

# L'expressió sexual a les residències geriàtriques balears: el punt de vista d'elles



Entitat responsable de la investigació:

**Associació Andiara**

Autoria de la investigació:

**Adrián Sánchez Gorostizaga**

Revisió i correcció lingüística:

**Maria Gomila Pere**

Maquetació:

**Celeste Rodríguez de Bobes**

–

Aquest estudi ha estat realitzat per l'Associació Andiara, amb el suport de l'Institut Balear de la Dona, dins el marc de les mesures del Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere.

–

Aquesta llicència permet copiar i distribuir el material en qualsevol mitjà o format només en forma no adaptada, només amb finalitats no comercials, i només sempre que s'atribueixi l'autoria al creador.



BY: *Cal donar crèdit al creador.*

NC: *No es permeten els usos comercials de l'obra.*

ND: *No es permeten derivades ni adaptacions de l'obra.*

Suggeriment de cita:

Sánchez, A. (2024). *L'expressió sexual a les residències geriàtriques balears: el punt de vista d'elles*. Associació Andiara.

# Índex

---

<b>Introducció</b> .....	5
La situació de les residències geriàtriques .....	8
Barreres a la sexualitat en les residències geriàtriques .....	9
El personal gericultor i la gestió de l'expressió afectivosexual. ....	13
<b>Objectius</b> .....	19
<b>Metodologia</b> .....	20
Equip de recerca i reflexivitat .....	20
Disseny de l'estudi .....	21
Dones grans residents .....	21
Gericultores .....	24
<b>Resultats</b> .....	26
Resultats dels grups focals amb dones grans residents .....	26
L'afectivosexualitat en la vellesa .....	26
Educació afectivosexual i el tabú de la sexualitat .....	30
Diferències de gènere en relació amb la sexualitat .....	32
L'expressió afectivosexual dins de les residències geriàtriques .....	34
Reflexions finals dels grups focals .....	37
Resultats de l'enquesta dirigida a gericultores en actiu .....	38
Descripció de la mostra .....	38
Bloc 1. Formació sobre afectivosexualitat .....	38
Bloc 2. Necessitats afectivosexuals i conductes sexuals inapropiades .....	39
Bloc 3. Propostes de canvi .....	44
<b>Conclusions</b> .....	47
Conclusions sobre les dones grans residents .....	47
Conclusions sobre les gericultores en actiu .....	49
<b>Limitacions de la recerca</b> .....	51
<b>Referències</b> .....	53



# Introducció

---

L'envelliment de la població durant les últimes dècades suposa una realitat demogràfica sense precedents. A Espanya, hem passat de poc més de 4 milions de persones grans el 1981 (un 11 % de la població total) a més de 9 milions en l'actualitat (un 19 % de la població total).<sup>1</sup> Per a l'any 2050, el 22 % de la població mundial s'espera que sigui més gran de 60 anys, segons els pronòstics de l'Organització Mundial de la Salut (2018).<sup>2</sup>

L'assoliment social que implica l'augment de l'esperança de vida poblacional està acompanyat d'una sèrie de reptes importants, tant econòmics com socials i d'atenció sanitària.<sup>3</sup> Perquè aquest augment de la longevitat sigui indiscutiblement positiu, és fonamental garantir que l'envelliment vagi acompanyat de la millor salut física i mental possible.<sup>2</sup> Un dels elements centrals de la vida humana que contribueixen substancialment al benestar és la sexualitat. Són nombrosos els estudis que han demostrat que l'expressió afectivosexual es relaciona amb efectes positius tant físics com psicològics.<sup>4</sup> No obstant això, malgrat ser un factor d'importància capital en les persones grans, és freqüent que s'infravalori o que directament s'ignori en aquest col·lectiu. Les raons són múltiples. El reduït interès en la investigació sobre aquesta temàtica s'afegeix a l'estigma social existent que perpetua l'imaginari de les persones grans com a éssers mancats de sexualitat.<sup>5</sup> Aquesta visió social i cultural contribueix al manteniment d'estereotips sobre l'expressió afectivosexual en la vellesa, que al mateix temps impedeixen la investigació, l'educació i l'elaboració de polítiques de promoció, de manera que es tanca un cercle d'informació falsa, invisibilització i malentesos.

Com a societat, hem pres com a certes diverses suposicions sobre els aspectes biològics de l'envelliment i la sexualitat, inclosa la creença que els canvis biològics redueixen o eliminen l'habilitat o el desig de tenir una sexualitat activa i que, sense aquesta activitat sexual, les persones no poden ser percebudes com a éssers sexuals.<sup>6</sup> La imatge de les persones grans com a éssers asexuals ha estat, i continua sent, majoritàriament dominant. A causa d'aquestes suposicions, l'interès en aquesta àrea d'investigació ha estat molt poc desenvolupat i àmpliament ignorat pel camp acadèmic i clínic. Només en les últimes dècades s'ha començat a posar el focus en aquest camp gràcies a l'evolució de la gerontologia i la geriatria.<sup>7</sup>

Els estudis mostren que el desig sexual persisteix en la vellesa, i hi ha cada vegada més evidències que confirmen la diversitat de conductes d'expressió sexual entre les persones grans.<sup>8</sup> Segons Fisher *et al.*,<sup>9</sup> el 45 % dels homes grans i el 8 % de les dones grans pensen en sexe almenys una vegada al dia. Alguns estudis han trobat que les persones grans que mantenen desitjos sexuals són més actives físicament, tenen menys condicions mèdiques i no prenen gairebé cap medicació.<sup>10</sup>

Els factors culturals juguen un paper significatiu en la vida de les persones i és difícil separar-los dels factors individuals i del seu context social. Per a moltes persones grans, el context individual, estructural i social en què van créixer pot haver donat forma a una visió i a unes creences negatives sobre la conducta sexual.<sup>11</sup>

Un estudi sistemàtic<sup>12</sup> sobre les actituds i les preocupacions relatives a la sexualitat en la tercera edat va identificar dos punts centrals que il·lustren la complexitat i la delicadesa de la relació entre envelliment i sexualitat:

**A** **La gent gran té la impressió que la majoria de les persones assumeixen que són asexuals, per la qual cosa perceben la seva sexualitat com a invisibilitzada.** Aquestes idees, i els valors i normes que representen, són interioritzades i provoquen l'aparició de sentiments de vergonya i la negativa a expressar-se sexualment per no ser jutjats o exclosos.

**B** **La salut, i no l'edat, és el factor que més impacta en la sexualitat.** Les limitacions físiques i algunes condicions de salut poden influir en l'habilitat per involucrar-se en activitats afectivosexuals. A més, l'abordatge de la sexualitat i les respostes que s'obtenen des del sistema sanitari solen ser estereotipades i amb punts de vista sobre el tema molt estrets, que impedeixen rebre un assessorament positiu i empoderador.

Segons Hinchliff *et al.*,<sup>13</sup> la impossibilitat de practicar sexe amb penetració, sigui pel motiu que sigui (disfunció erèctil, dificultats per mantenir una postura, resposta més lenta a l'estimulació, preocupació per possibles fallades cardíaques, etc.), no impedeix involucrar-se en altres conductes afectivosexuals. El tacte manté un paper important en la comunicació, en la vinculació i en el procés de compartir emocions. El tacte humà es considera important per mantenir i construir noves relacions.<sup>14</sup>

Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut,<sup>15</sup> la sexualitat és "un aspecte central de l'ésser humà al llarg de la seva vida, i abasta el sexe, les identitats de gènere i rols, l'orientació sexual, l'eròtica, el plaer, la intimitat i la reproducció. La sexualitat s'expressa en pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, comportaments, pràctiques, rols i relacions. Malgrat incloure totes aquestes dimensions, no totes són sempre experimentades i/o expressades. La sexualitat està influenciada per la interacció de factors biològics, psicosocials, econòmics, polítics, culturals, ètics, legals, històrics, religiosos i espirituals". Hillman<sup>16</sup> destaca que la intimitat afectivosexual és la relació interpersonal entre persones que poden estar tenint una activitat sexual o no, i desplaça l'èmfasi cap a l'experiència de proximitat emocional més que no cap a una expressió concreta.

Els aspectes recollits en el concepte de sexualitat no només són essencials per a l'ésser humà, sinó que també són un dret. És necessari reconèixer el dret que tenen les persones grans<sup>4</sup> a:

- ✓ **Tenir accés a serveis de salut sexual i reproductiva de qualitat i a educació afectivosexual.**
- ✓ **Garantir la seva integritat corporal.**
- ✓ **Poder triar lliurement els seus vincles afectivosexuals.**
- ✓ **Decidir si desitgen ser sexualment actius o no.**
- ✓ **Poder gaudir d'activitats sexuals consentides.**
- ✓ **Viure una afectivosexualitat satisfactòria, segura i plaent.**

Garantir la llibertat i els drets sexuals no és un assumpte menor, ja que els beneficis físics de mantenir una vida sexual activa són múltiples,<sup>17</sup> i inclouen una reducció dels accidents cardiovasculars i del risc d'esdeveniments coronaris fatals, la prevenció del càncer de pròstata i de pit, i la percepció d'una millor qualitat de vida.<sup>18</sup>

Els mecanismes que hi ha darrere dels beneficis físics descrits no estan totalment definits. En primer lloc, l'activitat sexual és una forma d'activitat física, amb els beneficis associats que té un estil de vida físicament actiu. L'alliberació d'endorfines que ocorre durant l'activitat sexual està involucrada en la generació de sensacions de felicitat i de plaer.<sup>19</sup> Al mateix temps, aquestes endorfines en circulació estan associades amb una millor resposta del sistema immunitari, menys risc de càncer i de virus, i prevenció d'infeccions als pulmons i d'altres condicions. Finalment, diversos estudis han suggerit una relació forta entre la sexualitat i l'envelliment saludable.<sup>20</sup>

L'envelliment és també un procés psicosocial, influït pels canvis biològics. Atès que està caracteritzat per canvis metabòlics i bioquímics progressius, pot influir en l'estat d'ànim, en les actituds cap a l'entorn i en l'activitat social.<sup>21</sup> La transició cap a la vellesa té impacte en la posició social de la persona tant dins de la família com dins de la comunitat. Respondre a aquests canvis és el repte psicològic i cognitiu més gran al qual s'enfronten. Per assolir una vida personal de qualitat, la sexualitat es considera central,<sup>12</sup> ja que és un vehicle per a l'expressió d'emocions com l'amor, la passió, l'afecte i la tendresa.<sup>22</sup> I més enllà de l'expressió a través de la sexualitat, la seva rellevància inclou el manteniment de nivells alts d'energia, l'augment de la confiança en un mateix, i el desenvolupament de la capacitat per satisfer les pròpies necessitats i desitjos.<sup>22</sup> La falta d'activitat sexual ha estat relacionada amb una varietat de problemes mentals, com la depressió i una autopercepció baixa de la qualitat de vida.<sup>23</sup> Cal tenir en compte que les activitats afectivosexuals solen implicar relaxació, vincle social i el sentiment de ser desitjat, amb la consegüent alliberació de dopamina, endorfines i oxitocina, que tenen un efecte de reducció de l'estrès i l'ansietat.<sup>24</sup>

El fet que els estereotips associats a les persones grans ignorin la importància de l'afectivosexualitat per a aquesta població, afecta tant la qualitat com la quantitat d'activitats afectivosexuals, la qual cosa té conseqüències negatives per al seu benestar psicosocial. Aquests estereotips són encara més marcats quan parlem de persones grans amb demència, tot i que les sensacions sexuals són un dels últims processos biològics de cerca de plaer que es deterioren, i que pot ser una font de gratificació quan moltes alternatives ja no estan disponibles.<sup>25</sup>

## La situació de les residències geriàtriques

L'expansió de les residències geriàtriques sorgeix com a resposta a l'augment considerable del nombre de persones grans amb algun grau de dependència. Si bé la taxa de dependència, és a dir, de persones grans amb alguna necessitat relacionada amb la seva autonomia, ha descendit, el nombre brut de persones per sobre dels 65 anys continua augmentant cada dia. Espanya és un país que tradicionalment ha recorregut a les cures informals i de caire privat per satisfer les necessitats d'atenció a la dependència. El pes de la gestió d'aquesta situació sol recaure gairebé per complet en les famílies.<sup>26</sup>

En aquest model d'atenció a la dependència, la responsabilitat de les cures recau majoritàriament en la dona. Amb la falta d'implicació de l'home en la cura de les persones dependents, l'encarregada era la cònjuge, ja que habitualment tenia un nivell de deteriorament físic i/o psicològic menor, o la figura de les filles i nores.<sup>26</sup> Això no obstant, la societat ha sofert transformacions en les últimes dècades, especialment en les estructures familiars. La mida de les famílies s'ha reduït, però ha augmentat la supervivència de les generacions. S'habita en llars diferents, en unitats familiars més petites. La incorporació definitiva de les dones al mercat laboral i al teixit productiu va provocar que la seva presència a casa fos menor, la qual cosa dificultava el manteniment del model heteropatriarcal tradicional de cures en el qual la responsabilitat recau exclusivament sobre les dones de la família.<sup>27</sup> En aquest context d'absència de corresponsabilitat davant les cures, i de manca d'un servei públic de suport al domicili sòlid que permeti a les persones continuar a casa seva, les dones de les famílies es veuen obligades a buscar alternatives per a la gestió de les cures. Les alternatives principals són dues: d'una banda, la contractació d'una persona externa (en molts casos, dones migrants vulnerabilitzades per la seva situació administrativa irregular) i, de l'altra, l'ingrés de la persona dependent en un centre geriàtric residencial.

Si ens fixem en la situació de les residències a les Illes Balears, segons les últimes dades de l'Imsero (2021),<sup>28</sup> hi ha 5.554 places residencials per a gent gran, de les quals un 65,5 % són de finançament públic i la resta, privades. La mitjana de places de finançament públic (1,9 per cada 100 persones de més de 65 anys) està molt per darrere de la mitjana estatal (2,69 per cada 100). Atenent al conjunt de places disponibles, tant públiques com privades, ens situem en 2,89 places per cada 100. Per poder assolir la mitjana recomanada per l'Organització Mundial de la Salut, a les Balears s'haurien d'incrementar les places existents en un 73 %, és a dir, tenim un dèficit de 4.058 places. Les llargues llistes d'espera per ingressar en aquest tipus de centres ens indiquen el creixement en importància i en presència del model residencial com a resposta per a l'atenció a la dependència. Malauradament, ha estat l'augment de la demanda allò que ha guiat aquesta evolució, i no una planificació basada en les necessitats i les preferències de les persones que "consumiran" aquest servei, és a dir, les persones grans residents, ni tampoc orientada a possibilitar la varietat d'eleccions. Tant la perspectiva de negoci per al sector privat com l'oportunitat d'abaratir costos en la concertació de places per al sector públic han provocat la consolidació d'un model d'atenció residencial de tipus custodial i institucional. Aquest model, si bé és eficient, desatén aspectes centrals per a la qualitat de vida i el benestar de les persones.<sup>29</sup>

Un d'aquests aspectes, probablement el més ignorat, és l'afectivosexualitat. A l'hora de posar el focus en l'expressió sexual dins dels entorns residencials, trobem tant barreres socials i culturals com físiques; tant externes i independents dels centres com específiques i pròpies d'aquest model.

### **Barreres a la sexualitat en les residències geriàtriques**

Cada vegada més persones grans es mantenen sexualment actives en la vellesa.<sup>30</sup> Hi ha diversos factors que expliquen aquesta tendència: gràcies a l'augment progressiu general de l'expectativa de vida, les persones arriben en millors condicions a la vellesa, i les actituds socials respecte a la sexualitat (i a la sexualitat en la tercera edat) estan canviant lentament cap a un reconeixement més gran de la seva importància com a part integral de la vida humana i com a component bàsic del benestar físic i psicosocial.<sup>31</sup> Això no obstant, hi ha certs reptes i barreres per a l'expressió afectivosexual que únicament afecten les persones grans.<sup>2</sup> Centrant-nos en els entorns residencials, l'interès en la sexualitat no necessàriament disminueix amb l'admissió en una residència geriàtrica, però la pràctica de la conducta sexual sí que es redueix freqüentment.<sup>32</sup> L'explicació es troba en l'acumulació de barreres, tant externes com pròpies dels centres d'aquest tipus.<sup>33</sup>

Per començar, hi ha una sèrie de barreres relacionades amb les influències pròpies del context històric i social en el qual va créixer la generació actual de persones grans. El seu desenvolupament va tenir lloc emmarcat en una dictadura política i unes condicions de vida concretes.<sup>34</sup> La dècada dels quaranta, que coincideix amb les seves infàncies, va estar marcada per l'escassetat, la penúria i la misèria.<sup>35</sup> Pel que fa a l'educació sobre sexualitat, l'absència va ser absoluta excepte aquella basada en la religió i/o la medicina. L'Església va tenir un paper preponderant com a element encarregat de regular la vida privada de les persones, especialment la sexual. Es va imposar una visió repressiva de la sexualitat, on múltiples pràctiques sexuals van ser assenyalades (homosexualitat, masturbació, pràctiques no coitals, mètodes anticonceptius, relacions fora del matrimoni, etc.). La sexualitat de les dones va ser invisibilitzada i posada en un segon pla davant del desig i les necessitats masculines. És probable que, com a conseqüència, moltes d'aquestes dones comptin amb un historial sexual reduït.<sup>36</sup>

Al mateix temps, hi ha una sèrie de canvis associats a l'envelliment que tenen efectes sobre la salut sexual. En el cas de les dones, la menopausa, que ocorre per una reducció de la producció als ovaris d'estradiol i progesterona, freqüentment s'associa amb desaparènia i la disminució de la lubricació vaginal.<sup>37</sup> En els homes apareix una disminució de la producció de testosterona; la conseqüència més comuna és la disfunció erèctil.<sup>38</sup>

Els canvis en la resposta sexual no són els únics canvis associats a l'envelliment. També apareixen canvis en l'aparença, com l'emblanquiment dels cabells i la redistribució del seu creixement, l'aparició d'arrugues i taques i les transformacions musculoesquelètiques que influeixen en l'alçada i en la postura.<sup>39</sup> Aquests canvis poden suposar una bretxa entre la pròpia aparença i els models de bellesa predominants. A més, apareixen elements correctius que poden agreujar aquesta sensació (ulleres, bastons, audiòfons, cadira de rodes, etc.).

