



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Sexualidad de las personas mayores en las residencias
de Zaragoza: enfoque de los profesionales.

Sexuality of the elderly in nursing homes in Zaragoza:
professionals' approach.

Autor

Evelin Vanessa Aguilar Aguilera

Director/es

Francesco Marcaletti

Facultad de Ciencias de la Salud

2023/2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
RESUMEN:	6
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	7
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	8
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.	14
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	15
5. MATERIAL Y MÉTODO.	15
5.1 Diseño del estudio.....	15
5.2 Población de estudio.	18
5.3 Análisis de las entrevistas.....	19
6. RESULTADOS.	20
6.1 Percepciones, experiencias y preocupaciones de los profesionales sobre la sexualidad del adulto mayor en las residencias.	20
6.1.1 Percepción de la sexualidad del adulto mayor.	20
6.1.2 Reflexión sobre la sexualidad de las personas mayores institucionalizadas.	22
6.1.3 Actitudes del personal hacia la vida afectivo sexual de los residentes.	24
6.1.4 Peticiones/ demandas de los residentes en relación con el afecto-sexual.	25
6.1.5 Preocupaciones de los trabajadores.	26
6.2 Normas, políticas y organización institucional respecto a la sexualidad de las personas mayores.	28
6.2.1 Normas en torno a la sexualidad del adulto mayor.....	28
6.2.2 Políticas que afecte libertad de expresión afectivo sexual	29
6.2.3 Organización: tiempos, espacios y privacidad.	30
6.3 Mitos, tabúes y actitudes poco favorables sobre la sexualidad en la vejez.	33
6.3.1 Actitudes poco favorables y/o tabúes	33
6.3.2 Mitos y estereotipos más comunes	34
6.3.3 Impacto de tabúes y estereotipos en la atención de residente.	36

6.4 Formación y recursos.....	37
6.4.1 Formación ofertada a los/as trabajadores/as de las residencias	37
6.4.2 Factores	39
6.4.3 Recursos	40
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	41
8. CONCLUSIONES.	46
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Base de datos y términos clave.....	16
Tabla 2. Características de las residencias seleccionadas.....	18

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Guion de la entrevista.....	51
Anexos 2: Modelo autorización para la investigación en las residencias	52
Anexos 3: Aprobación CUSTOS.....	55
Anexos 4: Aprobación CEICA.....	56
Anexos 5: Consentimiento informado.	60

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a todos y todas las profesionales que participaron en la entrevista. Su predisposición para compartir sus conocimientos y experiencias hizo que el proceso de recopilación de datos fuera no solo enriquecedor para el desarrollo del presente Trabajo Fin de Máster, sino también ha sido una experiencia gratificante personalmente.

Por último, quiero agradecer de todo corazón a Francesco Marcaletti, mi tutor de investigación, por apoyarme y animarme desde el primer momento hasta el último momento. Su experiencia como investigador y su disposición para compartir su conocimiento han sido fundamentales en todo el proceso.

RESUMEN:

La sexualidad en la vejez es un aspecto fundamental para la calidad de vida en las personas mayores. Aunque esta dimensión está presente a lo largo de todo el ciclo vital, suele ser un tema olvidado cuando se trata de los adultos mayores. Vivimos en una sociedad cada vez más envejecida, para muchas personas, la residencia termina siendo en su hogar donde se cubren varias necesidades, aunque escasamente la dimensión de la sexualidad.

Este estudio analiza y comprende cómo se aborda la sexualidad de las personas mayores de las residencias de la ciudad de Zaragoza, desde el enfoque de los/las profesionales, con el fin de entender qué percepciones y prácticas existen en centros para tratar la salud sexual de los/as residentes.

PALABRAS CLAVE: centros residenciales, personas mayores, sexualidad, profesionales.

ABSTRACT:

Sexuality in old age is a fundamental aspect of quality of life in older people. Although this dimension is present throughout the life cycle, it is often a neglected issue when it comes to older adults. We live in an increasingly ageing society, and for many people, residence ends up being their home where various needs are met, although the dimension of sexuality is rarely addressed.

This study analyses and understands how the sexuality of older people in residential homes in the city of Zaragoza is approached from the perspective of professionals, in order to understand what perceptions and practices exist in centres for dealing with the sexual health of residents.

KEYWORDS: residential centers, older people, sexuality, professionals.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) tiene como finalidad abordar y comprender la forma en la que se trata la sexualidad de las personas mayores en las residencias de Zaragoza desde la perspectiva de los profesionales.

El contexto demográfico actual de España muestra un incremento progresivo de la población mayor. Este aumento genera la necesidad de estudiar temas que son esenciales para el bienestar de las personas de tercera edad. En este estudio, se pone el foco en el bienestar afectivo-sexual de este grupo etario. Según la Asociación Española de Matronas (2023), y como subrayan diversos autores mencionados en la revisión bibliográfica, la sexualidad no es algo que se desarrolle en una etapa específica ni está ligada a un estatus social; sino que acompaña al ser humano desde el momento que nace.

La salud sexual es una dimensión vital de las personas para su salud y su bienestar integral (Organización Mundial de la Salud: OMS, 2019). La necesidad de afecto e intimidad no desaparece, sino que adquiere una importancia aún mayor con la edad. La satisfacción de las necesidades afectivo-sexuales contribuye positivamente en la salud mental, estableciendo una relación recíproca entre bienestar afectivo-sexual y salud psicológica.

Este Trabajo de Fin de Máster se centra en los adultos mayores institucionalizados, quienes se enfrentan a barreras significativas, como la pérdida de privacidad y autonomía, la escasez de oportunidades para formar lazos afectivo-sexuales, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) argumenta que, para que tanto los hombres como las mujeres alcancen salud y bienestar sexual, es necesario contar con un hogar en un ambiente que respalde y favorezca dicha expresión sexual. Es importante comprender cómo se aborda esta dimensión desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en las residencias, ya que son ellos quienes conviven y atienden diariamente a los adultos mayores institucionalizados. Considerando que estos centros representan el hogar donde muchos adultos mayores viven y pasan sus últimos años, el enfoque que los profesionales adoptan sobre la sexualidad de sus residentes pueden contribuir de manera significativa a mejorar su bienestar emocional, social, físico, ambiental y mental.

Por último, a pesar de que existen algunas investigaciones en este campo, la mayoría se realizaron antes la crisis sociosanitaria sufrida por el COVID-19. Esto

quiere decir que el contexto actual ha cambiado, influyendo este acontecimiento en las relaciones sociales y afectivas.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

La vejez, como fase del ciclo vital, suele empezar por convención a partir de los 65 años. Esta demarcación no está respaldada por criterios biológicos precisos, sino por una construcción social como es la jubilación, a partir de la cual se asignan roles, funciones, reglas y expectativas específicas a las personas que la alcanzan (Hernando Ibeas, 2005).

Para la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2017, p.3) el envejecimiento es un "proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio."

España, al igual que la amplia mayoría de las naciones desarrolladas, se encuentra inmersa en un proceso pleno de envejecimiento demográfico (Conde-Ruiz & González, 2021). Actualmente, la transacción demográfica en España se ha convertido en un fenómeno notable, destacando un cambio sustancial en la composición de la población. Este acontecimiento se manifiesta mediante un aumento constante en la edad media y un destacado incremento en la proporción de personas mayores¹. Conforme a las cifras estadísticas del Padrón Continuo del INE correspondientes al 1 de enero del 2022, se constata que la cifra de personas de edad avanzada asciende a 9.479.010, correspondiente al 19,97% del total de la población, que alcanza los 47.475.420 habitantes. Estos indicadores continúan manifestando un crecimiento sostenido, tanto en términos absolutos como relativos (Díaz Pérez et al., 2023).

Además, la proporción de octogenarios en la población está experimentando un crecimiento continuo, ya representando el 6,00% del total. También, se observa un aumento significativo en el número de centenarios con 19.639 empadronados, lo

¹ "Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor" (Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2017, p 3.). Otros sinónimos de este concepto que salen a lo largo de este estudio son: "personas de tercera edad", "personas de edad avanzada" y "personas de edad geriátrica".

que refleja un aumento de 1.619 personas con respecto al año 2022 (Díaz Pérez et al., 2023).

Por otro lado, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2040 podría haber en España más de 14,2 millones de personas mayores. Este proceso de sobreenviejamiento, que será más notorio a partir de 2030, se relaciona con la entrada a la vejez de las cohortes nacidas durante el baby boom² (Díaz Pérez et al., 2023).

El aumento de la población mayor es un hecho evidente que indica un cambio en la estructura de la sociedad. Es de especial importancia conocer y entender, no solo aspectos como el bienestar mental, físico y social de los adultos mayores, sino también el componente afectivosexual, que a menudo es ignorado en la vejez.

La Organización Mundial de Salud (2002, citado por McAuliffe et al., 2020) señala que la sexualidad es “un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción”.

Conforme a esta definición es relevante considerar las palabras de Masters et al., (1992, citado por Hernando Ibeas, 2005), quienes indican que existe una tendencia preocupante a equiparar la actividad sexual únicamente con el coito. En la vejez, las necesidades emocionales de las personas, tales como mantener su sensación de identidad y autovaloración, así como enfrentar la soledad, pueden ser satisfechas a través de expresiones sexuales que va más allá del coito. La importancia de abrazar y ser abrazado, de establecer conexiones con otros individuos, de expresar, recibir afecto y sentimientos no se deteriora ni desaparece con la edad. En otras palabras, Fabà Ribera & Villar Posada (2016) señalan que a partir de los 65 años, tanto mujeres como hombres pueden seguir manteniendo sus interés y deseos sexuales.

A medida que las personas envejecen, tiende a disminuir la penetración en las relaciones sexuales, especialmente en aquellos mayores que presentan problemas de salud o carecen de pareja. La manera en la que el adulto mayor puede satisfacer su deseo afectivo-sexual se manifiesta y canaliza de diversas maneras, como

² “Incremento notable de la natalidad en un período determinado” (Seco et al., s. f.). En España la generación del baby boom son aquellas personas nacidas entre 1958-1977 (Abellan García & Pujol Rodríguez, 2015).

pueden ser la masturbación, muestras de cariños, besos, abrazos e intimidad emocional. Todo ello, son vías abiertas para la expresión sexual (Villar et al., 2017).

Se puede señalar que la sexualidad es un aspecto que acompaña a las personas a lo largo de toda su vida, sin estar circunscrita a un periodo específico, sino que perdura hasta el fin de esta (Rodríguez Aleman, 2009). Además, desempeña un papel fundamental para el bienestar y la calidad de vida del ser humano (Quevedo León, 2013).

No obstante, a pesar de que una actividad sexual saludable mantenida en el tiempo durante la vejez impacta positivamente en la calidad y salud del mayor (Villar et al., 2017), los adultos mayores deben afrontar continuamente diversos prejuicios sociales que los despojan de su capacidad de realizar actividades y poseer habilidades. Se les imponen limitaciones derivadas desde su entorno familiar, las instituciones y la sociedad en su conjunto mediante un constante monitoreo. Esto se refleja también en el ámbito afectivo-sexual, donde no solo se evidencia dicho control, sino que también el reproche y la desaprobación (Prieto Chincolla, 2006). La presión social lleva a dessexualizar a las personas mayores, se espera que quienes están en la tercera edad se limiten a roles tradicionales como hacerse cargo de los nietos o tener una vida pasiva y repetitiva, donde las pasiones y deseo sexual tienen un espacio limitado (Sapetti, 2013). Los estereotipos sexuales edadistas pueden impedir que las personas mayores consigan un bienestar sexual adecuado (Syme & Cohn, 2021), pues la sexualidad en esta etapa de la vida continúa siendo un tema tabú, y quienes la manifiestan son objeto de crítica y prejuicios (Cerquera Córdoba et al., 2012; Sapetti, 2013).

En consideración a este planteamiento, la sexualidad en la población de edad geriátrica ha sido motivo de percepciones equívocas. En primer lugar, se ha difundido erróneamente que existe una pérdida generalizada de interés sexual en la vejez (Bejarano Gómez et al., 2021). El desinterés sexual que tienen algunas personas mayores está vinculado a la falta de atención que dieron al aspecto sexual en su juventud. En otras palabras, aquellos que no consideraron importante la sexualidad en etapas anteriores de su vida tienden a mostrar menos interés en este ámbito a medida que envejecen. En segundo lugar, persiste la creencia de que la sexualidad desaparece debido a los cambios en la salud. Aunque el deterioro físico

puede influir en el comportamiento sexual, esto no implica una disminución automática del interés en el sexo (Prieto Chincolla, 2006).

Por otro lado, las actitudes culturales juegan un papel perjudicial en el estigma y la restricción de la sexualidad en la vejez. Muchas personas mayores sienten la necesidad de reprimir sus necesidades afectivo-sexuales y experimentan sentimiento de culpa. Además, la falta de conocimiento y difusión de información incorrecta sobre el proceso de envejecimiento afecta la vivencia de la sexualidad en esta etapa de la vida (Prieto Chincolla, 2006).

En la vejez, tanto los hombres como las mujeres tienen alteraciones fisiológicas que pueden incidir su capacidad para experimentar plenamente la sexualidad. Estos cambios biológicos se manifiestan gradualmente, siendo más progresivos en hombres y generalmente coincidiendo con la llegada de la menopausia en las mujeres. No obstante, es crucial señalar que estas modificaciones no son uniformes y es necesario tener en cuenta las diferencias individuales (Prieto Chincolla, 2006).

