



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Trabajo final del Máster Oficial
en Psicogerontología



Programa de intervención *Cuenta conmigo*

Propuesta y revisión de un programa de educación sexual para profesionales de centros residenciales.

Facultad de Psicología

Tutor: Josep Fabà

Fecha: 15-09-17

Eduard Calderón Mercadé

Índice

Agradecimientos	5
Resumen	6
Primera parte: Marco teórico	7
1. <u>Sexualidad</u>	7
1.1 Diversidad sexual y género	8
1.2 Sexualidad y vejez	11
2. <u>Factores sociales e históricos que limitan la sexualidad madura</u>	11
2.1 Educación sexual	11
2.2 Prácticas heterosexuales penadas por la ley	13
2.3 Estereotipos	14
2.4 Otros factores psicosociales	15
2.5 Represión de colectivos no heterosexuales durante la época franquista	15
3. <u>Envejecimiento heterosexual y LGBT</u>	16
4. <u>Sexualidad en el ámbito residencial</u>	18
4.1 Profesionales de centros residenciales	19
4.2 Participación de los familiares	21
4.3 Intimidad	22
Segunda parte: Justificación	24
5. <u>Antecedentes de la intervención y necesidad de esta</u>	24
Tercera parte: Programa de intervención	26
6. <u>Tipo de intervención</u>	26
7. <u>Objetivos de la intervención</u>	26
8. <u>Población diana</u>	27

9. <u>Metodología</u>	28
10. <u>Temporalización</u>	29
10.1 Estructura de las sesiones	30
10.2 Contenido	31
11. <u>Material</u>	44
12. <u>Ejemplo de una sesión</u>	46
13. <u>Material de apoyo</u>	49
14. <u>Discusión</u>	51
15. <u>Evaluación</u>	56
16. <u>Presupuesto del taller</u>	57
Referencias	59
Anexos	64
<u>Anexo 1.</u> Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012).	64
<u>Anexo 2.</u> Hoja informativa de la sesión de Cine fórum	66
<u>Anexo 3.</u> Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos (White, 1982).	69
<u>Anexo 4.</u> Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de actitudes (White, 1982).	71
<u>Anexo 5.</u> Cuestionario de satisfacción de elaboración propia.	73
<u>Anexo 6.</u> Hoja modelo de situaciones vividas relacionadas con la sexualidad en la vejez	75
<u>Anexo 7.</u> Cuestionario de elaboración propia sobre intervenciones realizadas por el equipo de gerocultores para mejorar la vida sexual de los residentes	76

Agradecimientos

Me gustaría que estas primeras líneas sirvieran para agradecer la ayuda que he recibido durante todo el proceso de elaboración del presente trabajo de final de máster.

En primer lugar, al Dr. Josep Fabà, quien me ha aconsejado, guiado y supervisado constantemente. También agradecer a Elia Delgado, tutora del centro de prácticas por sus constantes ánimos, quien me ha enseñado a valorarme a mí mismo.

También me gustaría agradecerse a todos los compañeros que he conocido a lo largo de este año, con los que he crecido como persona y me he enriquecido de sus conocimientos, vivencias y puntos de vista.

Finalmente me gustaría agradecerle a mis familiares, pareja y amigos por la comprensión, paciencia y ánimos que he recibido.

Resumen

Actualmente, la investigación sobre la sexualidad de las personas mayores es un área olvidada debido a la creencia de que no tienen intereses sexuales (Smith y Schmall, 1983). Como consecuencia, muchos de los profesionales que trabajan con residentes de centros sociosanitarios tienen actitudes inadecuadas y pocos conocimientos relacionados con la sexualidad madura (Chen, Jones, y Osborne, 2017; Hinrichs y Vacha-Haase, 2010; Villar, Serrat, Fabà, y Celdrán, 2015; Woolf, 2002). Esta falta de conocimientos puede ser una de las causas de que en muchos casos se puedan manejar inadecuadamente las expresiones sexuales o vulnerar los derechos sexuales de los residentes.