Cal tenir en compte també que la disfunció sexual és un efecte secundari comú en moltes drogues psicotròpiques. Les investigacions senyalen una prevalença d'entre el 60 i el 80 % amb certs antidepressius i inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina, i fins a un 60 % de risc de disfunció sexual amb alguns antipsicòtics. Lamentablement, poques persones que consumeixen aquest tipus de medicaments compten amb aquesta informació, la qual cosa impedeix entendre'n els efectes en la seva sexualitat i adaptar-s'hi.

El primer apartat del marc teòric ha incidit en els efectes positius de la sexualitat tant en la salut mental com en la salut física, i en la importància d'entendre l'activitat sexual i el seu funcionament en les persones grans.<sup>40</sup> Això no obstant, en la gent gran continua sent una àrea d'escàs interès en els exàmens mèdics i en l'anamnesi, i els pacients grans solen tenir reticències a treure el tema ells mateixos.<sup>41</sup> Les converses del cos de professionals de la salut sobre la sexualitat de les persones grans no haurien de basar-se únicament en l'historial mèdic ni centrar-se en els detalls, sinó que haurien d'abastar també les idees i els pensaments relacionats amb l'activitat sexual, oferir una definició àmplia de l'afectivosexualitat i incloure tot el rang d'expressions sexuals, sense centrar-se únicament en la penetració.<sup>42</sup>

Doll (2012)<sup>6</sup> ha identificat una sèrie de barreres en forma de mites sexuals i conceptes erronis que prevenen i impedeixen una comunicació efectiva i positiva sobre l'afectivosexualitat de les persones grans:

***Les persones grans no són sexualment actives.***

Malgrat que hi ha nombroses investigacions que desmenteixen aquesta idea,<sup>22</sup> encara es manté vigent. A més, el fet de no haver pogut accedir a una educació sexual pot provocar que sentin vergonya de parlar del tema, perquè noten falta de coneixement o de terminologia adequada.

***La sexualitat és millor en la joventut.***

Aquesta relació entre afectivosexualitat i joventut no deixa de ser un biaix que respon a una visió reduïda, limitada i limitant de la sexualitat. Això no obstant, s'ha demostrat que el manteniment de l'activitat sexual i del plaer estan associats amb una qualitat de vida més elevada.<sup>43</sup>

***Les persones amb discapacitats, amb dolor crònic i/o en cures palliatives no tenen vida sexual.***

Les necessitats i els desitjos afectivosexuals d'aquests col·lectius són ignorats freqüentment, i no es consideren part d'una cura integral i holística. Per exemple, en la investigació de Kelemen *et al.*,<sup>44</sup> el 92 % dels pacients en cures palliatives van reportar no haver estat preguntats mai per la seva intimitat ni per la seva sexualitat i/o afectivitat.

***La sexualitat es basa en la penetració vaginal.***

Reduir la sexualitat a un rang limitat d'activitats provoca que se n'ignorin i se'n menyspreïn moltes altres que poden tenir més pes o més presència durant la vellesa. Aquells estudis que han explorat l'expressió afectivosexual de les persones grans descriuen demostracions d'afecte que van des dels petons i les carícies fins al sexe anal.<sup>18</sup>

### **L'orgasme és l'únic objectiu del sexe.**

Les raons per involucrar-se en activitats sexuals poden ser variades i diverses, i incloure però no reduir-se a l'orgasme. Kalra *et al.*<sup>45</sup> van trobar que un 83 % dels adults de 60 anys o més manifestaven tenir pitjors orgasmes que en la seva joventut. No obstant això, aquesta reducció de la intensitat de l'orgasme no semblava tenir importància per al 71,4 % d'homes i dones. Sembla habitual que el focus a l'hora d'experimentar la sexualitat en la vellesa es desplaci de l'orgasme i la penetració al tacte, la sensualitat, la intimitat, la proximitat emocional i el fet de sentir-se desitjat o desitjada, la qual cosa obre un nou ventall de possibilitats.<sup>46</sup>

Molts dels mites i estereotips sobre l'edat continuen sent prevalents<sup>47</sup> i la identificació d'aquests mites ens ajuda a reconèixer com tenim de profundament integrats aquests estereotips, pas fonamental per poder desenvolupar i implementar noves idees. Aquelles persones grans que es mantenen sexualment actives no s'alineen amb les expectatives socials associades a la seva figura,<sup>48</sup> i quan entren en contacte amb aquest imaginari social poden arribar a interioritzar aquests mites i provocar que, per por d'enfrontar-se a crítiques i fins i tot burles, decideixin abandonar qualsevol forma d'expressió afectivosexual, malgrat que sigui una cosa potencialment beneficiosa tant per a ells i elles com per als seus potencials vincles.<sup>6</sup> De fet, les mateixes persones residents poden suposar una barrera per a l'expressió afectivosexual de les altres. L'educació rebuda per les persones grans pot haver-les induït a integrar nocions sobre el que és adequat o no ho és per a algú de la seva edat, i això provoca que a vegades mostrin desaprovació per l'expressió sexual dels seus companys i companyes.<sup>49</sup>

Els familiars adults, com fills i filles, poden afegir dificultats a l'expressió afectivosexual dels seus pares i mares quan mostren resistència a abandonar la percepció dels seus progenitors com a "papà" i "mamà", és a dir, una visió en la qual la sexualitat no té cabuda. Les seves actituds poden ser una barrera tant a l'expressió com a l'abordatge de les situacions que puguin sorgir al voltant de la sexualitat.<sup>50</sup> Les recerques prèvies mostren que és freqüent el sentiment de rebuig cap a les expressions sexuals dels familiars grans, per vergonya o per considerar-ho una falta de respecte en persones vídues.<sup>51</sup>

La manera en la qual la recerca aborda la sexualitat de les persones grans també pot suposar una barrera. Per exemple, DeLamater i Sill<sup>52</sup> critiquen que la majoria d'estudis disponibles reflecteixen perspectives basades en el biologicisme i/o en la perspectiva mèdica, que assumeixen que els canvis propis de l'envelliment (hormonals, físics) redueixen el desig afectivosexual. Aquest enfocament medicalitza el funcionament sexual humà i deixa de banda les influències socials i psicològiques. Un factor clau assenyalat per Elías i Ryan,<sup>53</sup> en la seva revisió de les recerques que aborden els factors influents en l'expressió sexual de la gent gran en residències, és la falta d'atenció a les perspectives i les opinions que tenen les persones residents, tenint en compte que són els principals consumidors del servei. La majoria de recerques se centren en la visió del personal. Per tant, suggereixen que és fonamental ampliar el focus de les recerques i incorporar les persones residents en treballs futurs, per poder aprofundir en la seva percepció sobre la seva afectivosexualitat i el seu benestar.

Un altre eix vertebrador de la nostra visió actual de la sexualitat se sustenta en la visió heterosexual. A més de les barreres descrites fins al moment, les persones grans que formen part del col·lectiu LGTBIQ+ s'enfronten a barreres específiques com poden ser la presència de prejudicis i la discriminació homòfoba; la falta de mesures dirigides a residents LGTBIQ+; el rebuig i la hostilitat manifestos per part d'altres persones residents; l'assumpció d'heterosexualitat i la consegüent invisibilització de les realitats no normatives; la incomoditat del personal enfront de la diversitat afectivosexual, entre altres, la qual cosa pot tenir un impacte directe en el seu benestar i en les seves possibilitats d'expressió.<sup>54</sup> Per evitar aquestes barreres i les conseqüències negatives potencials, moltes de les persones residents LGTBIQ+ opten per mantenir la seva identitat en secret, i així sacrifiquen les oportunitats per satisfer els seus desitjos i les seves necessitats afectivosexuals, suggereixen Villar *et al.* (2015b).<sup>55</sup>

L'entorn físic i arquitectònic també influeix en l'expressió afectivosexual. El disseny de les residències geriàtriques està centrat a mantenir les persones residents segures i facilitar-ne les cures. Per aquest motiu, la privacitat queda relegada a un segon pla. Els centres estan organitzats en llargs passadissos que acaben en un espai comú on hi ha el personal sanitari. Totes les habitacions poden ser vistes des d'aquest punt central, i garanteixen que les persones residents puguin ser observades en tot moment. A més, en molts casos, una àmplia majoria de les habitacions són dobles, ja que es redueixen les despeses de construcció. Segons Bauer,<sup>56</sup> la privacitat és designada com l'espai i el temps que les persones poden considerar propis, i que no han de ser compartits amb altres persones excepte per elecció. El control sobre la privacitat és important en les residències pel fet que, en gran part, no s'hi té accés. El motiu és que l'habilitat de les persones residents per decidir en quin moment estan accessibles ha estat sacrificada per evitar riscos i facilitar les rutes de circulació que permetin el moviment per les zones comunes de manera ràpida i eficient. Això dificulta l'accés a espais d'intimitat, així com l'establiment de contacte entre residents que puguin sentir connexió.<sup>57</sup>

Cal tenir en compte que un nombre elevat dels arquitectes i les arquitectes i dels dissenyadors i les dissenyadores estan molt allunyats de la realitat diària de les activitats d'una residència geriàtrica. Fins i tot aquells amb experiència prèvia en aquesta mena de construccions poden no tenir una sensibilitat cap a què implica dissenyar espais que garanteixin accés a la privacitat i que donin suport a la intimitat.

Tal com es recull en l'*Informe España 2021* (p. 350):<sup>58</sup>

*“Amb algunes excepcions, les residències espanyoles encara ofereixen una atenció molt uniforme amb escasses opcions perquè les persones puguin triar i decidir en el dia a dia quan requereixen ajuda dels professionals (hora d'aixecar-se i d'anar-se'n al llit, on i amb qui menjar o passar el dia), amb activitats moltes vegades infantils i amb escàs sentit per a les persones, amb habitacions dobles o triples, amb canvi constant de professionals que giren entre les diferents plantes, espais comuns on es custodien residents alineats...”*

En resum, la negació de l'afectivosexualitat pot ser nociva no sols per a la vida sexual, sinó també per a l'autoestima, les relacions socials i la salut mental. La incapacitat de gestionar les necessitats sexuals de les persones residents és la incapacitat d'apreciar una important faceta del benestar d'un segment de la població cada vegada més gran.<sup>59</sup>

## El personal gericultor i la gestió de l'expressió afectivosexual

Quan parlem de personal gericultor a Espanya, parlem de ràtios d'atenció directa manifestament baixos, escassetat de professionals, una proporció elevada de contractes temporals (26,8 %) i/o a temps parcial (95 %), salaris baixos i males condicions laborals, alt índex de rotació i un sector especialment feminitzat (el 85,9 % són dones).

Segons Elias i Ryan,<sup>53</sup> si volem que les persones residents assumeixin autonomia sobre la seva vida sexual, la filosofia i l'entorn de cures de les residències ha de ser propici per a l'expressió sexual i d'intimitat.

Els centres residencials per a persones grans, per cercar l'eficiència, tenen una organització basada en rutines establertes que regulen totes les activitats de les persones residents, des de l'horari dels menjars fins als moments d'arreglar-se, d'anar al bany, de participar en activitats d'oci i d'anar-se'n al llit. Els horaris rígids limiten el rang d'opcions disponibles per a les persones residents. Aviat, aquestes persones entenen que la seva adherència a la temporalització marcada és necessària perquè la institució mantingui un funcionament fluid, i es tornen reticents a demanar qualsevol cosa que pugui provocar una disrupció d'aquesta fluïdesa. Al mateix temps, el personal, preocupat per mantenir el ritme i les rutines de cures bàsiques eficientment, pot deixar de banda la importància de les necessitats afectivosexuals. Si les persones residents no expressen els seus drets i necessitats, com per exemple el dret a la privacitat, el personal gericultor pot assumir que no estan preocupats per aquesta mancança. I si bé pot ser que el personal tingui clara la importància de la privacitat, poden considerar-la menys important que altres factors com la salut física.

Quant a la privacitat, Berger<sup>60</sup> considera que el dret a la privacitat i la intimitat es pot subdividir en tres categories diferents: privacitat i intimitat física; confidencialitat de la informació, i intimitat en les relacions. Els esforços haurien de dirigir-se a garantir aquests drets.

Les persones que treballen amb gent gran han de ser conscients que poden existir contradiccions entre els desitjos afectivosexuals i les barreres per expressar-los, i han d'estar preparades per planificar intervencions apropiades.<sup>11</sup> Les assumpcions d'asexualitat i la falta de coneixement sobre l'afectivosexualitat en aquest rang d'edat amplia la bretxa comunicativa entre el personal sanitari i les persones grans. Algunes investigacions<sup>61</sup> han identificat una tendència entre el personal sanitari a evitar parlar sobre sexualitat amb les persones grans.

El problema s'agreuja quan el personal, en el seu intent per aportar les millors cures, desenvolupa una relació amb la persona resident similar a la familiar, i l'arriba a percebre gairebé com un pare o mare o un avi o àvia. Aquest vincle benintencionat pot crear situacions d'incomoditat tant per a la persona resident com per al personal a l'hora d'abordar la sexualitat.<sup>62</sup> A vegades, l'expressió sexual entre residents pot generar tendències paternalistes en el personal, especialment en el cas de persones amb algun nivell de demència, per la convicció que no és possible el consentiment.<sup>63</sup>

Segons l'estudi de McAuliffe *et al.*<sup>64</sup> és molt poc freqüent que les residències ofereixin als futurs residents informació sobre l'amor, el sexe o la intimitat en el context residencial. D'aquesta manera, des dels primers moments s'invisibilitza la possibilitat de tenir un estil de vida sexualment actiu, i s'envia indirectament el missatge que aquestes conductes han de ser reprimides. No és clar per què la sexualitat de les persones residents no ha estat abordada, quan les guies sobre altres drets seus estan ben determinades i hi ha protocols clars sobre com el personal ha d'abordar altres tipus de situacions. L'edatisme podria conduir les persones que legislen a considerar les persones grans com a asexuals, sense interès en l'expressió sexual.<sup>65</sup> No obstant això, a Villar *et al.* (2019b)<sup>66</sup> s'assenyala que més de la meitat del personal que treballa en residències espanyoles ha estat testimoni de conductes d'expressió sexual per part de persones residents. L'absència de normatives relacionades amb la regulació de l'expressió sexual d'aquestes persones provoca grans diferències quant a la naturalesa de les intervencions del personal entre centres.<sup>51</sup>

Roach<sup>25</sup> distingeix entre quatre respostes habituals del personal a l'expressió sexoafectiva de les persones residents, cadascuna amb conseqüències diferenciades:

1

**Guàrdia vigilant.**

Les situacions són abordades pel personal de manera que s'estalvia la incomoditat. Adoptant aquesta actitud, eviten haver de bregar amb l'expressió sexual de les persones residents i les seves necessitats afectivosexuals. Pot causar menys qualitat de vida i de salut i es dona en residències on es tendeix a dissuadir la sexualitat.

---

2

**Protecció reactiva.**

Igual que l'enfocament anterior, evita la incomoditat de les expressions sexuals de les persones residents. El personal adopta el rol de protector. Aquesta perspectiva paternalista és una forma de control de l'afectivosexualitat, que infantilitza les persones grans i promou que s'abstinguin d'aquestes conductes. És igual o fins i tot més nociu que l'enfocament anterior.

---

3

**Vigilant en guàrdia.**

Quan l'equip tècnic i directiu dissenya i implementa una estratègia per abordar l'afectivosexualitat de les persones residents, pot provocar resistències entre el personal. En aquest cas, ocorre un procés de lluita entre l'enfocament d'aquest personal i la normativa oficial que s'ha d'aplicar.

---

4

**Protecció proactiva.**

L'adopció de protocols d'actuació i el disseny d'estratègies d'intervenció van acompanyats de la formació del personal sobre la sexualitat de les persones grans. D'aquesta manera, s'augmenta la presa de consciència i la sensibilitat cap a les seves necessitats, i també s'aconsegueix més comoditat a l'hora de bregar amb la diversitat d'expressions sexuals. Aquest enfocament produeix les respostes més positives tant en el personal com en les persones residents.

Un dels riscos més grans en relació amb les gericultores i amb la gestió de l'expressió afectivosexual de les persones residents és la normalització de conductes sexuals inapropiades. Per evitar ser culpades, que no se'ls prengui seriosament o rebre burles, les gericultores poden decidir no reportar les situacions d'aquest tipus. La falta de formació per identificar i reconèixer aquestes situacions i les causes subjacents també afavoreix que les gericultores s'atribueixin la responsabilitat i es frustrin, i s'arriba fins i tot a l'abandó de les residències per esgotament professional o *burn-out*.<sup>6</sup> L'exposició a conductes sexuals inapropiades sense la formació necessària per abordar-les i sense el suport institucional adequat suposa un focus d'estrès considerable per a les gericultores, a més de comprometre les cures i atemptar contra la seguretat tant de la persona resident com de la persona treballadora.<sup>67</sup> A la falta de preparació del personal per gestionar les situacions d'expressió sexual de les persones residents, moltes vegades s'hi suma a l'absència de programes formatius de qualitat disponibles en els entorns laborals.<sup>53</sup>

Smith i Grabovac,<sup>68</sup> basant-se en les aportacions de l'Organització Mundial de la Salut, elaboren una llista de verificació per avaluar fins a quin punt el personal d'una institució sanitària està preparat per gestionar l'afectivosexualitat de les persones grans. Els elements continguts en la taula poden servir-nos com a orientació per dilucidar quins aspectes haurien de ser presents en les residències geriàtriques i, específicament, en el personal que hi treballa, perquè siguin entorns que promoguin i permetin l'expressió afectivosexual lliure i satisfactòria.

- Les estratègies per promoure la salut afectivosexual estan d'acord amb l'evidència científica existent.
- El personal té prou coneixement sobre la matèria i sobre com intervenir.
- El personal té l'habilitat i la voluntat de discutir la informació relacionada amb la sexualitat de les persones residents còmodament i apropiadament.
- El personal té una mentalitat oberta i aborda positivament l'expressió afectivosexual, i té en compte tant el plaer com la seguretat.
- El personal reconeix el dret de les persones residents de prendre decisions lliures i informades sobre les seves vides, inclosa la seva sexualitat.
- El personal entén els canvis biopsicosocials que ocorren al llarg del cicle vital, incorpora aquest coneixement a la seva pràctica professional i, quan és adequat, comparteix aquesta informació amb les persones grans.
- El personal s'implica activament en la promoció de la salut afectivosexual.
- El personal té en compte els factors personals de la persona gran, com la seva orientació sexual, les seves malalties, la seva cultura, la seva edat i l'existència o no de discapacitats.
- Es fomenta que el personal reflexioni sobre la seva pròpia cultura, valors i creences, i l'impacte que poden tenir en la cura de les persones residents.