Masters y Johnson (1972) y Hernando Ibeas (2005) subrayan las principales alteraciones fisiológicas asociadas al envejecimiento en términos de la respuesta sexual, tanto en las mujeres como en los hombres. En el caso de las mujeres, se destacan los siguientes aspectos:

- Reducción de niveles de estrógeno.
- Modificaciones en la vagina, disminución en las dimensiones, se incrementa la estrechez y reduce la flexibilidad y lubricación.
- Atenuación de la vasocongestión, durante la respuesta sexual en la zona genital.
- Cambios en la figura corporal general, con redistribuciones de la grasa y una disminución en la dimensión, firmeza y transformaciones relacionadas con la respuesta sexual en los senos.
- La fase de excitación sexual se ralentiza.
- Descenso de la intensidad y frecuencia de las contracciones durante el orgasmo.

Por otro lado, en los hombres se observan los siguientes cambios:

- Reducción en la generación de esperma y niveles de testosterona.
- Aumento de tiempo necesario para la respuesta eréctil y mayor estimulación.

- Disminución en la firmeza del pene.
- Reducción de la cantidad de eyaculación.
- Menor elevación de los testículos a lo largo de la respuesta sexual y disminución tanto en el número como en la intensidad de las contracciones orgásmicas.
- Incrementa el periodo refractario posterior al orgasmo.

A medida que las personas envejecen, tal como se ha mencionado anteriormente, los adultos mayores experimentan transformaciones tanto fisiológicas como físicas. Sin embargo, es crucial comprender que estos cambios no significan la extinción del deseo afectivo-sexual (Ballester-Arnal et al., 2016).

Siguiendo con el deseo afectivo-sexual de las personas de edad avanzada, son relevantes los hallazgos de la investigación realizada por Hubbard et al., (2003) que proporcionan información significativa sobre este tema. Se observa que tanto las personas que viven en residencias para mayores como los que viven fuera de ellas presentan niveles similares de deseo sexual. Sin embargo, este interés escasamente se ve satisfecho dentro de estas instituciones, lo que plantea una problemática en el campo de la atención al adulto mayor. Gilmer et al., (2010) nos comunica que la expresión sexual de los residentes ha sido mayormente ignorada o considerada como una patología.

Según Villar et al., (2017), las residencias de personas mayores generalmente no brindan un entorno favorable para el desarrollo de una vida afectivo-sexual activa para los residentes. Esto se atribuye a la existencia de barreras y limitaciones que dificultan la expresión sexual en estas instituciones. Entre estas barreras se encuentran la falta de privacidad, la tendencia de tratar a todos los residentes de manera estandarizada y colectiva, así como las actitudes negativas por parte de algunos profesionales, familias y otros residentes (Villar et al., 2018).

La falta de privacidad representa el principal obstáculo para que los adultos mayores institucionalizados puedan disfrutar de una vida afectivo-sexual (Villar et al., 2014; Peris, 2019). Según estos estudios, esta escasez de privacidad puede atribuirse dos factores fundamentales. En primer lugar, la configuración arquitectónica de las instalaciones puede contribuir a esta situación, ya sea debido a la carencia de habitaciones o baños privados. En segundo lugar, las normas y reglas que rigen la vida diaria en estas instituciones también desempeñan un papel

crucial, pues dichas reglas suelen enfocarse en la estandarización de horarios y en promover actividades grupales, en lugar de permitir a los residentes tomar la decisión de como invertir su tiempo.

Centrándonos en la barrera relacionada con los profesionales, Mitty y Flores (2008) destacan que en la mayoría de los entornos de cuidado a largo plazo, los trabajadores suelen considerar los intentos de expresión sexual de un residente como un comportamiento que plantea desafíos o dificultades; con otras palabras, un problema.

Conforme al estudio de Fuente Mansilla et al. (2019), que consistió en una revisión sistemática, se encontraron con los siguientes resultados: los profesionales que trabajan en las residencias consideraron las situaciones sexuales como problemáticas y tuvieron una reacción negativa con el propósito de evitar que se repitan. Implementaron barreras físicas y psíquicas, como cambio de habitación, castigos, amenazas... para controlar la expresión afectivo sexual de los residentes. También, se evidenció una falta de habilidades en el manejo de estas situaciones, siendo la solución, delegar la responsabilidad a otro trabajador con mayor capacitación. Asimismo, algunos profesionales opinaron que la sexualidad no era parte central de la atención o estaba fuera de sus competencias.

Por otro lado, en el mismo estudio se identificaron reacciones positivas y una actitud de aceptación y normalización hacia la sexualidad de los adultos mayores. No obstante, también se constató que esta expresión generaba sorpresa y se consideraba inesperada. Los profesionales reconocieron que podrían sentirse avergonzados por invadir la intimidad del residente, y esta misma sensación también podía ser experimentada por la persona mayor. En términos de respuestas, la mayoría optó por evitar interferir y disculparse por vulnerar la privacidad, mientras que una minoría mencionó la posibilidad de pedir explicaciones o brindar ayuda al residente.

Es fundamental resaltar que entre los adultos mayores hay una gran variedad en lo que respecta a sus preferencias y habilidades sexuales, así como la posibilidad de que cada uno mantenga dichos aspectos a lo largo de la vejez (Prieto Chincolla, 2006). En consecuencia, el abordaje de la sexualidad en el cuidado de las personas mayores se convierte en una necesidad esencial, ya que influye significativamente

en su bienestar y calidad de vida, al igual que sucede en diferentes etapas de desarrollo humano (Quevedo León, 2013).

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Máster (TFM) es investigar y analizar cómo se aborda la sexualidad de los adultos mayores institucionalizados en las residencias de la ciudad de Zaragoza. Asumiendo como punto de observación la visión de los profesionales, el propósito es averiguar si existe una carencia de sensibilización y formación de las y los trabajadores de las residencias de mayores sobre la sexualidad en la vejez, creencias, estereotipos y tabúes sociales que se reflejen en restricciones organizativas que obstaculicen fomentar de manera natural la sexualidad de las personas mayores; finalmente, objeto del estudio es también comprender las preferencias expresadas por los familiares de las personas institucionalizadas ante la expresión sexual del residente.

Con el propósito de alcanzar este fin general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las percepciones, actitudes y prácticas de las y los profesionales de las residencias hacia la sexualidad en las personas mayores residentes.
- Analizar las percepciones entorno a las normas implementadas en la residencia, así como la organización de los espacios y tiempos, junto con otras regulaciones generales impuestas a las y los residentes.
- Investigar los mitos, estereotipos y tabúes que persisten en las instituciones geriátricas de Zaragoza entorno a la sexualidad de las personas residentes.
- Explorar que actuaciones y programas realizan las residencias para formar y capacitar a su personal en la gestión y fomento de la vida afectivo-sexual de los adultos mayores.
- Conocer las preocupaciones, inquietudes y solicitudes que los profesionales encuentran en relación con la salud sexual en la persona mayor, también en relación con las preferencias expresadas por sus familiares.
- Investigar las razones que promueven a los/as profesionales a participar activamente en la mejora de la vida afectiva de las personas mayores en residencias y las que generan una actitud pasiva al respecto.

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

En consecuencia, a estos objetivos las principales preguntas de este estudio son las siguientes:

P1. ¿En qué medida se aborda la vida afectivo-sexual de los adultos mayores en las residencias de la ciudad de Zaragoza?

P2. ¿Con que barreras se encuentran los profesionales que limitan el abordaje natural de la sexualidad de sus residentes?

P3. ¿Cómo influye las actitudes y tabúes de los trabajadores en la atención integral a la vida afectivo sexual de las personas mayores institucionalizadas?

P4. ¿A nivel cotidiano, los profesionales se encuentran con preocupaciones, preguntas, experiencias... en relación con la sexualidad de sus residentes?

5. MATERIAL Y MÉTODO.

5.1 Diseño del estudio.

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de naturaleza cualitativa, con una dimensión temporal transversal. El propósito subyacente de esta investigación consiste en obtener una comprensión detallada y contextualizada sobre la percepción que tienen los/as profesionales de las residencias de personas mayores sobre la sexualidad de sus residentes.

En la fase inicial del estudio, se llevó a cabo una revisión bibliográfica con el fin de identificar estudios pertinentes en español e inglés. Para ello, se emplearon diversos buscadores, entre los cuales se incluyeron Pudmed, Dialnet, ScienceDirect, Web Of Science y páginas web oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Superior de investigación Científicas (CSIC)... Esta búsqueda se realizó mediante el uso de términos clave específicos relacionados con la temática central de la investigación (Tabla 1). Sumando a ello, se ejecutó una búsqueda secundaria revisando las referencias bibliográficas citadas en los estudios seleccionados en la fase inicial.

Base de datos	Términos clave
Pudmed	<ul style="list-style-type: none"> - ("Sexuality"[Title/Abstract] OR "sexual health"[Title/Abstract] OR "sexual behavior" [Title/Abstract] AND ("Older adults" [Title/Abstract] OR "elderly" [Title/Abstract] OR "aging" [Title/Abstract])). - ("Residential care" OR "Long-term care" Or "nursing home" OR "assisted living") AND ("barriers" OR "obstacles" OR "challenges") AND ("sexual health" OR "sexual well-being" OR "Sexual satisfation") AND ("older adults" OR" elderly" OR "Seniors"). - ("Residential care for older adults" OR "elderly care facilities" OR "geriatric institutions") AND ("Spain" OR "spanish") AND ("healthcare" OR "care quality" OR "residente well-being").
Dialnet	<ul style="list-style-type: none"> - Características del envejecimiento. - Sexualidad de las personas mayores institucionalizadas. - Sexualidad y personas mayores en las residencias. - Salud sexual en las personas mayores. - Edadismo y sexualidad. - Mitos y estereotipos de la sexualidad de las personas mayores.
ScienceDirect	<ul style="list-style-type: none"> - Sexual expression in older people.
Web Of Science	<ul style="list-style-type: none"> - ("Sexual myths" OR "Sexual stereotypes") AND ("older adults" OR "elderly" OR "seniors") AND ("attitudes" OR "beliefs" OR "perceptions") AND ("aging" OR "gerontology").

Tabla 1. Base de datos y términos clave.

Fuente: elaboración propia

Tras la búsqueda en las bases de datos se obtuvieron un total de 48.033 artículos, de los cuales se han sido seleccionados 1.104 y analizados 56 documentos.

Para la clasificación de los artículos científicos se plantearon los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Artículos que estén escritos en español o en inglés.
- Preferentemente artículos de los últimos 15 años.

Criterios de exclusión:

- Documentos que no tuvieran el texto completo.
- Textos que no estén relacionados con el tema de investigación.
- Artículos que hablen de otro grupo de población que no sean los adultos mayores institucionalizados en residencias.

Al situarse este estudio al campo de las Ciencias Sociales, todas las referencias bibliográficas se han compilado siguiendo las normas APA.

Una vez completada la búsqueda bibliográfica y profundizado en el tema de la investigación, se procedió a formular hipótesis y objetivos que orientarían el desarrollo del estudio, así como la metodología.

A continuación, se diseñó un único guion de entrevista semiestructurada (véase en Anexo 1). Este enfoque busca facilitar una recopilación de datos relevantes y contextualizados. Asimismo, de esta manera se dispone de una mayor flexibilidad para plantear preguntas y obtener una variedad de respuestas.

Previamente a la realización de las entrevistas, fue necesario establecer contacto con las residencias para obtener la autorización (véase modelo en Anexos 2) requerida para ejecutar las entrevistas a los profesionales que trabajan en dichos centros de larga estancia. A tal efecto, se explicó a dirección de cada institución los objetivos del estudio y el procedimiento de recogida de datos necesario para desarrollo. Además, estas entrevistas se llevaron a cabo una vez obtenida la aprobación del CUSTOS (véase en Anexos 3) de la Universidad de Zaragoza y de Comité de Ética y de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) (véase en Anexos 4).

El proceso de recopilación de datos se realizó mediante la grabación de las entrevistas y su posterior transcripción. Esta estrategia permitió captar de manera precisa y completa los detalles y respuestas de los/as entrevistados/as, garantizando un análisis exhaustivo. Para implementación contactando con un/a trabajador/a o dirección de cada residencia, quienes presentaron la línea de investigación a los posibles participantes y aquellos que accedieron voluntariamente fueron entrevistados. Además, se solicitó a los participantes que firmaran un consentimiento informado (véase modelo en Anexos 5) antes de comenzar las entrevistas.

Finalmente, los datos recopilados se analizaron para obtener resultados y conclusiones pertinentes.

5.2 Población de estudio.

El presente estudio se ha desarrollado en cuatro residencias ubicadas en la ciudad de Zaragoza. La elección de las instituciones participantes se realizó en base a que existía un contacto previo con el centro. En el estudio participaron 4 instituciones:

Nombre	Localización	Titularidad	N.º de trabajadores	N.º de residentes	Perfil del adulto mayor
Residencia Betania Escolapios	Av. de la Academia Gral.Militar, 80, 50015 Zaragoza.	Privada de carácter religioso.	40	60	-Validos -Asistidos
Aragonesa de explotaciones asistenciales S.L (Parque dorado III)	C.de Emiliana Pardo Bazán, 24,29, 50018 Zaragoza.	Privada con 91 plazas concertadas por el IASS	55	175	Dependencia por patologías neurológicas o degenerativas.
Residencia Zaragoza	C. Andador Luis Puntos Gracia 2, 50008 Zaragoza.	Privada	10	24	-Validos -Semivalidos -Asistidos
Residencia Rey Ardid Rosales	C.J. Sebastián Bach,2, Casablanca, 50012 Zaragoza.	Privada con 5 plazas concertadas.	47	138	-Gran dependencia. -Deterioro cognitivo -Salud mental

Tabla 2. Características de las residencias seleccionadas.