El programa de intervención *Cuenta Conmigo* surge de esta necesidad de aumentar los conocimientos y mejorar las actitudes de los profesionales de residencias. El programa se llevará a cabo con un grupo de 10 personas a lo largo de 8 sesiones con frecuencia semanal y se trabajarán temas clave relacionados con la sexualidad. Se utilizará una metodología en la que se tendrá muy en cuenta la participación del grupo. Cada sesión tendrá una duración de 2 horas a excepción de la sesión número 5 que durará 3 horas. La intervención tendrá una duración total de 17 horas.

Con la administración pre y post intervención de la escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012) y la Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez (White, 1982), se espera obtener unos resultados significativos en cuanto al aumento en los conocimientos sobre la sexualidad en la vejez y la reducción de las actitudes inadecuadas en torno a esta. También se espera que aumenten el número de intervenciones que realicen los profesionales para facilitar la libre expresión de la sexualidad por parte de los residentes. Se preguntará a nivel pre y post a los profesionales por el número de intervenciones que han llevado a cabo con los residentes durante el último mes (ver anexo 7). Es necesaria más investigación en este campo, así como la elaboración de programas de intervención específicos de sexualidad en la vejez. **Palabras clave:** vejez, residencias, sexualidad, heteronormatividad, intimidad, profesionales de centros residenciales, aprendizaje, LGBT, actitudes, conocimientos.

Primera parte: Marco teórico

En esta primera parte de marco teórico ofreceremos una definición global del concepto de sexualidad, se incidirá en conceptos relacionados con el colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGBT) y explicaremos qué se entiende actualmente por vejez. Posteriormente, explicaremos los factores sociales e históricos que limitan la sexualidad madura, continuaremos comentando las diferencias en el envejecimiento LGBT respecto al heterosexual y finalizaremos el marco teórico hablando de la sexualidad en el ámbito residencial.

1. Sexualidad

Definir un concepto como el de la sexualidad es complejo, debido a las influencias e interacciones que recibe de múltiples ámbitos. Es un término que a su vez engloba a muchos otros. Por este motivo es difícil encontrar una definición completa que abarque su totalidad.

Una posible definición es la que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que la sexualidad es “Un aspecto central del ser humano a lo largo de toda nuestra vida que engloba el sexo, los roles e identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones con los demás. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no siempre las expresamos o sentimos todas. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006, p. 28).

Como podemos ver, la sexualidad es un constructo muy amplio que incluye la salud sexual o la expresión de la identidad sexual. Éstos son componentes esenciales de la calidad de vida y del bienestar. Como sugiere Rodríguez (2008, p. 1) existen muchas formas de expresar nuestra sexualidad: “mediante los vínculos, el erotismo, el afecto, la autoimagen y el contexto del individuo en relación con el género, contexto sociocultural y etnicidad”. Es decir, utilizamos la palabra *sexualidad* para englobar todos los conceptos que están relacionados

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

con la vida sexual, la identidad de género o la orientación sexual, entre otros muchos.

A continuación, presentaremos un conjunto de conceptos que quedan englobados dentro del término *sexualidad* con el objetivo de mostrar su complejidad y riqueza.

1.1 Diversidad sexual y de género

En este apartado sobre diversidad sexual, se expondrán aquellos conceptos básicos que están relacionados con la sexualidad y colectivo LGTB. Finalmente definiremos qué entendemos por *LGTBfobia*.

Las siguientes definiciones se han formulado desde diferentes documentos de la American Psychological Association (APA, 2012, 2015a, 2015b) la American Psychological Association y la National Association of School Psychologists (2015). No hay una única definición de cada término, en cada fuente consultada presentan diferentes matices, pero a pesar de ello, tienen puntos en común.

El primer concepto que definiremos es el de *sexo*.

Según APA (2015a, p.970) el término *sexo* se refiere a “una característica biológica determinada al nacer, dividida en tres: hombre mujer o intersexual”, en el caso de la intersexualidad, esta se produce cuando no coincide el sexo genético con el sexo genital, existiendo más de 40 causas distintas que la originan.

Relacionado con el anterior, encontramos el término *orientación sexual*.