- Els procediments de promoció de l'afectivosexualitat consideren de manera activa la inclusió de les persones LGTBIQ+.
- Hi ha una sensibilitat per les diferències de gènere i els estereotips existents en els serveis d'atenció a la salut, i es tenen en compte les necessitats específiques dels homes, de les dones i de les persones grans trans.
- El personal està conscienciat de les situacions potencials d'abús sexual en persones grans, la qual cosa inclou activitats sexuals no consentides, llenguatge abusiu, tocaments sense permís i altres conductes d'expressió sexual inapropiada on no hi ha consentiment.
- El personal comprèn el seu deure i la seva responsabilitat en relació amb la prevenció de conductes sexuals inapropiades.
- El personal respecta les preferències, les visions i els valors de les persones residents sense jutjar-les ni forçar-les a compartir les seves pròpies.
- El personal entén la importància de l'accessibilitat, la confidencialitat i la necessitat de programes de promoció de l'afectivosexualitat de qualitat i apropiats per a l'edat i la cultura de les persones residents.
- La residència geriàtrica s'assegura que es compleixin els principis esmentats anteriorment a través d'un monitoratge i un procés iteratiu constant que manté la qualitat dels serveis de promoció de la salut afectivosexual de les persones grans.

En relació amb la falta de preparació per abordar l'expressió sexual, existeix un concepte anomenat "solitud iatrogènica", que fa referència a la solitud induïda per l'actitud del personal que atén i per l'estructura organitzacional que falla a l'hora d'acomodar qualsevol forma d'intimitat dins del context institucional.<sup>69</sup>

La insistència en la importància de l'enfocament i la perspectiva del personal que s'encarrega de les cures diàries es fonamenta en la dificultat que comporta identificar quan cal fer més per ajudar i quan cal fer menys. Fer massa pot ser tan perjudicial com fer massa poc. Psicològicament, quan ens encarreguem de fer-li-ho "tot" a la persona gran estem enviant el missatge que aquella persona és incapaç o incompetent, una percepció que pot ser acceptada, interioritzada i performada.<sup>70</sup> Aquesta indefensió apresada pot originar que les persones grans es qüestionin la seva pròpia habilitat de mantenir relacions íntimes. Les creences sobre la nostra competència impacten directament en la nostra sexualitat. D'una banda, poden provocar que s'inhibeixi l'expressió afectivosexual perquè es considera que no hi ha capacitat per satisfer les necessitats i/o desitjos; d'altra banda, pot derivar en conductes sexuals inapropiades la intenció de les quals sigui demostrar competència i control sobre la pròpia sexualitat.

Definir si una conducta sexual és apropiada o no és una tasca complexa. Un mateix comportament específic pot emergir de causes diferents, i fins i tot pot haver-hi variacions en la mateixa persona sota diferents circumstàncies. Sol servir per identificar comportaments intrusius (accions dirigides a altres persones sense el seu consentiment) i/o disruptius, tot considerant també la intenció de l'emissor. No obstant això, amb freqüència és impossible establir límits nítids, ja que la sexualitat és una funció extremadament complexa, que es veu afectada per múltiples factors.<sup>71</sup> En el pla biològic i fisiològic, afectacions en les vies neuronals relacionades amb el desig poden afectar negativament la regulació de l'activitat sexual. Els lòbuls frontals i temporals són els centres de la libido. La demència o els danys cerebrals en aquestes àrees, sumats a l'efecte d'algunes medicacions, poden derivar en expressions sexuals alterades. Moltes de les conductes sexuals inapropiades identificades se solen associar a la desinhibició i la hipersexualitat ocasionada pels factors orgànics.<sup>72</sup>

A més, cal tenir en compte l'esfera psicològica, en la qual l'expressió afectivosexual pot complir diverses funcions i ser una eina per compensar les pèrdues cognitives i funcionals associades a l'envelliment i el seu impacte en l'autoestima i en la confiança d'una persona en ella mateixa. Sentir-se capaç sexualment pot ser una manera de sentir-se bé i amb control sobre el propi entorn. Algunes de les conductes catalogades com a inadequades poden ser intents d'utilitzar la proximitat física per reduir l'ansietat, la solitud i/o la por.

Analitzant diferents conductes sexuals inapropiades en residències geriàtriques, a De Medeiros *et al.*<sup>73</sup> s'identifiquen tres categories:

1

**Conductes de cerca d'intimitat.**

Són comportaments habituals en les relacions interpersonals quotidianes, però estan en un context social inadequat i/o són inapropiades en un entorn residencial.

---

2

**Conductes desinhibides.**

Poden suposar una falta de respecte o ser inapropiades si no compten amb el consentiment de la persona a la qual van dirigides. Serien inapropiades en qualsevol context.

---

3

**Conductes no sexuals.**

Són conductes ambigües, com tocar, agafar una mà, abraçar i besar. Per la seva naturalesa, poden ser mal interpretades pel personal, que els pot atorgar a vegades una intenció sexual inexistent.

D'altra banda, la gestió de l'expressió sexual de les persones residents i la comunicació amb la seva família sol suposar un repte per al personal. Atès que és un terreny encara tabú, especialment quan parlem de la sexualitat d'un familiar o una familiar, poques vegades hi ha una comunicació oberta sobre l'històric de conductes i informació relacionada amb l'afectivosexualitat. Tenir informació com l'orientació sexual, els hàbits de son i d'organització de l'habitació i, també, el nivell actual d'interès afectivosexual i de capacitat podrien facilitar una gestió adequada des de l'ingrés. No obstant això, la preocupació del personal per la possibilitat de represàlies i l'anticipació a conseqüències negatives pot provocar que visualitzin l'expressió sexual de les persones residents com a problemàtiques siguin del tipus que siguin. I per prevenir aquestes conseqüències, pot ser que comparteixin informació amb les famílies que en qualsevol altre entorn o context serien confidencials. L'estudi de Doll (2012)<sup>6</sup> confirma que les residències senten la pressió i l'obligació de comunicar a les famílies qualsevol expressió afectivosexual de les persones residents. Fins al 40 % dels equips directius van manifestar que ho notificarien a les famílies fins i tot quan fos una relació en la qual les persones grans implicades tinguessin la capacitat de consentir intacta. L'hàbit adquirit que l'equip de professionals comparteixi informació sensible, tant formalment com informalment, pot inhibir la cerca d'ajuda en situacions de dificultats relacionades amb la sexualitat.<sup>57</sup> Cal considerar les dificultats que pot trobar el personal de la residència a l'hora d'intentar satisfer tant les expectatives de les persones residents com les de les famílies. Davant el dubte, és freqüent que prioritzin els desitjos familiars.<sup>74</sup>



# Objectius

---

Aquesta recerca sorgeix de l'interès d'explorar específicament l'afectivosexualitat i les barreres a la seva expressió en la població de dones grans residents en centres geriàtrics de les Illes Balears, a partir de metodologies grupals i participatives, i de la necessitat d'obtenir més informació sobre la formació en afectivosexualitat del personal gericultor, les seves experiències amb situacions de conductes sexuals inapropiades per part de les persones residents i la percepció del suport rebut per gestionar aquestes situacions per part del centre i de les famílies. A més, es busca generar propostes de canvi sorgides de les mateixes dones grans residents, d'una banda, i de les gericultores, de l'altra. Aquest objectiu general es concreta en quatre objectius específics amb les dones grans residents i en quatre objectius específics amb les gericultores. Els objectius són:

→ **En relació amb les dones grans residents:**

1. Analitzar la potencialitat del grup focal com a eina per abordar l'afectivosexualitat amb dones grans residents.
2. Estudiar l'afectivosexualitat en la vellesa des de la perspectiva de les dones grans residents.
3. Explorar quines són les barreres que més afecten l'expressió de l'afectivosexualitat de les dones grans residents en els centres geriàtrics de les Illes Balears.
4. Identificar propostes de canvi sorgides participativament.

→ **En relació a les gericultores en actiu:**

1. Recaptar informació sobre el nivell formatiu de les gericultores en afectivosexualitat en la vellesa i en gestió de situacions d'expressió sexual, i el seu interès per l'aprenentatge d'aquestes temàtiques.
2. Examinar la freqüència i la tipologia de situacions de conducta sexual inapropiada a les quals estan exposades les gericultores.
3. Valorar la percepció de les gericultores sobre els protocols, les polítiques i els mecanismes de gestió de la sexualitat i de prevenció de conductes sexuals inapropiades en les residències on treballen.
4. Identificar propostes de canvi sorgides de les mateixes gericultores.

# Metodologia

El procés de recerca triat per al projecte va ser de tipus fenomenològic, ja que era el que més s'adaptava a la complexa realitat que viuen les persones grans que resideixen en centres geriàtrics, respectant la subjectivitat des de la qual experimenten i viuen l'expressió de la seva sexoafectivitat.

Seguint els criteris de Tong *et al.*<sup>75</sup> per informar sobre la metodologia d'una recerca qualitativa com la seguida en aquest projecte, dividirem la informació en tres dominis: (I) equip de recerca i reflexivitat, (II) disseny de l'estudi i (III) anàlisi i descobriments.

## Equip de recerca i reflexivitat

Per evitar la possible influència que podien exercir la bretxa d'edat i la diferència de gènere del responsable de la recerca en els grups focals, es va decidir que fos una persona diferent de l'investigador la que facilités les sessions. La dinamitzadora seleccionada compta amb una trajectòria com a referent en projectes de participació centrats en la tercera edat i en l'envelliment actiu. A més, té experiència impartint tallers de sexoafectivitat en residències amb persones grans. Es va considerar que tenia les eines necessàries per construir un clima propici i un espai segur per abordar una temàtica com la sexoafectivitat amb les participants.

La dinamitzadora no tenia relació prèvia ni amb els centres seleccionats ni amb cap de les dones que van participar en el projecte.



## Disseny de l'estudi

L'orientació de l'estudi va ser fenomenològica, centrada en l'expressió sexual dins dels entorns residencials des del punt de vista de les dones residents i des del punt de vista de les gericul-tores. Per explorar el punt de vista de cadascun dels col·lectius triats, es van emprar dos dissenys diferents.

### Dones grans residents

#### → Selecció de les participants

Amb les dones grans residents es fer un grup focal en cadascun dels cinc centres participants. El grup focal, com a tècnica, ens permetia configurar un ambient on l'expressió sobre la temàtica inclogués els sentiments que emergissin per part de les participants, per facilitar una recollida de dades carregada de significats que, una vegada sintetitzats, permetessin una visió global de la vida d'aquest grup de dones i les seves connexions amb l'objecte de la recerca.

La selecció de les dones es va dur a terme conjuntament amb l'equip tècnic de les residències, ja que eren qui tenia més informació sobre les residents. Els requisits respecte als perfils que hi podien participar van ser els següents:

1. Que no fossin dones en una estada temporal en la residència.
2. Que estiguessin en una situació cognitiva i/o emocional que els permetés participar de manera satisfactòria en una discussió grupal.

No es va incloure cap limitació quant a les característiques individuals de les participants excepte la possibilitat de participar en dinàmiques grupals per aconseguir la màxima diversitat dins dels grups focals. Una vegada rebudes les indicacions, cada centre va elaborar una llista amb candidates potencials per participar-hi. Com que la participació era voluntària, les dones van ser informades i consultades abans de ser incloses en aquesta llista.

Finalment, les llistes es van compondre d'un nombre de candidates prou reduït com perquè totes poguessin participar en la recerca. En total, es van fer cinc grups focals diferents (un per cada centre participant), amb una grandària mitjana d'entre 6 i 7 dones residents. En el conjunt de l'estudi, hi van participar 32 dones grans. Totes van tenir la llibertat d'abandonar la recerca en qualsevol moment. Tan sols una de les dones va abandonar un grup focal, i va ser degut a motius externs a la sessió (cita mèdica).

#### → Descripció de la mostra

Analitzant la mostra de dones que van participar en la recerca, trobem diversitat en certs aspectes i homogeneïtat en uns altres. La mitjana d'edat de les 32 dones que hi van participar va ser de 82,7 anys, i va abastar un rang des dels 64 anys (la participant més jove) fins als 96 anys (la participant més gran). A més, la distribució va ser simètrica, ja que la meitat de les participants estava per sota de l'edat mitjana i l'altra meitat, per sobre.

Per països de procedència, gairebé la totalitat de les participants eren nascudes a Espanya (93,8 %), exceptuant una dona de procedència alemanya i una de procedència argentina.

Dins d'Espanya, va haver-hi tant dones nascudes en territori balear com dones que van migrar en la seva joventut, provinents d'altres parts d'Espanya (Extremadura, Catalunya, Andalusia i el País Basc).

Quant a la situació civil de les participants, si bé va haver-hi tres perfils diferents, el més representat va ser amb diferència el de dones vídues, que va arribar a un 81,2 %. En els altres perfils, va haver-hi la mateixa representació (9,4 %) de dones solteres i de dones divorciades.

Respecte als ingressos en les residències i la tipologia d'estades, la majoria de les dones (71,8 %) ocupava una plaça pública dins de les seves residències, en contraposició al 25 % de participants, que ocupaven una plaça privada. Tan sols una de les places ocupades era concertada. A més, les dones que estaven situades en habitacions individuals va ser molt més gran que el de dones en habitacions dobles (un 84,4 % enfront d'un 15,6 %, respectivament).

Finalment, si ens fixem en el temps que feia que estaven ingressades en les seves residències respectives, va ocórrer com amb les edats: el rang d'anys fou molt ampli. De mitjana, les dones feia 4 anys que vivien en un centre geriàtric. La participant amb l'ingrés més recent feia 4 mesos que hi estava ingressada, mentre que la dona més veterana arribava als 15 anys vivint en la seva residència.

#### → Context de les sessions

Tots els grups focals van tenir lloc en les instal·lacions dels centres geriàtrics participants. Els espais triats van ser sempre sales amb prou espai per poder acollir un grup de 8 persones situades en cercle, bé en cadires o bé en cadira de rodes. Enmig del cercle hi havia una taula en la qual es va col·locar la gravadora. No es va fer ús de cap altre material.

Per adaptar-se als ritmes i les rutines de les residències, els horaris es van establir a les 10.30 (després de la higiene matutina i del desdijuni), en el cas de les sessions de matí, i a les 16.30 (després del berenar), en el cas de les sessions de tarda. La durada dels grups focals no va ser fixa, ja que es va adaptar al desenvolupament natural de la sessió, però va variar entre els 45 i els 90 minuts. Cap dels grups va estar per sota ni per sobre d'aquesta franja.

En les sessions varen estar presents, a part de les participants, el responsable de la recerca i la facilitadora. La facilitadora es va col·locar en cercle al costat de les dones, en una posició que permetés una comunicació fluida, pròxima i horitzontal. En canvi, el responsable de la recerca, pel fet que només hi participava com a oient i observador, sempre es va situar a prop del grup però fora del cercle. Abans de començar la dinàmica, es feia una breu introducció en la qual es presentaven la recerca i els objectius del grup focal, i s'aclaria a les participants el rol de cadascú (investigador i facilitadora).

Per petició de l'equip de recerca, cap altra persona va ser present en els grups focals, per evitar que les participants poguessin sentir-se inhibides. A vegades va haver-hi aparicions esporàdiques d'algun professional del centre per confirmar que no hi hagués cap necessitat o incident, però mai es van introduir en el grup focal ni van tenir un paper potencialment disruptiu. Únicament en un dels grups focals hi va haver present una tècnica (psicòloga), a petició del grup de dones. El seu rol va ser d'observadora i no va participar en la discussió.

### → Recollida de dades

Per a la facilitació dels grups focals, es va utilitzar un guió semiestructurat. En aquest guió apareixien les temàtiques principals que interessava abordar, però deixava llibertat a la dinamitzadora quant a l'ordre d'introducció dels temes, les transicions entre els uns i els altres i la possibilitat d'afegir-hi nous subtemes relacionats.

El guió va ser posat a prova amb un grup pilot abans del començament de la recerca. Aquesta prova pilot va permetre ajustar tres aspectes:

1. Durada de la sessió.
2. Adequació i coherència de les temàtiques seleccionades.
3. Suficiència de les temàtiques seleccionades.

Una vegada aplicades les correccions necessàries per afavorir el bon funcionament del guió semiestructurat, es va preparar un document per a la dinamitzadora en el qual es desenvolupaven tant el guió com la justificació dels diferents punts inclosos. També s'incidia en la relació de cada temàtica amb els objectius de la recerca. Amb aquest document com a base, es va coordinar una reunió per discutir el guió i compartir les observacions de la prova pilot.

Al llarg dels cinc grups focals, el guió base es va mantenir gairebé intacte, ja que tant la dinamitzadora com el responsable de la recerca, cadascú des del seu rol, van considerar que era adequat tant per orientar i dirigir la discussió com per recaptar la informació d'interès per al projecte. L'única modificació que es va dur a terme va ser en la manera de plantejar les propostes de canvi enfront de les barreres a l'expressió afectivosexual, ja que es va observar que les dones se sentien més còmodes o participaven amb més interès quan la reflexió sobre la temàtica es produïa a través d'un procés inductiu (partint de situacions concretes quotidianes), en lloc de començar amb preguntes massa obertes i abstractes.

Quant als instruments de recollida de dades, la informació va ser recopilada amb dos mètodes paral·lels. D'una banda, l'àudio de les sessions va ser enregistrat amb una gravadora després d'haver rebut el consentiment de les participants. No es va gravar la imatge per evitar inhibir el grup focal. Aquestes gravacions ens permetien tenir accés no sols al contingut sinó també a les variables paralingüístiques de la comunicació.

Al mateix temps, el responsable de la recerca, que assumia un rol no participant en el grup focal, recollia observacions, frases d'interès i reflexions en temps real sobre les dinàmiques que ocorrien en la discussió. Es va considerar que els processos interpersonals i les emocions que es generaven entre les dones grans a l'hora de parlar sobre l'afectivosexualitat tenien una rellevància majúscula per als objectius de la recerca, per la qual cosa van ser un dels focus d'atenció de l'investigador.

Després de cada grup focal, la dinamitzadora i el responsable de la recerca dedicaven un espai de 30 a 60 minuts a intercanviar impressions i percepcions sobre el grup focal, amb la finalitat de posar en comú les observacions de cadascú i contrastar-les, per evitar que hi hagués informació passada per alt. Finalment, en les 24 hores posteriors a cada sessió de grup focal es va transcriure i es va sintetitzar el contingut de la gravació.

