

# Expresión sexual en residencias: Barreras y estrategias para superarlas

Sexual expression in residences: barriers and strategies for overcoming them

Josep Fabà Ribera<sup>1</sup> i Feliciano Villar Posada<sup>2</sup>

## Resumen

Las personas mayores que viven en residencias pueden encontrarse con múltiples dificultades a la hora de expresar y satisfacer sus necesidades sexuales. El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las principales barreras que, de acuerdo con la literatura científica sobre esta temática, pueden dificultar que aquellas personas mayores usuarias de este tipo de servicios se mantengan sexualmente activas, además de exponer algunas estrategias para minimizar el impacto de dichas barreras.

**Palabras clave:** Sexualidad, vejez, residencias, barreras.

## Abstract

The elderly living in nursing homes may face multiple difficulties to express and satisfy their sexual needs. The aim of this article is to reflect on the main barriers which may hinder users of such services to remain sexually active, according to scientific literature on this subject, and to present some strategies to minimize the impact of these barriers.

**Key words:** Sexuality, old age, residence, barriers.

**Para citar el artículo:** FABÀ RIBERA, Josep y VILLAR POSADA, Feliciano. Expresión sexual en residencias: Barreras y estrategias para superarlas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2016, n. 208, páginas 119-130. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Psicogerontólogo y profesor del Departament de Cognició, Desenvolupament i Psicologia de l'Educació de la Universitat de Barcelona.

<sup>2</sup> Profesor asociado al Departament de Cognició, Desenvolupament i Psicologia de l'Educació de la Universitat de Barcelona.

**El interés hacia el sexo de hombres y mujeres no necesariamente desaparece a los 65 años.**

**No obstante, hay situaciones en las que las probabilidades de llevar una vida sexualmente activa se reducen debido a que plantean una serie de barreras que pueden interferir en la capacidad de la persona mayor de actuar de acuerdo a sus deseos y necesidades sexuales.**

### Introducción

La vejez es una etapa del ciclo vital que tradicionalmente se ha asociado a ciertas falsas creencias. Una de las más arraigadas es la que plantea la vejez como un periodo marcado por la asexualidad, esto es, por la falta de necesidades o intereses sexuales (BIENKO, 2015). No obstante, contrariamente a esta visión edadista de la vejez, el interés hacia el sexo de hombres y mujeres no necesariamente desaparece a los 65 años.

En este sentido, un buen número de estudios llevados a cabo en diferentes entornos socioculturales sugieren que entre el 40% y el 80% de las personas mayores se mantendrían sexualmente activas, y que lejos de existir un patrón único de actividad sexual en la vejez, las personas mayores harían gala de un amplio abanico de expresiones sexuales (GOTT, 2001; LINDAU *et al.*, 2007; NIETO, 1995; PALACIOS-CENA *et al.*, 2012).

No obstante, hay situaciones en las que las probabilidades de llevar una vida sexualmente activa se reducen debido a que plantean una serie de barreras que pueden interferir en la capacidad de la persona mayor de actuar de acuerdo a sus deseos y necesidades sexuales. Éste sería el caso, por ejemplo, de la institucionalización en un centro residencial, y es que, de acuerdo con SPECTOR y FEMETH (1996) y WHITE (1982), el porcentaje de personas mayores sexualmente activas que viven en residencias se situaría alrededor del 10%, y sería inferior al de personas que desearían seguir llevando una vida activa a nivel sexual.

El objetivo de este artículo es presentar las principales barreras que, de acuerdo con la literatura científica sobre esta temática, pueden dificultar que aquellas personas mayores usuarias de este tipo de servicios se mantengan sexualmente activas, además de exponer algunas formas para minimizar el impacto de dichas barreras.

### Diseño físico de las residencias como fuente de barreras

La escasez de privacidad en los centros residenciales ha sido reportada, tanto por profesionales como residentes, como una de las principales barreras que pueden interferir en la vida sexual de los últimos (VILLAR *et al.*, 2014a) y se podría observar, por ejemplo, en el hecho de que la habitación de los residentes, que normalmente es el espacio más privado al que pueden tener acceso, es un lugar sobre el que no acostumbran a tener prácticamente ningún tipo de control. Y es que, por lo general, los centros residenciales no disponen de cerrojos en las puertas de las habitaciones de los usuarios. Además, tampoco es infrecuente que los profesionales accedan a la habitación sin llamar a la puerta, o que llamen a la puerta y entren sin esperar a recibir respuesta alguna del usuario que se encuentra dentro (ECKERT *et al.*, 2009).