La orientación sexual se refiere a “quien, y como nos atrae”, una persona se puede sentir atraída hacia hombres, mujeres, ambos, ninguno o gente genderqueer, gente andrógina u otras identidades de género. Dada esta variabilidad existen diferentes términos para cada colectivo. Una persona puede identificarse como heterosexual, gay, lesbiana, bisexual, pansexual o asexual entre otros muchos (APA, 2012, p.11).

Alguien pansexual no tendría en cuenta ni el sexo de la otra persona ni la manera en la que su comportamiento encaja en un género u otro. Simplemente, siente atracción por las personas (Aponte ,2009; Serrano, 1994).

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Por otro lado, alguien asexual sería aquella persona que no tiene necesidad ni interés por mantener relaciones sexuales (López, 2015).

Continuaremos con el término *género*.

Según la APA (2012, p.11; 2015a, p.450) el género se refiere a “las actitudes, sentimientos y comportamientos que una cultura determinada asocia con el sexo biológico de una persona”.

En el diccionario de Psicología de la APA (2015a), solo se diferencia entre género masculino, femenino y neutro, a pesar de que, en el artículo de revisión de Richards et al. (2015) se ofrece un amplio abanico de géneros no binarios, también denominados *genderqueer*. Dentro de la categoría *genderqueer* encontraríamos a todas aquellas personas que no encajan dentro del género binario, masculino o femenino. No se debe confundir este término con el concepto *transgénero*.

Por lo que respecta al término *cisgénero*:

Desde los documentos de la APA se nos dice que “una persona cisgénero es aquella en la que su género asignado al nacer corresponde con su identidad de género” (APA, 2012, p.188).

Es decir, existe una concordancia entre el género asignado socialmente y la identidad asumida. Lo que conforma los géneros binarios.

En caso de que una persona no se considere cisgénero, hablaríamos del término *transgénero*.

Como explica la APA y la National Association of School Psychologists (2015) una persona transgénero siente que su sexo biológico no corresponde con su identidad de género y puede sentir que pertenece a un género incorrecto, esta percepción puede correlacionarse o no con el deseo de someterse a una reasignación hormonal o quirúrgica.

Estrechamente relacionado con este último, encontramos el término *disforia de género*.

La disforia de género, según el APA (2015a, p.450) es el “malestar asociado con la discrepancia entre la identidad de género de la persona y el sexo asignado al

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

nacer”. Es decir, una persona puede pertenecer al colectivo transgénero pero no tener disforia de género.

Otros dos conceptos clave son la *identidad de género* y la *expresión de género*.

La identidad de género se refiere a la percepción subjetiva que uno mismo tiene sobre su género, como nos sentimos con respecto a este.

La expresión de género es la forma en la que una persona actúa, se comunica, se viste e incluso los intereses que tiene.

Estaría más relacionado con la forma de interactuar y expresar el género, pero debe tenerse en cuenta que la forma como expresamos nuestro género puede no estar relacionada con la identidad de género. Es decir, una persona puede sentirse masculina, pero le puede gustar vestirse de color rosa o maquillarse (gustos culturalmente asociados a la mujer) y no por este motivo debemos inferir que es 'menos hombre' o que él se sienta más femenino (APA, 2012, 2015a, 2015b; APA y National Association of School Psychologists, 2015).

En definitiva y a modo de resumen, podríamos decir que hay tres grandes dimensiones del género normativo: sexo, género y tendencia sexual y cada una de ellas genera una exclusión, recogidas en la siguiente tabla.

Tabla 1

Dimensiones del género normativo y exclusiones que genera (Coll-Planas y Missé, 2009)

Dimensiones	Valores	Exclusión
Sexo	Macho/Hembra	Intersexuales
Género	Hombre/mujer	Colectivo Trans
Tendencia sexual	Complementariedad	Lesbianas gays y bisexuales

Finalmente, definiremos el término *LGTBfobia*. La *LGTBfobia* es el miedo, odio o desconfianza hacia el colectivo LGTB expresado en forma de discriminación (Brotman, Ryan, y Meyer, 2006; citados en Brotman et al. 2007).

En el siguiente apartado definiremos el concepto de vejez.