## **Gericultores**

### **→ Selecció de les participants**

La participació de les gericultores en la recerca va ser voluntària i anònima, a través de la resposta d'un formulari en línia. Hi van poder participar les treballadores tant de les residències en les quals es van realitzar grups focals com d'altres residències de les Illes. En total hi van participar 35 persones de diferents residències.

Els requisits per formar part del projecte van ser el gènere i estar treballant en l'actualitat com a gericultora en una residència geriàtrica. No hi havia limitacions quant a edat, experiència ni tipus de centre residencial. D'aquesta manera es buscava aconseguir la diversitat més gran possible de participants. De totes les respostes rebudes, se'n van descartar set perquè no complien els requisits de gènere o lloc de treball.

### **→ Descripció de la mostra**

L'enquesta va comptar amb la participació de 35 persones que van contestar el formulari des del principi fins a la fi. Una vegada filtrades les respostes, la mostra es va reduir a 28 persones. Entre les dones gericultores que hi van participar, hi trobem un ampli rang d'edats, en el qual la més jove tenia 19 anys i la més gran, 61, amb una mitjana de 35,80 anys.

Quant a la procedència, la gran majoria de dones eren nascudes a Espanya (82,6 %). Un 14,8 % de les dones procedien de països de Sud-amèrica (l'Argentina, el Brasil i l'Equador) i una de les dones va néixer al Marroc.

Si ens fixem en els anys d'experiència, es va repetir la dispersió existent en les edats. La participant amb menys experiència com a gericultora havia ocupat el seu lloc durant dos mesos, mentre que la participant amb més experiència s'hi havia dedicat durant 20 anys. De mitjana, les participants tenien 6,88 anys d'experiència.

### **→ Recollida de dades**

La recollida d'informació sobre les gericultores es va dur a terme a través d'un formulari de Google Forms. Es va elaborar un full informatiu en el qual apareixia una breu descripció dels objectius de la recerca i que convidava a participar-hi. En aquest full es va col·locar un codi QR a través del qual es podia accedir a l'enllaç del formulari. Els punts triats per ubicar aquest full informatiu van ser les zones comunes de les treballadores (menjador, entrada, tauler d'anuncis) i la porta dels vestidors.

Per fomentar la participació, algunes de les residències van difondre missatges informatius a través de grups de Whatsapp i en reunions presencials de coordinació que duen a terme periòdicament amb el grup de personal gericultor.

L'estructura del formulari es dividia en quatre blocs diferenciats:

1. Informació demogràfica
2. Formació sobre sexualitat en la vellesa
3. Situacions de conductes sexuals inadaptades
4. Propostes de canvi

El primer bloc s'encarregava de recollir les dades bàsiques de les gericultores (edat, país de naixement, gènere i anys d'experiència com a gericultora). El segon i el tercer ens permetien obtenir una visió, d'una banda, sobre el nivell de preparació que tenen les treballadores per gestionar situacions que estiguin relacionades amb l'expressió afectivosexual de les persones grans, i de l'altra, sobre la freqüència, la tipologia i l'experiència subjectiva d'aquestes situacions, específicament aquelles que tenen a veure amb conductes sexuals inapropiades. Finalment, a través d'una pregunta oberta es va incitar les gericultores a proposar mesures de canvi per millorar la resposta i la gestió d'aquesta mena de situacions.



# Resultats

## Resultats dels grups focals amb dones grans residents

Les reflexions recollides al llarg de les sessions han estat classificades en quatre grans blocs temàtics, en els quals s'agrupen i se sintetitzen les diferents observacions que van sorgir en els grups focals. Les cites incloses estan codificades. El codi està format per un número d'identificació associat a cada dona participant i al grup focal en el qual va participar (D\_.G\_).

### L'afectivosexualitat en la vellesa

El primer bloc s'ha centrat en les respostes relacionades amb la visió de les dones sobre com és l'afectivosexualitat en la vellesa, en què es diferencia de l'afectivosexualitat en la joventut, i a confirmar o desmentir els prejudicis existents en relació amb la desaparició del desig o de l'interès a partir d'una certa edat.

D'entrada, cal destacar que la visió sobre la sexualitat expressada per les dones és molt positiva. Tant aquelles amb més pudor per parlar del tema, com aquelles que se sentien més còmodes, van apuntar cap a la sexualitat com un element que forma part de les nostres vides i les enriqueixen.

*Per a mi la sexualitat és el més meravellós del món..., és una necessitat física.* (D5.G2).

*A mi m'agrada molt. El sexe és una cosa bonica.* (D1.G1).

*A mi m'agrada molt. Ui. No sé com explicar-ho.* (D4.G1).

Quan es relacionava la sexualitat amb la vellesa, l'opinió majoritària de les dones participants va ser que l'afectivosexualitat no tenia per què desaparèixer amb l'edat.

*Continua igual que sempre, i més sent grans, que ja sabem de què va el tema.* (D2.G5).

*Jo veig gent en la residència que tenen la sexualitat latent, i que els agradaria tenir parella.* (D4.G4).

*No desapareix, perquè és part de la persona i de la naturalesa. Això no se'n va.* (D8.G1).

*La sexualitat no desapareix amb l'edat. Almenys en el meu cas, no.* (D6.G3).

*Si una es cuida, es maquilla, s'estima..., pot conèixer altres persones iguals a qualsevol edat.* (D2.G1).

No obstant això, és molt alt el percentatge de dones que admeten que en el seu cas sí que és un episodi que ha acabat, i que fan una distinció entre la seva opinió general i la seva situació personal. El denominador comú en les dones que consideren la sexualitat un capítol tancat és la mort del marit.

***Si tens a la teva parella, és clar, es manté. El problema és que fa molt de temps que no tenim marit.*** (D4.G3).

***Quin remei. El meu marit no hi és. Si no, m'encantaria poder continuar tenint-la [una sexualitat activa].*** (D5.G2).

***Segons la persona, i sobretot si té un marit. Si s'ha tingut un marit, se'l respecta.*** (D7.G4).

Quan es planteja la possibilitat de refer la seva vida amb una altra persona i d'establir nous vincles, la reacció inicial habitual és mostrar comprensió per les persones que vulguin fer-ho.

***Jo veig bé que s'ajuntin. Una companyia sempre està bé.*** (D5.G4).

***Trobar una nova parella quan ets gran està bé i és bo.*** (D3.G1).

***Si és gent que s'agrada, em sembla bé. Però jo en el meu cas només vull que em deixin tranquil·la.*** (D3.G4).

Aquesta empatia per la formació de noves unions no la solen aplicar a elles mateixes. Quan s'aprofundeix en la qüestió, matisen la resposta i afloren respostes pròpies de l'imaginari de l'amor romàntic i la moral cristiana en la qual es van criar.

***Amor i sexe van plegats. Si el teu marit es mor, s'ha acabat, perquè si estaves molt enamorada és impossible trobar una altra persona.*** (D6.G5).

***Si es mor el teu marit, s'ha acabat i no se'n busca cap altre.*** (D2.G5).

***La sexualitat sense amor no pot existir, i el meu amor és per al meu marit. Potser pot existir, però per a mi no és el que toca. Més aviat em faria fàstic.*** (D4.G2).

Quan s'exposen i es desenvolupen situacions que involucren dues persones grans expressant-se afectivosexualment, mostren obertament el seu rebuig a qualsevol tipus d'interacció que no s'emmarqui dins dels patrons de l'amor romàntic.

***Per a mi, la sexualitat sense amor no pot existir. I si existeix, em faria fàstic.*** (D2.G3).

***A mi també em faria fàstic, hi estic d'acord.*** (D5.G3).

***Si has estat molt feliç amb el teu marit, trobar una altra parella no és possible.*** (D1.G2).

Si ens fixem en les dones que o bé no es van arribar a casar mai o bé es van divorciar, la seva resposta sobre la possibilitat de trobar una persona amb la qual establir un nou vincle afectiu és més oberta, i aproximadament dos terços admeten estar receptives si es donés la situació apropiada.

***Depèn de com. Potser sí.*** (D5.G1).

***Si fos una bona persona, m'agradaria la companyia.*** (D1.G1).

***Jo ho intentaria. Per provar.*** (D6.G3).

El seu estat civil estava directament relacionat amb l'obertura a noves relacions, però no va suposar un canvi significatiu quant a la incomoditat que suscitaven les relacions que s'allunyessin dels esquemes tradicionals d'amor romàntic.

En tots els grups focals es va poder identificar una dinàmica similar respecte a la pressió per mantenir relacions normatives. Com més gran va ser el nombre de dones amb un perfil que podríem definir com a normatiu (casada i amb fills, en estat de viduïtat en l'actualitat i que ja ha tancat la porta a establir altres vincles diferents al del seu marit), més va ser el temps que es va invertir en la sessió per part de les dones d'altres perfils a desmarcar-se del tipus de dona que té relacions que no encaixen en la normativitat descrita.

---

*Només si fos un home formal i educat. No amb un tarambana que va i ve.* (D7.G3).

---

*Jo només si és una cosa seriosa, sí. Si és només grapejar, no.* (D4.G4).

---

*Crec que sí. Però em refereixo a buscar una parella, eh? No sexe i ja està.* (D5.G5).

---

*Ara hi ha sexe per sexe sense gens d'amor. Abans només les prostitutes feien això.  
Jo no vaig d'això.* (D6.G1).

La pressió percebuda per complir amb les expectatives de l'altra gent es fa encara més palesa quan es parla de la possible reacció familiar si s'assabentessin que tenen una vida afectivosexual activa. Llevat d'una o dues excepcions, va haver-hi un gran consens que la reacció no seria positiva i que seria un indicatiu que estan fent alguna cosa que no haurien de fer o que no s'espera d'elles com a dones.

---

*Els meus fills em dirien: "Mamà, t'has tornat boja?" o es moririen de l'esglai.* (D3.G5).

---

*Als meus fills ni se'ls ocorreria pensar que jo tinc parella, perquè tota la vida m'he mantingut en el meu camí.* (D4.G4).

Quan s'explora si considerar la seva vida afectivosexual com un capítol tancat implica l'absència completa d'aquesta esfera en les seves vides, ens trobem amb tot el contrari. Quan cataloguen la seva afectivosexualitat com una cosa inexistente, fan referència a les pràctiques d'expressió afectivosexual visibles. No obstant això, sí que va aparèixer una gran diversitat de demostracions internes, i van manifestar sentir nostàlgia d'una vida sexual activa.

---

*A mi hi ha molts dies que em vindria de gust tenir el meu marit...  
Quan el teu marit no hi és, passes a pensar-ho, però no a fer-ho. Records...* (D4.G2).

---

*Encara se sent. Fins fa un any tenia parella, i recordo moltes coses que fèiem.* (D2.G1).

---

*Jo amb el meu grup d'amigues, per entretenir-nos, i com que l'ambient és trist, ens ajuntem per parlar de quins familiars són macos.* (D2.G2).

Finalment, i en relació amb la inhibició existent per l'expressió afectivosexual de les dones, en més d'un grup focal van aparèixer mostres de rebuig interioritzat per les imatges d'altres persones grans involucrades en activitats d'aquesta naturalesa. Era una visió minoritària, però que va aparèixer amb freqüència en diferents grups focals.

---

*Quan vaig començar a tenir parella vaig pensar: "Quina vergonya, tan gran."* (D1.G1).

---

*Veure dues persones aquí, besant-se... Si són joves em sembla bé, però dues persones grans, no.* (D1.G4).



## Educació afectivosexual i el tabú de la sexualitat

El segon bloc de contingut s'ha centrat en les respostes que feien referència a l'aprenentatge afectivosexual durant la seva infància i joventut, i a les idees predominants sobre sexualitat de la seva època.

Quan s'introdueix el tema, la resposta és generalitzada. L'afectivosexualitat durant la seva infància era un tema totalment tabú, i no se'ls en parlava mai.

*No parlàvem de res de tot això.* (D1.G4).

*En la meva època d'això no se'n parlava.* (D3.G1).

*Mai. Mai. Amb ningú. Ni amb les germanes, ni amb amics ni amb ningú.  
En la meva època no es parlava de res.* (D2.G5).

Una vegada iniciat el debat, un nombre ampli de dones eren capaces de recordar situacions en les quals, mitjançant diferents estratègies, intentaven allunyar-les de qualsevol coneixement de sexualitat. La paraula "pecat" va estar molt present, i solia anar acompanyada d'amenaçes centrades en les conseqüències fatals que podien tenir els seus actes. L'obligació de confessar-se va ser una de les principals eines de control.

*Des dels cinc anys em van deixar clar que tot era pecat.  
No se'n podia parlar perquè era tabú.* (D5.G2).

*A l'escola, tot eren dimonis, infern.* (D6.G5).

*A mi em deien: "Hi ha roba estesa, no es pot parlar d'això."* (D5.G3).

*Fins i tot quan contaven algun acudit verd et deien: "Au, a una altra habitació!"* (D4.G5).

No van rebre cap mena d'informació sobre aquest tema, i els únics acostaments a l'educació sexual eren a través de metàfores totalment allunyades de la realitat o, directament, com assenyala una de les dones, "mentidotes".

*A mi em van explicar com es feien els nens parlant-me de les parres.* (D1.G5).

*No ens en deien res a casa, tot era engany. Que els bebès venien de la cigonya.  
Tot mentidotes.* (D3.G4).

Els esforços per ocultar qualsevol cosa relacionada amb la sexualitat despertaven curiositat en alguna de les dones, i tractaven d'obtenir informació de manera subtil, a través dels seus vincles pròxims, principalment amigues de més edat.

*Una amiga més gran, que ja tenia experiència i era vídua... Jo tenia dinou anys,  
i ella em va explicar què era la nit de nuvis. Però vaja..., anaves perdudíssima!* (D6.G5).

*Parlàvem entre amigues. Quan una aprenia alguna cosa, ho explicava a les altres.* (D4.G3).

*A la feina sí que en parlàvem. Però si no hi havia homes a prop.* (D8.G1).

*A vegades parlàvem entre dones, i ens explicàvem les primeres experiències.  
A vegades et feia una por enorme.* (D5.G2).

No obstant això, la majoria comparteixen la mateixa vivència: els coneixements sobre sexualitat van ser a través d'un aprenentatge incidental. Les dones que es van casar van arribar al matrimoni sense coneixements previs o, com a màxim, amb una formació centrada en la moral cristiana en la qual el rol de la dona quedava clarament definit: submissió al seu marit i missió de tenir fills.

*Nosaltres vam aprendre sobre la sexualitat casant-nos.* (D1.G5).

*Jo vaig fer la xerrada prematrimonial als nuvis, durant 40 anys.  
Els deia que en el sexe tot estava permès a partir del sagrament.* (D2.G2).

*La nit abans de les noces la meva mare i la meva sogra em van dir que no estigués preocupada, que la meva missió era fer feliç el meu marit,  
fer allò que em demanés.* (D1.G2).

Un dels punts d'interès de la recerca era la perspectiva de les dones grans sobre pràctiques que no impliquessin una parella, és a dir, la masturbació i l'autoexploració. Des de l'inici es va evidenciar que era una cosa desconeguda per a elles. Era una pràctica que mai havia format part de les seves vides i els mancava qualsevol tipus de coneixement sobre aquest tema. A l'hora de debatre grupalment sobre la masturbació, es va fer patent la censura que havien rebut des que eren petites i com aquesta censura es va mantenir al llarg de la seva vida.

*Tocar-se era un gran pecat. A l'escola ens deien que ens havíem d'adormir amb els braços plegats damunt el pit després de les avemaries.* (D5.G2).

*De petita ni et plantejaves això, perquè et deien tota l'estona que estava fatal.* (D2.G4).

*Jo no sabia que les dones es masturbaven fins que vaig anar a veure una pel·lícula. Estava casada i tenia dos fills. Ho vaig veure i vaig dir: "I això que és?", i el meu marit em va dir que millor que no ho sabés.* (D6.G5).

*Un dia la meva mare em va enxampar tocant-me, i jo vaig reaccionar amb ràbia. La meva mare em va dir: "Això no és una casa de putes, què punyeta fas?" Em tirava coses.* (D2.G1).

Limitades i reprimides totes les possibilitats d'exploració del propi plaer, la sexualitat de la majoria de participants en els grups focals va estar associada per complet a la figura del seu marit, i sempre des d'un rol passiu.

Quan es va introduir en el grup focal l'homosexualitat femenina, la sorpresa va ser que la totalitat de les participants va admetre no haver conegut mai a una dona lesbiana. Això ens indica el grau d'heterosexualitat imposada a aquesta generació, i la invisibilització (i la censura) dels vincles afectivosexuals entre dones.

Després de reflexionar sobre la manera com s'abordava la sexualitat durant la seva infància i joventut, vam voler indagar quins canvis veien en l'actualitat segons la seva pròpia visió. Totes admetien tenir una perspectiva completament diferent, ja que veien la sexualitat de manera més natural, com una cosa normal. Van ser comunes les expressions de pesar per no haver rebut mai informació ni educació afectivosexual. Amb freqüència van esmentar les diferències que percebien en la comunicació que havien mantingut elles amb els seus propis fills i filles i la que van rebre elles en el seu moment.

---

*Crec que ja no és tabú. M'hauria encantat que fos així en la meva època.* (D2.G5).

---

*Ja no espanta el tema, no és tabú. Ho veiem normal.* (D4.G4).

---

*A mi m'hauria agradat que se'n parlés més. A mi ningú em va explicar res.* (D8.G1).

---

*Ara van molt preparats. Saben un munt de coses. Jo no en sabia res.  
La meva filla a les meves netes els parlava de preservatius.* (D5.G2).

Si bé l'alegria per la normalització de la sexualitat era compartida per totes, les experiències a l'hora d'abordar el tema amb els fills i filles eren molt diverses. Així com algunes van aconseguir trencar amb el tabú i van introduir converses d'aquest tipus, altres mantenien el pudor de l'educació rebuda.

---

*Jo no he parlat amb els meus fills d'aquests temes. Em feia cosa,  
i era com una vergonya.* (D4.G5).

---

*Jo no vaig parlar de sexe amb els meus fills. Tampoc em van preguntar res.  
Em semblava massa íntim.* (D4.G4).

