

Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados (CSI): Qué sabemos y qué necesitamos saber

Dementia and inappropriate sexual behavior: What we know and what we need to know

Josep Fabà
Feliciano Villar

RESUMEN: La vejez es una etapa del ciclo vital en la que, tradicionalmente, no tenía cabida la sexualidad. No obstante, la investigación mostrada que la sexualidad desempeña un importante papel en la vida de los mayores, incluso en situaciones como la demencia. El objetivo del artículo es revisar la literatura científica en relación a los comportamientos sexualmente inapropiados (CSI) que este tipo de pacientes pueden manifestar. Para ello, se abordará, en primer lugar, la cuestión de su definición o, más bien dicho, de sus múltiples definiciones, y luego se ahondará en otros aspectos tales como su prevalencia, los posibles factores que pueden desencadenarlos, sus consecuencias, y algunas de las alternativas terapéuticas de las que se dispone. Finalmente, en el último apartado ofreceremos algunas recomendaciones para investigación futura, como son la necesidad de solventar la ambigüedad que gira alrededor del concepto de CSI y de encontrar las formas más eficientes de abordar terapéuticamente esta problemática, así como la conveniencia de considerar la sexualidad como una dimensión humana con un gran potencial adaptativo en la vejez.

Palabras clave: *Demencia; Sexualidad; Comportamiento sexual inapropiado; Conducta sexual; Vejez; Hipersexualidad.*

ABSTRACT: *Traditionally, there has been no place for sexuality in older age. However, research has shown that sexuality plays an important role in older people's life, even in situations such as dementia. The goal of the article is to review the scientific literature regarding the inappropriate sexual behavior that these kind of patients might present. In order to do so, we will firstly address the definition of inappropriate sexual behavior or, more precisely, its multiple definitions. After that, we will deal with other issues such as its prevalence, factors that can cause its appearance, its consequences and some of the available therapeutic options. Finally, in the last section some recommendations for future research will be provided, such as the need to clarify the concept of inappropriate sexual behavior, to find more efficient ways to address this problem, and the desirability of considering sexuality as a human dimension with a high potential for adaptation in old age.*

Keywords: *Dementia; Sexuality; Inappropriate sexual behavior; Sexual behavior; Old age; Hypersexuality.*

La vejez se ha asociado a una gran cantidad de mitos y falsas creencias, y son numerosas las connotaciones negativas que se le atribuyen. Una de estas creencias erróneas hace referencia a la pérdida del interés por el sexo entre las personas mayores (Weeks, 2002), lo que podría explicar en parte la relativamente escasa cantidad de investigación sobre este tema.

Y si los estudios dedicados a la sexualidad en la vejez son pocos, todavía son menos los que abordan la sexualidad en la demencia. Esta desatención es especialmente llamativa si tenemos en cuenta que aunque la demencia no elimina las necesidades sexuales ni de los pacientes ni de sus cónyuges (Davies, Zeiss y Tinklenberg, 1992), sí es probable que implique cambios que afecten a los impulsos sexuales y a su forma de satisfacerlos (Kuppuswamy, Davies, Spira, Zeiss y Tinklenberg, 2007).

En primer lugar, la disfunción eréctil es una de las alteraciones que con mayor frecuencia acompañan a la demencia. Si el porcentaje de varones mayores sanos de entre 60 y 70 años que presentan este trastorno podría encontrarse alrededor del 32% (Martín-Morales; Sánchez-Cruz; Saenz de Tejada; Rodríguez-Vela; Jiménez-Cruz; y Burgos-Rodríguez, 2001), en el caso de los pacientes con demencia podría situarse

cerca del 50% (Dourado, Finamore, Barroso, Santos y Laks, 2010; Zeiss, Davies, Wood y Tinklenberg, 1990).

En segundo lugar, la confusión, el malestar, la ansiedad y la preocupación que la pérdida de memoria y el diagnóstico de demencia puede causar en los pacientes cuando todavía son conscientes de sus déficits (Litz, Zeiss y Davies, 1990) pueden acompañarse de conductas agresivas o excesivamente demandantes. Estos cambios, a su vez, podrían hacer que el cuidador empezase a incubar sentimientos de desorientación, enfado y desesperación, y acabar por deteriorar la dimensión íntima de la pareja.

En tercer lugar, el deterioro funcional y cognitivo que suele acompañar las demencias puede suponer verdaderos retos para el buen funcionamiento sexual, tanto de los enfermos como de sus parejas. Por ejemplo, mientras los primeros podrían experimentar problemas a la hora de recordar la secuencia del acto sexual, los segundos podrían sentirse incómodos a la hora de mantener relaciones íntimas con una persona que no se acuerda de su nombre o que no les reconoce, o tener grandes dilemas a la hora de juzgar la conveniencia de seguir manteniendo relaciones sexuales con alguien cuya capacidad de consentirlas está mermada (Davies *et al.*, 1992; Litz *et al.*, 1990). De hecho, incluso las alteraciones conductuales que frecuentemente manifiestan las personas diagnosticadas con deterioro cognitivo leve pueden bastar para disminuir la satisfacción de sus cónyuges con la calidad marital de su relación en general y con la expresión de afecto y la sexualidad en particular (Garand; Dew; Urda; Lingler; DeKosky y Reynolds (2007).

Por último, la demencia implica otras alteraciones comportamentales que, por su naturaleza, pueden acabar resultando incluso más disfuncionales que las anteriores: nos referimos a los comportamientos sexualmente inapropiados (CSI). Según Lyketsos; Steinberg; Tschanz; Norton; Steffens y Breitner (2000), aproximadamente dos terceras partes de las personas que padecen una demencia van a manifestar una, o más, alteraciones conductuales en algún momento de la enfermedad. Teniendo esto en cuenta, y que el hecho de padecer una demencia no implica la desaparición del deseo y las necesidades sexuales (Davies *et al.*, 1992), es lógico pensar que, en algunos casos, estas alteraciones afecten al comportamiento sexual.

El interés por este fenómeno no reside tanto en su prevalencia como en sus consecuencias. De hecho, posiblemente los CSI no son una de las alteraciones más

frecuentes entre las personas que padecen una demencia, pero cuando aparecen sus efectos perjudiciales pueden extenderse más allá de los límites del individuo y afectar también de forma especialmente intensa a los que le rodean (Hashmi, Krady, Qayum y Grossberg, 2000). Ahondar en el conocimiento de esta problemática debería constituir, pues, un objetivo más de la investigación sobre las demencias, pues cualquier persona que padezca una de ellas puede manifestar, durante su curso, comportamientos sexualmente inapropiados. Aunque éste no vaya a ser el patrón mayoritario, deberíamos estar prevenidos de su aparición y disponer de herramientas adecuadas para afrontarlas.