Fuente: elaboración propia.

La muestra de esta investigación está compuesta por diversos profesionales de los centros residenciales expuestos en la tabla anterior. En total, participaron 24 trabajadores/as que desempeñan funciones directamente relacionadas con la atención a personas mayores. Entre ellos se encuentran enfermeros/as, trabajadores/as sociales, auxiliares de enfermería, psicólogos/as, médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeuta, supervisores/as y directores/as.

A continuación, se mostrarán los criterios que se han tenido en cuenta para la selección de profesionales:

Criterios de inclusión:

- Profesionales en contacto directo con los residentes en las instituciones de larga instancia.
- Trabajadores de diferentes disciplinas.
- Personas que acepten participar y firmar el consentimiento informado.
- Diversidad de edad y género.
- Profesionales que trabajen de turnos de día o noche, que trabajen toda la semana o varios días a la semana e incluso que trabajen los fines de semana.

Criterios de exclusión:

- Personal con menos de dos meses de experiencia laboral en la residencia.
- Personas en prácticas.

5.3 Análisis de las entrevistas.

El análisis de las entrevistas de la investigación se desarrolló a través de un enfoque estructural que se centra en la organización y en el marco de las preguntas de investigación.

Para ejecutar el análisis estructural se ha utilizado la herramienta Excel, donde se creó una matriz que facilita visualizar las respuestas de los/as entrevistados/as. Por un lado, cada fila de la matriz representa una entrevista, identificada con su respectivo código correspondiente y, por otro lado, cada columna corresponde a los temas principales de guion de la entrevista.

Una vez acabada la parrilla, fue necesario leer las respuestas de los 24 participantes, tema por tema. Durante, esta revisión se fue subrayando la información más relevante, lo que ayudo a obtener una idea general de los resultados al finalizar el proceso.

6. RESULTADOS.

6.1 Percepciones, experiencias y preocupaciones de los profesionales sobre la sexualidad del adulto mayor en las residencias.

6.1.1 Percepción de la sexualidad del adulto mayor.

A partir de las entrevistas realizadas, es posible identificar dos perspectivas predominantes en la visión de los profesionales respecto a la sexualidad de los adultos mayores.

Por un lado, se encuentra la postura que reconoce y valida la existencia de la sexualidad de las personas mayores.

"Lo primero es que sigue existiendo. Y sigue existiendo, aunque estemos en la cuarta o en la quinta edad, me refiero que en esta residencia tenemos a personas muy mayores de 87 a 98 largos y vemos cómo sigue existiendo y hay necesidad."
(04A02).

El testimonio de 04A02 reafirma que la sexualidad persiste incluso en edades avanzadas y muy avanzadas y menciona que los residentes aún tienen necesidades sexuales, indicando que este aspecto de la vida no desaparece con el envejecimiento, lo que resalta la importancia de atenderlo y reconocerlo en el ámbito residencial.

"Tienen sexualidad, pero no lo expresan como las personas que están bien, hacen cosas que se pueden parecer a lo que hace la gente joven. Cada uno lo expresa de diferente manera, unos son más calmaditos y otros se pasan, que te quieren tocar el culo y todo." (02D12).

Por último, este otro testigo describe como los residentes manifiestan su sexualidad de maneras diversas. Algunos son más tranquilos, mientras que otros pueden mostrar comportamientos más intensos, como intentar tocamientos a otra persona.

Por otro lado, en otras entrevistas, emerge una visión contraria, que tiende a negar o minimizar la sexualidad en la vejez.

"Yo creo que no tiene nada, que ya están abuelos. Hablo de los que están en la residencia, los que están afuera no lo sé." (02D32)

La respuesta de 02D32, refuerza la idea de que los residentes no expresan sexualidad, se asocia su edad avanzada con la ausencia de este aspecto en sus vidas. Asimismo, aclara que se refiere específicamente a las personas mayores institucionalizadas, mostrando una posible desconexión con cómo los adultos mayores podrían vivir su sexualidad en otros contextos.

"Son bastante cariñoso y le gustan que le den cariño, pero no de sexualidad sino de cariño de que se sientan ellos que tienen a alguien que les cuidan."

(01L01)

En la cita anterior, 01L01 resalta que los residentes valoran las muestras de afecto y cuidado, pero se establece una distinción en el cariño emocional o físico no sexual y la sexualidad propiamente dicha.

"De experiencia tengo muy poco que exista sexualidad en los residentes geriátricos. Sobre todo, porque en los centros residenciales, la mayoría están deteriorados cognitivamente, y evidentemente el deterioro cognitivo no permite tener una vida sexual activa. Eso como primer plano, son pacientes que están con muchas patologías crónicas y evidentemente de mucha edad, en la segunda etapa de la vejez. En la experiencia no he tenido ningún problema, nunca me han abordado por el tema de la sexualidad ninguno de los residentes por el tipo de pacientes que existe, las edades comprenden a partir de los 85 años que se considera la segunda etapa de la vejez. Evidentemente, la sexualidad ya no es de primer orden, pasa a plano muy secundario, entonces, realmente muy poco, más que todo por el tipo de pacientes, por la edad y por la patología más común que son los deterioros y las demencias." (01R01)

Por último, como se observa en el alegato de 01R01, se argumenta que la sexualidad en los residentes geriátricos es prácticamente inexistente en lo que se puede observar desde la perspectiva de su experiencia profesional. La persona entrevistada señala varios factores que considera determinantes, como el deterioro cognitivo que dificulta llevar una vida sexual activa, la edad avanzada y la presencia

de enfermedades crónicas. Considera que la sexualidad no es una prioridad para los adultos mayores institucionalizados porque pasa a un segundo plano por su edad y estado de salud.

6.1.2 Reflexión sobre la sexualidad de las personas mayores institucionalizadas.

Se observa que la mayoría de los profesionales han reflexionado en algún momento respecto a la vida afectivo sexual de los residentes, abordando estas cuestiones desde diversas perspectivas. Sin embargo, también es cierto que algunos profesionales no han tenido experiencias que los hayan llevado a reflexionar al respecto.

En términos generales, puede decirse que las reflexiones están vinculadas al entorno social y residencial, producto de construcciones sociales, pero también fuertemente condicionados por el estado cognitivo de la persona anciana.

"Mi reflexión es más hacia nosotros, como externos, muchas veces no logramos entender que ese paciente está dejando de ser la persona que solía ser y muchas veces los familiares quieren ver a la misma persona que era antes. Es un poco, que creo que también la sexualidad en la demencia no está, no está ni estudiada ni evaluada. Los familiares deberían tener una educación sexual cuando tienen un familiar en estas condiciones para orientarlos a lo que pueden ver, a lo que no pueden ver y a lo que pueden esperar, porque ver a un familiar llorar para mí fue difícil, verlo llorar solo porque veía que su marido ya no era su marido y estaba enamorado, por decirlo así, a otra chica, pero es que él está ubicado en una época de cuando él era joven, es que ese es el punto. Él no reconoce a su mujer como una mujer anciana, él recuerdo de su mujer como una mujer joven como él, él sí se ve en el espejo tampoco se reconoce en el espejo. Y yo creo que lo que más me ha enseñado de estar aquí porque yo no ejercía la parte geriátrica es el tabú que tenemos con los abuelos sobre muchos temas que son muy comunes para nosotros como jóvenes." (03R02)

Esta argumentación enfatiza, entre otros aspectos, la desconexión entre las expectativas de los familiares y la realidad de los pacientes, en este caso, personas con algún deterioro cognitivo, destacando la complejidad emocional de aceptar los cambios en la identidad de los seres queridos. Además, subraya la falta de estudios

y evaluaciones relacionadas con la sexualidad en la demencia, lo que genera incertidumbre y tabúes tanto para los profesionales como para los familiares.

El ejemplo citado de un hombre con demencia que se siente atraído por otra mujer, mientras que su esposa sufre al no ser reconocida, ilustra la necesidad de abordar la sexualidad como parte integral del cuidado. En este caso pone de relieve la importancia de educar a los familiares sobre lo que puede esperarse en estas situaciones, ayudándoles a comprender la percepción distorsionada del paciente, que está atrapado en un momento de su juventud. La profesional también reflexiona sobre cómo los tabúes hacia los adultos mayores pueden limitar el abordaje de temas como la sexualidad, que se consideran comunes y aceptados en otras etapas de la vida.

Cabe destacar que, en esta misma línea, aunque con matices diferentes, se han pronunciado varios/as profesionales entrevistadas/os, que señalan cómo el entorno familiar e institucional influyen de manera significativa en la vivencia y expresión de la sexualidad del/ de la residente.

"En el sentido de que aquí las personas normalmente vienen en solas, no vienen acompañadas del cónyuge por su situación de viudedad o de soltería o lo que sea. Entonces, que puedan llegar a encontrar aquí una pareja a veces hay una línea muy fina. Hay casos claros en los que no hay deterioro cognitivo o es leve y puedes percibir que esa persona asume que toquen, que pueda tener sexualidad con otra, pero hay otras ocasiones en las que no sabemos muy bien si tal deterioro que pueda condicionar a tu respuesta. La otra es que hay habitaciones compartidas y tendemos a poner mujer con mujer y hombre con hombre, no estamos teniendo en cuenta la condición sexual o la bisexualidad o bueno que tú puedas llegar a ser homosexual y al final te ponen con una persona de tu de tu mismo sexo y no lo tenemos en cuenta, primeramente, porque a lo mejor no la esteriliza en su vida y segundo porque no vienen aquí con el cartel de soy homosexual." (03G02)

El extracto aborda dos retos clave en la gestión de la sexualidad en residencias para personas mayores: La necesidad de garantizar el consentimiento en personas con deterioro cognitivo y la falta de sensibilidad hacia la diversidad sexual en la organización de espacio. El profesional menciona cómo algunas personas, al no estar acompañadas por sus cónyuges, pueden encontrar nuevas parejas dentro del

centro. Sin embargo, este proceso plantea “una línea muy fina” cuando hay deterioro cognitivo, ya que puede ser difícil de detectar si las decisiones de los residentes reflejan un consentimiento pleno o están condicionadas por su estado de salud. Por otro lado, se señala como las prácticas tradicionales de asignación de las habitaciones perpetúan supuestos heteronormativos. Al emparejar a personas del mismo género sin considerar su orientación sexual, se invisibiliza la existencia de residentes del colectivo LGBTIQ+, reforzando estigmas y limitando la posibilidad de crear entornos más inclusivos.

6.1.3 Actitudes del personal hacia la vida afectivo sexual de los residentes.

Las actitudes de los/as profesionales frente a la vida afectivo-sexual de las personas mayores varían.

En primer lugar, la mayoría de los/as participantes en el estudio están de acuerdo de que las actitudes más comunes son: la sorpresa, la incertidumbre sobre cómo proceder, prohibición, evitación, conductas de vigilancia...

“Creo que en general hay mucho desconocimiento. También al final las conductas edadistas que sigue habiendo en las residencias hacen que no se tenga en cuenta la sexualidad. Ser edadista conlleva a no reconocer la sexualidad de la persona mayor, porque ¿cómo una persona mayor va a tener ganas? Entonces, si educamos en la prevención del edadismo, educaremos también en el respeto a la sexualidad del mayor.” (04N02)

Este alegato pone de relieve el impacto del edadismo en la forma en que se percibe la sexualidad de las personas mayores en las residencias. El/la participante sugiere que este tipo de prejuicios sigue estando muy presente en el entorno geriátrico, ya que muchas veces se niega la posibilidad de que el adulto mayor experimente deseos o necesidades sexuales. Asimismo, pone de manifiesto que existe un desconocimiento generalizado sobre la sexualidad de las personas de tercera edad.

“En general predomina que es algo que no debemos tener en cuenta, que no es un aspecto más del cuidado integral de la persona. Al final la tendencia es el o no querer ver o no favorecerlo que al final pues creo que es un momento muy íntimo de la vida de una persona y que no se genera esos espacios.” (03N02)

Este extracto enfatiza que no se reconoce como parte de la atención integral la sexualidad de las personas mayores institucionalizadas. Existe en general una tendencia de ignorarlo o no promoverlo, a pesar de ser un aspecto fundamental para la vida emocional de los residentes.

Por otro lado, algunos/as trabajadores/as adoptan en ocasiones un enfoque de normalización y apoyo, aunque este puede variar dependiendo del grado de expresión afectivo-sexual.

"Me ha venido a pedir dónde puedo tener un momento íntimo con mi pareja y se les ha favorecido un momento íntimo con su pareja y no publicándolo en la residencia. Sencillamente se ha favorecido y punto." (04B01)

El testimonio refleja una experiencia en la que se gestionó de forma respetuosa y discreta el deseo de un residente de tener "un momento íntimo" con su pareja dentro de la residencia. El/la entrevistado/a menciona que, en lugar de hacer pública la situación o exponerla, simplemente se proporcionó un espacio privado para que la pareja pudiera disfrutar de su intimidad.