Finalment, es va preguntar a les dones si consideraven que encara podien aprendre coses noves sobre afectivosexualitat i si estarien disposades a assistir a tallers o xerrades que tractessin aquestes temàtiques. La pregunta va causar desconcert i confusió, ja que l'absència de referències d'experiències prèvies per rebre formació en aquestes àrees dificultava imaginar-se en què podrien consistir aquestes sessions. Prop de la meitat de les dones ho veien innecessari, principalment perquè consideraven, com hem explicat prèviament, que la seva sexualitat era una etapa finalitzada.

---

*Ja..., el que està après, ja està, poc més cal fer.* (D2.G2).

---

*Quan ets gran, ja està, no.* (D3.G4).

---

*No crec que ningú estigués interessat en aquestes coses aquí.* (D5.G5).

L'altra meitat de dones sí que va mostrar curiositat sobre aquest tema, especialment quan es va parlar d'una concepció de l'afectivosexualitat més àmplia, no limitada al coitocentrisme i a la genitalitat.

---

*Encara es poden aprendre coses noves d'això. Jo m'apuntaria a un taller.* (D4.G1).

---

*Jo crec que la gent de la residència vindria a un taller de sexualitat. Fa curiositat.* (D6.G2).

---

*Jo crec que de gran encara es pot aprendre. I també ensenyar.* (D1.G5).

## Diferències de gènere en relació amb la sexualitat

El tercer bloc se centra en les reflexions sorgides a l'entorn de les diferències de gènere en l'aprenentatge i la vivència de l'afectivosexualitat. Així com els altres tres blocs comptaven amb espais propis dins del guió dels grups focals, aquest aspecte va ser introduït transversalment. En les diferents qüestions que anaven apareixent, la dinamitzadora s'encarregava, després d'aconseguir alguna conclusió o reflexió d'interès, de dirigir el focus cap a les possibles diferències de gènere existents a través de preguntes com: "Considerem que els homes ho vivien de la mateixa manera?"

Tots els grups focals van apuntar cap a una realitat: l'experimentació i l'aprenentatge sexual havia estat molt diferent per a elles que per als homes de la seva època.

***Ells tenien més llibertat.*** (D1.G1).

***Ells arribaven al matrimoni i ja havien experimentat.*** (D6.G5).

***Les dones ho tenien molt pitjor. Tot havia de ser privat.*** (D3.G3).

A més de la llibertat per explorar, també assenyalen que el context dels homes era més apropiat per a l'experimentació, ja que no tenien tantes limitacions a l'hora de passar temps fora de casa, les seves responsabilitats quant a cures de la llar eren reduïdes i, per tant, no estaven exposats al mateix control familiar.

***Els homes sempre eren al carrer, feien una altra vida.*** (D2.G1).

***Jo m'havia de quedar a casa cuidant-me de tot. Ell era fora.*** (D5.G4).

Una vegada dins de les relacions i del matrimoni, el rol que assumien en l'afectivosexualitat era diametralment oposat, ja que ells tenien el poder d'iniciar les interaccions al seu antull i de decidir quan i com. El desig i el plaer masculí eren el centre de les relacions sexuals, i la voluntat de la dona quedava en un segon pla.

***Només sexe per a ells, però no hi havia plaer per a tots dos.*** (D2.G1).

***El meu marit era: sexe. I jo, doncs, el que ell volia.*** (D2.G2).

***El meu marit sempre manava, quan a ell li venia de gust.*** (D2.G5).

Collectivament, van identificar patrons de comportament que en les dones eren penalitzats, però no en els homes. Per exemple, la masturbació i l'establiment de relacions amb diferència d'edat.

***S'aplaudeix homes grans que estan amb dones joves.*** (D5.G4).

***Els homes se sacsejaven la sardina tota l'estona. Nosaltres ni ens ho plantejàvem.*** (D8.G3).

Quan l'atenció es va conduir a la comunicació en parella dins del matrimoni, les opinions i les experiències de les dones van ser dispars. D'una banda, hi havia les dones que van trobar en el seu marit una figura de confiança amb la qual parlar sobre la sexualitat, en molts casos l'única.

***Amb el meu marit parlava molt de tot.*** (D4.G4).

***Jo podia parlar amb el meu marit, i sempre fèiem les coses com ens ensenyava la religió.*** (D1.G2).

D'altra banda, hi havia dones que manifestaven que tampoc amb els seus marits van aconseguir mai parlar sobre el tema, ja sigui perquè ho consideraven tabú, en la línia del pensament de l'època, o directament perquè pensaven que no era una cosa que concernís la dona.

***Amb els marits hi havia moltíssima timidesa, gairebé no parlàvem.*** (D1.G3).

***Als homes no els agrada parlar. A mi el meu marit em deia que era molt gran per parlar d'això.*** (D1.G1).

## L'expressió afectivosexual dins de les residències geriàtriques

L'últim bloc es va centrar específicament en la vivència de l'afectivosexualitat dins de les residències geriàtriques. L'interès principal era la identificació de barreres que poguessin dificultar l'expressió afectivosexual de les residents.

Per a un nombre elevat de dones, l'entrada a la residència va ser una de les fites que identificava el final de la seva vida sexual. Coincidien que, quan hi van entrar, van interioritzar que era una etapa que s'havia acabat.

---

*En una residència t'has d'adaptar a la realitat.* (D1.G1).

---

*Quan ets en un lloc on mires al teu voltant i tot és el mateix, et vas mentalitzant, perquè no saps si tu demà... No et preocupes per aquests temes.* (D2.G2).

---

*Quan hi entres, ja està acabat.* (D4.G4).

Concretament, les dones que s'havien catalogat com a "obertes" a conèixer una altra persona, van incidir en la diferència de proporció dones-homes dins de les residències i en l'estat dels residents.

---

*Aquí hi ha molt pocs homes.* (D6.G1 i D7.G1).

---

*Aquí els homes estan fets pols, molt vells. No hi ha res a fer.* (D3.G4).

El context social que percebem i en el qual habitem té influència en l'aparició o la inhibició del desig. Les dones descrivien aquesta sensació de diverses maneres.

---

*El desig no desapareix amb l'edat. El que passa és que el desig es desperta per l'atractiu de les persones, i aquí en la residència no hi ha abundància d'això.* (D4.G1).

---

*Els homes aquí no són adequats. La majoria no saben ni com es diuen. Si mires al teu voltant, hi ha el que li cau la baveta, un altre que dorm tota l'estona... No t'inspiren desig, et fan pena.* (D2.G2).

En una part de les sessions, a tots els grups focals se'ls va preguntar per la reacció que tindrien la resta de residents si veiessin algú tenint qualsevol tipus d'expressió afectivosexual. La conclusió va ser clara: consideraven que el més probable és que fossin jutjats. La pressió interioritzada, identificada en el primer bloc, per complir amb les expectatives de la moral cristiana sobre ser dona i sobre com han de ser les relacions, es fan més intenses dins de la residència, ja que es tracta d'una comunitat tancada.

---

*Si algú ho fes, seria el tema de xafardeig de tothom. Dirien: "Mira-la, ves a saber quines coses devia fer de jove."* (D6.G3).

---

*Seria el tema de conversa de tota la residència. Es comentaria molt i seria un espectacle.* (D6.G5).

Una de les dones exemplifica a la perfecció aquesta pressió social. Aquesta resident, que és vídua i que en l'actualitat manté un vincle afectiu amb un home que ha conegut en la residència, en més d'una ocasió s'ha hagut d'esforçar a justificar el seu vincle d'una forma socialment acceptable per a la resta del món. En un punt de la sessió amb el seu grup focal, una de les seves companyes li va

assenyalar que cada nit, abans d'anar-se'n a dormir, ella li feia petons a ell. De nou, aquesta resident va insistir a establir una distinció entre el seu vincle i un vincle romàntic o sexual.

***Jo tinc aquí un senyor que es preocupa molt per mi i em cuida.  
Però jo d'això en dic afecte i preocupació, però no és amor com pel meu marit...  
Està molt pendent de mi. La relació que tinc amb ell és de preocupació.  
Jo a les nits li faig un petó perquè m'ha cuidat molt. Però no és desig sexual.*** (D1.G2).

Una altra de les claus identificades en el primer bloc va tornar a aparèixer en aquest apartat. Ens referim a la por de la reacció familiar en cas que estiguessin involucrades en conductes afectivosexuals. La majoria de dones considerava que la reacció dels seus fills i filles seria de vergonya i/o d'empipament. Una de les residents compartia la seva experiència i les dificultats que va trobar amb la seva família després d'enamorar-se d'un company de la residència.

***Els meus fills ara riuen que m'hagi tornat a enamorar, però al principi la meva filla em preguntava plorant: "L'estimes més que al papà?"*** (D5.G2).

Quant a les reaccions del personal de la residència i de la direcció, va haver-hi dues opinions molt diferències. En aquelles dones que des de l'inici s'havien classificat a si mateixes com a persones que ja no tenien gens d'interès o necessitat afectivosexual, era habitual que consideressin que no hi hauria cap dificultat o barrera.

***Crec que no hi hauria cap problema.*** (D7.G1).

***Si es volgués fer alguna cosa, jo crec que es podria fer.*** (D1.G2).

En canvi, aquelles dones que sí que mantenien interessos i necessitats afectivosexuals o que havien tingut experiències prèvies dins de la residència, sí que van fer esment de diferents barreres relacionades amb el personal de la residència. Per exemple, algunes van esmentar que els caps de la residència prohibeixen les expressions de sexualitat. La figura del cap no solia fer referència a una persona en concret, sinó a la idea general que en la residència no s'accepten aquest tipus de conductes.

***Aquí no es pot parlar de coses d'aquest tipus. Cal anar d'amagat.*** (D6.G3).

***Els caps ho prohibeixen. Cal amagar-se.*** (D2.G4).

Unes altres van apuntar en la mateixa direcció, però formulant-ho d'una manera diferent. Segons un grup de dones, es pot fer el que es vulgui, però prenent una sèrie de mesures.

***Es pot fer el que es vulgui, però aquí no hi ha espai. Jo sortiria fora sense dir res.*** (D4.G3).

***Hauries de parlar a través de senyals.*** (D2.G1).

L'actitud dels gericultors i les gericultores també va ser esmentada, en relació amb el respecte a la intimitat i la privacitat i amb les seves reaccions quan les residents no actuen com el personal vol.

***Molt de xafardeig entre elles. I es riuen de nosaltres.*** (D5.G1).

***Són capaços de posar-se a cridar-te per qualsevol cosa que no els agrada.*** (D2.G5).

***Els treballadors parlarien de tot.*** (D1.G3).

Aquest sentiment de poc respecte per la seva intimitat no es redueix als comentaris, sinó que també es refereix als espais on conviuen. La barrera que es va identificar més fàcilment i que es va repetir en més ocasions va ser l'absència de privacitat dins de les seves pròpies habitacions.

*T'obren la porta tota l'estona. No hi ha llibertat ni privacitat.* (D5.G2).

*Crec que és molt difícil. Si t'obren la porta, on pots anar?  
No sabria com fer-ho per tenir el meu espai.* (D2.G3).



## Reflexions finals dels grups focals

Finalment, hem volgut incloure en aquest apartat les reflexions de les participants sobre l'experiència de formar part del grup focal. La valoració general va ser molt positiva, i no va haver-hi cap situació en la qual alguna de les participants manifestés incomoditat o malestar, sinó al contrari. Quan va acabar el temps de les sessions, en tots els grups les participants van assenyalar que haurien continuat una estona més. Solament una dona va abandonar, i se'n va anar per un motiu extern a la recerca.

Entre els aspectes que més havien gaudit van destacar:

→ **La quantitat de temps que feia que no parlaven de sexualitat.**

Exceptuant tres participants que en parlaven sovint amb un grup d'amigues externes a la residència, el comentari generalitzat va ser que feia molts anys que no mantenien una conversa en profunditat sobre sexoafectivitat, i que agraiïen haver tingut l'oportunitat de participar en un espai així.

*No sé quants anys feia que no parlava d'això.* (D3.G4).

*Jo des que vaig ingressar no n'havia parlat.* (D2.G3).

→ **La comoditat de parlar d'aquest tema entre dones.**

Algunes de les dones van coincidir que el debat hauria estat molt diferent si el grup hagués estat mixt. Consideraven que compartir un bagatge d'experiències i un context social i cultural similar els facilitava poder expressar-se lliurement. Les diferències de gènere podrien haver suposat una barrera per construir un espai segur.

*Com que som tot senyores, ens sentim més còmodes per parlar-ne.* (D2.G5).

→ **La complicitat i el sentit de l'humor.**

En tots els grups focals, les dones es coneixien prèviament i tenien vincles ja establerts, ja fos com a amigues o només com a companyes i veïnes de residència. Durant les sessions, quan hi havia involucrades no sols opinions sinó també experiències personals i emocions, van ser molt freqüents les situacions en les quals tot el grup es posava a riure conjuntament o es creaven moments de complicitat. Les participants van comentar que havien pogut veure una cara que no coneixien de les altres.

*Has vist que hem rigut molt tota l'estona?* (D3.G5).

*No havíem parlat mai de sexe, però veig que coincidim.* (D4.G2 a D3.G2).

→ **Aprenentatge entre iguals.**

Haver-se criat en el mateix context sociohistòric no implica que no existeixin variacions individuals quant a les seves trajectòries vitals en l'àrea de la sexoafectivitat. Escoltar les vivències, les reflexions i les opinions de les altres companyes va ser una font d'adquisició de nous coneixements i perspectives per a algunes de les dones, tal com van declarar al final de les sessions. També va permetre resignificar les seves pròpies experiències.

*Ximple jo, ara que us sento.*

*Era l'única que feia l'acte de restricció [sic] i es confessava?* (D6.G1).

## Resultats de l'enquesta dirigida a gericultores en actiu

### Descripció de la mostra

L'enquesta va comptar amb la participació de 35 persones que van contestar el formulari de principi a fi. D'aquestes 35 persones, es van seleccionar únicament les respostes que complissin dos requisits: que fossin dones o de gènere no binari i que estiguessin treballant en actiu com a gericultores en una residència geriàtrica. Una vegada filtrades les respostes, la mostra es va reduir a 28 persones.

Entre les gericultores que hi van participar, hi trobem un ampli rang d'edats: la més jove tenia 19 anys i la més gran, 61, amb una mitjana de 35,80 anys.

Quant a la procedència, la gran majoria de dones és nascuda a Espanya (82,6 %). Un 14,8 % de les dones procedeixen de països de Sud-amèrica (l'Argentina, el Brasil i l'Equador) i una de les dones va néixer al Marroc.

Si ens fixem en els anys d'experiència, podem veure que la dispersió existent en les edats també es reflecteix aquí. La participant amb menys experiència com a gericultora ha treballat en una residència durant dos mesos, mentre que la participant amb més experiència hi ha treballat durant 20 anys. De mitjana, les participants tenen 6,88 anys d'experiència en la seva feina.

### Bloc 1. Formació sobre afectivosexualitat

De totes les gericultores, tan sols un 10,7 % havia rebut formació específica sobre la sexualitat en les persones grans durant els seus estudis. La resta (89,3 %) es va iniciar en el món professional sense tenir formació en aquesta àrea. Posteriorment, durant la seva experiència professional, tan sols un 21,4 % de les dones ha rebut formació sobre la sexualitat de les persones grans.

#### Percentatge de gericultores que han rebut formació en cada àrea.

Àrees formació	SÍ	NO
La sexualitat de les persones amb demència	17,9 %	82,1 %
Envelliment i canvis físics en la resposta sexual	14,3 %	85,7 %
Gestió de conductes sexuals inapropiades	7,1 %	92,9 %
Protocols d'intervenció per situacions relacionades amb l'expressió sexual	7,1 %	92,9 %
Aspectes socials i psicològics de la sexualitat en la vellesa	3,6 %	96,4 %
Foment de l'afectivosexualitat en centres residencials	0,0 %	100,0 %

En la taula podem observar quin percentatge de gericultores han rebut formació en cadascuna de les sis àrees de la sexualitat de les persones grans identificades a priori. En totes les àrees, la proporció de participants que no han rebut formació és significativament més gran que aquelles que sí que n'han rebut. Els percentatges més baixos se situen en les àrees que poden relacionar-se específicament amb realitats pròpies de les residències geriàtriques: gestió de conductes

sexuals inapropiades (7,1 %), protocols d'intervenció per a situacions relacionades amb l'expressió sexual (7,1 %) i foment de l'afectivosexualitat en centres residencials (0 %).

Preguntades pel nivell de preparació percebut per gestionar les situacions relacionades amb l'expressió sexual de les persones residents, els resultats revelen una percepció molt diversa sobre la seva pròpia capacitat. La mitjana és de 4,54, la qual cosa indica una sensació de preparació baixa per afrontar aquest tipus de situacions. A més, la resposta més freqüent ha estat 1, és a dir, la puntuació més baixa possible. Més de la meitat (64,3 %) creu que el seu nivell de preparació és limitat o directament insuficient (puntuació de 5 o menys).

Finalment, una àmplia majoria de les dones participants, un 92,9 %, manifesten estar interessades a rebre més formació sobre la sexualitat de la gent gran i sobre com gestionar les situacions relacionades amb l'expressió sexual de les persones residents.

## Bloc 2. Necessitats afectivosexuals i conductes sexuals inapropiades

La introducció del segon bloc analitzava la percepció de les gericultores sobre l'existència d'interessos i necessitats afectivosexuals en les persones residents dels seus centres. L'opinió majoritària (78,6 %) és que sí que hi ha residents que mantenen aquests interessos i necessitats. Un 17,9 % de les participants tenen dubtes sobre aquest tema.

A continuació, se'ls demanava l'opinió sobre les possibilitats que les persones residents satisfessin els seus interessos i necessitats dins de la residència. En aquest cas, va haver-hi més diversitat de respostes. Un 42,9 % de les enquestades va expressar tenir dubtes sobre si en les residències geriàtriques en les quals treballen es podien satisfer aquestes necessitats. Un percentatge similar d'enquestades, un 39,3 %, va assenyalar que no consideren que les seves residències fossin entorns en els quals les persones residents poguessin satisfer els seus interessos i necessitats. En comparació, tan sols un 17,9 % considerava que les persones grans residents sí que podien satisfer les seves necessitats afectivosexuals en les seves residències geriàtriques.

A partir de la pregunta següent, el qüestionari se centrava en les experiències de les gericultores amb situacions de conductes sexuals inapropiades per part de les persones residents. Del total d'enquestades, un 92,9 % va identificar haver viscut situacions d'aquest tipus, i d'aquestes, un 67,9 % les ha viscut en més d'una ocasió.