El objetivo del presente artículo es precisamente revisar la literatura científica en relación a los CSI, destacando los principales hallazgos y aspectos polémicos respecto a su definición, prevalencia, etiología y tratamiento. Acabaremos señalando algunas vías que debería adoptar la investigación futura en este ámbito, destacando la necesidad de abogar por una perspectiva adaptativa y que tenga en cuenta el punto de vista del propio paciente.

La indefinición de CSI

El primer aspecto a comentar en relación a la conducta sexual inapropiada es que se trata de un concepto confuso, a nuestro entender, por tres motivos. El primero es la multiplicidad de términos empleados, como los de “conducta sexual compulsiva”, “adicción al sexo”, “desinhibición sexual”, “expresión sexual inapropiada” o “conducta sexual aberrante” (Harris y Wier, 1998; Nagaratnam y Gayagay, 2002; Wallace y Safer, 2009). El segundo es que, probablemente, el término al que más se ha equiparado sea el de hipersexualidad, equiparación que no nos parece del todo acertada. El último motivo es una consecuencia de los dos anteriores, y es que de la confusión terminológica se deriva la dificultad a la hora de definir el concepto. Así pues, no existe una definición unitaria de los CSI, sino que ésta suele variar de estudio a estudio, haciendo más compleja la comparación de los resultados (Johnson, Knight y Alderman, 2006).

Algunas definiciones únicamente ponen el acento en las consecuencias de los CSI, sin llegar a identificar claramente sus características. Por ejemplo, Black, Muralee y Tampi (2005) hablan de CSI como conductas sexuales disruptivas y angustiosas que pueden interferir en la provisión de cuidados al paciente. Por su parte, Zeiss, Davies y

Tinklenberg (1996) explicitan la importancia del contexto en su definición de CSI, según la cual serían comportamientos con intención o significado sexual que se realizan en público, como realizar comentarios sexuales explícitos, tocar los pechos o genitales (de la pareja o de otra persona diferente) y mostrar los propios genitales delante de otras personas. Esta definición, aunque avanza al proponer un criterio claro para identificar un comportamiento sexual inapropiado, no considera que una conducta podría ser sexualmente inapropiada y no llevarse a cabo en público, como, por ejemplo, intentar inmiscuirse en la cama de una compañera o compañero de residencia sin su consentimiento para intentar tener relaciones sexuales con él o ella.

Más completa podría considerarse la definición de Johnson *et al.* (2006), para quienes los CSI son actos verbales o físicos de naturaleza sexual explícita o percibida que resultan inaceptables en el contexto social en el que se dan. Teniendo en cuenta esta definición, De Medeiros, Rosenberg, Baker y Onyike (2008) proponen una clasificación de conductas sexualmente inapropiadas en la que distinguen entre conductas de búsqueda de intimidad sexual y conductas sexualmente desinhibidas. Las primeras harían referencia a conductas de cortejo o afectivas dirigidas hacia personas equivocadas, como por ejemplo, intentar besar a otra persona tras confundirla con la propia pareja. Las conductas sexualmente desinhibidas serían comportamientos impulsivos, indiscriminados e invasivos, marcados por la aparente pérdida de control y posiblemente elicitados por estímulos ambientales, como la proximidad de un compañero sexual. Un paciente que le tocara los pechos a una cuidadora mientras le ayuda a bañarse estaría, por ejemplo, poniendo en marcha una conducta de este tipo.

Además, tanto De Medeiros *et al.* (2008) como Zeiss *et al.* (1990) proponen una categoría para clasificar la conducta sexual que se encontraría a caballo de la conducta sexual apropiada y de la conducta sexual inapropiada. Si bien los primeros la llaman “conducta no sexual” y los segundos, “conducta sexualmente ambigua”, la idea vendría a ser la misma en ambos casos: puede parecer que algunas conductas tienen una fuerte carga sexual pero, en realidad, no persiguen satisfacer ninguna necesidad de este tipo. El caso de una persona que no es capaz de vestirse y se presenta ante los demás semidesnuda es el ejemplo por excelencia de este tipo de conductas.

Como mencionábamos, un segundo foco de confusión es la equiparación en algunos estudios entre hipersexualidad y CSI. La hipersexualidad se suele definir como

una alteración causada por un deseo sexual insaciable que hace que el individuo se implique en conductas sexuales continuas y desinhibidas que tanto pueden ir dirigidas hacia él como hacia los demás (Kuhn, Greiner y Arseneau, 1998; Wallace y Safer, 2009). A nuestro entender, el uso indiscriminado de ambos conceptos presenta dos problemas.

En primer lugar, el prefijo ‘hiper’ significa superioridad o exceso, de forma que, entendemos, el concepto de hipersexualidad en demencia debería utilizarse solo cuando una persona que padece uno de estos trastornos presentase una conducta sexual excesiva, con todas las dificultades que puede conllevar establecer el umbral a partir del cual la conducta sexual de una persona resulta excesiva. Esta dificultad se hace evidente en algunos artículos en los que se etiqueta de hipersexuales a pacientes que presentan CSI sin mencionar siquiera la frecuencia con la que éstas se dan (ver, por ejemplo, Nagaratnam y Gayagay, 2002).

En segundo lugar, la hipersexualidad en la demencia podría expresarse a través de CSI (Kuhn *et al.*, 1998), pero no necesariamente en todos los casos. Así pues, la hipersexualidad, incluso en la demencia, podría manifestarse a través de un patrón excesivo de actividad sexual apropiada, cosa que tal vez no sería tan llamativa o problemática para los cuidadores de la persona, pero que podría seguir siéndolo para el propio paciente. Así pues, un varón con demencia que se masturbase de forma compulsiva, pero lo hiciese cuando estuviese solo en su habitación, estaría actuando de forma hipersexual, pero su comportamiento sexual no sería inapropiado en sí.

Debido a las razones expuestas, pensamos que el término comportamiento sexual inapropiado resulta mucho más preciso que el de hipersexualidad, y a partir de ahora utilizaremos ese concepto, aunque, repetimos, en la literatura se han utilizado ambos indistintamente, muchas veces incluso como sinónimos (ver, por ejemplo, Robinson, 2003; Series y Dégano, 2005; Wallace y Safer, 2009).