La falta de privacidad, no obstante, no se reduce a la ausencia de cerrojos en las habitaciones: su diseño interior también puede mermar la capacidad de los residentes para ejercer control sobre ese espacio o para aislarse de los demás cuando así lo deseen (DOLL, 2012), pues debe señalarse que a menudo la cama y el lavabo son visibles desde la puerta y/o el pasillo (algo que no acostumbra a pasar en las viviendas particulares), que los usuarios no siempre tienen la opción de decorarlas a su gusto, que las habitaciones pueden estar separadas por un muro delgado que no asegura el aislamiento auditivo, y que, cuando éstas son dobles, los mecanismos para separar espacios acostumbran a ser insuficientes (a menudo limitándose a una simple cortina).

Centrándonos en algunas formas de superar esta falta de privacidad, un primer paso en esta dirección podría ser considerar las habitaciones de los residentes como entornos verdaderamente privados el acceso a las cuales sería controlado por las personas que habitan en ellas. Llamar a la puerta, esperar la respuesta del residente y respetarla, pues, debería ser una norma general a incumplir sólo en determinadas situaciones (como por ejemplo en el caso de personas que se encuentran tan deterioradas que no pueden responder a la llamada). Entregar una copia de la llave de su habitación a aquellos residentes que sean capaces de hacer un uso responsable de la misma debería ser otra opción a considerar.

En cuanto al diseño interior de las habitaciones, algunas medidas a considerar (DOLL, 2012; SYME *et al.*, en prensa) podrían ser que las camas de dos habitaciones anexas no quedarán una contra la otra, que éstas fueran más anchas y que no fueran visibles desde la puerta (reubicándolas o colocando algún elemento decorativo o de mobiliario a modo de barrera visual), que los usuarios pudieran decorarlas con sus muebles y objetos de decoración, o que las habitaciones dobles fueran lo suficientemente espaciosas como para permitir la instalación de mecanismos que aseguraran un mayor grado de privacidad de sus usuarios (por ejemplo, separando espacios mediante tabiques en vez de cortinas).

Otra opción a considerar podría ser la creación de una sala de visitas (DOLL, 2012), esto es, un entorno privado y agradable a utilizar por dos residentes con capacidad de consentir el mantenimiento de relaciones sexuales o por un residente y un/a invitado/a que no viva en el centro, y en el que deberían poder pasar la noche.

## Los residentes como fuente de barreras

Una segunda fuente de barreras para la expresión sexual de aquellas personas mayores que viven en residencias son ellas mismas. En este sentido, debe tenerse en cuenta que el perfil de persona mayor que ingresa en este tipo de servicio es

el de una mujer, ama de casa, de unos 80 años de edad, soltera o viuda, y con un nivel educativo más bien discreto. Además, la prevalencia de enfermedades crónicas, las tasas de deterioro cognitivo, el consumo de fármacos y la dependencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria acostumbran a ser considerablemente elevadas (TOBARUELA, 2003). Algunos de estos rasgos, como el hecho de ser mujer, de tener una mayor edad, o de contar con un nivel educativo más bajo se han relacionado negativamente con la probabilidad de ser sexualmente activas en la vejez y con la frecuencia de actividad sexual (LINDAU *et al.*, 2007; NIETO, 1995; PALACIOS-CEÑA *et al.*, 2012), mientras que otros, como el consumo de algunos medicamentos, pueden tener efectos negativos sobre el deseo sexual o la capacidad de responder a estímulos eróticos (HILLMAN, 2008).

Otro factor a tener en cuenta es que las personas mayores acostumbran a presentar actitudes más negativas hacia la sexualidad en general y hacia la sexualidad en la vejez, niveles más bajos de conocimiento sobre esta temática, así como una moral más conservadora, en comparación con personas de generaciones más jóvenes (MCINTOSH, 1981; NIETO, 1995; WALKER *et al.*, 1998).