"En el caso de consentida o individual, pues naturalidad. Yo creo que la gente que trabajamos en este sector, lo asumimos con naturalidad, no hay condición antes ni limitaciones." (03G02)

El/la participante subraya que quienes trabajan en este sector suelen abordar con naturalidad la sexualidad consentida e individual, sin imponer limitaciones innecesarias.

6.1.4 Peticiones/ demandas de los residentes en relación con el afecto-sexual.

En primer lugar, de todas las personas entrevistadas, 13 señalaron que no han recibido solicitudes relacionadas con la vida afectivo-sexual de los residentes. Sin embargo, algunos mencionaron haber presenciado situaciones de acercamientos, tocamientos u otras expresiones de afectividad.

"Eso no, la verdad que hasta ese punto no. Ha sido más situaciones que me he encontrado yo un poco sin pretenderlo, pero no, no me ha venido nadie directamente a hablar sobre ello. Yo creo que también se sienten cohibidos, que dirán esto igual no se entiende o tengo un comentario un poco sobre este tema y

la gente me dice, pero chica que estás hablando. Yo creo que se sienten cohibidos, pero a mí por lo menos no me ha venido nadie.” (04V02)

El/la trabajador/a sugiere que la ausencia de solicitudes directas no necesariamente indica que no existan necesidades, sino que las personas mayores se sienten cohibidas.

En segundo lugar, también se encuentran profesionales que han recibido peticiones relacionadas con la vida afectivo-sexual de las personas mayores institucionalizadas.

“Si, mira, era un paciente, yo creo que tendría los 95 y era súper activo, de hecho, nos relataba como se sentaba en el poyete de su pueblo a ver pasar a las chicas y a decirles piropos bonitos, porque necesitaba que todavía la gente se le acercase. Era un poco lapa, o sea, en cuanto te acercas a él intentaba sobarte lo que podía entonces bueno, eso me chocó mucho y a veces me hizo sentir también incómoda. Yo lo freno y dejo que toque zona con la que yo sí que estoy cómoda, o sea, que me toque las manos, por ejemplo, porque veo que efectivamente hay una necesidad que no voy a satisfacer y por lo tanto digamos que la derivo, intento reconducir.” (04A02)

En la cita proporcionada, el/la profesional relata el caso de un residente de 95 años que mostraba una actitud persistente hacia el contacto físico y verbal, reflejo de su necesidad de conexión y validación afectiva. La persona entrevistada reconoce estas necesidades, pero también describe que estas conductas del residente a veces le hacían sentir incomoda. El/la trabajador/a abordada estas conductas estableciendo límites, al mismo tiempo que reconduce y valida la necesidad emocional detrás de ellas.

6.1.5 Preocupaciones de los trabajadores.

En el análisis de las entrevistas realizadas, se observaron diversas perspectivas en relación con la sexualidad de los residentes. Algunos/as participantes en el estudio expresaron no tener ninguna preocupación al respecto, ya sea porque nunca se lo habían planteado o porque simplemente respondieron “No.”

Otros profesionales reconocieron que no sabían cómo actuar frente a situaciones relacionadas con la sexualidad de los/as residentes, tengan o no deterioro cognitivo.

"Ante alteraciones conductuales se sienten perdidos, les faltan herramientas para poder afrontarlo. Yo creo que se le junta a él no sé, me estoy sintiendo violenta, no sé cómo pararle los pies porque no sé si lo está haciendo desde un deterioro cognitivo o si lo está haciendo desde que tiene mucha jeta, entonces ahí yo creo que la preocupación sobre todo es: ¿qué tengo que hacer? para protegerme a mí mismo y que sea lo correcto por decir de alguna manera. Y si no tuviera deterioro cognitivo, yo creo que la preocupación sería: ¿lo tenemos que permitir o no lo tenemos que permitir?" (04M02).

En este testimonio, el/la entrevistado/a pone de manifiesto las dificultades y dilemas éticos que enfrentan el personal al gestionar alteraciones conductuales relacionadas con la sexualidad en las residencias. El discurso resalta la falta de herramientas y protocolos claros que permitan a los/as trabajadores/as abordar estas situaciones con seguridad y criterio profesional.

Asimismo, otras preocupaciones que se pueden observar están relacionadas con los conflictos que la vida afectivo-sexual pueda generar entre los familiares de los residentes. Además, se observa una inquietud en relación con la diversidad de culturas de los trabajadores que puede influir en la forma en la que se gestiona de la sexualidad en la residencia.

"A que se generen quejas por parte de los familiares de los abuelos, o sea, no es otra cosa, sabes, a que venga la familia y vea al abuelo o a la abuela X con otro residente en actitudes que no les guste, o sea, no es otra, porque lo consideran también tabú o porque creen que le estarían ofendiendo al otro familiar." (03V02)

En este extracto, la preocupación gira en torno a las reacciones de los familiares al observar comportamientos afectivos-sexuales entre los residentes. El /la participante identifica como los tabúes sociales o las ideas preconcebidas sobre la sexualidad en la vejez influyen en el rechazo de esas situaciones, percibiéndolas como "ofensivas" hacia otro familiar o hacia el mismo residente.

6.2 Normas, políticas y organización institucional respecto a la sexualidad de las personas mayores.

6.2.1 Normas en torno a la sexualidad del adulto mayor.

Mayoritariamente los/as profesionales entrevistados/as expusieron que no había ninguna norma o programa en la residencia en torno a la sexualidad de sus residentes; una minoritaria parte, no sabía si existía dicha regulación.

"Una norma explícita no hay, pero, sobre todo en el caso de conductas de desinhibición, evidentemente no existen las fotografías, la exposición, el uso de nombre. Hay una ley de protección de datos para este tipo de cosas cuando sucede algún incidente de este tipo se notifica a su familia para que tenga en cuenta cómo lo está manejando, sin revelar esa información al resto de usuarios, de hecho, los familiares no tienen permitido estar en las salas de convivencia precisamente para salvaguardar el pudor, la integridad y la privacidad del residente. Esta es su casa y entonces hay que respetar, y los familiares entienden que ellos vienen de visita, ellos tienen la libertad de moverse por su sala de convivencia como ellos consideran pertinente y son los externos los que tienen que limitar un poco la interacción. Cuando existe un momento difícil de reconducción, se pide al familiar, dependiendo de cómo lo vemos, o que nos ayude o que simplemente pare de visitar hasta que logremos reproducirlo. Si reconocemos que desatan en el residente esta conducta intentamos a través de las terapeutas reconducir el estímulo y cambiarlo para que él pueda o ella pueda manejarlo de la mejor forma posible. Y con respecto a cuando te verbalizan tienen total libertad de poder decir me gusta esto, no me gusta aquello..." (03R02)

El testimonio de 03R02 detalla que, aunque no exista una normativa específica sobre la sexualidad, si se aplican un conjunto de principios, como la protección de la privacidad y el pudor, reflejados en la Ley de Protección de Datos. Además, se indica, que, en casos de desinhibición por parte del adulto mayor, se toman medidas para reorientar el comportamiento, lo que puede incluir el apoyo de familiares y la intervención de terapeutas, también destacando que los/as residentes siempre tienen libertad de expresión de sus preferencias.

"Entorno a la sexualidad de manera específica no tenemos hecha creo que ninguna norma, lo que sí es el sentido común. Utilizamos el sentido común y al

final pues la norma del respeto, o sea, igual que en la calle, lo mismo que no se permitiría en la calle, pues no te lo vamos a permitir aquí, sin más.” (04N02)

Por último, este/a trabajador/a enfatiza que, en el contexto de la sexualidad, no existe una normativa en el centro, pero se recurre al sentido común como principio orientador y el respeto.

6.2.2 Políticas que afecte libertad de expresión afectivo sexual

En general, los/as trabajadores/as de las residencias responden que no existe una política específica que limite la libertad de los residentes para la expresión de su sexualidad. Sin embargo, se observa en algunos casos que, aunque no hay una política en concreto, hay otros factores que influyen en la expresión afectiva del adulto mayor institucionalizado.

“No hay ninguna política tal cual, pero lo que te he dicho desde el principio, las familias son las que más marcan, si no están de acuerdo con ti te dan la orden de que tú no debes permitir en el centro ese comportamiento y ahí, aunque tú no estés de acuerdo y aunque el propio residente decida qué es lo que quiere, ahí estás atada de pies y manos. Entonces intentas hacer una reunión entre familiares entre el residente y ponerte un poco de parte del residente, decir a ver que es que no van a hacer aquí nada, sino simplemente lo que buscan es un trato de compañía, pues una relación que vaya un poquito más el sentirse, pues más especial para otra persona, pero normalmente cuesta mucho asumirlo a las familias cuesta muchísimo y las familias deciden. Porque una vez más se ve que anulamos derechos. Y eso sí que está en contra de los derechos humanos.”
(01N02)

El fragmento anterior explica que las familias, al no estar de acuerdo con ciertas conductas, pueden ejercer presión sobre los profesionales, limitando así el derecho del residente a decidir sobre sus propias relaciones. Este fenómeno refleja una lucha por el poder en la toma de decisiones, donde los derechos de los residentes pueden verse comprometidos en favor de las expectativas familiares. El/la entrevistado/a enfatiza que esto puede considerarse una violación de los derechos humanos.

“No, a ver algo tan específico, no. Al final lo que sí que sería más a nivel de organización, pues el que... pues quieran estar solos en la habitación y por los propios ritmos del centro no puedan estar o que quieran dormir juntos y que no se

pueda dar porque el equipamiento es el que es. Sería más barreras estructurales o funcionales que igual que haya una normativa o un protocolo que realmente lo prohíba. Es verdad que aquí también tenemos el obstáculo de la familia, que es un poco lo que te venía explicando, que al final la familia muchas veces dice no, no, no, no, eso no, eso no eso no, porque es algo anormal para ellos porque al final pues su madre tiene que estar con su padre, entonces todo lo que se salga de eso para ellos no, no hay cabida.” (03N02)

Esta entrevista introduce el concepto de barreras estructurales o funcionales que impiden que los residentes tengan libertad de estar juntos. Aunque se reconoce que no hay una normativa que prohíba estas interacciones, el/la profesional se muestra consciente de las limitaciones. Además, el/la entrevistado/a menciona la resistencia de las familias a aceptar relaciones de sus mayores institucionalizados debido a sus expectativas tradicionales, lo que refuerza la idea de que el concepto de “normalidad” en entorno a la sexualidad puede ser un impacto para el bienestar de los residentes.

6.2.3 Organización: tiempos, espacios y privacidad.

Respecto a los tiempos, todas las residencias mencionan que tienen unos horarios establecidos para hora de levantar, comidas, siesta y dormir.

“Depende aquí tenemos, vamos de residentes que están en esta planta, pueden moverse por la residencia a la hora que ellos estimen pertinente como ellos quieran, pueden subir a su habitación todas las veces que quieran estar solos. Tenemos pacientes con nivel de dependencia o con grado de dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria, estos pacientes experimentan una menor sensación o menor ganas de estar aislado en sus habitaciones, de hecho, te piden que no les dejes solo porque lo que quieren es afecto. Y tenemos los grandes, los que necesitan dependencia total de un personal para que ya en ese caso el nivel de deterioro es tal que ameritan cuidados de enfermería tal. Ellos tienen regulado las horas de levantar, las horas del acostado, la convivencia en sala y todo en sala es cerrado, es decir, nadie puede venir a entrar ningún externo. Luego hay horarios de visita estipulados donde pueden ir a sus habitaciones, si son habitaciones privadas están el tiempo que quieran y quiera el familiar hasta que termina su hora de visita. Y cuando son compartidas dependiendo de... solemos, poner mujeres con mujeres y hombres con hombres no

existe las habitaciones obviamente a menos que sean familia o sean pareja.”

(03R02)

Este fragmento describe la flexibilidad que tienen algunos residentes para moverse por la residencia, indicando que pueden acceder a sus habitaciones cuando lo deseen. Esta libertad es especialmente relevante para aquellos con menor grado de dependencia, quienes buscan compañía y afecto, lo que sugiere que el entorno debe adaptarse a las necesidades emocionales de los residentes, no solo a sus necesidades físicas. La afirmación de que algunos residentes prefieren no estar solos resalta la importancia de la intervención social y del apoyo emocional en su bienestar general.

Asimismo, los residentes con dependencia total, quienes requieren de cuidados constantes tienen una rutina más estructurada y regulada. Las pautas sobre horario de levantamiento y convivencia en áreas comunes reflejan una gestión del entorno que busca garantizar la seguridad y el bienestar de los residentes. La restricción de acceso a estas áreas para externos y la regulación de las visitas también enfatizan la necesidad de un control que protege la privacidad y la intimidad de los residentes. Por último, también en este caso se observa una política de género en la asignación de las habitaciones, priorizando agrupar en las habitaciones a mujeres con mujeres y hombres con hombres, a menos que sean familiares o parejas.

En relación con los espacios, los/a entrevistados/as mencionan que garantizar la privacidad resulta más complicado cuando se comparte habitación, especialmente dado que la mayoría son habitaciones dobles.