Prevalencia de los CSI

En cuanto a la prevalencia de los CSI, ésta es difícil de estimar en tanto que las definiciones de las que cada estudio parte son inconsistentes (Johnson *et al.*, 2006). Según Zeiss *et al.* (1996) y Tsai, Hwang, Yang, Liu y Lirng (1999) los CSI serían

relativamente comunes entre personas que padecen una demencia, pues estos autores sitúan la prevalencia de los CSI en un 18% y en un 15% respectivamente. Por otro lado, Szasz (1983) encontró una prevalencia de un 25% preguntando a una muestra integrada por el personal de enfermería de unidades dedicadas a la atención de hombres mayores con demencia.

Otros autores encuentran prevalencias inferiores, como podría ser el caso de De Medeiros *et al.* (2008), quienes reportan una prevalencia de CSI del 7,9%. Éste sería el caso, también, de Alagiakrishnan; Lim; Brahim; Wong y Wood (2005), quienes en su estudio reportaron una prevalencia de CSI del 1,8%. Además, según sus resultados, los CSI podrían darse, incluso, en personas que padecen un deterioro cognitivo leve, y es que el 9,8% de las personas que manifestaron algún tipo de CSI en su estudio presentaban este tipo de deterioro.

Este último grupo de estudios, según los cuales la prevalencia de los CSI entre personas que padecen una demencia no superaría el 10%, son congruentes con los resultados obtenidos en muchas otras investigaciones, como podría ser el caso de las llevadas a cabo por Burns, Jacoby y Levy (1990), por Devanand; Brockington; Moody; Brown; Mayeux; Endicott y Sackeim (1992) y por Rabins, Mace y Lucas (1982), quienes encontraron una prevalencia de desinhibición sexual en sus muestras del 7%, del 2,9% y del 2% respectivamente.

En relación a los factores que se relacionan con la presencia de CSI, el tipo de demencia es quizá el más estudiado. Por ejemplo, Zeiss *et al.* (1996) observaron menos CSI en la Enfermedad de Alzheimer (EA) que en otros tipos de demencias. En su estudio, la cantidad de enfermos de Alzheimer que presentaron conductas sexualmente inapropiadas o ambiguas, en comparación con la cantidad de personas que padecían una demencia multifarcto, la Enfermedad de Pick o el Síndrome de Korsakoff fue menor, y lo mismo pasaba tanto con la frecuencia con la que estas conductas se daban como con su duración. Pese a todo, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, lo que corrobora resultados como los de Tsai *et al.* (1999) o De Medeiros *et al.* (2008), en cuyos estudios la presencia de CSI tampoco parecía diferir en función del tipo de demencia. No obstante, en este último estudio se detectó que los pacientes con EA mostraron exclusivamente conductas de búsqueda de intimidad sexual, mientras que los que padecían una demencia de tipo vascular, frontotemporal o de Parkinson tendían a

mostrar en mayor medida conductas sexualmente desinhibidas. En contraste con estos resultados y basándose en los reportes retrospectivos de 2.278 personas, Alagiakrishnan *et al.* (2005) observaron que los CSI se asociaron con mayor frecuencia a la demencia vascular que a la EA, aunque se daban en ambas.

La frecuencia y tipos de CSI se han intentado relacionar con otras variables a parte del tipo de demencia y, de nuevo, la evidencia resulta contradictoria. Mientras algunos no encuentran relación entre los CSI y el nivel de deterioro (De Medeiros *et al.*, 2008; Tsai *et al.*, 1999), otros encuentran una correlación positiva entre desinhibición sexual y severidad del deterioro (Burns *et al.*, 1990). De la misma forma, según varios estudios la prevalencia de CSI en el caso de los hombres podría ser superior que en el de las mujeres (Alagiakrishnan *et al.*, 2005; De Medeiros *et al.*, 2008), pero según Burns *et al.* (1990) y Tsai *et al.* (1999), no habría relación alguna entre ambas variables. Finalmente, en cuanto al lugar de residencia, mientras de acuerdo a Alagiakrishnan *et al.* (2005) vivir en la comunidad o en una residencia tampoco parece afectar a la frecuencia de los CSI entre las personas con demencia, otros estudios sí encuentran un interés sexual incrementado y agresivo más frecuentemente entre las personas con demencia que seguían viviendo en la comunidad que entre las que habían sido institucionalizadas (Drachman, Swearer, O'Donnell, Mitchell y Maloon, 1992).

Etiología y consecuencias de los CSI

Los motivos por los que una persona mayor con demencia pasa de manifestar una conducta sexualmente apropiada a desplegar un patrón de actividad sexual inapropiada no están claros. Los factores neurobiológicos son los que han recibido más atención en la literatura científica. Desde este punto de vista, Shapira y Cummings (1989) proponen que los CSI se originan debido a la alteración de las vías neurales encargadas de regular el deseo sexual. Según Robinson (2003), los lóbulos frontales y temporales son los principales responsables de la regulación de la libido, y las personas que padecen alteraciones en estas regiones suelen mostrar alteraciones conductuales y de la personalidad. Más concretamente, la disfunción del lóbulo frontal suele comportar alteraciones en los mecanismos inhibitorios de la conducta sexual, por lo que ésta puede pasar a expresarse de forma más desinhibida, mientras que la disfunción del sistema

temporo-límbico puede acarrear problemas a la hora de interpretar emocionalmente e intelectualmente los niveles de activación sexual (Wallace y Safer, 2009). La aparición de CSI en personas con demencia también se ha asociado al consumo de ciertas sustancias psicoactivas como la levodopa, las benzodiazepinas y el alcohol (Series y Dégano, 2005), y al padecimiento de alteraciones psiquiátricas como el trastorno bipolar, las alucinaciones, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo (Lesser, Hughes, Jemelka y Griffith, 2005) o el delirio (Haddad y Benbow, 1993).