En el caso de las residencias, las actitudes de las personas mayores que viven en ellas son la segunda fuente de barreras más frecuentemente reportada por residentes y profesionales, después de la falta de privacidad (VILLAR *et al.*, 2014a). En el citado estudio, de acuerdo con un buen número de profesionales y residentes, existiría, entre las personas mayores institucionalizadas, la creencia generalizada de que la actividad sexual en la vejez es social y moralmente reprochable. Otras muestras de este tipo de actitudes negativas las podemos encontrar en el hecho de que algunas personas mayores institucionalizadas consideren inapropiado que dos de sus compañeros mantengan relaciones sexuales en la habitación de uno de ellos (VILLAR *et al.*, 2014d); o en el hecho de que un considerable número de residentes reaccionarían de forma negativa si descubrieran que un compañero/a del centro se masturba o se siente atraído hacia las personas de su mismo sexo (VILLAR *et al.*, 2016; VILLAR *et al.*, 2015).

En relación a estas actitudes negativas, debe señalarse que podrían ejercer sobre los demás una considerable presión por actuar de acuerdo a ciertas normas de comportamiento, estableciéndose así un código informal según el cual la castidad y la represión de los propios intereses y deseos sexuales deben promoverse, y la práctica sexual, restringirse.

Si bien la literatura científica sobre la efectividad de este tipo de intervenciones aplicadas al colectivo de personas mayores es prácticamente nula o nula del todo, una posible estrategia para modificar el conocimiento que éstas tienen sobre la sexualidad en la vejez y sus actitudes en relación a esta temática, podrían ser los programas de educación sexual. De acuerdo

con LÓPEZ (2012), entre los objetivos de la educación sexual en la vejez deberían encontrarse (a) eliminar falsas creencias sobre la sexualidad en la vejez, (b) incrementar sus conocimientos sobre esta temática de forma que puedan adquirir un mayor conocimiento de ellos mismos y puedan tomar decisiones en relación a su vida sexual de forma más libre, (c) adquirir una visión de la sexualidad que no limite esta faceta del ser humano a la juventud, al coito, a la procreación, al hombre o a la heterosexualidad, y (d) favorecer que aquellas personas que así lo deseen abandonen su soledad emocional, social o sexual y amorosa.

### Las demencias como fuente de barreras

Las demencias son una de las principales fuentes de discapacidad y dependencia en la vejez, y en el caso de los centros residenciales, su prevalencia acostumbra a ser elevada (TOBARUELA, 2003). Si bien estas enfermedades no tienen porqué eliminar las necesidades sexuales de aquellas personas que las padecen, sí es probable que generen cambios en la capacidad del individuo para satisfacerlas.

En este sentido, el deterioro funcional y cognitivo que suele acompañar las demencias puede generar, entre las personas que las padecen, dificultades para recordar la secuencia del acto sexual, y entre sus parejas, importantes dilemas, como la idoneidad de mantener relaciones sexuales con alguien cuya capacidad de consentirlas está mermada, o que no les reconoce (DAVIES *et al.*, 1992).

El hecho de padecer una demencia también podría disminuir la capacidad de los residentes para satisfacer sus necesidades sexuales debido a la tendencia que existe, entre los profesionales que trabajan en centros residenciales, a considerar a este tipo de pacientes como personas que no son capaces de tomar prácticamente ninguna decisión por ellos mismos (y por lo tanto tampoco de consentir el mantenimiento de relaciones sexuales), y como posibles víctimas de abusos, lo cual puede llevarles a adoptar una postura extremadamente cautelosa y a actuar de forma paternalista, sobreprotectora y restrictiva (VILLAR *et al.*, 2014b). En el estudio recientemente citado, al preguntar a un conjunto de profesionales de centros residenciales qué pensarían si descubrieran que dos personas mayores de sus centros (una de ellas con diagnóstico de demencia) han mantenido relaciones sexuales, observaron una tendencia predominante a considerar la situación como un abuso claro, incluso cuando la persona con demencia no mostrara señales de malestar o afirmara consentir el mantenimiento de relaciones sexuales. En cuanto a la forma en que creían que manejarían esta situación, las reacciones más frecuentemente reportadas fueron buscar el consejo y la ayuda de otros profesionales del centro, mantener una conversación con los residentes involucrados (en la mayoría de los casos para

concienciar al residente con mejor funcionamiento cognitivo de los riesgos de la situación y persuadirle para que ésta no volviera a repetirse), y separar a las dos personas para evitar que los hechos se produjeran de nuevo.