1.2 Sexualidad y vejez

Muchas veces el término sexualidad se asocia únicamente con un colectivo joven y se ve reducida a la genitalidad o a su parte procreadora, asociándola exclusivamente a la penetración. Pero hemos de entenderla en su globalidad: la sexualidad incluye un amplio abanico de prácticas sexuales, como pueden ser las caricias o los besos, los abrazos o el coito. Se puede disfrutar sexualmente de todo el cuerpo (López, 2006, citado en Triadó y Villar, 2006).

Como decíamos con anterioridad, no se debe vincular sexualidad con la juventud de forma excluyente, ya que durante la vejez la sexualidad sigue estando presente, pero ¿qué entendemos por vejez?

La *vejez*, es un concepto puramente social, la hemos creado entre todos, fruto del alargamiento de la vida. Actualmente, se ve la vejez como un período de pérdidas y cambios negativos (López, 2006, citado en Triadó y Villar, 2006). Pero la sexualidad no se pierde conforme nos hacemos mayores: Se mantiene como una dimensión importante para las personas mayores de 65 años (Bauer, Haesler, y Fetherstonhaugh, 2015).

A continuación, trataremos aquellos factores sociales e históricos que pueden limitar la sexualidad en la vejez.

2. Factores sociales e históricos que limitan la sexualidad madura

En este apartado hablaremos, en primer lugar, de la educación sexual que los mayores recibieron y las prácticas sexuales que estaban penadas por ley durante el periodo franquista, seguidamente hablaremos sobre los estereotipos relacionados con la vejez y finalizaremos el apartado tratando el tema de la represión de colectivos no heterosexuales durante el franquismo.

2.1 Educación sexual

Como comenta Regueillet (2004), en 1936, con la llegada del régimen franquista se detuvieron los avances y las reformas propuestas por la constitución republicana de 1931, lo que impuso un retorno a la moral tradicional. Por este motivo, durante el franquismo, el discurso sobre la sexualidad se inspiraba en el tradicionalismo y el catolicismo, lo que dio como resultado un modelo restrictivo de la sexualidad.

Este modelo de educación sexual es el modelo tradicional o moral. Su principal objetivo era el de preparar a las parejas para el matrimonio y hacer que se viviera la sexualidad según los principios religiosos. Los contenidos de este modelo eran sesgados y sin veracidad científica, incluyendo en su temario conceptos sobre anatomía, el embarazo, el parto, la familia, las relaciones entre parejas chico-chica y otros contenidos de tipo moral (Jurado, 2014).

La sexualidad se convierte así en una necesidad biológica. Su única finalidad era la procreación. Hombres y mujeres debían someterse como colaboradores de Dios repoblando la Tierra. Así pues, toda conducta sexual que no tuviese como objetivo la procreación era considerada una aberración sexual (Regueillet, 2004). Cabe destacar la importancia de la doble moral, característica de los sistemas tradicionales. En este modelo se especificaban los comportamientos que se esperaban en un hombre y una mujer, creando grandes desigualdades. Las mujeres debían pertenecer a un solo hombre, conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser madres y tener la necesidad de procrear. Por otro lado, el hombre debía satisfacer las necesidades de su familia y ejercer el rol de jefe (Alzpúrua, 1947; citado en Regueillet, 2004).

Como manifiesta Lucas (2013), la gente mayor ha recibido este modelo de educación sexual reduccionista y genitalizado, en el que el coito es la única forma de relación sexual. Esto desexualiza las zonas erógenas no genitales y limita las capacidades sexuales de cualquier persona, pero en especial la de los mayores, que perciben esta exigencia para llevarlas a cabo. Este modelo de educación también es falocrático: Las relaciones tienen como eje central el pene. Esta exigencia de mantener la erección ejerce gran presión en los hombres mayores. Además, es un modelo productivista, ya que se evalúa la relación en base al orgasmo femenino (Lucas, 2013). Esto no ayuda a las personas mayores, que tendrían mayores beneficios en relaciones relajadas y menos exigentes. Finalmente, cabe destacar que también es un modelo marginador, ya que excluye colectivos como el de las personas mayores y hace que vivan su sexualidad de forma marginal y rodeada de mitos erróneos. (Lucas, 2013).