A parte de los factores neurobiológicos expuestos, la aparición de CSI en la demencia se ha vinculado, también, a factores psicosociales. En primer lugar, las personas que padecen una demencia pueden experimentar intensos sentimientos de soledad, miedo y ansiedad, lo que puede llevarles a implicarse en conductas de aproximación a otras personas (Robinson, 2003). Además, todas las pérdidas que el paciente puede ir acumulando debido al progreso de la demencia pueden causar, también, el deterioro de su autoconcepto y autoestima, y la actividad sexual podría ser una estrategia para realzar este componente autoevaluativo del *self*. Para tratar de superar la falta de intimidad y mejorar la valoración de uno mismo, las personas con demencia podrían poner en marcha conductas sexuales, algunas de las cuales podrían darse en el contexto equivocado.

Siguiendo con Robinson (2003), los problemas mnésicos, y especialmente el olvido del pasado reciente, pueden hacer que la persona quiera iniciar una relación sexual de forma repetida, puesto que ha olvidado haberla mantenido anteriormente. Las dificultades a la hora de interpretar ciertas situaciones también podría causar la aparición de CSI (Hashmi *et al.*, 2000). La participación en actividades de cuidado como las tareas de higiene, por ejemplo, podría ser malinterpretada por algunos pacientes, que podrían activarse sexualmente ante el contacto con un cuidador o una cuidadora. Es posible, también, que en algún momento la persona con demencia confunda a alguna de las personas con las que interactúa con su pareja, e intente iniciar algún tipo de actividad sexual con ella (Mayers, 2000).

El hecho de padecer una demencia puede suponer, también, una serie de cambios en la esfera social del individuo que le pueden conducir a desarrollar CSI. Ejemplo de estos cambios son la falta de un compañero sexual habitual (por ejemplo, tras la muerte de la pareja o porque ésta se rehúsa a seguir manteniendo relaciones

sexuales con el enfermo); la falta de privacidad entre personas institucionalizadas; el abandono del entorno habitual para pasar a vivir en otro que no sólo es menos familiar, sino que también resulta menos estimulante (Series y Dégano, 2005), o el visionado público de material de contenido erótico o sexual a través de la televisión en espacios compartidos (Hashmi *et al.*, 2000).

En cuanto a las consecuencias que los CSI pueden acarrear, cabe decir que si la presencia de problemas de conducta en general durante el curso de una demencia ya se relaciona con niveles altos de sobrecarga de los cuidadores (Miyamoto, Tachimori y Ito, 2010) y con una elevada probabilidad de institucionalización (Gaugler, Davey, Pearlin y Zarit, 2000), los problemas en el comportamiento sexual en particular podrían tener un impacto incluso más severo que otros tipos de alteraciones conductuales más frecuentes, como las conductas agresivas (Johnson *et al.*, 2006). De hecho, según Onishi; Suzuki; Umegaki; Endo; Kawamura; Imaizumi y Iguchi (2006), las CSI son las alteraciones del comportamiento que los cuidadores de personas con demencia encuentran más difíciles de manejar.

Los CSI, además, implican algunos riesgos cuyas primeras víctimas potenciales son los mismos pacientes, cuya conducta puede acarrearles enfermedades de transmisión sexual (Mayers, 1998), traumas genitales (Haddad y Benbow, 1993), la disminución de la calidad del trato recibido, la institucionalización o la recepción de burlas y muestras de rechazo e incompreensión.

Otras personas afectadas son sus cuidadores. El manejo de los CSI es embarazoso, ansiógeno y complicado (Hashmi *et al.*, 2000; Tucker, 2010), y posiblemente lo sea desde el primer momento. Los familiares pueden sentirse angustiados por ver cómo su ser querido empieza a comportarse de una forma incoherente con su vida sexual previa. De hecho, las personas que muestran este tipo de comportamiento pueden llegar a intentar forzar el mantenimiento de relaciones sexuales con sus cuidadores (Mayers, 1998) u otras personas, con el consecuente impacto psicológico que estas experiencias pueden tener en quién las sufre (Kamel y Hajjar, 2004). Los cuidadores formales también son expuestos a numerosas dificultades, ya que tienen que resolver los conflictos que el comportamiento de la persona puede originar y manejar los CSI cuando éstos van dirigidos hacia ellos o hacia los residentes del centro o sus visitantes (Mattison y Hemberg, 1998). El abordaje de estas situaciones puede verse dificultado por la falta de formación y entrenamiento al respecto (Mayers, 1998).

Finalmente, estas conductas también suponen un riesgo para la seguridad de las personas que rodean al paciente (Alagiakrishnan *et al.*, 2005), especialmente para aquellos con una menor capacidad para tomar decisiones o defenderse, como podrían ser, por ejemplo, los niños en el contexto comunitario, o el resto de usuarios con deterioro cognitivo en el contexto institucional.

Evaluación y tratamiento de los CSI

La recogida de una buena y completa historia clínica, ya sea preguntando directamente al paciente o a sus familiares y/o cuidadores en el caso de que el deterioro pueda mermar la calidad de la información (Kamel y Hajjar, 2004), es fundamental para evaluar los CSI. A parte de la historia clínica, que siempre debería incluir la historia sexual, es recomendable realizar una evaluación completa de las diferentes funciones cognitivas para conocer en qué medida se encuentran preservadas o deterioradas, y una exploración física (Black *et al.*, 2005).

Toda la información obtenida mediante estos procedimientos puede ser de utilidad para estimar el riesgo de que alguien manifieste CSI en el futuro y actuar en consecuencia para prevenirlas (Lothstein, Fogg-Waberski y Reynolds, 1997). Cuando alguien ha empezado a manifestar ciertas conductas susceptibles de ser consideradas como sexuales e inapropiadas, la información recabada podría servir para discernir si realmente constituyen CSI o si por el contrario pueden ser consideradas como conductas sexualmente ambiguas (Kuhn *et al.*, 1998), o para comprender los motivos que las pueden haber originado (si, por ejemplo, pueden explicarse por alteraciones como el delirium, a cambios en la medicación etc.) y, por lo tanto, para tratar de buscar la mejor forma de abordarlas.

Por último, también sería conveniente obtener información respecto a la frecuencia de ocurrencia y las características de la situación en la que los CSI suelen darse, es decir, información sobre los precedentes y el tipo de respuestas que acostumbran a generar, las consecuencias (Baltes y Werner-Wahl, 1990).

En cuanto al tratamiento, los CSI se han abordado, principalmente, desde dos enfoques terapéuticos: el farmacológico y el no farmacológico (Harris y Wier, 1998). A

pesar de que la cantidad de estudios sistemáticos en relación a este aspecto es escasa, parece ser que ambos tipos de intervención podrían resultar efectivos (Black *et al.*, 2005).