La clave para resolver los dilemas que puede plantear el hecho que una persona con demencia intente satisfacer sus deseos y necesidades sexuales podría residir en la asunción de que el hecho de que una persona tenga un diagnóstico de demencia no implica que no sea capaz de tomar ninguna decisión que afecte su vida, y que cada caso deberá ser considerado un caso único sobre el que habrá que trabajar en equipo para decidir si la práctica sexual debe ser permitida e incluso apoyada o, por lo contrario, evitada. El documento "Supporting sexual health and intimacy in care facilities: guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada", elaborado por la VANCOUVER COASTAL HEALTH AUTHORITY (2009) propone algunos criterios a tener en cuenta para tomar este tipo de decisiones, que básicamente implican evaluar la capacidad de la persona para consentir el mantenimiento de relaciones sexuales, y el riesgo que éstas entrañan.

Siguiendo con esta guía, para considerar que una persona es capaz de tomar decisiones relativas a la práctica sexual, debe (a) tener conocimientos básicos sobre las diferencias anatómicas y funcionales entre hombres y mujeres, y sobre la actividad sexual con la que desea implicarse, (b) entender los posibles riesgos que dicha conducta sexual plantea para uno mismo y para la otra persona, (c), ser capaz de diferenciar entre lugares y momentos adecuados/inadecuados para involucrarse con dicha conducta sexual, (d) ser capaz de expresar una decisión individual y de resistir a la coerción, y (e) ser capaz de detectar estrés o rechazo de la actividad sexual en otros.

La valoración de la capacidad de la persona con demencia para tomar decisiones relativas a la práctica sexual, se plantea en esta guía, deberá ser complementada con la valoración de la razonabilidad del riesgo de la conducta sexual, que dependerá de (a) la probabilidad de que la práctica sexual suponga un daño para la persona, (b) la gravedad del daño, (c) la importancia de la actividad para ella, y (d) la disponibilidad de alternativas menos peligrosas.

Lógicamente, cuando la actividad sexual involucre a más de una persona estos deberán ser aplicados a todas las partes y, en caso de que alguna de ellas esté incapacitada y su tutela recaiga en una tercera persona, su opinión deberá ser tenida en cuenta siempre que haya que tomar alguna decisión sobre la vida sexual de la persona tutelada. Mencionar, también, que estos no son los únicos criterios que han sido propuestos para tomar decisiones de este tipo, y que hay autores que probablemente catalogarían esta propuesta de excesivamente restrictiva o laxa. En un artículo de TARZIA *et al.* (2012), estos investigadores ofrecen una interesante reflexión al respecto.

## Los profesionales como fuente de barreras

Los profesionales que trabajan en centros residenciales también pueden actuar como fuente de barreras para la expresión sexual de las personas que se encuentran viviendo en ellos, y esto se podría deber a varias razones.

La primera de ellas tiene que ver con las actitudes negativas que algunos profesionales que trabajan en residencias pueden dirigir hacia la sexualidad en la vejez (BAUER, 1999; DOLL, 2012), considerando las expresiones de las personas mayores como algo irrelevante o potencialmente disruptivo para el buen funcionamiento de la institución o como un asunto complejo que es mejor evitar (GILMER *et al.*, 2010).

Otra cuestión a tener en cuenta es la escasa atención que se dedica a abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad, o con la sexualidad en la vejez, durante las formaciones que reciben, independientemente del cargo. La falta de formación en materia de sexualidad ha sido identificada por los mismos trabajadores como un factor que puede limitar su práctica profesional, y de hecho muchos de ellos estarían interesados en ampliar sus conocimientos en esta materia (GILMER *et al.*, 2010; MAHIEU *et al.*, 2011; VILLAR *et al.*, 2014a).