“Las habitaciones son compartidas, entonces me imagino que primero será mirar, porque hay gente que no sube a la habitación en todo el día entonces, en el caso de tu compartir habitación con esa persona, si sabes que no va a venir, pues tienes como vía libre esas horas que no va a estar en la habitación. Luego cada uno tiene su llave, se puede cerrar, pero yo creo que lo más sencillo para evitar sustos, sorpresas indeseadas es hablar en este caso con el director y que se facilite ese espacio de privacidad.” (04V02)

El testimonio de 04V02 aborda la dinámica de las habitaciones compartidas y cómo esta situación impacta la privacidad de los residentes. El hecho de que cada residente pueda utilizar su llave y pueda cerrar la puerta es un aspecto positivo que proporciona un sentido de control sobre su entorno. Asimismo, declara que, desde

su punto de vista, se tendría que notificar al director para que les facilite un espacio y así evitarse “sustos” y “sorpresas”. En esta misma línea, pero con acentos distintos, se han pronunciado otros/as profesionales entrevistados/as.

Por otra parte, en lo que respecta a la privacidad, nos encontramos con situaciones en las que se toca la puerta antes de entrar y hay un aviso pero también con situaciones en las que se entra directamente teniendo en cuenta solo los cuidados que se le va a realizar a la persona.

"Sabemos que es un tema que parte de que sea dependiente a nivel de unos cuidados básicos, es que tu privacidad va a estar limitada porque siempre va a estar una persona atenta a que necesites ir al baño, a que te tengan que cambiar... A no ser que una persona esté a nivel cognitivo perfecto necesita y quiera algo de privacidad pues se le respetaría normalmente. Tú entras a su habitación y pecamos de que muchas personas no tienen privacidad. Yo tengo que ir a buscar a una persona a mi habitación que es su casa y partiendo de una base de que casi siempre esas puertas están abiertas, no vamos a preguntar si podemos entrar, directamente entramos, pero porque nos centramos en los cuidados y para dar cuidado asistencial, pues tienes que entrar muchas veces, pues le tienes que quitar las sábanas de la cama, etcétera, entonces eso no lo respetamos luego." (01A01)

En esta cita se aborda la compleja relación entre dependencia, cuidado y privacidad. Se establece que, debido a la naturaleza de los cuidados básicos que requieren los residentes, su privacidad se ve significativamente limitada. Se menciona que, a pesar de que el hogar del residente debería ser un lugar de respeto y privacidad, la realidad es que las puertas a menudo están abiertas y los cuidadores entran sin solicitar permiso, priorizando las necesidades asistenciales sobre el respeto a la intimidad del residente. Por otro lado, con los adultos mayores que tienen un buen nivel cognitivo se puede respetar más fácilmente su deseo de privacidad.

6.3 Mitos, tabúes y actitudes poco favorables sobre la sexualidad en la vejez.

6.3.1 Actitudes poco favorables y/o tabúes

En este apartado se exponen las evidencias recogidas a propósito de actitudes poco favorables o tabúes tanto por parte de las familias de los/as mayores institucionalizados/as como de los/as trabajadores/as de las residencias.

En primer lugar, una minoría de entrevistados/as indica que no existen tabúes ni actitudes negativas, siendo en general sus respuestas resumidas en un simple "No".

En segundo lugar, se registraron más respuestas relacionadas con los trabajadores y los propios *residentes*, aunque el mayor porcentaje de participantes señalo que quienes muestran más tabúes y/o mitos son las familias.

"Tanto en las personas que viven aquí como en trabajadores, o sea, cuando te digo que estábamos como clasificando que teníamos en esta residencia y que no respecto a la sexualidad, cuando llegaban las respuestas de sexualidad era como esto quítalo del medio, esto pa que y, además, o sea hay como rechazo a que esto se diese, Pero era más bien, es verdad que es un rechazo a arreglar, a formalizar, a tener que hacer protocolos al respecto. No a que no se den porque cuando se den porque cuando se dan han actuado normalizando o hablando del tema como de forma más jocosa, pero se ha dado y no han puesto el grito en el cielo. Entonces creo que es más un rechazo a normalizar, pero sí que por ejemplo en los usuarios, sí que hay como anda chica, ya estás otra vez con lo mismo; pero si ya con la edad que tenemos, pero a dónde va está o cuando se oyen noticias, de que el matrimonio, por ejemplo, que sea, ¿pero a dónde va esta hora?" (04A02)

El/la profesional en este extracto indica que tanto los/as mismo/as residentes y como los/as trabajadores/as tienen tabúes. Por un lado, la persona muestra un rechazo inicial hacia la idea de abordar la sexualidad de manera formal, reglamentada o protocolizada, lo que evidencia cierta incomodidad con institucionalizar este aspecto de la vida de los/as residentes. Sin embargo, esta actitud no implica una oposición absoluta a la existencia de manifestaciones sexuales, ya que cuando ocurren, estas se gestionan de manera natural. Por otro lado, los residentes pueden mostrar actitudes de desdén o incredulidad hacia el tema de la sexualidad, lo que refleja una posible internalización de estereotipos sobre la sexualidad en la vejez.

"Sí, es un tema tabú por lo que hablamos, todo el mundo tiene padres tiene o ha tenido y la mayoría creo que nos costaría ver a nuestros padres con otras personas que no son nuestras madres. Entonces si ese familiar no consiente que su padre o su madre tenga otra relación afectiva o sexual con otra persona, nosotros tenemos que cortar y es un tema de lo que no dejamos de hablar, lo evitamos, o sea, si hay que mover a una persona para que no tenga esa relación porque la familia así lo quiere pues lo tenemos que hacer y en el momento en que suerte o por desgracia, tenemos esa capacidad de trasladar a una persona a otra planta o moverlo a otro centro para evitar eso, pero porque lo que diga la familia. Entonces es que más que lo que nosotros pensemos es la a lo que estamos limitados que sea a lo que quiera la familia." (01A01)

Este testimonio evidencia cómo las relaciones afectivas sexuales de los residentes están condicionadas por las influencias de sus familias. El/la participante identifica la sexualidad como un tema tabú, vinculado a la dificultad emocional y cultural de aceptar que los adultos mayores, especialmente los padres, puedan entablar nuevas relaciones fuera del contexto familiar. Esta actitud refleja la tensión entre las necesidades emocionales de los residentes y las expectativas de sus familias. Asimismo, ante la oposición de los familiares, el personal del centro se ve obligado a intervenir para evitar esas relaciones.

6.3.2 Mitos y estereotipos más comunes

Existen varios mitos y estereotipos en relación con la sexualidad de las personas mayores, pero el que más se repite es que los adultos mayores pierden el deseo sexual y que en cada caso tienen más interés sexual los hombres que las mujeres.

"Que la gente mayor no tiene sexualidad, que no tienen casi como derecho a ello, que si lo piden es prácticamente unos salidos. No se normaliza, yo creo que es eso, sobre todo." (04V02)

El/la participante detecta claramente uno de aquellos mitos más comunes sobre la sexualidad en personas mayores, la creencia de que los adultos mayores no tiene interés sexual o que no deberían expresar necesidades sexuales. Este mito perpetua la idea de que la sexualidad está limitada a una etapa de la vida.

"Que no se puede enamorar, que ¿cómo se van a enamorar si son viudos o son divorciados? ese tipo de comentarios, por ejemplo. Que una persona con deterioro cognitivo realmente no se puede enamorar o que no puede consentir una relación

o ya sea sexual o no sexual, entiéndeme, afectiva. Muchas veces pues esa autoexploración, masturbación parece ser que siempre va ligada a una consecuencia del deterioro cognitivo cuando no es así, al final es una práctica normal que se hace a lo largo de ciclo vital, pero yo siempre pienso que para la sociedad el pasar los 60-65 años es como entrar por una puerta en la que es todo distinto, todo prohibiciones y todo limitaciones. Eso serían un poco los mitos que más veo, pero también muy unido a la sexualidad, pues a esa autoestima, a ese atractivo, el sentirte guapa... hay mucha gente que considera que bueno, pues ya es una persona mayor y encima estás en una residencia, ¿para qué te vas a peinar?, ¿para qué te vas a maquillar?, ¿para qué te vas a poner la ropa que tú quieres? es que esta es una residencia no vas a salir de ahí. Entonces, ya solamente pues si ya nos movemos en ese círculo de que ¿para qué te vas a sentir guapa o guapo? ¿para qué te vas a arreglar? claro, pues ya lo de la sexualidad es que se quedaría nada en ese sentido.” (03N02)

En este extracto se abordan múltiples mitos y prejuicios relacionados con la sexualidad y afectividad en las personas mayores, así como el tema de las limitaciones sociales impuestas sobre su autonomía y autoestima. Uno de los mitos es que las personas mayores no pueden enamorarse, especialmente si son viudas, divorciadas o tienen deterioro cognitivo.

Otro mito relacionado con las personas que tienen algún tipo de deterioro cognitivo es que se asocia una práctica como la masturbación con el deterioro cognitivo, cuando en realidad es una conducta normal en cualquier etapa de la vida. Este prejuicio refuerza una visión patologizante de la sexualidad en la vejez.

Por último, se menciona cómo se desincentiva a las personas mayores a arreglarse o sentirse guapos/as, reforzando una imagen de inutilidad y desinterés hacia su bienestar.

“Si está medicado no va a tener erecciones, eso no es así depende de la medicación, hay muchas medicaciones antipsicóticas que vienen cierto, no va a tener erecciones, pero eso no es así, tengo un paciente súper medicado que todavía mantiene erecciones, entonces claro, todo el mundo pone en una misma ecuación, si lo medicas ya no va a tener ese deseo. Es mentira, no puedes suprimirlo, la única manera de suprimirlo es que lo castren químicamente y ya eso es otra historia. Otra de las cosas es: si no hablas de ello, él lo va a olvidar; o

como tiene demencia, no se acordará de eso. Es mentira, mientras más perdemos nuestra cognición nuestros instintos afloran, es lo más básico de una persona. Entonces para los familiares es, si no hablas de ello no existe y eso no es así.”
(03R02)

En la cita anterior, uno de los mitos que aborda el/la profesional entrevistado/a la creencia de que, si una persona esta medicada, especialmente con antipsicóticos, perderá completamente su deseo sexual o no podrá tener erecciones. El/La entrevistado/a refuerza que este no es el caso, ya que, aunque algunos medicamentos puedan influir en la función sexual, no todos los pacientes se ven afectados de la misma manera. Asimismo, refuta el mito de que, si no se habla de sexualidad en personas con demencia, esta desaparecerá. Al contrario, asegura que, mientras más se pierda cognición, los instintos básicos, como el deseo sexual, pueden aflorar más intensamente, pues siguen siendo parte integral de la vida de las personas mayores.

6.3.3 Impacto de tabúes y estereotipos en la atención de residente.

En general, los/las entrevistados/as consideran que lo estereotipos y tabúes pueden perjudicar la atención a los residentes, ya que éstos llevan a no permitir cubrir sus necesidades de manera integral. A su vez, otros/as empleados/as expresan que estos factores no afectan en la atención que se les proporciona a los/as residentes.

“Al final no se está cubriendo una necesidad que ellos están reflejando, pues debido a eso, a la cultura que han tenido desde siempre y todos los mitos que comentas y tabúes. Es verdad que, si tienen esa necesidad como hemos dicho antes, ni siquiera la expresión, o sea, porque no por vergüenza porque nunca lo han hecho entonces para ellos es estar pidiéndoles de una cosa que necesitan.”
(03A02)

El/la participante en el estudio expone cómo la cultura y los mitos prevalentes sobre la sexualidad en las personas mayores contribuyen a que no se cubran sus necesidades emocionales y sexuales. Muchas veces los residentes no tienen oportunidad de expresar sus deseos o incluso de reconocerlos como necesidades legítimas. El punto clave aquí es cómo la vergüenza y la falta de experiencia en expresar el deseo sexual, debido a una vida donde no se hablaba de la sexualidad, dificulta que los residentes se sientan cómodos al pedir lo que necesitan.

"Creo que a la hora de atender no sé, yo creo que tampoco afecta mucho, porque puedes pensar está más salido tal, pero te hace gracia. Infantilizando, no dando importancia. Los estereotipos y prejuicios en el sexo en personas mayores van muy ligados al edadismo, si hay una conducta edadista por parte del trabajador, va a ser en cara al sexo, va a ser cara cuando no quieren comer algo y va a ser en muchos ámbitos, no solo en este, el sexo al final es otra conducta más que puede ser estereotipada. Entonces si hay estereotipo y afecta, pues al final es, pues esa persona será mala trabajadora porque no tendrá en cuenta las necesidades o no intentará resolver las necesidades de esta persona porque al final, podemos darle mil vueltas y tal y si podemos encontrar una solución, ¿por qué no? pero para eso, debemos tener en cuenta a la persona.

Y los tabúes que puedan tener los familiares afectaría, ya no en los trabajadores, afectaría en la en la persona, a todos nos afecta así nuestros padres o seres queridos, nos dicen algo, te sientes culpable de hacer algo. La culpabilización tú imagínate, es así." (04N02)

El/la profesional señala que los estereotipos y prejuicios sobre la salud sexual de las personas mayores están fuertemente ligados al edadismo. Sugiere también que, si un trabajador tiene una actitud edadista, esto afectaría también su enfoque hacia la sexualidad de los/as residentes, reduciendo su capacidad para atender de manera adecuada sus necesidades. El/la entrevistado/a destaca que el sexo debe ser considerado como cualquier otra necesidad, y que, si existe una solución, ésta debe ser buscada sin prejuicios. Asimismo, los tabúes familiares tienen un impacto directo en la persona mayor, ya que las expectativas de los familiares pueden generar culpabilidad y vergüenza en el residente.