El tratamiento no farmacológico

Como se ha dicho, algunos autores plantean que la aparición de CSI entre personas que padecen una demencia podría verse favorecida por factores de tipo social (Robinson, 2003; Series y Dégano, 2005), y es de esperar que sea en estos casos en los que el uso de estrategias no farmacológicas contribuya más a reducir la frecuencia de CSI. En relación a este tipo de intervención, debe tenerse en cuenta que todavía no existen estudios que avalen su eficacia (Tucker, 2010).

No obstante, a pesar de no disponer de programas de intervención concretos y estructurados de eficacia contrastada, son muchos los autores que proponen como efectivo el uso de ciertas intervenciones como la modificación conductual, la psicoterapia de apoyo o los programas de educación sexual. Si bien las premisas en las que se basan y la metodología que utilizan son diferentes, estos tres tipos de intervención tienen algo en común: la intención de disminuir los posibles efectos perniciosos que los CSI pueden tener tanto sobre la persona que los ejecuta como para los demás.

Quizá la forma más directa de conseguir este efecto sea la eliminación de los CSI o la reducción de la frecuencia con la que se producen. En este caso, el primer paso debería consistir en explicar a la persona de forma comprensible y clara por qué ciertas conductas no son aceptables, tratando en todo caso de evitar la confrontación directa, pues esto podría hacerle sentir culpable o avergonzada (Black *et al.*, 2005). Esta estrategia podría ser útil, sobretudo, en el caso de personas con un deterioro cognitivo leve, que todavía mantengan su capacidad para comprender y razonar. Cuando con esto no resulte suficiente, se pueden implementar algunas estrategias de modificación conductual, cuya elección dependerá de las características de cada caso concreto. Cuanto más concreto sea el nivel de análisis del CSI, mayor será la probabilidad de encontrar la estrategia de modificación conductual apropiada para abordarlo. Las

estrategias de modificación conductual más citadas en la literatura son el control de estímulos, la extinción y el refuerzo de conductas incompatibles.

Cuando se observe, por ejemplo, que un determinado paciente presenta conductas sexualmente inapropiadas sólo en determinados contextos, podría pensarse que éstas se originan debido a factores situacionales, como el exceso o la falta de estimulación, la participación en actividades que pueden prestarse a confusión (Hashmi *et al.*, 2000; Series y Dégano, 2005). En estos casos, una opción para conseguir frenar la aparición de CSI podría ser apartar a la persona de este tipo de contextos o modificarlos para que se ajusten a sus necesidades o resulten menos ambiguos (Mayers, 1998), esto es, el control de estímulos. Si, por ejemplo, la CSI se produjera ante el visionado de películas en las que aparecieran escenas eróticas, una posible solución podría ser evitar este tipo de situaciones. Si se produjeran durante la provisión de cuidados como el aseo por parte de cuidadores del sexo por el que la persona se siente atraída, los CSI podrían disminuir cambiando el cuidador por otro del sexo opuesto.

Cuando se estime que el problema podría ser solucionado de forma más efectiva actuando sobre sus consecuencias en vez de haciéndolo sobre sus precedentes, las estrategias podrían ser otras. Si se creyese que la persona obtiene algún tipo de refuerzo positivo de la CSI, se podría valorar la posibilidad de usar estrategias como la extinción, que consiste en dejar de entregar el refuerzo positivo tras la conducta problema (Domjan, 2003). De esta forma, ignorar a la persona cuando realiza una CSI puede ser útil cuando se cree que ésta constituye una estrategia para llamar la atención, por ejemplo, del personal. No obstante, es importante tener presente que los CSI son conductas altamente llamativas, y que, por lo tanto, el cese completo del refuerzo positivo (la recepción de atención) podría no llegar a producirse. También hay que pensar que el refuerzo positivo asociado a ciertas CSI podría ser inherente a ellas. La masturbación, por ejemplo, resulta placentera por sí misma, independientemente de si se realiza en privado o en público, por lo que ignorar esta conducta no tendría por qué suponer su extinción. En estos casos, se podría intentar el cese de la conducta mediante el refuerzo de conductas incompatibles, que consiste en el refuerzo de conductas que no se pueden realizar al mismo tiempo que la que se quiere eliminar (Martin y Pear, 1999).

A parte de intentar conseguir disminuir la frecuencia con la que un paciente presenta CSI, pueden realizarse otras intervenciones no farmacológicas, también con la

intención de reducir la problemática asociada a este tipo de alteraciones, pero dirigidas a otros agentes que pueden verse afectados por ellas. La primera de ellas sería la psicoterapia de apoyo dirigida a las parejas de las personas con demencia. Esta terapia estaría especialmente indicada para aquellos cuidadores que realizan atribuciones equivocadas en relación a los motivos por los que la persona con demencia pone en marcha los CSI. Así pues, algunos cuidadores no entienden que estos comportamientos pueden constituir un síntoma más de la demencia y pueden atribuirlos a la propia voluntad de su pareja. En estos casos, ayudar a los cuidadores a reinterpretar los CSI de sus familiares y a conceptualizarlas de una forma menos negativa, tal vez como intentos inadecuados de pedirles cercanía e intimidad (Hashmi *et al.*, 2000), puede contribuir a que disminuya su malestar.

Finalmente, otra alternativa serían los programas de educación sexual para cambiar actitudes hacia los CSI y mejorar sus habilidades para afrontarlos. En este caso, sería muy importante enfatizar la necesidad de reducir los CSI pero promoviendo, al mismo tiempo, la expresión sexual adecuada (Black *et al.*, 2005). Según Mayers (1994), son bastantes los cuidadores formales que manifiestan interés en participar en este tipo de programas (alrededor del 82%).

Los tratamientos farmacológicos

Los CSI han sido tratados de forma efectiva mediante múltiples fármacos, entre los que se encontrarían algunos antipsicóticos, antidepresivos, anticolinesterásicos, reguladores del estado de ánimo, ansiolíticos y reguladores de la testosterona (Series y Dégano, 2005; Tucker, 2010).

El abordaje farmacológico de los CSI presenta varios problemas. En primer lugar, la evidencia en relación a estos fármacos proviene de estudios de caso, y no se dispone de estudios sistemáticos en los que se compare los efectos de varios fármacos entre diferentes grupos experimentales y entre cada uno de ellos y un grupo control. Además, muchos de los casos reportados se referían a pacientes que tomaban varios fármacos psicoactivos al mismo tiempo, por lo que no quedaría claro a cuál de ellos podrían deberse los efectos observados (Tucker, 2010). A parte de esto, estos fármacos pueden tener efectos secundarios indeseados en aquéllos que los consumen, y

generalmente el tratamiento de conductas sexualmente inapropiadas no es una de sus indicaciones de uso (Series y Dégano, 2005).

