formularan posibles reglas o normas que ellos considerarían importantes en la residencia con respecto a la sexualidad de las personas mayores.

La mayoría de participantes mencionaba algún tipo de regla respecto a la expresión de la sexualidad de los residentes, aunque estas reglas tendían a ser genéricas y relativamente laxas. La necesidad de privacidad de las posibles situaciones de tipo sexual fue el aspecto más comentado (26 participantes; 41,1%). Así, la expresión de necesidades sexuales se reconoce y se permite, en cualquier caso manifestada «de puertas para adentro» y fuera de la vista pública:

Yo solo pondría una norma y es la de buscar un sitio íntimo. . . ¡y a partir de ahí no hay normas! 01.01.cuidadora

La norma de puerta cerrada, jee. . . haced lo que queráis, pero de puertas abiertas no. O sea. . . no, ¿vale? En la habitación cerrada, hagan lo que quieran, podéis hacer lo que queráis, pero de puertas para afuera es un poco impactante y trae problemas con otros residentes o con las familias. 01.07.cuidadora

Otra norma comentada por los profesionales era la de tener especial cuidado con las personas que tienen algún tipo de demencia, para las cuales se propondría algún tipo de protocolo para conocer hasta qué punto dichas actividades sexuales o sentimentales son consentidas o no (7 entrevistas; 13,2%):

Yo lo único que propondría es que fuese consentido. Si tiene que haber relaciones, que sean consentidas. En el caso de las personas con demencia, se tendría que controlar esto. Si tiene un Alzheimer que no puede decidir lo que quiere, tendríamos que hablar los que estemos en su entorno para saber si. . . si es capaz, si realmente quiere o no quiere. Y ver su pareja y en qué sentido va. Yo solo controlaría eso. 02.08.cuidadora

En contraste con estos entrevistados que sugerían algunas normas y condicionantes a la expresión sexual de los residentes, otro grupo de participantes no especificaba ninguna norma o regla, ni siquiera genérica, y hablaba simplemente del respeto a la sexualidad de los residentes. Así, en 10 entrevistas (18,9% de los participantes) aparece la idea de la aceptación de las necesidades sexuales de los residentes, del respeto a las propias decisiones y de la no pertinencia de normas, al igual que no las hay fuera de la institución:

Como esto entra dentro de la intimidad realmente de cada persona, tampoco creo que una norma sería adecuada. Yo creo que mientras se respeta, las mismas normas que en la calle. Y cuando

aparezca un problema, pues sobre la marcha vemos qué hacemos. 03.05.enfermera

No tengo ni idea, pero el ser humano necesita respeto, sobre todo para él mismo, y para el resto de la gente que convive aquí en una residencia con ellos, pero que las cosas hay que transmitirles y si una persona quiere tocar porque es lo que su cuerpo y su mente le piden, pues que lo haga con respeto. 04.13.cuidadora

En esta línea de la aceptación sin condiciones de las prácticas sexuales de las personas mayores, en 7 entrevistas (13,2% de los participantes) se comenta la necesidad de ofrecer momentos y espacios de comunicación, tanto para los profesionales como para los residentes, para conocer sus opiniones al respecto:

La clave es comenzar a hablar de eso. Para definir un poco cómo queremos respetar la autonomía, la dignidad de la persona, hemos de hablar todos en la entidad. Yo creo mucho en los procesos participativos, no en el ordeno y mando. Empezar por lo básico, por el respeto de la intimidad, y después si comenzamos a explorar con los residentes, quizá nos encontraremos con que nos piden cosas que a lo mejor nos dan miedo. . . ¡pues vale! 02.07.psicóloga

Hacerles una encuesta sobre cómo viven ellos su sexualidad, qué les parece, si se sienten muy vigilados o muy. . . , no hablo de protección de cuidados, ¿eh?, pero si ellos ven que no tienen intimidad, si necesitan esa intimidad, en qué momentos les gustaría tener un poco de libertad para ellos, para hacer lo que ellos sientan. Cada uno piensa diferente y yo tengo que respetar a cada uno, sus gustos, sus cosas. . . no sé, me parece que es muy importante, para mí. Y después nosotros, saber cómo tenemos que actuar con respecto a cada cosa, cuando pasa cada cosa, y todos hacer lo mismo, ¿no? 01.05.trabajadora social

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que, coherentemente con algunos estudios realizados en otros países^{6,24}, la presencia de regulaciones, directrices o protocolos de actuación formales con relación a la expresión sexual no existe en los centros participantes. Como mucho, se confía la actuación en este terreno a nociones un tanto ambiguas, tales como el respeto o el sentido común, sin más detalles o especificaciones.

En segundo lugar, el tono general de las respuestas es de permisividad, y algunos participantes incluso asocian la presencia de normas y reglas a la privación o prohibición de manifestaciones sexuales por parte de los residentes, cuando su sentido no tendría que ser necesariamente ese. Incluso cuando se está a favor de la presencia de normas para regular la expresión sexual, muchos entrevistados explícitamente marcan distancias respecto a un significado «prohibicionista» de la norma.