Las actitudes de los profesionales, unidas a la falta de formación recibida sobre sexualidad y vejez, pueden dar lugar a su implicación en prácticas cuanto menos cuestionables a la hora de manejar las expresiones sexuales de los residentes, especialmente cuando las organizaciones para las que trabajan adoptan una cultura restrictiva. Cuando se dan estas condiciones es especialmente factible que las expresiones sexuales de los residentes sean manejadas desde el paternalismo, la infantilización, el rechazo o la disuasión (EHRENFELD *et al.*, 1999; ROACH, 2004). Lo que estos datos ponen de relieve es que, incluso ante la misma situación, los profesionales pueden mostrar formas muy diversas de manejar las expresiones sexuales de los residentes, y esto sugiere que sus reacciones podrían depender más de factores personales que de criterios profesionales.

Una medida para evitar que los profesionales de centros residenciales actúen como fuentes de barreras, para que aquellas personas que quieran y puedan mantenerse sexualmente activas en este tipo de entornos, sería el desarrollo de protocolos de actuación que les ofrecieran pautas útiles y concretas para actuar ante determinadas situaciones en las que la sexualidad de los residentes juegue un papel destacado. Si bien la mayoría de centros residenciales no disponen de este tipo de herramientas (BAUER *et al.*, 2007; VILLAR *et al.*, 2014c), su potencial utilidad radica en el hecho de que deberían servir para proteger los derechos de los residentes y, al mismo tiempo, para que los profesionales se sintieran más capacitados para manejar situaciones de este tipo y lo hicieran de forma consistente, pues su reacción quedaría delimitada por unas guías preestablecidas más que por factores personales. Lógicamente, cada protocolo

debería ajustarse a las características del centro y al tipo de personas con las que se trabaja en él, y ser elaborado gracias a los esfuerzos de profesionales de múltiples disciplinas, entre los cuales sin duda debería contarse el trabajador social.

Aparte de la creación de protocolos, los programas de educación sexual destinados específicamente a abordar la cuestión de la sexualidad en la vejez también podrían ser un recurso útil para incrementar los conocimientos de los profesionales, y mejorar sus actitudes hacia esta temática.

### Los familiares como fuente de barreras

A pesar de presentarla en último lugar, la familia podría ser una de las fuentes de barreras para la expresión sexual en centros residenciales más influyentes, incluso más que las comentadas anteriormente (DOLL, 2013; FRANKOWSKI Y CLARK, 2009). Esto es así porque en muchos casos los familiares son los encargados de decidir si su allegado debe permanecer en una residencia o abandonarla, y por ello no es de extrañar que el personal se esfuerce por respetar los deseos de los familiares en relación a la forma en que su ser querido tiene que vivir su sexualidad para evitar dejar una plaza vacante. Quizás esto podría explicar la tendencia entre profesionales de centros residenciales a contactar con las familias de aquellos residentes que se involucran en alguna práctica sexual para informarles de ello, o el hecho de que en algunos casos las opiniones de los familiares puedan prevalecer por encima de la voluntad de la persona institucionalizada.

Si bien algunas familias pueden reaccionar ante las expresiones sexuales de la persona mayor institucionalizada con muestras de apoyo (DOLL, 2013), en otros casos pueden reaccionar con emociones negativas, enfadándose o sintiéndose avergonzadas, o mostrarse indiferentes y no apoyar tales expresiones. En otros casos, las familias pueden esforzarse para que éstas no se vuelvan a producir mediante múltiples estrategias como solicitar a los profesionales que incrementen la supervisión y prevengan su ocurrencia, prohibir que su padre o madre comparta habitación con alguien que ha conocido en el centro, o finalizar su estancia en el mismo (FRANKOWSKI Y CLARK, 2009). Estas formas de actuar podrían deberse a la existencia de actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez en general, o a la dificultad que algunos hijos tienen para aceptar que sus propios padres siguen teniendo necesidades e intereses sexuales, especialmente cuando estos son viudos (GILMER *et al.*, 2010).

Debe señalarse, también, que la influencia de los familiares puede ejercerse de formas más sutiles, como por ejemplo al no plantearse siquiera la posibilidad de que la persona institucionalizada tenga necesidades sexuales que pueda estar interesada en satisfacer (DOLL, 2012), lo cual podría indicar a la persona que se le considera un ser desprovisto de intereses



sexuales, y facilitar que acabe actuando en consonancia porque es lo que se espera de ella.