Teniendo todo esto en cuenta, coincidimos con Black *et al.* (2005) en que la medicación debería ser, en la mayoría de los casos, una opción a considerar tras el fracaso de la implementación de estrategias de intervención no farmacológicas, o que ambos tipos de estrategias deberían combinarse para conseguir una sinergia de efectos. No obstante, en algunos casos, como por ejemplo ante la posibilidad de conductas que puedan perjudicar gravemente tanto a la propia persona con demencia como a los que le rodean, la extinción de los CSI que presente se convertiría en un objetivo terapéutico urgente, por lo que iniciar el tratamiento farmacológico sin esperar a comprobar los resultados de una intervención no farmacológica podría ser la opción más conveniente.

En relación a qué fármacos deberían ser los de primera opción, algunos autores defienden que los antiandrógenos son los más recomendables (Light y Holroyd, 2006), mientras que para otros, éstos deberían aplicarse sólo cuando otros fármacos como los antidepresivos y los antipsicóticos han resultado inefectivos a la hora de reducir los CSI (Guay, 2008; Levitsky y Owens, 1999).

Comportamiento sexual inapropiado en demencias: una agenda de investigación

A pesar de que, como se ha comentado, las conductas sexualmente inapropiadas no son los comportamientos problemáticos más prevalentes en el caso de las demencias, sus graves consecuencias cuando aparecen justifican la importancia de dedicar más esfuerzos a su estudio. En este último apartado se expondrán los retos a los que se enfrenta este estudio y las direcciones futuras que, a nuestro juicio, debería tomar la investigación en este ámbito desde una perspectiva psicológica.

La superación de la indefinición de los CSI

El principal problema de la investigación en relación a los CSI es la falta de consenso respecto a la definición del término. Buena parte de esta falta de consenso se

deriva de la existencia de múltiples conceptos para hacer referencia a un mismo fenómeno, y a que estos frecuentemente se definen de formas incompatibles entre sí o poco claras. De hecho, superar estos desacuerdos podría contribuir a alcanzar un conocimiento más riguroso de la prevalencia real de esta problemática; de la relación que guarda con determinadas variables – como el tipo de demencia, la severidad del deterioro, el género del paciente y su lugar de residencia –, y del peso relativo de los diferentes factores etiológicos con los que se ha intentado relacionar. Disponer de datos más fidedignos en relación a todos estos aspectos podría contribuir a estimar con mayor precisión el posible riesgo que cada persona que padece una demencia tiene de acabar manifestando algún tipo de CSI.

Desde nuestro punto de vista, pues, el primer paso a dar para avanzar en esta dirección debería el decantamiento por el uso preferente de un único concepto, el de comportamiento sexualmente inapropiado, y la diferenciación entre dicho concepto y el de hipersexualidad, que debería reservarse para aquellos casos en los que, preferiblemente la misma persona, presentase quejas y malestar subjetivo debido a un deseo sexual excesivo, insaciable, ya se tradujera en CSI o no.

Para nosotros, la clave para definir qué es una conducta sexualmente inapropiada reside en el establecimiento de unos criterios que permitan distinguir, por un lado, entre conductas sexuales y conductas no sexuales, y por el otro, entre conductas apropiadas y conductas no apropiadas. Esta cuestión, que planteada de esta forma podría parecer obvia, no parece serlo tanto si se tiene en cuenta que algunas de las definiciones expuestas en apartados anteriores no explicitan qué requisitos debe cumplir una conducta para reunir ambas condiciones.

En este sentido, un aspecto que podría ser de utilidad tener en cuenta a la hora de etiquetar una conducta como sexual es si con ella se pretendía producir, o si ha tenido como consecuencia sin pretenderlo, un cambio a nivel de activación sexual en uno mismo o en los demás, tratando siempre de recoger la versión del propio paciente, e intentando que cuando esto sea imposible debido a su deterioro, el criterio externo no provenga, exclusivamente, de una única persona, sino que los hechos sean valorados por un conjunto de profesionales. De esta forma se tiene en consideración tanto el punto de vista de la persona como las consecuencias de su conducta.

El papel de la sexualidad en el desarrollo y su valor adaptativo

En segundo lugar, creemos necesario el reconocimiento del papel que la sexualidad juega en la vida de las personas, incluso entre aquellas que padecen una demencia. Además de reconocer que estas patologías no tienen por qué conllevar el cese de los intereses sexuales, debemos también considerar el potencial valor adaptativo que tanto la conducta sexual apropiada como los CSI pueden tener para este grupo de personas mayores, al igual que lo tienen para las que envejecen de forma satisfactoria.

A nuestro entender, la sexualidad es una faceta del ser humano que se modifica, con él, a lo largo de su ciclo vital, y que le acompaña hasta su fin, y sus funciones van más allá de la lúdica, la reproductiva y la social. Como algunos autores apuntan, la conducta sexual podría servir también para reducir los sentimientos de miedo, ansiedad o soledad, o para incrementar los niveles de autoestima (Robinson, 2003). De esto se puede inferir que la conducta sexual en algunos casos podría constituir una estrategia de control, esto es, una forma de incidir sobre el entorno con la intención de convertirlo en un contexto tan favorable como sea posible para la consecución los propios objetivos y metas (Heckhausen y Schulz, 1993). Considerando la sexualidad como una motivación importante, es fácil entender por qué, de una forma u otra, tanto sus cuidadores como muchas personas con demencia pueden seguir tratando de satisfacer ciertas necesidades a través de conductas sexuales, aunque en algunos casos no sean apropiadas.