De hecho, si bien es cierto que una normativización excesiva de la vida en la residencia podría aportar un grado indeseable de rigidez en las relaciones, no es menos cierto, como así reconoce la mayoría de los entrevistados, que la ausencia de normas conduce a un acercamiento inconsistente a situaciones en las que está en juego la expresión sexual de los residentes y, en último término, podría incluso cercenar alguno de sus derechos en este ámbito. En este sentido, para la mayoría de nuestros entrevistados disponer de algún tipo de directriz o protocolo podría ser de ayuda, particularmente (y alguno de nuestros entrevistados así lo menciona), en casos como los de demencia, en los que la capacidad de decisión del residente podría estar reducida.

Con independencia de su posición respecto a la necesidad o no de reglas, todos los entrevistados son capaces de opinar sobre a quién le correspondería participar en su posible elaboración. Aunque muchos de los participantes incluyen a más de un agente, la

gran mayoría de ellos destaca el papel del profesional o la dirección (prácticamente un 80% de participantes), seguido por los propios residentes, que son mencionados por poco más del 50% de participantes. Es decir, prácticamente la mitad de los participantes no tienen en cuenta explícitamente el punto de vista del propio usuario en el establecimiento de regulaciones respecto a su comportamiento sexual, mientras que el papel de las instancias de poder (la dirección, los profesionales) es mucho más reconocido.

El peso de la familia es menor, y es destacable cómo, a diferencia de los otros 2 agentes, en alguna respuesta aparecen argumentos no a favor, sino en contra de la participación de la familia, como elemento que puede mediatizar las necesidades de los residentes.

Tomados globalmente, los resultados obtenidos sugieren cierta ambigüedad. Así, por una parte, la mayoría de respuestas reconocen la legitimidad de la expresión sexual de los residentes y, aunque en menor medida, la colaboración entre los diferentes agentes en el tratamiento de situaciones relacionadas con la sexualidad y el papel que los propios residentes tienen también en este ámbito. Sin embargo, por otra parte, esta cierta permisividad no parece serlo tanto cuando se examinan las normas que aparecen. Así, lo principal, de acuerdo con nuestros entrevistados, es que esa expresión sexual no sea pública, que se realice fuera de la vista de los demás. De esta manera, los posibles riesgos para la convivencia (con otros residentes, con las familias) que se supone que acarrearán, se evitan. Aspectos quizá más vinculados a cuestiones éticas, que tienen que ver con el respeto de derechos y necesidades o velar por la autonomía en las decisiones de los residentes, se mencionan mucho menos. También aparecen en un segundo término los aspectos relativos a la simple comunicación sobre el tema, a hablar de él y conocer esas necesidades.

En este sentido, llama también la atención, además de las normas que se mencionan, aquellas que están ausentes de las respuestas de los entrevistados. Por ejemplo, prácticamente no aparecen cuestiones más concretas y relativas a cómo preservar la intimidad de los residentes (disponiendo espacios o tiempos específicos destinados a encuentros íntimos), a la formación continua de los profesionales en este tema, al manejo de posibles reacciones adversas de compañeros o a el protocolo a seguir con las familias en este tema.

Tampoco aparecen medidas institucionales destinadas, no a ocultar de los demás una necesidad, sino a darle un cauce de manera que se pueda promover su expresión dentro de un marco favorecedor de la salud integral (también la sexual) y la autonomía de los residentes. Así, por ejemplo, medidas que podrían abordar los centros, como la elaboración de una carta de derechos de los residentes o de guías de buenas prácticas, no son mencionadas por los participantes. En este caso, sin embargo, hay que tener en cuenta que la formulación de las preguntas, realizadas en términos muy específicos, quizá pudo tener algo que ver en la ausencia de este tipo de normativas institucionales.

Por último, en prácticamente todas las respuestas se interpreta sexualidad exclusivamente como comportamiento sexual, y en especial como prácticas sexuales que implican genitalidad. Los participantes no contemplan otro tipo de necesidades sexuales que tienen más que ver con la expresión de afectos y emociones, y que podrían tener un papel particularmente importante para los mayores²⁹. De manera similar, tampoco se habla de temas relacionados con la diversidad sexual o con la identidad sexual de los residentes, que sin duda afectan a derechos que deben ser protegidos en entornos residenciales.

Los resultados del presente estudio se deben interpretar con cautela. En primer lugar, se han obtenido con una muestra pequeña y extraída de un número muy limitado de centros, lo que limita su grado de representatividad. La presencia casi exclusiva de mujeres en nuestra muestra, pese a ser un reflejo del grado de feminización de los profesionales que trabajan en residencias, es particularmente

importante en este sentido. En segundo lugar, se ha de tener en cuenta que este tipo de estudios podría estar afectado hasta cierto punto por un sesgo de deseabilidad social, por el que el entrevistado pretendería dar una imagen, en este caso, de tolerancia y ausencia de prejuicios ante el entrevistador en un tema tradicionalmente considerado tabú.