En cuanto a las medidas que pueden tomarse para minimizar interferencias no deseadas de los familiares sobre la vida sexual de las personas mayores institucionalizadas, algunas propuestas presentadas anteriormente se podrían ampliar y hacer extensivas al colectivo de familiares de personas institucionalizadas, quienes por ejemplo podrían ser también beneficiarias de talleres de educación sexual.

Quizás una propuesta más a tener en cuenta sería la creación, por parte de los profesionales del centro, de una carta de derechos sexuales de sus usuarios. De nuevo, sin duda alguna, el trabajador social podría ser un pilar fundamental no sólo a la hora de elaborar este tipo de documento, sino también a la hora de dar a conocer su existencia a las familias durante el proceso previo a la institucionalización, así como en la supervisión de que tales derechos se están respetando, y en la revisión periódica de los mismos y su modificación en el caso de ser necesario.

Un documento útil para la redacción de esta carta de derechos podría ser la declaración de los derechos sexuales formulada en el año 1997 durante el XIII Congreso Mundial de Sexología, y revisada en 2014 por el Consejo Consultivo de la WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH (2014). Esta declaración realza, entre otros, el derecho a la libertad, autonomía, privacidad, igualdad y placer sexual, a la libre asociación sexual, y a recibir educación sexual, información basada en conocimientos científicos, y atención clínica a nivel de salud sexual de todas las personas.

## Conclusiones

En este artículo se han presentado las principales barreras con las que se pueden encontrar las personas mayores que viven en centros residenciales a la hora de intentar satisfacer sus deseos o necesidades sexuales. Entre estas barreras se encontrarían el diseño físico, los residentes, el padecimiento de determinadas enfermedades graves como las demencias, los profesionales y los familiares (BAUER, 1999; FRANKOWSKI Y CLARK, 2009; VILLAR *et al.*, 2014a). A lo largo del artículo se han expuesto, también, algunas estrategias que podrían contribuir a superar tales barreras, como dotar de mayor privacidad y calidez a las habitaciones de las personas mayores institucionalizadas; la creación de una sala de visitas; la implementación de talleres de educación sexual para residentes, profesionales y familiares; el desarrollo de protocolos para regular la sexualidad que incluyan mecanismos para estudiar la capacidad para consentir el mantenimiento de relaciones sexuales; y la redacción de una carta de derechos sexuales (DOLL, 2012; LÓPEZ, 2012; VANCOUVER COASTAL HEALTH AUTHORITY, 2009; VILLAR *et al.*, 2014c).

**Que todos los profesionales que trabajan en residencias asuman la responsabilidad de velar por el bienestar sexual de las personas mayores que viven en ellas como una más de sus funciones y desarrollen las habilidades necesarias para intervenir en este campo es vital.**

Si algo tienen todas estas estrategias en común es que implican que los profesionales que trabajan en centros residenciales dejen de ser una fuente de barreras para la sexualidad de las personas mayores que habitan en ellas y se conviertan en un elemento facilitador de la misma, lo cual no debería ser sorprendente si tenemos en cuenta que su función última es velar por el bienestar –a todos los niveles– de las personas para las que trabajan. Así, de la misma forma que los profesionales actúan cuando detectan que un residente presenta una mayor inestabilidad en la marcha, creen que una familia es candidata a recibir una determinada ayuda económica, u observan que alguien se siente culpable por haber institucionalizado a su familiar, sería de esperar que también lo hicieran cuando dos residentes deseen ser sexualmente activos pero no dispongan de un lugar que se lo permita, cuando se tengan dudas sobre la medida en la que una persona con demencia es capaz o no de consentir el mantenimiento de relaciones sexuales, o cuando un familiar decida interponerse en la relación entre su padre o madre y la persona con la que quiere mantener una relación de pareja.

Que todos los profesionales que trabajan en residencias asuman la responsabilidad de velar por el bienestar sexual de las personas mayores que viven en ellas como una más de sus funciones y desarrollen las habilidades necesarias para intervenir en este campo es vital. Esto es así por varios motivos.