Este argumento puede proporcionar una forma alternativa de interpretar los CSI, que en algunas ocasiones podrían ser esfuerzos de los pacientes por seguir ejerciendo control sobre el entorno a través de la sexualidad. En este sentido, algunos autores han puesto de manifiesto como otros tipos de comportamientos problemáticos en algunas personas mayores, como son los comportamientos pasivos y de sobredependencia, pueden tener cierto valor adaptativo, ya que mediante ellos se controla a las personas que les rodean y se satisfacen necesidades importantes (Goldfarb, 1969). Estudios como los de Baltes y Werner-Wahl (1990) con pacientes institucionalizados, muestran como los comportamientos dependientes en ocasiones son un instrumento para conseguir atención y contacto físico y emocional, y pueden verse reforzados por las reacciones del personal de las residencias, que acababa proporcionado más atención y contacto precisamente a los que se mostraban más dependientes, con independencia de sus

capacidades. Autores como Tune y Rosenberg (2008) han aplicado este razonamiento a los comportamientos sexualmente inapropiados, comprobando como esos comportamientos pueden ser medios para conseguir interaccionar con los profesionales y conseguir contacto físico. Obviamente, en este caso se consigue una interacción negativa, pero desde la perspectiva del paciente quizá estas interacciones negativas puedan ser preferidas a la no interacción.

Estudios como estos abren nuevas perspectivas en el estudio del comportamiento sexual en las personas con demencia, entendiendo estos comportamientos como la expresión de una necesidad que no desaparece con la enfermedad, y como un instrumento que, desde la perspectiva del paciente, sirve para conseguir ciertas recompensas.

La evaluación y el tratamiento de los CSI

En tercer lugar, creemos que la investigación también debería trabajar para encontrar técnicas efectivas para evaluar a los pacientes que manifiestan CSI y tratarlos, tanto farmacológicamente como no farmacológicamente. En estos aspectos, las cuestiones tratadas en apartados anteriores son también claves aquí: en primer lugar, sin una definición consensuada de los CSI es difícil avanzar en su correcta evaluación y posterior tratamiento. Además, ni la evaluación ni el tratamiento deben olvidar el valor adaptativo que pueden tener esos comportamientos desde el punto de vista del paciente.

En este último sentido, se debe tener en cuenta que el deterioro que acompaña las demencias merma también la capacidad para controlar el ambiente. En este contexto, si lo que se pretende es favorecer el mantenimiento de los niveles de bienestar que conservan los pacientes, eliminar las estrategias de control de las que todavía pueden disponer no nos parece la mejor opción. Es por esto que coincidimos con Blackerby (1990) en que el tratamiento de los CSI debería permitir atenuar sus consecuencias respetando la capacidad del paciente de expresar su sexualidad. Y, creemos, esto sólo podría conseguirse mediante tratamientos que persiguieran la reducción del impacto asociado a los CSI (ya fuera actuando sobre el paciente o sobre sus cuidadores) y, al mismo tiempo, canalizara esos comportamientos sexuales hacia expresiones más apropiadas y aceptables.

En cualquier caso, es necesario realizar investigaciones dirigidas a comparar diferentes tipos de intervenciones (ya sean farmacológicas o no farmacológicas) que permitan valorar su eficiencia comparada y los efectos en comparación a grupos control. Los resultados de estos estudios sin duda van a permitir tomar mejores decisiones terapéuticas cuando los CSI aparecen.

En general, necesitamos modelos de atención que permitan comprender los CSI de manera amplia, teniendo en cuenta aspectos evolutivos y sociales. Un modelo particularmente prometedor en este sentido, cuyos principios son coherentes con lo expuesto en el artículo, es el de la atención centrada en la persona (Brooker, 2004). Esta perspectiva subraya la necesidad de tener en cuenta sus perspectivas individuales, es decir, el sentido que las personas con demencia atribuyen a su situación, de forma que sus puntos de vista, personales y únicos, no deben ser ignorados a la hora de atenderles. Además, la atención centrada en las personas resalta la importancia del contacto social en el bienestar de las personas con demencia.

De esta manera, considerar las características diferenciales de cada individuo que padece una demencia; implicarle en los procesos de evaluación y toma de decisiones que le puedan afectar de alguna forma; tener en cuenta su opinión en cuanto a la naturaleza de aquellas conductas que, desde fuera, parecen CSI a la hora de decidir si lo son o no; escuchar las causas a las que atribuye dichos comportamientos; permitirle colaborar en la búsqueda del tratamiento que puede ser más indicado en su caso, y no apartarle de su contexto social podrían ser estrategias útiles para evitar o mitigar las posibles consecuencias negativas que estas alteraciones tienen tanto para la persona como para sus cuidadores.

Referencias

- Alagiakrishnan, K.; Lim, D.; Brahim, A.; Wong, A.; Wood, A.; Senthilselvan, A.; Chimich, W.T. y Kagan, L. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*, 81(957): 463-6.
- Baltes, M. y Werner-Wahl, H. (1990). Dependencia en los ancianos. En: Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A. (Comps.). *Intervención psicológica y social*: 40-57. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Black, B.; Muralee, S. y Tampi, R.R. (2005). Inappropriate sexual behaviors in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18(3): 155-62.

Blackerby, W.F. (1990). A treatment model for sexuality disturbance following brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 5(2): 73-82.

Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3): 215-22.

Burns, A.; Jacoby, R. y Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of Behavior. *British Journal of Psychiatry*, 157(7): 86-94.

Davies, H.D.; Zeiss, A. y Tinklenberg, J.R. (1992). Til death do us part: Intimacy and sexuality in the marriages of Alzheimer's patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(11): 5-10.

De Medeiros, K.; Rosenberg, P.B.; Baker, A.S. y Onyike, C.U. (2008). Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(4): 370-7.

Devanand, D.P.; Brockington, C.D.; Moody, B.J.; Brown, R.P.; Mayeux, R.; Endicott, J. y Sackeim, H.A. (1992). Behavioral syndromes in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 4(Suppl. 2): 161-84.

Domjan, M. (2003). *Principles of learning and behavior* (5th edition). Belmont, CA: Thomson/Wadsworth Learning.

Dourado, M.; Finamore, C.; Barroso, M.F.; Santos, R. y Laks, J. (2010). Sexual satisfaction in dementia: Perspectives of patients and spouses. *Sexuality and Disability*, 28(3): 195-203.

Drachman, D.A.; Swearer, J.M.; O'Donnell, B.F.; Mitchell, A.L. y Maloon, A. (1992). The caretaker obstreperous-behavior rating assessment (COBRA) scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(5): 463-80.

Garand, L.; Dew, M.A.; Urda, B.; Lingler, J.H.; DeKosky, S.T. y Reynolds III, C.F. (2007). Marital quality in the context of mild cognitive impairment. *Western journal of nursing research*, 29(8): 976-92.