Una vez descrita el tipo de educación sexual recibieron las personas mayores, abordaremos aquellas prácticas sexuales heterosexuales que estaban penadas por ley durante la dictadura franquista.

2.2 Prácticas heterosexuales penadas por la ley

Como subraya Regueillet (2004), durante el franquismo, se asumía que la iglesia poseía los conocimientos sobre el sexo y distinguía aquellos comportamientos normales de los ilícitos. Las relaciones sexuales eran lícitas, normales y naturales solo si se practicaban dentro del matrimonio con el objetivo de procrear. Las relaciones extraconyugales, la masturbación, la homosexualidad o las relaciones prematrimoniales se consideraban aberraciones sexuales. La pareja procreadora formada por hombre y mujer era el modelo impuesto, dejando de lado cualquier otro tipo de elección. Solo se podía romper la unión en caso de defunción de uno de los dos miembros, pero la doble moral implicaba un periodo más largo para las viudas en caso de que quisieran volverse a casar: trescientos y un día. En caso de no cumplirlo podían multarlas con entre 1000 y 5000 pesetas.

El adulterio también estaba penado, con una pena de prisión de entre seis y doce años. Sin embargo, como en el caso anterior, se distinguía entre adulterio masculino y femenino. Una mujer podía ser condenada por adulterio solo con tener una relación con otro hombre. En el caso de los hombres, solo se cometía este delito cuando la amante vivía con él, o cuando la relación que mantenían era conocida públicamente. Así pues, una mujer no podía denunciar a un hombre por adulterio si no podía demostrar que hacían vida juntos (Regueillet, 2004).

Esto es un claro ejemplo de lo marcados que estaban los roles de género durante esta época y las grandes desigualdades que existían entre ambos, estando las mujeres relegadas a un segundo plano. Es importante poder entender esta etapa histórica y lo que implicó para las personas mayores de la actualidad, dejando una profunda huella en ellos y formando parte de su historia vital.

Una vez tratado el tema de la educación sexual y las practicas heterosexuales penadas por la ley, nos centraremos en los estereotipos y las actitudes negativas que la educación sexual de la época franquista ha contribuido a generar alrededor de la sexualidad en la vejez.

2.3 Estereotipos

Como subraya Lucas (2013), nuestra cultura rechaza la vejez y la evita, creando tabúes y estereotipos alrededor de esta etapa. Un estereotipo es una creencia popular inexacta y generalizada a todo un colectivo (Mackie, 1973; citado en González, 1999). En relación con la gente mayor, los encontramos tanto positivos como negativos, aunque igual de falsos. Un ejemplo clásico sería creer que la vejez es un período en el que solo hay pérdidas (Carbajo, 2009).

Así pues, la sexualidad ocupa uno de los primeros puestos en cuanto a estereotipos relacionados con la edad. El principal estereotipo es considerar que la gente mayor es asexual y no les interesa tener nuevas relaciones románticas. En caso de que sigan teniendo intereses sexuales, se considera que son inmorales y que ya no pueden aspirar a ello debido a su edad (Hooyman-Kiyak, 1999; Palmore, 1999, citados en Orozco y Rodríguez, 2006). También se asume que la belleza es exclusiva de la juventud. Debido a estos estereotipos, algunas personas mayores podrían sentirse rechazadas o discriminadas cuando intentan vivir libremente su sexualidad. Sin embargo, hay personas mayores que siguen siendo sexualmente activas, mediante el coito, la masturbación, las caricias o las fantasías sexuales (Villar et al. 2011).

Esta visión estereotipada de la sexualidad madura no es exclusiva de la actualidad, sino que se ha ido formando a lo largo del tiempo y podemos encontrar gran cantidad de documentos que desacreditan la sexualidad en la vejez. En el s. XVIII, por ejemplo, desde la medicina se aseguraba que la actividad sexual en la tercera edad era *contra natura*. Debía cesar cuando la mujer entrase en la menopausia y aquellas personas mayores que tuviesen relaciones sexuales morirían antes que aquellas que no lo hiciesen (Lucas, 2013). En el s. XIX encontramos una obra, la *Psychopathia Sexualis* (Kraft-Ebing, 1886) en la que se nos transmite la idea de que una relación de pareja entre una persona joven y otra mayor es patológica. Se considera una perversión sexual, ya que no tiene un fin reproductor, al igual que una relación entre personas del mismo sexo.