6.4 Formación y recursos.

6.4.1 Formación ofertada a los/as trabajadores/as de las residencias

En dos de las residencias en las que se ha realizado el estudio, no se ofrece ningún programa ni formación específica a los/as trabajadores/as sobre la sexualidad de las personas mayores, aunque en una de ellas tiene previsto implementar píldoras informativas en el futuro. En otras dos residencias se aborda el tema del enfoque de Atención Centrada en la Persona, que incluye un apartado sobre sexualidad, aunque no todos/as los/as profesionales no están al tanto de esta información.

Asimismo, una de las instituciones ya cuenta con la realización de una píldora informativa sobre cómo actuar ante comportamientos de desinhibición.

"Que abarque la relación la sexualidad de manera específica, no. Sí que tenemos una formación al inicio cuando empiezas a trabajar, que es una formación de introducción a la atención central a la persona. En la atención de centrar a persona hay unos pilares básicos, la autonomía y la dignidad de la persona son unos de ellos. Bueno, de hecho, la base de la atención centrada de la persona es la dignidad, entonces ahí ya va implícito el tema de la sexualidad, porque el respeto está allí, sexualidad como tal no, pero creo que si hablamos de sexualidad en ese sentido amplio de la palabra ya va implícito ahí, en la introducción a la ACP." (04N02)

El/la testigo señala que no hay una formación dedicada exclusivamente a la sexualidad de personas mayores; ésta se considera de manera indirecta dentro de los pilares fundamentales de la Atención Centrada en la Persona (ACP), como son la autonomía y la dignidad de la persona.

"Sobre la sexualidad específicamente, no; sobre el manejo conductual en paciente con demencia, sí; y se toca en la esfera de desinhibición pero como un problema, no como natural, no existe un programa de cómo es la sexualidad normal del adulto mayor o del anciano, sino cómo manejar cuando la conducta es anormal. Básicamente creo que por ahí han enfocado los esfuerzos de los manejos porque creo que es lo más llamativo y lo que más alerta a todo el mundo pero que haya una formación no existe." (03R02)

En este fragmento, la persona entrevistada subraya que es en la residencia en la que trabaja no existe un programa específico sobre la sexualidad de los/as residentes, pero sí que tienen una formación sobre la gestión de conductas de desinhibición.

"No, y tampoco creo que se necesite, ¿Por qué? Porque vuelvo a lo mismo que te comento la anterior, es que es un centro residencial en el que nuestra mayoría de los pacientes son o cuidados paliativos o pacientes con deterioro cognitivo y evidentemente el tipo de paciente que nosotros tenemos aquí hace que la relación, ese afecto sexual sean nulas. En el caso de que es un centro residencial entiendo que nuestros pacientes son mayores de 85 años incluso tenemos pacientes mayores de 100 años entiendo que la mayoría si no todos tienen algún deterioro cognitivo

o deterioro cognitivo de moderado severo, entendiendo de que esto afecta mucho la capacidad de decisión, entonces no se les puede obligar a nada, pues, o sea, pero creo que el centro de residencial con el tipo de pacientes que tenemos ahora mismo y hace años no aplica mucho, pues, o sea, algo sobre la sexualidad porque no vas a encontrar o vas a encontrar muy poco.” (01R01)

En esta cita, el/la testigo plantea una perspectiva que minimiza la relevancia de abordar la sexualidad en el contexto de un centro residencial para personas mayores, argumenta que las características de los/as residentes, principalmente adultos mayores de 85 años con deterioro cognitivo moderado o severo, hace que la expresión de la sexualidad sea casi inexistente y, por lo tanto, no se necesita este aspecto en la atención proporcionada en la institución.

6.4.2 Factores

A los/as profesionales se les preguntó también qué factores consideran necesarios para involucrarse en la mejora de la calidad de vida afectivo-sexual de los residentes.

“El bienestar de la persona, sobre todo. Si algún residente me viene pidiendo imagínate, un espacio y tal, claro que me involucraría. Primero, esa persona que viene a hablarte tiene que tener mucha confianza contigo, esa confianza la vas a encontrar sobre todo conociendo su historia de vida, dándole margen y claro que sí está bien cognitivamente me involucraría. Si estaba mal cognitivamente investigaré un poco el por qué, con quién y estas cosas.” (04N02)

En este extracto se manifiesta que la prioridad es el bienestar del adulto mayor, lo que refleja un enfoque centrado en el individuo y sus necesidades específicas. La disposición a involucrarse cuando un residente solicita un espacio para ejercer su sexualidad detona un compromiso con el respeto a su autonomía y un reconocimiento de su derecho a una vida sexual activa en el contexto residencial. Asimismo, subraya la importancia de la confianza en la relación entre el profesional y el residente, como un elemento *fundamental para abordar este tipo de situaciones*.

Por último, expone que en los casos con personas que tienen deterioro cognitivo, se tienen que analizar las circunstancias y las relaciones implicadas antes de tomar una decisión.

“Nos ayudaría mucho su trayectoria en este sentido y su historia. Pero claro, ni ellos te lo van a contar porque primero los que no tienen deterioro cognitivo está

el tabú de la vergüenza y los clientes de cognitivo, te lo tiene que contar la familia, que no lo va a contar por lo mismo, por los tabús y las vergüenzas que ocasiona y que a lo mejor no la conocen, probablemente no la conozcan.

Yo estoy convencida de que vienen mucha gente con una condición sexual no clara o que no la expresan porque están cohibidos.” (03G02)

La persona entrevistada pone de relieve las barreras culturales y emocionales que dificultan el abordaje de la salud sexual de las personas mayores institucionalizadas. Sus palabras dejan claro que sería de gran ayuda conocer la trayectoria e historia de vida del adulto mayor para comprender y respetar sus decisiones, para identificar dos obstáculos que son los tabúes y la vergüenza. Por otra parte, el/la profesional menciona su convención sobre la presencia de residentes con orientaciones sexuales no expresada.

6.4.3 Recursos

En relación con los recursos considerados necesarios para fomentar la salud sexual del adulto mayor, un gran porcentaje de las personas entrevistadas destacó la importancia de la educación, la formación y la información, además de espacios adecuados que favorezcan la expresión del lado afectivo-sexual de los/as residentes. No obstante, una minoritaria expresó que esto no lo veía necesario o estimaba que se debía evitar que los residentes ejercieran su sexualidad.

“Yo creo que sí, sobre todo una formación ya no, a través de píldoras formativas que al final siento que es un poco dar respuesta a una necesidad muy inmediata, pero que tampoco entras en profundidad. Creo que para hablar de sexualidad nos tiene que dar tiempo a reflexionar, a pensar... a cómo nosotros la entendemos, cómo es posible que la entiendan otras personas y como la tendríamos que entender.

Entonces sí que creo que para eso es necesaria formación con más detalle, ya no solo desde la residencias o desde los propios recursos, sino que sea un tema que se vaya introduciendo en los grados medios, en los certificados de profesionalidad, incluso en el Máster de Gerontología... que sea algo que no solamente se quede en el equipo técnico, pues en psicólogos, trabajadores sociales, etcétera... que al final es posible que esto lo hayamos trabajado más, sino que realmente llegue a esa estructura operativa que serían los auxiliares, los gerocultores, que al final son los que están las 24 horas del día. Entonces, yo creo

que sobre todo sería la formación, eliminar mitos de vejez, sexualidad y sexualidad en la vejez y hacer también un trabajo de difusión y promoción a nivel de sociedad-comunidad porque ya se ha visto que cuando la comunidad o la sociedad nos empeñamos en que algo cada vez se trabaje más, al final se trabaja a nivel de Administraciones Públicas, recursos etc, ha pasado con la soledad, ha pasado con el empoderamiento de las mujeres, entonces sí que es verdad que es algo que habría que saltar a la palestra pública o a la palestra de la comunidad”
(04N02)

Para finalizar, en esta última cita, la persona entrevistada enfatiza la necesidad de una formación profunda y continua sobre la sexualidad en la vejez, que vaya más allá de soluciones rápidas o superficiales, como las píldoras formativas. Justo a esto, el/la profesional destaca que los auxiliares y gerocultores, quienes está en contacto diario con los residentes, deben ser incluidos en la capacitación. Además, aboga por integrar este tema en la formación desde niveles básicos hasta programas de especialización en gerontología.

Además, en este fragmento se resalta la importancia de eliminar mitos y prejuicios sobre la sexualidad en la vejez y se propone realizar un trabajo de sensibilización a nivel social y comunitario, comparando estas necesidades con otras problemáticas sociales que han sido exitosamente visibilizadas; en resumen, la persona entrevistada defiende un enfoque integral que respete y valore la sexualidad de las personas mayores, tanto en el colectivo de los/as profesionales como en la sociedad en general.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En secciones anteriores del presente Trabajo se ha visto que, a la luz de lo que indica la literatura disponible (véase en el punto 2.REVISIÓN DE LA LITERATURA.), las principales posturas relativas a las interpretaciones de la sexualidad de las personas mayores es que enfrentan prejuicios sociales que tienden a dessexualizar esta etapa de la vida, limitando la expresión de deseo afectivo-sexual. En el caso específico de los adultos mayores institucionalizados, se identifica que, en entornos como residencias para personas mayores, la sexualidad suele ser ignorada o reprimida. Esto se debe a factores como la falta de privacidad, normativas restrictivas y actitudes negativas de profesionales y familias. Aunque algunos

profesionales muestran aceptación, persisten barreras estructurales y culturales y falta de formación para abordar este aspecto adecuadamente.

Todo ello impulsó a formular una serie de preguntas de investigación. La primera pregunta (P1), se centra en explorar el nivel de atención que se presta a la vida afectivo-sexual de las personas mayores en las residencias de Zaragoza. Podemos afirmar que, con base en los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas, a esta pregunta de investigación se puede responder de la forma expuestas a continuación:

P1. La vida afectiva-sexual de los adultos mayores en las residencias de Zaragoza recibe escasa atención, y en general, no se tienen en cuenta como parte de la atención integral que reciben los/as residentes. De las entrevistas realizadas, emergen dos visiones: a) la que reconoce que la sexualidad persiste y se adapta a las circunstancias del adulto mayor y b) el enfoque que asume que, debido a factores como la edad avanzada, enfermedades como el deterioro cognitivo o la falta de pareja, el interés sexual disminuye o desaparece. Estos hallazgos han sido reconocidos en diversa literatura. Fuente Mansilla et al. (2019), por ejemplo, destaca que los/as trabajadores/as de las residencias suelen considerar que la sexualidad no es un aspecto central en la atención que ofrecen o que está fuera de sus responsabilidades. Por otra parte, también hay profesionales que normalizan y aceptan la sexualidad de los/as residentes. En contraste, Gilmer et al., (2010) muestran que, en muchos casos, la expresión sexual de los adultos mayores ha sido frecuentemente ignorada o incluso vista como algo problemático.

Las actitudes que predominan en los/as profesionales de las residencias hacia la salud sexual de los/as residentes tienden a ser negativas, centrándose en minimizar o anular la expresión afectivo sexual. No obstante, se observan algunas estrategias más positivas entre ciertos trabajadores/as. Estos adoptan enfoques como la redirección de conductas, por ejemplo, permitiendo que un residente tome la mano de un/a trabajador en lugar de que toque una zona más íntima. Otra táctica empelada es la desviación del estímulo, especialmente cuando la situación involucra a terceros, proponiendo actividades alternativas como dar un paseo.

La segunda pregunta de investigación (P2) está encaminada en conocer con que barreras se encuentran los/as profesionales para poder abordar la sexualidad de las personas mayores de manera natural.

P2. El trabajo de campo realizado confirma que los/as trabajadores/as se encuentran con varias barreras. En primer lugar, coincidiendo con la investigación Villar et al., (2014), una de las limitaciones mencionadas en el los resultados de este estudio es la falta de espacios privados, dado que la mayoría de las residencias investigadas no cuentan con espacios donde la persona mayor pueda tener intimidad, ya que generalmente, las habitaciones son compartidas, ya sea por dos o tres personas. Asimismo, existe una falta de formación, en el sentido de que las residencias no ofrecen a sus trabajadores/as un programa sobre la sexualidad-afectiva de los residentes, que es necesaria en mucho caso, para poder comprender las necesidades de la persona, mitigar algún juicio de valor y tener herramientas de actuación. Por último, otro factor influyente son las familias, que son un de los pilares fundamentales en la vida de las personas mayores, pero a la vez expresan muchos tabúes que perjudican la expresión de la sexualidad de la persona mayor. En el dar instrucciones al personal sobre cómo abordar la sexualidad del familiar mayor, la mayoría de las veces, asumen posturas negativas de la sexualidad del familiar institucionalizado, y esto es aún más relevante cuando el familiar tiende a desinhibirse.

En relación con la tercera pregunta de investigación (P3), ésta trata de averiguar cómo influyen las actitudes y tabúes del entorno de las personas mayores a la hora de recibir un cuidado integral.

(P3). Los resultados indican que los tabúes y actitudes negativas afectan principalmente en el aspecto de no garantizar satisfacer todas las necesidades de los/as residentes y no favorecer la mejora de su bienestar. En muchos casos, estos factores invalidan su autonomía y emociones, lo que genera en los adultos mayores sentimientos de vergüenza o culpa. Esta última anotación se reafirma con Prieto Chincolla, (2006), que señala que las actitudes culturales tienen mucha influencia en limitar la sexualidad de las personas mayores, aparte de provocar sentimientos negativos en ellos/as, y también reprimen el hecho de que expresen sus intereses sexuales.