Gaugler, J.E.; Davey, A.; Pearlin, L.I. y Zarit, S.H. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behavior problems. *Psychology and Aging*, 15(3): 437-50.

Goldfarb, A.I. (1969). The psychodynamics of dependency and the search for aid. En: Kalish, R.A. (Ed.). *The dependencies of old people*: 1-15. Ann Arbor, MI: Institute of Gerontology, University of Michigan.

Guay, D.R.P. (2008). Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 6(5): 269-88.

Haddad, P.M. y Benbow, S.M. (1993). Sexual problems associated with dementia: Part 1. Problems and their consequences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(7): 547-51.

Harris, L. y Wier, M. (1998). Inappropriate sexual behavior in dementia: A review of the treatment literature. *Sexuality and Disability*, 16(3): 205-17.

Hashmi, F.H.; Krady, A.L.; Qayum, F. y Grossberg, G.T. (2000). Sexually disinhibited behavior in the cognitively impaired elderly. *Clinical Geriatrics*, 8(11): 61-8.

Heckhausen, J. y Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life-span development. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2): 287-303.

Johnson, C.; Knight, C. y Alderman, N. (2006). Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Injury*, 20(7): 687-93.

Kamel, H.K. y Hajjar, R.R. (2004). Sexuality in the nursing home, part 2: Managing abnormal behavior-legal and ethical issues. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(4): 203-6.

Kuhn, D.R.; Greiner, D. y Arseneau, L. (1998). Addressing hypersexuality in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(4): 44-50.

Kuppuswamy, M.; Davies, H.D.; Spira, A.P.; Zeiss, A.M. y Tinklenberg, J.R. (2007). Sexuality and intimacy between individuals with Alzheimer's disease and their partners: Caregivers describe their experiences. *Clinical Gerontologist*, 30(3): 75-81.

Lesser, J.M.; Hughes, S.V.; Jemelka, J.R. y Griffith, J. (2005). Sexually inappropriate behaviors. Assessment necessitates careful medical and psychological evaluation and sensitivity. *Geriatrics*, 60(1): 34-7.

Levitsky, A.M. y Owens, N.J. (1999). Pharmacologic treatment of hypersexuality and paraphilias in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(2): 231-4.

Light, S.A. y Holroyd, S. (2006). The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behaviour in patients with dementia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31(2): 132-4.

Litz, B.T.; Zeiss, A.M. y Davies, H.D. (1990). Sexual concerns of male spouses of female Alzheimer's disease patients. *The Gerontologist*, 30(1): 113-6.

Lothstein, L.M.; Fogg-Waberski, J. y Reynolds, P. (1997). Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients. *Connecticut Medicine*, 61(9): 609-18.

Lyketsos, C.G.; Steinberg, M.; Tschanz, J.T.; Norton, M.C.; Steffens, D.C. y Breitner, J.C.S. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5): 708-14.

Martin, G. y Pear, J. (1999). *Behavior modification: What is it and how to do it*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Martín-Morales, A.; Sánchez-Cruz, J.J.; Saenz de Tejada, I.; Rodríguez-Vela, L.; Jiménez-Cruz, J.F. y Burgos-Rodríguez, R. (2001). Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiología de la disfunción eréctil masculina study. *The Journal of Urology*, 166(2), 569-75.

Mattison, A. y Hemberg, M. (1998). Intimacy-meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: What is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 5(6): 527-34.

Mayers, K.S. (1994). Sexuality and the patient with dementia. *Sexuality and Disability*, 12(3): 213-9.

Mayers, K.S. (1998). Sexuality in the demented patient. *Sexuality and Disability*, 16(3): 219-25.

- Mayers, K.S. (2000). Inappropriate social and sexual responses to a female student by male patients with dementia and organic brain disorder. *Sexuality and Disability*, 18(2): 143-7.
- Miyamoto, Y.; Tachimori, H. y Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4): 246-53.
- Nagaratnam, N. y Gayagay, G. (2002). Hypersexuality in nursing care facilities – a descriptive study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(3): 195-203.
- Onishi, J.; Suzuki, Y.; Umegaki, H.; Endo, H.; Kawamura, T.; Imaizumi, M. y Iguchi, A. (2006). Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. *International Psychogeriatrics*, 18(1): 75-86.
- Rabins, P.V.; Mace, N.L. y Lucas, J.L. (1982). The impact of dementia on the family. *Journal of the American Medical Association*, 248(3): 333-5.
- Robinson, K.M. (2003). Understanding hypersexuality: A behavioral disorder of dementia. *Home Healthcare Nurse*, 21(1): 43-7.
- Series, H. y Dégano, P. (2005). Hypersexuality in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6): 424-31.
- Shapira, J. y Cummings, J.L. (1989). Alzheimer's disease: Changes in sexual behavior. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 23(6): 32-5.
- Szasz, G. (1983). Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(7): 407-11.
- Tsai, S.J.; Hwang, J.P.; Yang, C.H.; Liu, K.M. y Lirng, J.F. (1999). Inappropriate sexual behaviors in dementia: a preliminary report. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13(1): 60-2.
- Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: A literature review. *International Psychogeriatrics*, 22(5): 683-92.
- Tune, L.E. y Rosenberg, J. (2008). Nonpharmacological treatment of inappropriate sexual behavior in dementia: The case of the Pink Panther. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7): 612-3.
- Wallace, M. y Safer, M. (2009). Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatric Nursing*, 30(4): 230-7.
- Weeks, D.J. (2002). Sex for the mature adult: Health, self-esteem and countering ageist stereotypes. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(3): 231-40.
- Zeiss, A.M.; Davies, H.D. y Tinklenberg, J.R. (1996). An observational study of sexual behavior in demented male patients. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 51A(6): M325-M329.
- Zeiss, A.M.; Davies, H.D.; Wood, M. y Tinklenberg, J.R. (1990). The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer's disease. *Archives of sexual behavior*, 19(4): 325-1.

Recebido em 06/11/2011

Aceito em 30/11/2011

Josep Fabà – Psicólogo. Becario del programa de Formación del Profesorado Universitario (FPU). Beca concedida por el Ministerio de Educación, con referencia AP2009-4384. Miembro del Grupo de Investigación en Gerontología (GIG). Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España (ES).

E-mail: jfaba@ub.edu

Feliciano Villar – Psicólogo. Profesor titular de Universidad. Miembro del Grupo de Investigación en Gerontología (GIG). Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España (ES)

E-mail: fvillar@ub.edu