### Percentatge de gericultores que han sofert cada conducta sexual inapropiada.

Conducta sexual inapropiada	Gericultores que l'han sofert
Comentaris inapropiats	67,9 %
Tocaments sense consentiment	64,3 %
Peticions de massatges o més cures de les necessàries en els genitals	50 %
Conductes masturbatòries	42,9 %
Nuesa en contextos inapropiats	21,4 %
Iniciació d'activitats sexuals sense consentiment	14,3 %

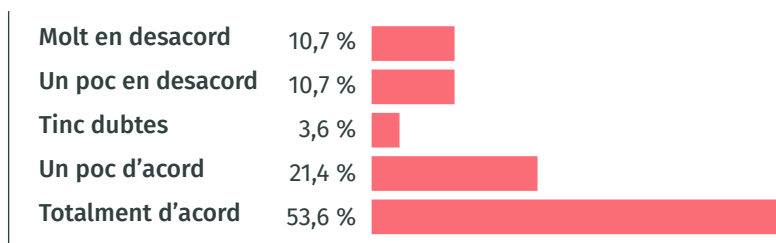
Totes les conductes sexuals inapropiades potencials contemplades a priori van ser identificades i sofertes per almenys una de les enquestades. Les dues conductes més freqüents van ser els comentaris i els tocaments sense consentiment. La meitat de les enquestades també havia sofert peticions de massatges o més cures de les necessàries en els genitals i gairebé la meitat, conductes masturbatòries. Les conductes menys freqüents van ser la nuesa en contextos inapropiats i la iniciació d'activitats sexuals sense consentiment.

Quant a la freqüència amb la qual les gericultores enquestades sofreixen aquestes situacions, un 60,7 % manifesta sofrir-les, com a mínim, una o dues vegades al mes. D'aquest 60,7 %, un 17,9 % les sofreix setmanalment i un 7,1 %, diàriament.

Preguntades pel gènere de la persona que va dur a terme la conducta sexual inapropiada, es veu una clara bretxa. El 64,3 % assenyala que sempre han estat homes, i un 14,3 % que majoritàriament eren homes. El 21,4 % restant considera que han estat homes i dones per igual. Cap de les enquestades ha sofert aquest tipus de conductes majoritàriament per part de dones.

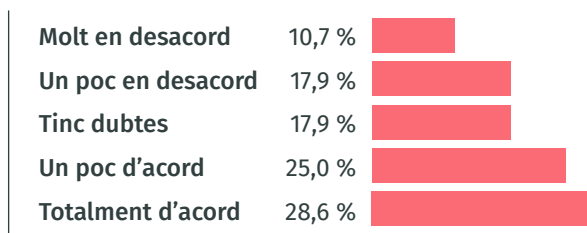
A continuació, es va preguntar a les gericultores pel seu grau d'acord amb diferents afirmacions relacionades amb les situacions de conducta sexual inapropiada de les persones residents.

#### “He sentit incomoditat”.



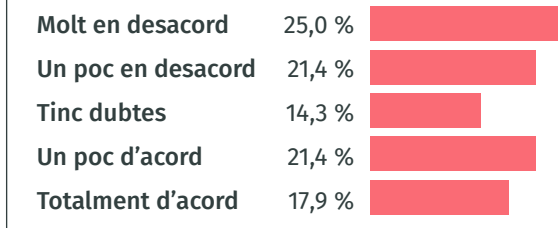
Quan s'han trobat en aquest tipus de situacions, el bloc d'enquestades que va sentir incomoditat és significativament més gran que el bloc que no en va sentir. Molt poques tenen dubtes sobre si en van sentir o no, per la qual cosa sembla que l'emoció, en cas d'estar present, va ser clarament identificable.

#### “He tingut clar com havia d'actuar”.



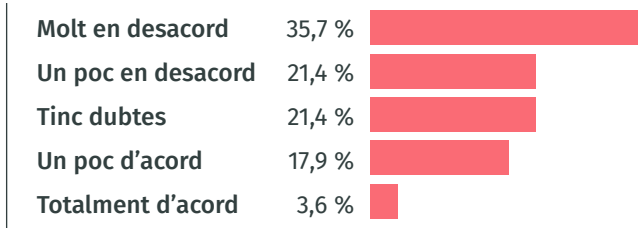
En relació amb la claredat sobre com actuar en aquestes situacions, hi ha diversitat d'opinions. Un 53,6% està d'acord que sí que tenia clara la seva actuació, enfront d'un 28,6% que no. Un 17,9% té dubtes sobre la seva actuació.

### “M’he sentit agredida”.



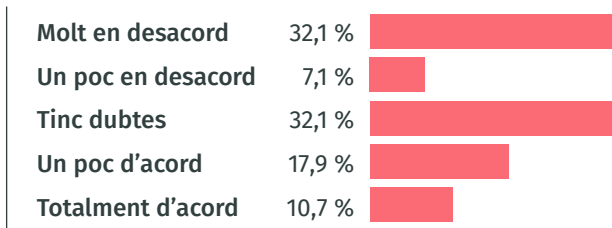
En comparació amb el fet de sentir-se incòmodes, la divisió de respostes és més gran quan se’ls pregunta si es van sentir agredides. Un total del 39,3 % de les dones estan completament o lleugerament d’acord que es van sentir així, enfront d’un 46,4 % que no. Un 14,3 % manifesta tenir dubtes sobre aquest tema. En aquesta pregunta, en contrast amb la de la incomoditat, hi ha un factor relacional, ja que pots sentir-te incòmoda amb la situació que està tenint lloc, però no percebre un acte agressiu i/o una ofensa per part del resident que està duent a terme l’acció.

### “En el centre hi ha protocols i instruccions sobre com he de gestionar aquestes situacions”.



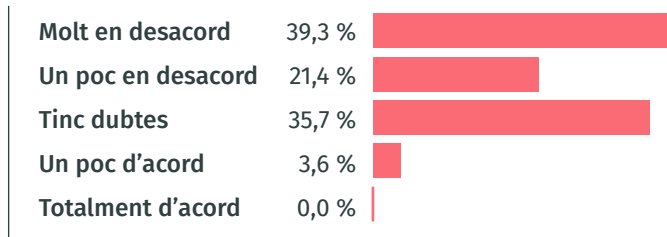
Un percentatge molt baix de les dones considera que en els seus centres hi hagi protocols i instruccions clares sobre què s’ha de fer en aquestes situacions. Més de la meitat (57,1 %) estan poc o gens d’acord amb aquesta afirmació, i un 21,4 % té dubtes. Malgrat que les participants treballen en residències diferents, la percepció d’absència de directrius en referència a la gestió d’aquesta mena de situacions és majoritària.

### “Gestionar les situacions d’expressió sexual és responsabilitat meva”.



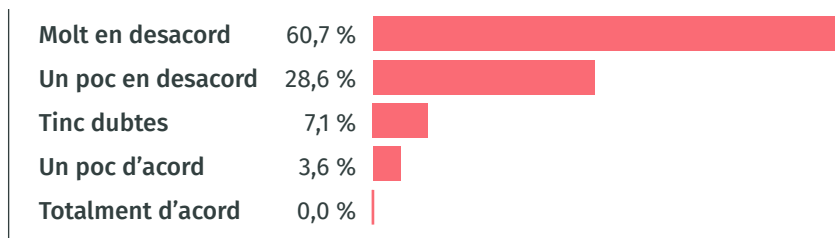
Respecte a la responsabilitat de gestionar les situacions de conducta sexual inapropiada, els dos grups predominants són el de gericultores que hi estan totalment en desacord i el que té dubtes (32,1 % en tots dos casos). Només una quarta part hi està d’acord o molt d’acord. És probable que la falta de protocols d’intervenció relegui la responsabilitat a uns límits, en els quals no hi ha claredat sobre qui ha d’assumir la presa de decisions.

**“Puc comptar amb el suport de les famílies per resoldre aquestes situacions”.**



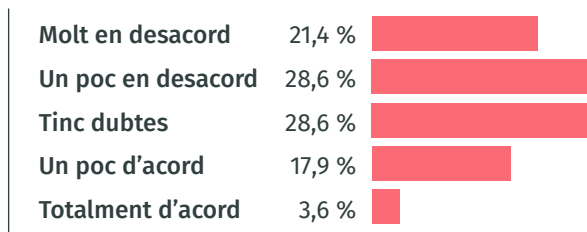
Tan sols una de les dones enquestades està d'acord que es pugui comptar amb el suport familiar per a la gestió d'aquestes situacions. La resta o bé té dubtes (35,7 %) o bé directament no hi està d'acord (64,3 %). No sembla que contemplin les famílies com un actiu a l'hora d'abordar situacions problemàtiques relacionades amb l'expressió afectivosexual. El fet que, llevat d'una dona, cap hi estigui d'acord ens indica o bé que davant el dubte han preferit no involucrar-hi les famílies, o bé que les experiències en les quals la família ha participat en la gestió d'aquestes situacions no han estat positives.

**“És millor no comentar res sobre aquestes situacions, ja que són part de la meva feina”.**



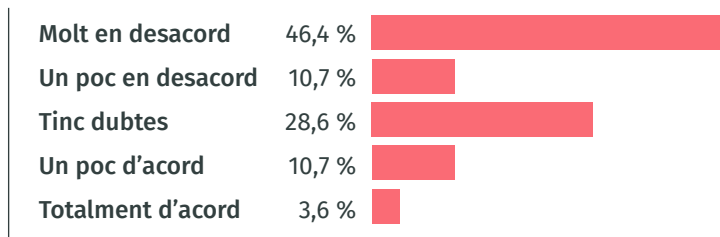
Que sigui millor no comentar res sobre aquestes situacions, ja que és part de la feina, és l'afirmació que ha despertat més desacord. Gairebé 9 de cada 10 dones considera que aquesta perspectiva no és correcta o adequada. Igual que amb la responsabilitat de gestió, comprovem que, malgrat que són les treballadores les que amb més freqüència es troben aquestes situacions i hi conviuen, no consideren adequat que hagin de gestionar-les de forma aïllada, reactiva i sense participació de la resta de components de la residència.

**“Podria haver actuat millor de com ho vaig fer”.**



Sobre la possibilitat d'haver actuat millor de com ho van fer, les respostes són menys extremes, encara que la tendència és cap al desacord. Cal tenir en compte que estar-hi en desacord, en aquest cas, implica considerar que es va actuar tan bé com es va poder en aquella situació concreta, amb els mitjans i els coneixements a la seva disposició. No és incompatible amb la possibilitat que hi hagi alternatives d'actuació.

**“Després de la situació, es van prendre mesures perquè no es tornés a repetir”.**



Pel que fa a si es van prendre mesures després de les situacions de conducta sexual inapropiada, l'opinió majoritària és d'estar-hi molt en desacord (46,4 %). Tan sols un 14,3 % es mostra d'acord, ja sigui molt o poc, amb l'afirmació. Si més de la meitat considera que exposar situacions de conducta sexual inapropiada no contribueix al fet que es posin en marxa mesures de prevenció, s'està reforçant la visió que les gericultores han d'enfrontar-se soles a aquesta mena de situacions.



### Bloc 3. Propostes de canvi

Una vegada analitzades les propostes de canvi, s'han sintetitzat i agrupat aquelles que tenien similituds i punts en comú. En total, s'han identificat quatre propostes de canvi relacionades amb la gestió de l'expressió afectivosexual de les persones residents des de la perspectiva de les gericultores.

1

La proposta més repetida, que apareix en més de la meitat de les respostes, és l'**augment dels programes formatius** sobre l'afectivosexualitat en la vellesa i la gestió de situacions d'expressió sexual en les residències geriàtriques, tant en els programes d'estudis previs a la incorporació al món laboral com una vegada ja són professionals en actiu.

Les gericultores participants tenen la percepció que els manquen els coneixements suficients en aquesta àrea, però tenen interès a adquirir-los. Com esmenta una d'elles, ja que és una realitat amb la qual conviuen en el seu dia a dia professional, és fonamental estar ben preparades. Aquelles que han desenvolupat més la seva proposta solliciten que els mòduls formatius siguin estructurats i en profunditat, i que s'hi abordi la temàtica amb la serietat que exigeix. Les poques experiències en formació sobre afectivosexualitat assenyalen que van ser sessions breus, massa superficials i banals com per aportar-los informació i eines útils i aplicables a les situacions reals que viuen en les seves jornades i en la interacció amb les persones grans residents.

2.

La segona proposta que apareix amb més freqüència és la **creació de protocols d'intervenció** enfront de situacions d'expressió afectivosexual.

Un percentatge alt de les tasques que conformen les atribucions de les gericultores tenen directrius clares sobre com ha de ser l'actuació de la professional, per exemple, les higiènes corporals, els canvis posturals, i el lliurament i l'ajuda per al consum de la medicació de les persones residents. Durant la formació com a gericultores es posa èmfasi en la importància de seguir els protocols establerts, per poder garantir que les actuacions es facin de la manera més adequada per garantir el benestar de les persones residents. No obstant això, en el cas de la gestió de l'expressió afectivosexual hi ha una bretxa molt evident entre la freqüència amb la qual es donen aquest tipus de situacions i la falta de directrius, indicacions i guies d'intervenció. Les gericultores senten que hi ha una responsabilitat excessiva en la seva figura sobre què fer en aquestes situacions, que no es correspon amb el nivell de presa de decisions que se'ls atorga en la resta d'àrees d'atenció i de cures a les persones residents. A més, es tracta d'una problemàtica per a la qual els manca formació i que amb freqüència va acompanyada d'incomoditat, incertesa i inseguretats. Solliciten que, ja que és inevitable que estiguin involucrades en situacions d'expressió afectivosexual de les persones residents, hi hagi unes polítiques d'actuació estandarditzades en el centre, que els alliberin de la pressió d'haver de decidir què fer en solitud.



### 3.

La tercera proposta amb més pes complementa l'anterior, i consisteix a **instaurar un seguiment individualitzat** de les persones residents i a elaborar estratègies de prevenció personalitzades.

Si bé és cert que és necessari tenir unes línies d'actuació estandarditzades per a les diferents situacions que poden sorgir relacionades amb l'expressió afectivosexual, és impossible generalitzar i preveure totes les conductes potencials, perquè cada persona té un historial d'aprenentatge afectivosexual, unes experiències i un recorregut vital únic i irrepetible. Per aquest motiu, els agradaria comptar amb un espai de trobada regular i periòdic en el qual s'abordin de manera conjunta i grupal els diferents episodis que vagin apareixent al llarg del temps en la residència. Cada cas pot requerir una solució específica i concreta adaptada a la persona i al context. Disposar d'un punt de trobada destinat a abordar aquestes situacions podria ser útil per dos motius: en primer lloc, perquè permetria obtenir una perspectiva global de la dinàmica de la conducta, comptant amb les aportacions de diferents professionals que s'hi han vist implicats; en segon lloc, perquè augmentaria les probabilitats que la intervenció sigui reeixida i sigui executada consistentment, ja que la presa de decisions seria grupal i consensuada. Facilita que s'adopti una línia d'acció conjunta, en lloc que cada professional reaccioni d'una manera diferent segons el seu instint. A més, reclamen que a aquestes reunions periòdiques acudeixi una persona tècnica especialitzada en l'àrea de l'afectivosexualitat, que pugui aportar orientació i coneixements en aquells aspectes que despertin dubtes i que ofereixi un punt de vista teòric complementari a la realitat pràctica que es troben les gericuladores en la seva feina diària. Finalment, suposa un complement adequat als protocols d'intervenció desenvolupats per la política del centre, ja que permet que es faci un seguiment del seu funcionament, que es valori l'efectivitat de la seva aplicació i que s'identifiquin camps de millora.

## 4.

Finalment, la quarta proposta és la **implantació d'accions de sensibilització i conscienciació** dirigides a les persones residents i a les famílies. Amb els primers pel fet que són l'altra part implicada en les situacions d'expressió afectivosexual. Consideren que tan necessari és que elles com a professionals amplii'n els seus coneixements i adquireixin eines per generar un context en el qual l'afectivosexualitat tingui més cabuda, com que les persones residents entenguin en profunditat quines són les funcions i el rol de les gericultores, delimitar quines tasques formen part de les seves atribucions i fer explícit quines conductes no són adequades envers les treballadores de la residència. Algunes formes d'expressió sexual inapropiades són dutes a terme per persones amb una deterioració cognitiva suficient com per impedir la reflexió i la interiorització d'aquesta informació, però altres no. La generalització no pot ser una excusa per no treballar la prevenció amb les persones residents.

En el mateix sentit, considerant la importància que pot tenir la influència de les famílies en l'expressió afectivosexual de les persones residents i la percepció majoritària de les gericultores que no es pot comptar amb el suport o la implicació de les famílies en la gestió de les situacions d'expressió sexual de les persones residents, proposen els programes de sensibilització com a eina per reduir aquest distanciament i fomentar la participació i la involucració en la presa de decisions sobre les intervencions d'una manera positiva i constructiva, i no des del tabú i la por per les possibles reaccions. Amb la incorporació de programes formatius dirigits a famílies per sensibilitzar sobre les necessitats afectivosexuals en la vellesa, es pot trencar amb la visió de les persones grans com a éssers asexuals i facilitar el context perquè es generi un clima de proximitat, empatia i col·laboració entre les famílies, el personal i les persones residents.

# Conclusions

---

## Conclusions sobre les dones grans residents

Amb aquest estudi hem pogut explorar la utilitat potencial dels grups focals com a eina per abordar l'afectivosexualitat amb dones grans. Els dubtes que podien sorgir a priori, com la possible inhibició de les dones a parlar d'aquestes temàtiques en un context grupal, es van dissipar ràpidament. Malgrat que van emfatitzar que feia anys que no parlaven obertament de sexualitat, o fins i tot que no n'havien parlat mai, la participació de les residents va ser molt positiva. No va haver-hi cap dels blocs plantejats que els generés incomoditat manifesta. Tenint la possibilitat d'abandonar el grup focal en qualsevol moment, no va ocórrer cap vegada (excepte en una ocasió, per motius mèdics externs a la recerca). Per contra, sí que es va poder observar en nombroses ocasions que, com més avançava la sessió, més es retroalimentaven entre elles i més profunditat adquiria el debat. Poder contraposar les seves reflexions pròpies i les seves experiències personals amb les de les altres va afavorir la creació d'una identitat comuna, atès que havien viscut situacions molt similars independentment dels seus orígens. L'humor espontani i les mostres de proximitat entre elles van ser molt freqüents. Les dones no sols no van mostrar cap tabú per la temàtica, sinó que en van gaudir obertament. Al final de les sessions va ser comú sentir la pregunta "Quan serà la pròxima sessió?" i també referències a la sensació que havia estat curt. Per tant, considerem que, en conjunt, el grup focal pot ser una eina complementària de les entrevistes individuals que s'han usat majoritàriament en les recerques prèvies, ja que permet que les dones construeixin un espai segur en el qual expressar-se envoltades de persones amb vivències similars i facilita l'aprenentatge entre iguals. A més, les dinàmiques interpersonals que ocorrien més enllà del debat aportaven informació addicional que enriqueix l'exploració d'una temàtica tan social i contextual com és l'expressió afectivosexual.