Los/as entrevistado/as comentan cuales creen que son prejuicios, estereotipos y mitos más relevantes presentes en la sociedad, y que realmente niegan que sea así por experiencias que ven en la residencia. que se presenta sobre la sexualidad en

la vejez es que las personas mayores pierden el interés sexual, está la figura del viejo verde, las mujeres presentan menos deseo afectivo-sexual que los hombres...

Por último, la cuarta pregunta de investigación (P4) se enfoca en conocer con qué frecuencia o intensidad los/as profesionales tienen alguna preocupación o dudas sobre la vida afectivo-sexual de las personas mayores institucionalizadas.

P4. Tras analizar las entrevistas se percibe que los/as trabajadores les surgen preocupaciones o dudas cuando se enfrentan a situaciones en las que los residentes expresan su deseo sexual. En ese momento, los/as profesionales no saben cómo actuar de manera más adecuada, y esta preocupación es más significativa cuando uno/a de los residentes tienen deterioro cognitivo. En este mismo sentido se posicionan, por ejemplo, también Villar et al., (2017), que manifiestan que en el manejo de la sexualidad de personas con deterioro cognitivo, la respuesta más habitual es proteger, o incluso sobreproteger, al residente con esta enfermedad, ignorando su opinión y prohibiendo su expresión sexual. Además, se reconoce que los/as profesionales pueden sentirse desbordados al enfrentarse a situaciones relacionadas con la sexualidad de personas con demencia, Alzheimer u otras condiciones similares, lo que puede generar emociones negativas.

Recomendaciones

La sexualidad en la vejez es un tema que merece una mayor atención y comprensión en nuestra sociedad. Es fundamental superar prejuicios sociales que se tienen arraigados y tratar este aspecto de manera más integral y respetuosa. Para lograrlo, es crucial replantear la educación sexual que se imparte a los jóvenes, tanto en la primaria como en la secundaria, adoptando la perspectiva del curso de la vida. Actualmente, estos programas suelen repetir contenido y enfocarse exclusivamente en la juventud, ignorando otras etapas de la vida. Es necesario que estos programas educativos muestren una visión más amplia y natural de la sexualidad, reconociendo que ésta no desaparece con el paso de los años, sino que, con la edad, se modifican las formas de expresarla y realizarla, más allá del coito. Al incorporar esta perspectiva en los programas educativos, se están sentando unas bases para una comprensión de la sexualidad en todas sus dimensiones y contribuyendo a reducir estigmas asociados con la vejez.

En el ámbito residencial, es imprescindible implementar programas de educación y formación sobre la sexualidad en el adulto mayor, dirigidas tanto a familiares como a los/as profesionales de las residencias, especialmente a los/as auxiliares de enfermería que tienen un contacto más directo con los/as residentes. Un punto de partida para introducir este tema en los centros residenciales podría ser, como mencionan algunas de las personas entrevistadas, píldoras informativas, sirviendo como herramienta inicial de sensibilización para él personal. Con el tiempo, la formación debería profundizar en las diferentes dimensiones de la sexualidad en la vejez. Estas acciones podrían complementarse con talleres participativos que incluyan a familias y residentes, ya sea de manera separada o conjunta.

Por último, en cuanto a líneas futuras de investigación, es necesario estudiar el papel de las familias. Es importante comprender como éstas perciben la sexualidad de sus personas mayores, cuáles son sus preocupaciones y tabúes al respecto, y qué necesidades específicas pueden tener en este ámbito. Con este conocimiento, se podría diseñar un proyecto de intervención adaptado, que incluya estrategias de sensibilización y prácticas para fomentar la comprensión y empatizar hacia las necesidades del adulto mayor. Estas intervenciones deberían desarrollarse en colaboración con profesionales de diferentes áreas de las ciencias sociales y de la salud, para tratar tanto los aspectos emocionales y físicos como los éticos de la sexualidad de las personas mayores.

Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio, como factor interpretativo estructural, es que las entrevistas se han realizado en el mismo entorno de trabajo donde los profesionales desempeñan sus funciones, pues este contexto puede influir en las respuestas de los participantes. Asimismo, otra limitación es que la muestra de la investigación está compuesta por 24 profesionales de cuatro residencias zaragozanas; este tamaño podría no ser suficientemente amplio para considerarse representativo de toda la diversidad de experiencias y perspectivas sobre la sexualidad de las personas mayores institucionalizadas. También, hay que señalar que la investigación solo se ha podido hacer en residencias de ámbito privado. Por último, desde un punto de vista interpretativo, hay que admitir la falta de un enfoque específico de género, tanto en lo que se refiere a la caracterización de las

percepciones de los/as profesionales como a la diversidad de las conductas de las personas mayores observadas y relatadas.

8. CONCLUSIONES.

El estudio muestra que la expresión sexual en los adultos mayores institucionalizados existe. A pesar de que estas necesidades están presentes, rara vez se favorece su satisfacción.

Tras analizar los resultados se ha percibido que los/as profesionales de las residencias tienden a asociar la sexualidad principalmente con interacciones entre dos residentes, pocas veces se tienen en cuenta la autosexualidad o lo afectivo. Además, se observa una mayor aceptación de expresiones afectivas moderadas, como caricias o besos, especialmente entre parejas establecidas y con personas con buena cognición.

Un dilema recurrente en las residencias de Zaragoza surge cuando una persona con deterioro cognitivo expresa su interés sexual, particularmente si involucra a otro/a residente, pues esta situación plantea cuestiones éticas complejas sobre el consentimiento.

A pesar de que existe la sexualidad en las residencias, hay una falta de formación para los/as trabajadores/as en temas de sexualidad en la vejez. Incluso en el modelo de Atención Centrada en la Persona, que aborda teóricamente la sexualidad, se ha evidenciado que los profesionales no le otorgan la importancia debida.

Hay una disparidad en la sensibilización sobre la salud sexual de los adultos mayores. Mientras que el equipo técnico suele estar más concienciado, las entrevistas revelan que los/as auxiliares de enfermería, quienes tienen un contacto más directo y frecuente con los/as residentes, carece de conocimientos y herramientas para tratar estas situaciones de manera adecuada. Como resultado, sus respuestas a menudo se limitaban a prohibir, separar, controlar o, en algunos casos, hacer comentarios sarcásticos.

Por último, lo más importante, es que siguen existiendo números prejuicios que contribuyen a que la salud sexual no se trate de manera natural en las residencias. Las familias juegan un papel crucial, pues a menudo toman decisiones e intervienen sin considerar los deseos y/o necesidades que tiene su adulto mayor, es decir, se

invalida la capacidad de toma de decisión, sus sentimientos y necesidades de las personas mayores institucionalizadas.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abellan García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2015). Envejecimiento en red. *Informes Envejecimiento En Red*, 10, 27. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos: OEA. (2017). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7). <https://doi.org/10.5377/cuadernojurypol.v2i7.11040>
- Asociación Española de Matronas. (2023). Aprende todo sobre tu embarazo y primeros meses del bebé. *Los Consejos de Tu Matrona.*, 157.
- Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Castro-Calvo, J., & Morell-Mengual, V. (2016). La educación sexual dirigida a personas mayores: retos, dificultades y propuestas. In *Psicología y Educación: Presente y Futuro* (pp. 538–546). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6155563>
- Bejarano Gómez, M. del C., Braojos Bautista, R., Díez García, M. R., Prieto Sánchez, M. del C., & Sánchez Díez, S. (2021). El sexo en la vejez visto desde el resto de la sociedad. *Gerokomos*, 32(3), 149–153. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000400003>
- Cerquera Córdoba, A. M., Galvis Aparicio, M. J., & Cala Rueda, M. L. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psicología*, 6(2), 73–81. <https://doi.org/10.21500/19002386.1185>
- Conde-Ruiz, J. I., & González, C. I. (2021). El proceso de envejecimiento en España. *Fedea*, 1–22. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>
- Díaz Pérez, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Escudero Martínez, J., Bueno López, C., Castillo Belmonte, A. B., de las Obras-Loscertales Sampériz, J., Fernández Morales, I., & Villuendas Hijosa, B. (2023). Un perfil de las personas mayores en España 2023. *Informes Envejecimiento En Red*, 30, 1–40. <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2023/10/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>
- Fabà Ribera, J., & Villar Posada, F. (2016).

2016_Expresion_sexual_en_residencias_Barreras_y_estrategias_Rev_Trab_Soc (pp. 1–12).

- Fuente Mansilla, C., Rodríguez-Martín, B., Fuente Mansilla, C., & Rodríguez-Martín, B. (2019). Visión profesional sobre la sexualidad en personas mayores institucionalizadas: una síntesis temática cualitativa. *Gerokomos*, 30(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400176#B6
- Gilmer, M. J., Meyer, A., Davidson, J., & Koziol-McLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26, 17–24. <https://www.nursingpraxis.org/article/83555>
- Hernando Ibeas, M. V. (2005). Sexualidad y afectividad en la vejez. *Envejecimiento, Salud y Dependencia*, 1, 63–80. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/sexualidadgarcia.pdf>
- Hubbard, G., Tester, S., & Downs, M. G. (2003). Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. *Ageing and Society*, 23(1), 99–114. <https://doi.org/10.1017/S0144686X02008991>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1972). *Incompatibilidad sexual humana*. Intermédica.
- McAuliffe, L., Fetherstonhaugh, D., & Bauer, M. (2020). Sexuality and sexual health: Policy in Australian residential aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 39(S1), 59–64. <https://doi.org/10.1111/ajag.12602>
- Mitty, E., & Flores, S. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 324–249. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.08.004>
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (29, agosto 27) Salud sexual. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Peris, A. Z. (2019). Explorando la expresión sexual de las personas mayores: una perspectiva antropológica en la ancianidad institucionalizada. *Revista Instituto de Estudios Altoaragoneses*, 93–117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7281024>
- Prieto Chincolla, S. (2006). La Sexualidad de las personas mayores. *PORTAL MAYORES*, 57, 14.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.pdf>

- Quevedo León, L. (2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Cultura Del Cuidado*, 10, 70–79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6003070>
- Rodriguez Aleman, R. (2009). La sexualidad al final de la vida: Continuidad o Ruptura. *Revista Atlandida.*, 1, 115–127. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3198337>
- Sapetti, A. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Psicodebate*, 13(0), 61–78. <https://doi.org/10.18682/pd.v13i0.362>
- Seco, M., Andrés, O., & Ramos, G. (s. f.). *Baby Boom*. Fundación BBVA. <https://www.fbbva.es/diccionario/baby%20boom/>
- Syme, M. L., & Cohn, T. J. (2021). Aging sexual stereotypes and sexual expression in mid- and later life: examining the stereotype matching effect. *Aging and Mental Health*, 25(8), 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758909>
- Villar, F., Celdrán, M., Faba, J., & Serrat, R. (2017). Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores: Guía de actuación para profesionales. In *Colección Guías de la Fundación Pilares*.
- 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). <https://doi.org/10.1111/jan.12398>
- Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., Fabà, J., & Martínez, T. (2018). Expresión sexual y regulación de la sexualidad en residencias de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.09.001>

ANEXOS

Anexo 1: Guion de la entrevista

- 1.** ¿Cuál es tu percepción sobre la sexualidad de las personas mayores?
- 2.** ¿Has tenido experiencias en la residencia que te hayan llevado a reflexionar sobre la sexualidad de los residentes? ¿Cuál? (explicar un que reflexión).
- 3.** Desde tu experiencia, ¿qué actitudes piensas que predominan entre el personal de la residencia respecto a la vida afectivo sexual de los residentes?
- 4.** ¿Las personas mayores te han hecho alguna petición relacionada con su vida afectivo-sexual? Si es así, ¿podrías decir que han solicitado?
- 5.** ¿Qué normas o regulaciones existe en la residencia en torno a la sexualidad de los adultos mayores?
- 6.** ¿Hay políticas específicas que puedan afectar la libertad de los residentes en su expresión afectivo-sexual?
- 7.** En ambos casos ¿Cómo se organizan los tiempos, espacios y privacidad en la residencia para facilitar o limitar la vida afectivo sexual de los adultos mayores?
- 8.** ¿Existe algún programa y/o formación que ofrezca la residencia a sus trabajadoras/es sobre la salud afectivo-sexual de las personas mayores?
- 9.** ¿Qué preocupaciones piensas u observas que los profesionales puedan tener en cuanto a la salud sexual de los adultos mayores?
- 10.** ¿Has observado actitudes poco favorables y/o tabúes en los trabajadores o en los familiares respecto a la sexualidad de los residentes?
- 11.** ¿Cuáles consideras que son los mitos y estereotipos más comunes en la residencia sobre la vida afectivo-sexual de las personas mayores? En el caso que de que existan, ¿Cómo afectan los mitos y/o tabúes en la atención que reciben los usuarios?
- 12.** ¿Qué factores te motiva personalmente a involucrarte activamente en la mejora de la vida afectiva de los residentes?
- 13.** ¿Qué apoyo o recursos consideras que te ayudarían a fomentar la salud sexual de los usuarios?

Anexo 1: Guion de la entrevista

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2: Modelo autorización para las residencias de Zaragoza.

Yo,

en calidad de representante de la residencia _____,
otorgo la autorización a Evelin Vanessa Aguilar Aguilera, estudiante del Máster de Gerontología Social (UNIZAR), con DNI (_____) y correo electrónico _____, para llevar a cabo una investigación en nuestra residencia.