El primero de ellos es que la necesidad de intimidad sexual y afectiva es una de las grandes necesidades del ser humano, y la no resolución de la misma puede dar lugar a sentimientos de soledad, abandono, insatisfacción, exclusión, vacío e inseguridad (LÓPEZ, 2009). En segundo lugar, debe recordarse que la práctica sexual se ha asociado a un mejor estado de salud física y psicológica en la vejez (DELAMATER y SILL, 2005; LAUMANN *et al.*, 2006; NICOLOSI *et al.*, 2004). En tercer y último lugar, cabe señalar que vivimos en una sociedad que ha ido desarrollando unas actitudes más favorables hacia la sexualidad durante los últimos años, lo cual se puede ver reflejado, por ejemplo, en la mayor igualdad de género, en la mayor presencia de imágenes con un elevado contenido erótico en los medios de comunicación, en la mayor disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos, y en la legalización del matrimonio entre personas del mismo sexo. Es de esperar, por lo tanto, que las futuras generaciones de personas mayores que vivirán en residencias, que habrán crecido en un entorno menos erotofóbico, dirigirán actitudes más positivas hacia la sexualidad y hacia la sexualidad en la vejez, lo cual probablemente implicará, por un lado, que jugarán un papel menor como fuente de barreras para sus compañeros y, por el otro, que la práctica sexual probablemente habrá sido una faceta más relevante en sus vidas, a la que no estarán dispuestas a renunciar por el hecho de pasar a vivir en una institución.

Teniendo esto en mente, esperar a que este escenario se produzca para reaccionar y para empezar a tomar medidas

para garantizar que las personas mayores que viven en centros residenciales puedan tener una vivencia más satisfactoria de su sexualidad no parece la mejor opción. Se espera haber realizado, mediante el presente artículo, una pequeña aportación para que los profesionales que trabajan en residencias y que están preparados para contribuir significativamente en este sentido (entre ellos, el trabajador social), puedan ponerse en campaña, o disponer de un recurso más para seguir haciéndolo.

### Bibliografía

- BAUER, M. The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents. *Sexuality & Disability*, núm. 2 (1999), vol. 17. Pàg. 147-155.
- BAUER, M. *et al.* Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, núm. 1 (2007), vol. 2. Pàg. 63-68.
- BIENKO, M. Promotion of sexual health among seniors in the self-help mitjana realm of popular culture. *Anthropological Review*, núm. 3 (2015), vol. 78. Pàg. 251-257.
- DAVIES, H. Sr. *et al.* Til death do us part: Intimacy and sexuality in the Marriages of Alzheimer 's patients *Journal of Psychosocial Nursing*, núm. 11 (1992), vol. 30. Pàg. 5-10.
- DELAMATER, J. D. i SILL, M. Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research*, núm. 2 (2005), vol. 42. Pàg. 138-149.
- DOLL, G. A. *Sexuality & long-term care: Understanding and supporting the needs of older adults*. Baltimore, MD: Health Professions Press, 2012. ISBN: 978-1-932529-74-6.
- DOLL, G. M. Sexuality in nursing homes: practice and policy. *Journal of Gerontological Nursing*, núm. 7 (2013), vol. 39. Pàg. 30-37.
- ECKERT, JK *et al.* *Inside assisted living: the search for home*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2009. ISBN: 978-0-8018-9260-8.
- Ehrenfeld, M. *et al.* Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nursing Ethics*, núm. 2 (1999), vol. 6. Pàg. 1144-1149.
- FRANKOWSKI, A. C. i CLARK, L. J. Sexuality and Intimacy in assisted living: residents 'perspectives and experiences. *Sexuality Research & Social Policy*, núm. 4 (2009), vol. 6. Pàg. 25-37.
- GILMER, el Sr. J. *et al.* Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in New Zealand*, núm. 3 (2010), vol. 26. Pàg. 17-24.
- GOTT, C. M. Sexual activity and risk-taking in later life. *Health & Social Care in the Community*, núm. 2 (2001), vol. 9. Pàg. 72-78.
- HILLMAN, J. Sexual issues and aging within the context of work with older adult patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, núm. 3 (2008), vol. 39. Pàg. 290-297.
- LAUMANN, E. O. *et al.* A crossnational study of subjective sexual wellbeing among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors.
- LAUMANN, E. O. *et al.* A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, núm. 2 (2006), vol. 35. Pàg. 145-161.
- LINDAU, S. T. *et al.* A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, núm. 8 (2007), vol. 357. Pàg. 762-774.
- LÓPEZ, F. *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca nueva, 2009. ISBN: 978-84-9742-313-7.
- LÓPEZ, F. *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide, 2012. ISBN: 978-84-368-2702-6.