A continuación, hablaremos de otros factores psicosociales que pueden influir en la vida sexual de las personas mayores.

2.4 Otros factores psicosociales

Aparte de las falsas creencias, que ya hemos comentado, hay otros factores psicosociales que condicionan la vida sexual de las personas mayores. Algunos de estos factores son, por ejemplo: las actitudes erotofóbicas hacia la sexualidad, la creencia de que la pareja se forma por dos medias naranjas, la regulación de la sexualidad a través de la pareja que pone más dificultades a solteros/as, viudos/as y separados/as para poder seguir manteniendo relaciones sexuales, o las dificultades del colectivo LGBT, debido al modelo de sexualidad heteronormativo represivo, que fue vivido durante la época franquista (López, 2006, citado en Triadó y Villar ,2006; Villar et al. 2011).

A pesar de que todo el colectivo de personas mayores se ve afectado por los estereotipos y falsas creencias, hay un colectivo que se ve especialmente afectado: este es el de la gente mayor LGBT. Debido a la situación histórica vivida durante el periodo franquista que explicaremos a continuación.

2.5 Represión de colectivos no heterosexuales durante la época franquista

El periodo franquista duró desde 1936 hasta 1975 con una dura represión que no solo afectaba al colectivo gay, sino a cualquiera que no entrara dentro de la norma. Eran objeto de represión lesbianas, transexuales, travestis, prostitutas y mendigos (Jurado 2004).

Como indica Jurado (2014), el modelo moral de educación sexual cobró gran importancia en España durante el período franquista. Durante los años de la dictadura se consideraba como unidad familiar un modelo tradicional, como ya hemos comentado con anterioridad, lo que excluía a colectivos LGBT o familias monoparentales. Era un modelo pronatalista que incluso estaba apoyado por ley, ya que, a partir de 1938 cada familia recibía un subsidio dependiendo del número de hijos que tuvieran. La homosexualidad estaba al margen del sistema, totalmente ignorada (Jurado, 2014).

Sin embargo, el régimen, mediante la ley de vagos y maleantes, creada en 1933, comenzó a castigar a todos aquellos colectivos que consideraba peligrosos: ladrones, proxenetas, vagabundos y homosexuales, ya que se consideraba que eran peligrosos para el nuevo modelo social pronatalista y patriarcal. Fue en

1954 cuando específicamente se incluyó la homosexualidad como delito y se castigaba con el internamiento en centros especializados (Jurado, 2014). A través de la obra homofóbica del juez Sabater (1962), podemos tener una clara visión de cómo se veía a aquellos hombres y mujeres que pertenecían al colectivo LGBT. Según Sabater (1962, p.204), los hombres gays ‘tienen una naturaleza feminoide, trabajaban como bailarines y llevan vestidos de mujer o las imitan’. Por otro lado, para Sabater las mujeres lesbianas ‘llevan con frecuencia calzado y vestidos de corte varonil, y muestran modos viriles de desenvolverse’ (Sabater, 1962, p.209). Más tarde, en 1970 la ley cambió su nombre por la de ley de peligrosidad y rehabilitación social y el principal objetivo era el de ‘curar’ la homosexualidad mediante técnicas como la lobotomía, las descargas eléctricas y las vomitivas. Se usó esta ley de forma sistemática para la represión de la homosexualidad y la transexualidad en la última etapa de la dictadura franquista. Esta ley establecía penas que iban desde multas hasta penas de cinco años de internamiento en cárceles o centros psiquiátricos para la rehabilitación de los individuos (Ley nº16, 1970). No fue hasta 1978 cuando la Ley de peligrosidad y rehabilitación social dejó de aplicarse al colectivo homosexual (Pérez, 2004).