El propósito de este estudio es investigar y analizar cómo se aborda la sexualidad en las personas mayores en las residencias de Zaragoza. Asumiendo como punto de observación la visión de las/los profesionales, el propósito es averiguar si existe una carencia de sensibilización y formación de las/los trabajadores de las residencias de mayores sobre la sexualidad en la vejez y porqué razones; además de intentar identificar creencias, estereotipos y tabúes sociales que se reflejen en restricciones organizativas que obstaculicen fomentar de manera natural la sexualidad de los adultos mayores; finalmente, comprender las preferencias expresadas por los familiares de las personas institucionalizadas ante la expresión sexual del residente.

Para lograr este objetivo, Evelin Vanessa Aguilar Aguilera realizará las siguientes actividades:

- Entrevistar al personal de la residencia con el fin de recopilar la información pertinente al tema.
- Grabación de audio de las entrevistas para que posteriormente transcribir los datos y poder hacer el análisis cualitativo.
- Garantía la confidencialidad y privacidad de los participantes, asegurando que no se revelen su identidad.
- Finalizado el estudio se eliminarán las grabaciones y transcripciones.

Comprendo y acepto que Evelin Vanessa Aguilar Aguilera, bajo la dirección de Francesco Marcaletti, con DNI(_____), realice entrevistas a las/los trabajadores de la residencia como parte de su investigación. Estoy de acuerdo que la información recogida se utilice exclusivamente con fines académicos y se mantenga estrictamente la confidencial.

En el caso de requerir información adicional o necesitar ponerse en contacto con Evelin Vanessa Aguilar Aguilera, pueden utilizar el correo electrónico antes mencionado.

Fecha:

Firma:

Investigadora

Director

Responsable de residencia

Anexos 2: Modelo autorización para la investigación en las residencias

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3: Aprobación CUSTOS



Nº ref.: RAT 2024-230

Expte.: TFM "Sexualidad de las personas mayores en las residencias de Zaragoza: enfoque de los profesionales."

Trámite: ACUERDO a fecha de firma, del Gerente de la Universidad de Zaragoza, por la que se aprueba el Tratamiento de datos personales relativo a dicho TFM.

Examinada la solicitud formulada por D^a. Evelin Vanessa Aguilar Aguilera, en calidad de autora del TFM arriba enunciado y la documentación que la acompaña,

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de Derechos Digitales (LOPDyGDD), **DISPONGO**:

1. **Autorizar el tratamiento de datos personales del Trabajo Fin de Máster "Sexualidad de las personas mayores en las residencias de Zaragoza: enfoque de los profesionales."**
2. **Designar al Profesor, D. Francesco Marcaletti, en su calidad de Director/Tutor del TFM, como responsable interno de este tratamiento y a la estudiante, D^a. Evelin Vanessa Aguilar Aguilera, autora del TFM, como encargada interna del mismo.**
3. **El tratamiento seguirá las determinaciones establecidas en este Acuerdo y, en lo que no se oponga a él, en el formulario propuesto por la solicitante.**
4. Además, el tratamiento se llevará a cabo con respeto a los siguientes principios:
 - a) **Los datos personales serán tratados de manera lícita, leal y transparente en relación con los interesados** a quienes se les informará ampliamente de la finalidad de tratamiento («licitud, lealtad y transparencia»).

Se acompaña documento conteniendo la información a proporcionar a los participantes para obtención de su consentimiento que se estima suficiente.

Todo ello se presentará a informe del Comité Ético de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA).

- b) Los datos personales serán recogidos con fines determinados, explícitos y legítimos como es investigar y analizar cómo se aborda la sexualidad de los adultos mayores



Cópiat autèntica de document firmat digitalment. Puetje verificar su autènticidad en <http://valide.unizar.es/cvra/f1cedba027999b49cced299a70a050>

CSV: a1f1cedba027999b49cced299a70a050	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 1 / 3	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
ALBERTO GIL COSTA	Gerente	24/10/2024 13:30:00	



Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valide.unizar.es/cv/af1cedba027998d49cced299a70a050>

institucionalizados en las residencias de la ciudad de Zaragoza («limitación de la finalidad»).

- c) Los datos personales serán adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados: nombre y apellidos, firma, grabaciones de audio, género, datos académicos y profesionales, circunstancias sociales y detalles del empleo («minimización de datos»).
- d) Los datos personales serán exactos y actualizados («exactitud»).

Los datos serán proporcionados por los propios participantes.

- e) Los datos personales no se mantendrán por más tiempo del que sea estrictamente necesario conforme a lo explicitado en el protocolo de la investigación («limitación del plazo de conservación»).

Los datos recogidos se conservarán durante el tiempo legalmente establecido y necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

Se estima que el marco temporal de conservación de los datos personales será hasta 31 de diciembre del 2024. Una vez transcurrido este plazo, será preciso destruir los datos personales por medios seguros, sin perjuicio de que puedan conservarse los resultados anónimos de la investigación.

- f) Los datos personales serán tratados de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los mismos, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas («integridad y confidencialidad»).

Los documentos en formato papel deberán ser custodiados bajo llave. Posteriormente, cuando ya no sean necesarios, serán destruidos mediante una trituradora de papel.

Se utilizarán dos aplicaciones para cifrar documentos (7Zip con la opción de encriptación AES-256 para proteger las transcripciones de entrevistas y el análisis de datos y Veracrypt, para proteger las grabaciones de audio). En ambas se cifrarán con contraseñas diferentes.

CSV: af1cedba027998d49cced299a70a050	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 2 / 3	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
ALBERTO GIL COSTA	Gerente	24/10/2024 13:30:00	


Todos los documentos como grabaciones de audio, transcripciones, análisis de datos serán eliminados con la herramienta Eraser.

5. **Estos principios serán de obligado cumplimiento para todo el personal implicado en el tratamiento de datos**, correspondiendo al responsable y a la encargada interna del tratamiento cumplirlos y hacerlos cumplir.
6. **Cualquier adición, modificación o exclusión posterior en el tratamiento de los datos deberá ser autorizada por el Gerente.**
7. **El responsable interno y la encargada interna del tratamiento** deberán documentar cuantas actuaciones tengan relación con la recogida, operaciones de acceso y tratamiento de los datos y medidas de seguridad.
8. **Cualquier vulneración de las medidas de seguridad aplicadas al tratamiento de los datos personales se notificará al Gerente**, al Responsable de Seguridad y a la Delegada de Protección de Datos con carácter inmediato y siempre dentro de las 24 horas siguientes, describiendo la naturaleza y alcance de la misma y las medidas de seguridad adoptadas o las que proponga adoptar. Deberá documentarse todo el procedimiento.
9. **El responsable interno del tratamiento** se obliga a comunicar en su día al Gerente la finalización de las actividades de tratamiento interesando de éste las instrucciones oportunas en orden a la supresión/destrucción de los datos.
10. **El responsable interno y la encargada interna del tratamiento** tendrán las funciones y responsabilidades establecidas con carácter particular en este Acuerdo y, con carácter general, en las Instrucciones de Servicio sobre tratamiento de datos de carácter personal aprobadas por Resolución de Gerencia de 30 de mayo de 2003.

El Rector, Por delegación (Resol. 15/01/2019, B.O.A. nº 31, de 14 de febrero) firmado electrónicamente y con autenticidad contrastable según el artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015, por Alberto Gil Costa, Gerente de la Universidad de Zaragoza.



Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valide.unizar.es/cv/aff1cedba027998d49cced299a70a050>

CSV: aff1cedba027998d49cced299a70a050	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 3 / 3	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
ALBERTO GIL COSTA	Gerente	24/10/2024 13:30:00	

Anexo 4: Aprobación Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón.



Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos

PI24/459

6 de noviembre de 2024

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 06/11/2024, Acta Nº 20/2024 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Sexualidad de las personas mayores en las residencias de Zaragoza: enfoque de los profesionales.

Estudiante: Evelin Vanessa Aguilar Aguilera
Tutor: Francesco Marcaletti

Versión protocolo: V.2.0, (04/11/2024)

Versión documento de información y consentimiento: V.2.0, (04/11/2024)

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

4º. El presente dictamen favorable sólo tendrá **validez hasta la fecha declarada de final del estudio (diciembre 2024)**, la modificación de esta fecha o cualquier otra modificación sustancial de las condiciones y/o metodología respecto de la versión arriba referenciada del protocolo o del documento de información debe presentarse de nuevo a evaluación por el comité

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente por
GONZALEZ HINJOS MARIA -
DNI: 03857456B
Fecha: 2024.11.11 08:10:50
+01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 5: Modelo consentimiento informado.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título:
TFM "Sexualidad de las personas mayores en las residencias de Zaragoza: enfoque de los profesionales."

Responsable: Universidad de Zaragoza

Director/a Tutor/a: Francesco Marcaletti **correo:**

Alumno/a Investigador/a: Evelin Vanessa Aguilar Agullera **Tfno:** **correo:**

Centro: Facultad de Ciencias de la Salud

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un trabajo académico y/o de investigación académica que estamos realizando en la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Zaragoza.

Su participación es voluntaria, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA).

Antes de tomar una decisión le pedimos que:

- lea este documento entero,
- entienda la información que contiene,
- haga todas las preguntas que considere necesarias,
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se solicita su participación en este estudio porque usted es un trabajador de una residencia en Zaragoza, su experiencia y conocimiento directo son fundamentales para comprender cómo se aborda la sexualidad de las personas mayores en ese entorno. Como trabajador de una residencia, usted tiene un conocimiento único de las políticas, protocolos y enfoques que se aplican en el cuidado de los residentes en términos de su sexualidad. Su participación en la investigación ayudará a obtener una visión más completa y precisa de las prácticas y desafíos relacionados con este tema en las residencias de Zaragoza.

Si Ud. cumple estas especificaciones su participación es importante para nosotros. En el estudio está previsto que participen un total de 20 -25 personas.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio

En esta investigación nos proponemos investigar cómo se están tratando las necesidades y derechos sexuales de los adultos mayores en las residencias de la ciudad de Zaragoza. La investigación se centra en la visión de los

profesionales que trabajan en estas instituciones, con el fin de comprender si hay falta de formación o sensibilización sobre la sexualidad en la vejez. Asimismo, identificar posibles estereotipos, creencias o tabúes que puedan generar barreras organizativas, limitando la expresión sexual los residentes. Por último, conocer las preferencias expresadas por los familiares de los adultos mayores institucionalizados.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Su participación consistirá en una única entrevista presencial, individual y semiestructurada, que será grabada. La duración aproximada de la entrevista será 15-20 minutos. Durante la entrevista, se le pedirá que comparta su experiencia y conocimientos sobre como se trata la vida afectivo-sexual de las personas mayores de la residencia en la que trabaja.

Es importante destacar que todas las grabaciones serán seudonimizadas, es decir, se les asignara un código o identificador único para preservar su anonimato y confidencialidad. Estas grabaciones serán utilizadas únicamente con fines de investigación.

Su participación es voluntaria, y tienen el derecho de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Si decide no participar o desea retirarse después de haber comenzado, su decisión será respetada y no habrá ninguna repercusión.

Si usted accede a participar tendrá que firmar el consentimiento informado que le presentamos al final de este documento. Este consentimiento garantiza que comprenda los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados y como se protegerá su privacidad durante la investigación.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Con esta investigación los participantes no tendrán ningún riesgo. Las únicas molestias que podrían surgir estarían relacionadas con el tiempo necesario para participar en las entrevistas. Sin embargo, se garantizará que el proceso sea lo más cómodo posible para los participantes y se les proporcionará información clara sobre el propósito de la investigación y la confidencialidad de sus respuestas. Además, cualquier dato personal recopilado se manejará de manera seudonimizada garantizando una experiencia segura y respetuosa para los participantes.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento usted no obtendrá ningún beneficio por su participación si bien contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Este proyecto cumple con la Legislación relacionada con la protección de datos, en particular el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales. También con toda la normativa de ética en la investigación y, si es el caso, del tratamiento de datos de la investigación en salud e investigación biomédica. El proyecto está autorizado por la Universidad de Zaragoza. A continuación, le indicamos brevemente cómo trataremos sus datos personales:

En esta investigación no hay financiación.

9. ¿Se me informará de los resultados de la investigación?

Usted tiene derecho a conocer los resultados de la presente investigación derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador se los hará llegar.

10. ¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria: puede decidir libremente no participar sin que eso influya en su práctica habitual ni tenga para Ud. ninguna otra repercusión que pudiera serle desfavorable.

Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones: bastará con que le manifieste su intención al Investigador/a.

11. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento están recogidos los nombres y datos de contacto de los investigadores que participan en este estudio o proyecto. Puede dirigirse a uno de ellos en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención.

Si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: TFM " Sexualidad de las personas mayores en las residencias de Zaragoza: enfoque de los profesionales".

Yo, _____ (nombre y apellidos del/de la participante)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- He hablado con: Evelin Vanessa Aguilar Aguilera.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1) cuando quiera
 - 2) sin tener que dar explicaciones
 - 3) sin que esto tenga ninguna repercusión para mí

Y, en consecuencia,

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Doy mi consentimiento para la grabación de voz de la entrevista y su utilización conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado: SI NO (marque lo que proceda)

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: SI NO (marque lo que proceda)

Si marca SÍ indique por que medio quiere ser informado:

He recibido una copia de este Consentimiento Informado.

Firma del/de la participante: _____

Fecha: _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio a la persona participante.

Firma del investigador/a: _____

Fecha: _____

Anexos 5: Consentimiento informado.

Fuente: elaboración propia