### Bibliografía

- MAHIEU, L. *et al.* Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, núm. 9 (2011), vol. 48. Pág. 1140–1154.
- MCINTOSH, D. Sexual attitudes in a group of older women. *Issues in Mental Health Nursing*, núm. 1-2 (1981), vol. 3. Pág. 109–122.
- NICOLOSI, A. *et al.* A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *Journal of Affective Disorders*, núm. 2 (2004), vol. 82. Pág. 235–243.
- NIETO, J. A. *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995. ISBN: 84-88986-22-X.
- PALACIOS-CENÁ, D. *et al.* Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey. *The Journal of Sexual Medicine*, núm. 1 (2012), vol. 9. Pág. 121–129.
- ROACH, S. M. Sexual behavior of nursing home residents: staff perceptions and response. *Journal of Advanced Nursing*, núm. 4 (2004), vol. 48. Pág. 371–379.
- SPECTOR, I. P. y FEMETH, S. M. Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *Journal of Sex & Marital Therapy*, núm. 4 (1996), vol. 22. Pág. 235–246.
- SYME, M. L. *et al.* Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. *Journal of Advanced Nursing*, (en prensa).
- TARZIA, L. *et al.* Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, (2012), vol. 38. Pág. 609–613.
- TOBARUELA, J. L. *Residencias: Per?l del usuario e impacto del ingreso* [tesis doctoral inédita]. En <http://eprints.ucm.es/7358>. Julio de 2016.
- VANCOUVER COASTAL HEALTH AUTHORITY. (2009). *Supporting sexual health and intimacy in care facilities: guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada*. En [http://www.vch.ca/media/FacilitiesLicensing\\_SupportingSexualHealthandIntimacyinCareFacilities2.pdf](http://www.vch.ca/media/FacilitiesLicensing_SupportingSexualHealthandIntimacyinCareFacilities2.pdf). Julio de 2016.
- VILLAR, F. *et al.* Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, núm. 11 (2014a), vol. 70. Pág. 2518–2527.
- VILLAR, F. *et al.* Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: does an extreme cautionary stance predominate? *International Psychogeriatrics*, núm. 3 (2014b), vol. 26. Pág. 403–412.
- VILLAR, F. *et al.* Regulación de la expresión sexual de los mayores ingresados en residencias: la visión de los profesionales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, núm. 6 (2014c), vol. 49. Pág. 272–278.
- VILLAR, F. *et al.* What happens in their bedroom stays in their bedrooms: Staff and residents' reactions toward male-female sexual intercourse in residential aged care facilities. *The Journal of Sex Research*, núm. 9 (2014d), vol. 52. Pág. 1054–1063.
- VILLAR, F. *et al.* Attitudes toward masturbation among residents of Spanish residential aged care facilities. *Sexuality Research & Social Policy*, núm. 2 (2016), vol. 13. Pág. 182–191.
- VILLAR, F. *et al.* As long as they keep away from me: Attitudes toward non-heterosexual sexual orientation among residents living in Spanish residential aged care facilities. *The Gerontologist*, núm. 6 (2015), vol. 55. Pág. 1006–1014.
- WALKER, B. *et al.* Staff and elderly knowledge and attitudes toward elderly sexuality. *Educational Gerontology*, núm. 5 (1998), vol. 24. Pág. 471–489.
- WHITE, C. B. Sexual interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. *Archives of Sexual Behavior*, núm. 1 (1982), vol. 11. Pág. 11–21.
- WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. *Declaración de los derechos sexuales*. En: [http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion\\_derechos\\_sexuales\\_sep03\\_2014.pdf](http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf). Julio de 2016.