Quant a les barreres analitzades, aquella que més efecte té en les dones grans a l'hora d'expressar-se sexualment és la interiorització del model de dona basat en la moral cristiana. D'una manera o una altra, totes semblen tenir clar quines coses pot fer una dona "decent" i quines coses no. La por de ser jutjades si se surten de la normativitat, és a dir, del paper de dona fidel al seu marit (en la majoria de casos, difunt) és intensa i palpable. Aquesta pressió per, en paraules d'una de les dones, "mantenir-se en el seu camí" és tant interioritzada com provocada per l'entorn. Cada vegada que es va proposar imaginar escenaris en els quals coneixien una altra persona o s'expressaven afectivosexualment, esmentaven les reaccions negatives i les conseqüències socials que sofririen per part dels seus familiars, per part de la resta de persones residents, per part del personal i fins i tot per part de la direcció del centre. Totes aquelles dones que podien ser percebudes fora d'aquesta imatge de "dona decent", van dedicar esforços considerables a justificar-se i fins i tot a redefinir les situacions perquè encaixessin en aquesta imatge. Tenim l'exemple de la dona que havia establert una relació molt estreta amb un resident de la seva planta i que, qüestionada pels petons que es feien cada nit, explicava que són "petons d'amistat", completament

oposats als “petons d’amor” que es feia amb el seu difunt marit. I el de la dona que, veient que només ella i una altra companya (en un grup de 8) estaven obertes a trobar una nova parella, va aclarir que només estaria disposada a relacionar-se amb un home que fos “seriós, considerat i que volgués un projecte a llarg termini”. Col·lectivament hem de prendre consciència del poder que té aquesta narrativa en les seves vides afectivosexuals i tractar d’evitar reforçar-la i fomentar-la. En el cas de les dones grans participants, va quedar patent que la resta de barreres identificades en aquesta recerca i en les recerques prèvies quedaven subordinades a aquest efecte que té la pressió de mantenir-se en el rol que des de la seva infància els ha estat inculcat i imposat.

D'altra banda, i en relació amb el punt anterior, les dones grans van coincidir a descriure l'educació afectivosexual rebuda com a inexistent o bé basada en la repressió, la prohibició i la invisibilització. El denominador comú de les experiències narrades en els grups focals és la censura de qualsevol exploració i experimentació relacionada amb el plaer femení. La sexualitat que se'ls ha permès viure ha estat completament dependent de la figura del marit i de la seva voluntat i els seus desitjos. Aquest estudi ha servit per constatar que les dones grans participants no han perdut el desig ni les necessitats afectivosexuals, però sí que s'han quedat sense vies per poder canalitzar-los. Després de la mort dels marits, amb la pressió de no sortir-se de la imatge de bones esposes, i havent-los estat negades altres esferes de la sexualitat femenina com l'autoexploració, la masturbació i les relacions afectives entre dones, per a la gran majoria de dones és més fàcil tancar definitivament la seva vida sexual que buscar alternatives, amb les conseqüències socials que podria implicar, especialment en una comunitat tancada com la que es crea en les residències geriàtriques, en les quals la intimitat i la privacitat són reduïdes.

A partir de tot allò exposat, es conclou que podria ser positiu introduir una educació afectivosexual que s'esforci a contrarestar la influència i els efectes de la repressió rebuda. És cert que les opinions respecte a participar en sessions d'educació afectivosexual eren diverses, i va haver-hi tant dones que van expressar interès i curiositat com dones que ho consideraven innecessari. No obstant això, la pretensió d'aquests programes no seria que totes les dones grans s'hi interessessin, sinó visibilitzar i normalitzar les realitats que els han estat invisibilitzades al llarg de la seva vida, i combatre els discursos que les pressionen per adoptar models de conducta incompatibles amb l'expressió afectivosexual, de manera que aquest percentatge de dones grans que encara no volen tancar la seva vida sexual pugui trobar un context propici i lliure de judicis, i pugui explorar el seu desig de formes que havien estat invisibilitzades o negades per a elles.

Finalment, si ens centrem en les possibilitats de canviar les residències per convertir-les en entorns compatibles amb l'expressió afectivosexual de les residents, és necessari que els centres adoptin un rol proactiu. S'ha pogut comprovar que, per a moltes d'aquestes dones grans, és més senzill deixar de banda les seves necessitats i desitjos afectivosexuals que no plantejar-se transformar l'entorn. No és suficient que les residències geriàtriques no “prohibeixin” les conductes d'expressió sexual ni que es mostrin empàtiques davant les peticions de les persones residents, ja que és probable que moltes d'aquestes necessitats i desitjos no arribin a ser expressats. Des de petites, a aquestes dones se'ls ha orientat i pressionat perquè posin la seva sexualitat en un segon pla i es mostrin submises, per la qual cosa és lògic que, si reben el missatge implícit que les residències no són el lloc apropiat per a la seva expressió afectivosexual, acceptin la realitat i s'inhibeixin. Fins i tot aquelles dones grans que assenyalaven barreres específiques existents en

les residències en les quals vivien, o que les havien viscut en primera persona, demostraven una tendència a considerar que no era possible el canvi de la institució, sinó que era responsabilitat d'elles canviar la seva mentalitat o buscar alternatives “menys disruptives”. És a dir, adaptar-se. Per aquest motiu, les residències geriàtriques, com a centres que aspiren a oferir una atenció integral i unes cures que garanteixin el benestar de les persones residents en totes les esferes de la seva vida, amb la voluntat de construir un entorn que s'assembli al màxim a la seva llar, tenen la responsabilitat posar la sexualitat de les persones residents en el centre. Cal no tractar l'expressió sexual com una excepció sinó com una necessitat de totes les persones que hi viuen i partir de la base que, igual que hi ha persones que ja no tenen interès a mantenir una vida afectivosexual activa, n'hi ha altres que sí, i tenen el dret de poder satisfer aquests interessos en un context adequat en el qual l'expressió sexual es contempli, es prevegi i es normalitzi des de l'ingrés, sense col·locar en les persones residents el pes de portar la iniciativa, demanar “permís” o haver de sol·licitar la informació i els mitjans per poder gaudir de la seva sexualitat.

*Naturalitzant l'expressió sexual de les persones grans (i, específicament, de les dones grans) dins de les residències, es contribuirà al fet que tant ells com elles tinguin el protagonisme per triar de quina manera volen viure el seu dret a la sexualitat.*

## Conclusions sobre les gericultores en actiu

Els resultats de la recerca amb gericultores han permès visualitzar la bretxa existent entre la quantitat i la freqüència amb la qual les gericultores es troben amb situacions d'expressió i conducta sexual inapropiada, i la falta de formació centrada en l'abordatge de situacions relacionades amb la sexualitat de les persones majors. Les residències balears encara es troben lluny de poder complir amb els indicadors de Smith i Grabovac (2023)<sup>68</sup>, que serveixen per a identificar institucions preparades per a una gestió adequada de l'expressió afectivosexual dels seus usuaris. No tenir els coneixements i les eines adequades pot implicar conseqüències nocives tant per al benestar i la integritat de les gericultores com per a les cures i l'atenció que reben els i les residents. Les recerques consultades apunten cap a múltiples beneficis de la formació en afectivosexualitat en la vellesa dirigida a personal: facilita la diferenciació entre les expressions sexuals adequades i inadequades; promou actituds i creences positives sobre la sexualitat en la vellesa; sensibilitza sobre les necessitats afectivosexuals de les persones residents; i aporta eines per a intervenir en situacions d'expressió sexual, tant apropiada com inapropiada. Les gericultores participants en la recerca perceben la seva falta de preparació, i han mostrat interès i voluntat d'adquirir aquests coneixements. Per tant, es recomana la introducció efectiva de mòduls formatius sobre la afectivosexualitat en la vellesa tant en el programa educatiu com en la formació una vegada iniciada la vida laboral com a gericultores.

Un altre punt a destacar és la sensació compartida per un percentatge elevat de gericultores de solitud a l'hora de gestionar les situacions d'expressió sexual de les persones residents. Moltes assenyalen que no existeixen protocols ni directrius d'intervenció; no hi ha figures clarament referents a les que acudir; en un número molt reduït d'ocasions vegades l'exposició de situacions de conducta inadequada es tradueix en mesures de prevenció; i no es pot comptar amb les famílies com a suport per a la cerca de solucions. Considerant la freqüència amb la qual aquestes situacions ocorren, la responsabilitat i la presa de decisions no pot caure exclusivament en les gericultores, especialment de manera individual i aïllada, sinó que es requereix elaborar protocols d'actuació que contemplin i ofereixin directrius sobre com abordar les situacions d'expressió sexual dels i les residents, i complementar-los amb espais periòdics de trobada entre professionals centrats en el seguiment de les situacions que vagin apareixent i en el disseny d'estratègies personalitzades per a cada persona resident, i que compti amb l'assessorament d'un/a tècnic/a especialitzat/da en la matèria. D'aquesta manera el focus deixarà de recaure únicament en la gericultora que viu la situació i es convertirà en un treball interdisciplinari i col·lectiu.

Finalment, les residències han d'evolucionar cap a espais on la sexualitat no sigui invisibilitzada, sinó que es contempli com una part més de la vida en el centre, i que totes les persones que conformen el dia a dia de les residències (residents, famílies, personal gericultor i tècnic, equip directiu) estiguin preparades perquè pugui viure's de la manera més positiva i lliure de barreres possible.

*Cal normalitzar que la sexualitat és part intrínseca de la naturalesa humana i no desapareix amb l'edat, i evitar fomentar, d'una banda, l'aparició de conductes sexuals inapropiades com a resposta a la impossibilitat de satisfer les necessitats afectivosexuals (amb les repercussions que pot tenir en altres persones residents i en el personal gericultor que s'encarrega de prestar les cures); i per l'altre, que moltes dones majors es resignin a donar per finalitzada la seva vida sexual i els beneficis físics, emocionals i psicològics que comporta.*



## Limitacions de la recerca

Aquest estudi presenta algunes limitacions que han de ser considerades en interpretar els resultats i les conclusions. Aquestes limitacions es deriven principalment del disseny de l'enquesta i de la naturalesa dels grups focals, així com de la complexitat de les estructures residencials.

1

**La primera limitació es refereix a la grandària de la mostra de gericultores, que es pot considerar petit a causa de la baixa taxa de resposta a l'enquesta.** Malgrat haver utilitzat diferents vies de difusió només es van obtenir 28 respostes vàlides d'un total molt major de gericultores treballant en els centres en els quals es va difondre. Això pot deure's a diversos factors, com poden ser la falta de temps per a respondre, falta d'informació sobre el marc del projecte, desconfiança en els objectius de la recerca, així com a possibles barreres tecnològiques a l'hora de respondre. Aquesta limitació afecta a la representativitat i a la generalització dels resultats, ja que les gericultores que van respondre a l'enquesta poden no ser una mostra equilibrada de la població objectiu, sinó que tinguin unes certes característiques o motivacions que les diferenciïn de les que no van respondre. A més, els resultats obtinguts se circumscriuen al territori balear, on s'ha dut a terme l'estudi, i no es poden extrapolar a altres regions o contextos sense precaució. Per a superar aquesta limitació, es recomana ampliar la grandària de la mostra en futurs estudis, utilitzant major marge temporal per a respondre i estratègies d'incentiu, seguiment i recordatori que augmentin la taxa de resposta. També se suggereix replicar l'estudi en altres zones geogràfiques i culturals per a comparar i contrastar els resultats.

2.

**La segona limitació es relaciona amb la selecció de participants per als grups focals, que es va realitzar al costat del personal tècnic de cadascuna de les residències, seguint criteris de disponibilitat, voluntarietat i capacitat de participació en dinàmiques grupals.** Aquests criteris impliquen que es van prioritzar uns perfils de dones residents i es van excloure uns altres, la qual cosa pot introduir un biaix de selecció i limitar la diversitat i la riquesa de les perspectives, les necessitats i els interessos de les dones majors que viuen en les residències. Per exemple, es van deixar fora de l'estudi aquelles dones que presentaven algun grau de deterioració cognitiva, que tenien dificultats comunicatives i/o d'expressió o que no se sentien còmodes participant en un grup. Aquesta limitació afecta a la profunditat i a la completitud de les troballes, ja que no es va poder explorar la realitat de totes les dones residents, sinó només d'aquelles que reunien unes certes condicions per a formar part dels grups focals. Per a superar aquesta limitació, es recomana utilitzar altres mètodes de recollida de dades que permetin incloure a les dones que no van poder participar en els grups focals, com les entrevistes individuals, les observacions o els diaris personals. També se suggereix ampliar el número i la durada dels grups focals per a abastar una major varietat de temes i d'experiències.

### 3.

**La tercera limitació es refereix a la complexitat de les estructures residencials, que involucren a diferents figures que interactuen i s'influeixen mútuament.**

Aquest estudi s'ha centrat en explorar la realitat des del punt de vista de les residents i de les gericultores, que són dues dels grups més nombrosos i més directament implicats en la convivència i el dia a dia en les residències. No obstant això, per a poder crear una imatge completa i comprensiva de la situació, és fonamental contrastar les conclusions i les experiències narrades amb la visió d'altres col·lectius que també formen part de l'estructura i l'ecosistema de les residències, però que no han estat estudiats en aquest projecte. Aquests col·lectius són els equips directius, els professionals tècnics i les famílies, que tenen rols, responsabilitats i expectatives diferents respecte a les residents i les gericultores. Aquesta limitació afecta a l'amplitud i a la validesa dels resultats, ja que no es pot assumir que les percepcions i les opinions de les residents i les gericultores siguin compartides o coincidents amb les dels altres col·lectius. Per a superar aquesta limitació, es recomana incloure als equips directius, els professionals tècnics i les famílies en futurs estudis, utilitzant mètodes adequats per a recollir i analitzar els seus punts de vista. També se suggereix establir espais de diàleg i de col·laboració entre els diferents col·lectius per a afavorir l'intercanvi d'informació i la cerca de solucions conjuntes.

### 4.

**La quarta limitació es relaciona amb el disseny de l'enquesta dirigida a gericultores, que incloïa una secció sobre les conductes sexuals inapropiades dels i les residents que.** La utilització del concepte "conductes sexuals inapropiades" pot generar controvèrsia, ja que podria reafirmar un biaix cultural en contra de l'expressió afectivosexual de les persones majors, assumint que unes certes conductes són inadequades pel fet de ser realitzades per persones d'edat avançada o en contextos residencials. S'ha optat per utilitzar aquesta pregunta per la utilitat que ofereix per a la identificació i l'exploració de situacions que han pogut suposar un malestar o un conflicte des de la perspectiva de les gericultores, ja que tradicionalment s'han considerat disruptives o s'han relacionat més sovint amb la necessitat de protocols i de polítiques reguladores. No obstant això, convé aclarir i exposar la controvèrsia que hi ha entorn a aquesta classificació de les conductes si ens situem en la perspectiva de les residents, que tenen dret a viure i expressar la seva sexualitat de manera lliure i satisfactòria. És probable que la categoria de conducta inapropiada variés si la conducta hagués estat mostrada per persones més joves o en contextos menys públics, la qual cosa evidencia l'existència de prejudicis i estereotips sobre la sexualitat de les persones majors. Aquesta limitació afecta a la sensibilitat i a l'ètica de la recerca, ja que pot reproduir o reforçar una visió negativa o patologitzant de la sexualitat de les residents, sense tenir en compte els seus desitjos, els seus sentiments o els seus drets. El focus d'aquest debat quedava fora de la recerca present, però és necessari assenyalar la necessitat d'aprofundir sobre aquesta qüestió en futures recerques.