Pese a estas limitaciones, típicas de estudios exploratorios y cualitativos, pensamos que los resultados son una fuente de datos para plantear posibles estudios posteriores en un tema donde claramente se necesita saber más. Quizá nuevos estudios cuantitativos, con muestras más amplias y variadas de centros, permitirían conocer hasta qué punto la sexualidad en las residencias se contempla como un problema y la efectividad de algunas medidas como el reconocimiento explícito de derechos, la regulación de expresiones sexuales y la formación para ayudar no solo a mejorar la calidad de atención y cuidados, sino a fomentar un trato integral y ético a los residentes, que respete todas sus necesidades, incluidas las sexuales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Para la realización del estudio se contó con la financiación del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), proyecto 25/11.

Bibliografía

1. Deacon S, Minichiello V, Plummer D. Sexuality and older people. Revisiting the assumptions. *Educ Gerontol*. 1995;21:497-513.
2. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soci Sci Med*. 2003;56:1617-28.
3. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New Eng J Med*. 2007;357:762-74.
4. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Penas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey. *J Sexual Med*. 2012;2012:121-9.
5. Schick V, Herbenick D, Reece M, Sanders SA, Dodge B, Mittlestadt SE, et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *J Sexual Med*. 2010;7:315-29.
6. Bauer M, McAuliffe L, Nay R. Sexuality, health care and the older person: An overview of the literature. *Int J Older People Nurs*. 2007;2:63-8.
7. Robinson JG, Molzahn AE. Sexuality and quality of life. *J Gerontol Nurs*. 2007;33:19-27.
8. Spector IP, Femeth SM. Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *J Sex Marital Therapy*. 1996;22:235-46.
9. Hillman J. Sexual issues and aging within the context of work with older adult patients. *Prof Psychol Res Pr*. 2008;39:290-7.
10. Schiavi RC, Stimmel BB, Mandel J, Rayfield E. Diabetes, sleep disorders, and male sexual function. *Biol Psych*. 1993;34:171-7.
11. DeLamater J, Moorman S. Sexual behavior in later life. *J Aging Health*. 2007;19:921-45.
12. Gibson MC, Bol N, Woodbury MG, Beaton C, Janke C. Comparisons of caregivers', residents', and community-dwelling spouses' opinions about expressing sexuality in an institutional setting. *J Gerontol Nurs*. 1999;25:30-9.
13. Walker BL, Osgood NJ, Richardson JP, Ephross PH. Staff and elderly knowledge and attitudes toward elderly sexuality. *Educ Gerontol*. 1998;24:471-89.
14. Eckert JK, Carder PC, Morgan LA, Frankowski AC, Roth EG. Inside assisted living: The search for home. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.
15. Morgan LA. Balancing safety and privacy: The case of room locks in assisted living. *J Hous Elderly*. 2009;23:185-203.
16. Bauer M. Their only privacy is between their sheets. Privacy and the sexuality of elderly nursing home residents. *J Gerontol Nurs*. 1999;25:37-41.
17. Litz CW, Arnold RP. The medical model and its effect on autonomy: A comparison of two long-term care settings. En: Gamroth LW, Semradek J, Tornquist EM, editores. *Enhancing autonomy in long-term care*. Nueva York: Springer; 1995. p. 87-108.
18. Frankowski AC, Clark LJ. Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexual Res Soc Pol*. 2009;6:25-37.

19. Gilmer MJ, Meyer A, Davidson J, Koziol-McLain J. Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nurs Praxis New Zealand*. 2010;26:17–24.
20. Roach SM. Sexual behavior of nursing home residents: Staff perceptions and response. *J Adv Nurs*. 2004;48:371–9.
21. Archibald C. Sexuality, dementia and residential care: Managers report and response. *Health Soc Care Community*. 1998;6:95–101.
22. Ward R, Vass A, Garwal Garfield C, Cybyk B. A kiss is still a kiss? The construction of sexuality in dementia care. *Dementia*. 2005;4:49–72.
23. Tzeng YL, Lin LC, Shyr YI, Wen JK. Sexual behavior of institutionalized residents with dementia—a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2009;18:991–1001.
24. Shuttleworth R, Russell C, Weerakoon P, Dune T. Sexuality in residential aged care: A survey of perceptions and policies in Australian nursing homes. *Sexual Disab*. 2010;28:187–94.
25. Villar F, Celdrán M, Fabà J, Serrat R. Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: Does an extreme cautionary stance predominate? *Int Psychoger*. 2014;26:403–12.
26. Bauer M. The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents. *Sexual Disab*. 1999;17:147–55.
27. Creswell JW. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. Thousand Oaks: Sage; 2014.
28. Wengraf T. *Qualitative research interviewing: Biographic narrative and semi-structured methods*. Thousand Oaks: Sage; 2004.
29. Morse JM. The implications of interview type and structure in mixed-method designs. En: Gubrium JM, editor. *The Sage handbook of interview research: The complexity of the craft*. Thousand Oaks: Sage; 2012. p. 193–204.
30. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. London: SAGE; 2011.
31. Vaismorari M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15:398–405.
32. Minichiello V, Aroni R, Timewell E, Alexander L. *In-depth interviewing*. 2nd ed. Melbourne: Longman; 1995.