# Referències

1. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población. *Primeros resultados* [en línia]. Instituto Nacional de Estadística, 2023. <[https://www.ine.es/prensa/kenso\\_2022\\_2023.pdf](https://www.ine.es/prensa/kenso_2022_2023.pdf)> [Consulta: 18 gener 2024].
2. World Health Organization. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals* [en línia]. World Health Organization, 2018. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585>> [Consulta: 18 gener 2024].
3. Casado Marín, D.; López i Casanovas, G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundació "la Caixa", 2001, 239 p.
4. World Health Organization. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life* [en línia]. World Health Organization, 2002. <<https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>> [Consulta: 18 gener 2024].
5. Hyde, Z.; Flicker, L.; Almeida, O. P.; Hankey, G. J.; McCaul, K. A.; Chubb, S. A. P.; Yeap, B. B. «Low free testosterone predicts frailty in older men: the health in men study». *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* [en línia], 2010, vol. 95, núm. 7, p. 3165-3172. <<https://doi.org/10.1210/jc.2009-2754>> [Consulta: 18 gener 2024].
6. Doll, G. A. *Sexuality and Long-Term Care: Understanding and Supporting the Needs of Older Adults*. Baltimore: Health Professions Press, 2011, 280 p.
7. Adams, M.; Oye, J.; Parker, T. «Sexuality of older adults and the Internet: from sex education to cybersex». *Sexual and Relationship Therapy* [en línia], 2003, vol. 18, núm. 3, p. 405-415. <<https://doi.org/10.1080/1468199031000153991>> [Consulta: 18 gener 2024].
8. Heidari, S.; Babor, T. F.; De Castro, P.; Tort, S.; Curno, M. «Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use». *Research Integrity and Peer Review* [en línia], 2016, vol. 1, núm. 1, art. 2. <<https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>> [Consulta: 18 gener 2024].
9. Fisher, L.; Anderson, G. O.; Chapagain, M.; Montenegro, X.; Smoot, J.; Takalkar, A. *Sex, Romance, and Relationships: AARP Survey of Midlife and Older Adults* [en línia]. AARP Research, 2010. <<https://doi.org/10.26419/res.00063.001>> [Consulta: 18 gener 2024].
10. Laganà, L.; Maciel, M. «Sexual desire among Mexican-American older women: a qualitative study». *Culture, Health & Sexuality* [en línia], 2010, vol. 12, núm. 6, p. 705-719. <<https://doi.org/10.1080/13691058.2010.482673>> [Consulta: 18 gener 2024].
11. Hughes, A. K.; Rostant, O. S.; Pelon, S. «Sexual problems among older women by age and race». *Journal of Women's Health* [en línia], 2015, vol. 24, núm. 8, p. 663-669. <<https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5010>> [Consulta: 18 gener 2024].
12. Gewirtz-Meydan, A.; Hafford-Letchfield, T.; Ayalon, L.; Benyamini, Y.; Biermann, V.; Coffey, A.; Jackson, J.; Phelan, A.; Voß, P.; Zeman, M. G.; Zeman, Z. «How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies». *Culture, Health & Sexuality* [en línia], 2018, vol. 21, núm. 3, p. 293-308. <<https://doi.org/10.1080/13691058.2018.465203>> [Consulta: 18 gener 2024].
13. Hinchliff, S.; Tetley, J.; Lee, D.; Nazroo, J. «Older adults' experiences of sexual difficulties: qualitative findings from the English Longitudinal Study on Ageing (ELSA)». *Journal of Sex Research* [en línia], 2018, vol. 55, núm. 2, p. 152-163. <<https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1269308>> [Consulta: 18 gener 2024].
14. Bush, E. «The use of human touch to improve the well-being of older adults». *Journal of Holistic Nursing* [en línia], 2001, vol. 19, núm. 3, p. 256-270. <<https://doi.org/10.1177/089801010101900306>> [Consulta: 18 gener 2024].
15. World Health Organization. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals* [en línia]. World Health Organization, 2017. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565486>> [Consulta: 18 gener 2024].
16. Hillman, J. L. *Clinical perspectives on elderly sexuality* [en línia]. Springer, 2000. <<https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4779-9>> [Consulta: 18 gener 2024].
17. Smith, L.; Yang, L.; Veronese, N.; Soysal, P.; Stubbs, B.; Jackson, S. E. «Sexual activity is associated with greater enjoyment of life in older adults». *Sexual Medicine* [en línia], 2019, vol. 7, núm. 1, p. 11-18. <<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.001>> [Consulta: 18 gener 2024].
18. Flynn, T.-J.; Gow, A. J. «Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults». *Age and Ageing* [en línia], 2015, vol. 44, núm. 5, p. 823-828. <<https://doi.org/10.1093/ageing/afv083>> [Consulta: 18 gener 2024].
19. Costa, R. M.; Brody, S. «Sexual satisfaction, relationship satisfaction, and health are associated with greater frequency of penile-vaginal intercourse». *Archives of Sexual Behavior* [en línia], 2012, vol. 41, p. 9-10. <<https://doi.org/10.1007/s10508-011-9847-9>> [Consulta: 18 gener 2024].
20. Soysal, P.; Stubbs, B.; Lucato, P.; Luchini, C.; Solmi, M.; Peluso, R.; Sergi, G.; Işık, A. T.; Manzato, E.; Maggi, S.; Maggio, M.; Prina, M.; Cosco, T. D.; Wu, Y.-T.; Veronese, N. «Inflammation and frailty in the elderly: a systematic review and meta-analysis». *Ageing Research Reviews* [en línia], 2016, vol. 31, p. 1-8. <<https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.08.006>> [Consulta: 18 gener 2024].
21. Dziechciaż, M.; Filip, R. «Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging». *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [en línia], 2014, vol. 21, núm. 4, p. 835-838. <<https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>> [Consulta: 18 gener 2024].

22. Skalaćka, K.; Gerymski, R. «Sexual activity and life satisfaction in older adults». *Psychogeriatrics* [en línia], 2018, vol. 19, núm. 3, p. 195-201. <https://doi.org/10.1111/psyg.12381> [Consulta: 18 gener 2024].
23. Bach, L. E.; Mortimer, J. A.; VandeWeerd, C.; Corvin, J. «The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community». *The Journal of Sexual Medicine* [en línia], 2013, vol. 10, núm. 11, p. 2671-2678. <https://doi.org/10.1111/jsm.12308> [Consulta: 18 gener 2024].
24. Dfarhud, D.; Malmir, M.; Khanahmadi, M. «Happiness & health: the biological factors. Systematic review article». *Iran Journal of Public Health* [en línia], 2014, vol. 43, núm. 11, p. 1468-1477. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449495/> [Consulta: 18 gener 2024].
25. Roach, S. M. «Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses». *Journal of Advanced Nursing* [en línia], 2004, vol. 48, núm. 4, p. 371-379. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x> [Consulta: 18 gener 2024].
26. Casado-Marín, D. «La atención a la dependencia en España». *Gaceta Sanitaria* [en línia], 2006, vol. 20, supl. 1, p. 135-142. <https://doi.org/10.1157/13086037> [Consulta: 18 gener 2024].
27. Abellán García, A.; Castejón Villarejo, P.; Esparza Catalán, C. «La dependencia en las personas mayores». *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales* [en línia], 2007, núm. 30, p. 133-145. <https://www.fpablovi.org/sociedad-y-utopia/30/30.pdf> [Consulta: 18 gener 2024].
28. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Informe anual 2021* [en línia]. IMSERSO, 2021. <https://imerso.es/-/informe-anual-2021> [Consulta: 18 gener 2024].
29. Regato Pajares, P.; Villacañas Novillo, E.; López Higuera, M. J.; Acosta Benito, M. Á. «Atención Primaria y personas mayores en las residencias: propuestas de mejora tras la experiencia durante la pandemia». *Revista Clínica de Medicina de Familia* [en línia], 2023, vol. 16, núm. 1, p. 24-32. <https://doi.org/10.55783/rcmf.160105> [Consulta: 18 gener 2024].
30. Lee, D. M.; Nazroo, J.; O'Connor, D. B.; Blake, M.; Pendleton, N. «Sexual health and well-being among older men and women in England: findings from the English Longitudinal Study of Ageing». *Archives of Sexual Behavior* [en línia], 2016, vol. 45, p. 133-144. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0465-1> [Consulta: 18 gener 2024].
31. Wellings, K.; Johnson, A. M. «Framing sexual health research: adopting a broader perspective». *The Lancet* [en línia], 2013, vol. 382, núm. 9907, p. 1759-1762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62378-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62378-8) [Consulta: 18 gener 2024].
32. Aizenberg, D.; Weizman, A.; Barak, Y. «Attitudes toward sexuality among nursing home residents». *Sexuality and Disability* [en línia], 2002, vol. 20, p. 185-189. <https://doi.org/10.1023/a:1021445832294> [Consulta: 18 gener 2024].
33. Zeiss, A. M.; Kasl-Godley, J. «Sexuality in older adults' relationships». *Generations: Journal of the American Society on Aging* [en línia], 2001, vol. 25, núm. 2, p. 18-25. <https://www.jstor.org/stable/44877600> [Consulta: 18 gener 2024].
34. Langue, F. «Políticas del pasado en la España franquista (1939-1964). Historia, nacionalismo y dictadura». *Cahiers de civilisation espagnole contemporaine* [en línia], 2019, vol. 23. <https://doi.org/10.4000/ccec.8905> [Consulta: 18 gener 2024].
35. Arco Blanco, M. Á. del. «Morir de hambre: autarquía, escasez y enfermedad en la España del primer franquismo». *Pasado y Memoria* [en línia], 2006, vol. 5, p. 241-258. <https://doi.org/10.14198/pasado2006.5.12> [Consulta: 18 gener 2024].
36. López Sánchez, F.; Olazábal Ulacia, J. C. *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2005, 296 p.
37. Heidari, M.; Ghodusi, M.; Rezaei, P.; Kabirian Abyaneh, S.; Sureshjani, E. H.; Sheikhi, R. A. «Sexual function and factors affecting menopause: a systematic review». *Journal of Menopausal Medicine* [en línia], 2019, vol. 25, núm. 1, p. 15-27. <https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.115> [Consulta: 18 gener 2024].
38. Samaras, N.; Papadopoulou, M.; Samaras, D.; Ongaro, F. «Off-label use of hormones as an antiaging strategy: a review». *Clinical Interventions in Aging* [en línia], 2014, vol. 9, p. 1175-1186. <https://doi.org/10.2147/cia.s48918> [Consulta: 18 gener 2024].
39. Triadó Tur, M. C.; Villar, F.; Villar Posada, F. *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial, 2006, 456 p.
40. Srinivasan, S.; Glover, J.; Tampi, R. R.; Tampi, D. J.; Sewell, D. D. «Sexuality and the older adult». *Current Psychiatry Reports* [en línia], 2019, vol. 21, núm. 10, art. 97. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4> [Consulta: 18 gener 2024].
41. Snyder, R. J.; Zweig, R. A. «Medical and psychology students' knowledge and attitudes regarding aging and sexuality». *Gerontology and Geriatrics Education* [en línia], 2010, vol. 31, núm. 3, p. 235-255. <https://doi.org/10.1080/02701960.2010.503132> [Consulta: 18 gener 2024].
42. Garrett, D. «Psychosocial barriers to sexual intimacy for older people». *British Journal of Nursing* [en línia], 2014, vol. 23, núm. 6, p. 327-331. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.6.327> [Consulta: 18 gener 2024].
43. Palmore, E. B. «Predictors of the longevity difference: a 25-year follow-up». *The Gerontologist* [en línia], 1982, vol. 22, núm. 6, p. 513-518. <https://doi.org/10.1093/geront/22.6.513> [Consulta: 18 gener 2024].
44. Kelemen, A.; Cagle, J.; Chung, J.; Groninger, H. «Assessing the impact of serious illness on patient intimacy and sexuality in palliative care». *Journal of Pain and Symptom Management* [en línia], 2019, vol. 58, núm. 2, p. 282-288. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.015> [Consulta: 18 gener 2024].
45. Kalra, G.; Subramanyam, A.; Pinto, C. «Sexuality: desire, activity and intimacy in the elderly». *Indian Journal of Psychiatry* [en línia], 2011, vol. 53, núm. 4, p. 300. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.91902> [Consulta: 18 gener 2024].
46. Mark, K.; Herbenick, D.; Fortenberry, D.; Sanders, S.; Reece, M. «The object of sexual desire: examining the "What" in "What do you desire?"». *The Journal of Sexual Medicine* [en línia], 2014, vol. 11, núm. 11, p. 2709-2719. <https://doi.org/10.1111/jsm.12683> [Consulta: 18 gener 2024].

47. Weeks, J. *Sexuality and Its Discontents. Meanings, Myths & Modern Sexualities*. Nova York: Routledge, 1985, 340 p.
48. Tonks, A. «Medicine must change to serve an ageing society». *The British Medical Journal* [en línia], 1999, vol. 319, núm. 7223, p. 1450-1451. <<https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1450>> [Consulta: 18 gener 2024].
49. Doll, G. M. «Sexuality in nursing homes: practice and policy». *Journal of Gerontological Nursing* [en línia], 2013, vol. 39, núm. 7, p. 30-37. <<https://doi.org/10.3928/00989134-20130418-01>> [Consulta: 18 gener 2024].
50. Gilmer, M. J.; Meyer, A.; Davidson, J.; Koziol-McLain, J. «Staff beliefs about sexuality in aged residential care». *Nursing Praxis in New Zealand* [en línia], 2010, vol. 26, núm. 3, p. 17-24. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21188913/>> [Consulta: 18 gener 2024].
51. Frankowski, A. C.; Clark, L. J. «Sexuality and intimacy in assisted living: residents' perspectives and experiences». *Sexuality Research and Social Policy* [en línia], 2009, vol. 6, núm. 4, p. 25-37. <<https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.4.25>> [Consulta: 18 gener 2024].
52. DeLamater, J. D.; Sill, M. «Sexual desire in later life». *Journal of Sex Research* [en línia], 2005, vol. 42, núm. 2, p. 138-149. <<https://doi.org/10.1080/00224490509552267>> [Consulta: 18 gener 2024].
53. Elias, J.; Ryan, A. «A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes». *Journal of Clinical Nursing* [en línia], 2011, vol. 20, núm. 11-12, p. 1668-1676. <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x>> [Consulta: 18 gener 2024].
54. Neville, S.; Adams, J. S.; Bellamy, G.; Boyd, M.; George, N. «Perceptions towards lesbian, gay and bisexual people in residential care facilities: a qualitative study». *International Journal of Older People Nursing* [en línia], 2015, vol. 10, núm. 1, p. 73-81. <<https://doi.org/10.1111/opn.12058>> [Consulta: 18 gener 2024].
55. Villar, F.; Fabà, J.; Serrat, R.; Celdrán, M. «What happens in their bedrooms stays in their bedrooms: staff and residents' reactions toward male-female sexual intercourse in residential aged care facilities». *The Journal of Sex Research* [en línia], 2015, vol. 52, núm. 9, p. 1054-1063. <<https://doi.org/10.1080/00224499.2014.959882>> [Consulta: 18 gener 2024].
56. Bauer, K. A. «Privacy and confidentiality in the age of E-medicine». *Journal of Health Care Law and Policy* [en línia], 2009, vol. 12, núm. 1, p. 47-62. <<https://digital-commons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1164&context=jhclp>> [Consulta: 18 gener 2024].
57. Rheaume, C.; Mitty, E. «Sexuality and intimacy in older adults». *Geriatric Nursing* [en línia], 2008, vol. 29, núm. 5, p. 342-349. <<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.08.004>> [Consulta: 18 gener 2024].
58. Universidad Pontificia de Comillas. *Informe España 2021* [en línia]. Universidad Pontificia de Comillas, 2022, p. 350. <[https://blogs.comillas.edu/informe-espana/wp-content/uploads/sites/93/2021/11/Informe\\_Espana\\_2021\\_Completo.pdf](https://blogs.comillas.edu/informe-espana/wp-content/uploads/sites/93/2021/11/Informe_Espana_2021_Completo.pdf)> [Consulta: 18 gener 2024].
59. Hajjar, R. R.; Kamel, H. K. «Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression». *Journal of the American Medical Directors Association* [en línia], 2004, vol. 5, núm. 2, p. 543-547. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12854989/>> [Consulta: 18 gener 2024].
60. Berger, J. T. «Sexuality and intimacy in the nursing home: a romantic couple of mixed cognitive capacities». *The Journal of Clinical Ethics* [en línia], 2000, vol. 11, núm. 4, p. 309-313. <<https://doi.org/10.1086/jce200011403>> [Consulta: 18 gener 2024].
61. Dalrymple, J.; Booth, J.; Flowers, P.; Lorimer, K. «Psychosocial factors influencing risk-taking in middle age for STIs». *Sexually Transmitted Infections* [en línia], 2016, vol. 93, núm. 1, p. 32-38. <<https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052588>> [Consulta: 18 gener 2024].
62. Nay, R. «Sexuality and aged women in nursing homes». *Geriatric Nursing* [en línia], 1992, vol. 13, núm. 6, p. 312-314. <[https://doi.org/10.1016/s0197-4572\(05\)80377-5](https://doi.org/10.1016/s0197-4572(05)80377-5)> [Consulta: 18 gener 2024].
63. McCartney, J. R.; Izeman, H.; Rogers, D.; Cohen, N. «Sexuality and the institutionalized elderly». *Journal of the American Geriatrics Society* [en línia], 1987, vol. 35, núm. 4, p. 331-333. <<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1987.tb04640.x>> [Consulta: 18 gener 2024].
64. McAuliffe, L.; Bauer, M.; Nay, R. «Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional». *International Journal of Older People Nursing* [en línia], 2007, vol. 2, núm. 1, p. 69-75. <<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00050.x>> [Consulta: 18 gener 2024].
65. Langer, E. J. *Counterclockwise: Mindful Health and the Power of Possibility* [en línia]. Ballantine Books, 2009. <<http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB12235341>> [Consulta: 18 gener 2024].
66. Villar, F.; Serrat, R.; Celdrán, M.; Fabà, J.; Martínez, M. T. «Disclosing a LGB sexual identity when living in an elderly long-term care facility: common and best practices». *Journal of Homosexuality* [en línia], 2019, vol. 66, núm. 7, p. 970-988. <<https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1486062>> [Consulta: 18 gener 2024].
67. Alagiakrishnan, K.; Lim, D. W.; Brahim, A.; Wong, A.; Wood, A.; Senthilselvan, A.; Chimich, W. T.; Kagan, L. «Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people». *Postgraduate Medical Journal* [en línia], 2005, vol. 81, núm. 957, p. 463-466. <<https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.028043>> [Consulta: 18 gener 2024].
68. Smith, L.; Grabovac, I. *Sexual Behaviour and Health in Older Adults*. Cham: Springer, 2023, 182 p.
69. Higgins, A.; Hynes, G. *Sexuality and Intimacy* [en línia]. Springer, 2018, p. 1-21. <[https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0\\_40-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_40-1)> [Consulta: 18 gener 2024].
70. Pawlson, L. G.; Goodwin, M.; Keith, K. «Wheelchair use by ambulatory nursing home residents». *Journal of the American Geriatrics Society* [en línia], 1986, vol. 34, núm. 12, p. 860-864. <<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb07259.x>> [Consulta: 18 gener 2024].

71. Haddad, P. M.; Benbow, S. M. «Sexual problems associated with dementia: part 1. problems and their consequences». *International Journal of Geriatric Psychiatry* [en línia], 1993, vol. 8, núm. 7, p. 547-551. <<https://doi.org/10.1002/gps.930080703>> [Consulta: 18 gener 2024].
72. Lesser, J. M.; Hughes, S. V.; Jemelka, J. R.; Griffith, J. «Sexually inappropriate behaviors. Assessment necessitates careful medical and psychological evaluation and sensitivity». *Geriatrics* [en línia], 2005, vol. 60, núm. 1, p. 36-37. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15700947/>> [Consulta: 18 gener 2024].
73. De Medeiros, K.; Rosenberg, P. B.; Baker, A. S.; Onyike, C. U. «Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care». *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* [en línia], 2008, vol. 26, núm. 4, p. 370-377. <<https://doi.org/10.1159/000163219>> [Consulta: 18 gener 2024].
74. Wallace, S. «Gerontological content in nursing education: a need or a luxury?» *Perspectives* [en línia], 1992, vol. 16, núm. 4, p. 14-17. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1335677/>> [Consulta: 18 gener 2024].
75. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. «Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups». *International Journal for Quality in Health Care* [en línia], 2007, vol. 19, núm. 6, p. 349-357. <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>> [Consulta: 18 gener 2024].