En el siguiente apartado hablaremos de las diferencias que puede haber entre el envejecimiento heterosexual y el de personas del colectivo LGBT.

3. Envejecimiento heterosexual y LGBT

Como dice Woolf (2002), hay muchas similitudes en el envejecimiento de mayores heterosexuales y mayores LGBT tanto en factores sociales como físicos. Sin embargo, hay diversos estudios que demuestran que ser mayor y a la vez pertenecer al colectivo LGBT tiene tanto efectos positivos como negativos. Como nos dicen Choi y Meyer (2016) las personas mayores del colectivo LGBT tienen que superar retos únicos durante su envejecimiento que parejas heterosexuales cisgénero no han tenido que afrontar. Las principales conclusiones a las que llega esta revisión son que el colectivo de personas mayores LGBT sufre mayores desigualdades sociales, debido al miedo a la discriminación, la falta de familia directa y al abuso físico y verbal debido a su

orientación sexual y su identidad de género. Por otro lado, también sufren un mayor número de desigualdades de tipo sanitario, en comparación con el colectivo heterosexual cisgénero. Es decir, las personas del colectivo LGBT se han sentido estigmatizadas por su orientación sexual y de género antes de sentirse estigmatizadas por el hecho de ser mayores y si han solucionado positivamente este primer conflicto es mucho más probable que experimenten este segundo con menor dificultad, ya que una vez superado este primer estigma se desarrolla una mayor autoconfianza para afrontar los estigmas relacionados con la edad (Woolf, 2002).

En conclusión, muchas de las consecuencias negativas relacionadas con ser mayor y LGBT están relacionadas con ser LGBT en cualquier momento del ciclo vital (Woolf, 2002).

Por este motivo, es muy importante transmitir los conceptos y conocimientos que hemos visto anteriormente para que se hagan de ámbito público, de esta forma conseguiríamos eliminar aquellos estereotipos y creencias erróneas que se han generado en torno al desconocimiento.

Como subraya Woolf (2002) hay muy pocos estudios sobre el colectivo de mayores LGBT, lo que ha hecho que todo el conocimiento sobre este colectivo se genere en base a evidencias anecdóticas, mitos y estereotipos arraigados en la homofobia. Por este motivo, si ya desde la infancia se ofreciera un modelo de sexualidad plural y heterogéneo se conseguirían eliminar muchos de los estereotipos existentes actualmente.

Debido a este estigma que siente el colectivo LGBT, comentado anteriormente, son totalmente comprensibles los resultados del estudio de Hamburguer (1997) en el que llevó a cabo una encuesta en San Francisco para determinar qué tipo de vivienda y servicios necesita una comunidad no heterosexual. Se pidió a los participantes que respondieran a un cuestionario de tres páginas, con preguntas abiertas y cerradas. Los resultados indicaron que la situación óptima sería un entorno seguro en el que se pudiera ser uno mismo sin miedo a la discriminación. Lucco (1987) estudió el interés del colectivo LGBT por las residencias como opción de futuro y encontró que la gran mayoría prefería una residencia que fuese amigable con el colectivo y preocupada por sus necesidades específicas.

Podemos ver, en base a estos estudios que la seguridad y la necesidad de ser uno mismo sin ser discriminado por ello es una de las principales prioridades del colectivo. Pero esto también es extrapolable a todo el colectivo de la gente mayor independientemente de su sexo, género u orientación sexual. El principal objetivo de una residencia debería ser crear un espacio seguro e inclusivo para cualquier persona.

En el siguiente apartado trataremos un tema que afecta a ambos colectivos, el de la sexualidad en el ámbito residencial y aquellos elementos que juegan un papel esencial.

4. Sexualidad en el ámbito residencial.

En los apartados anteriores se ha ofrecido una visión global de cómo han vivido su sexualidad las personas mayores (la educación sexual que recibieron, la represión franquista, su contexto histórico) y como nuestra sociedad trata este tema en la actualidad (estereotipos, factores psicosociales, invisibilidad del colectivo). Todo ello nos ayudará a entender cómo se traslada el tema de la sexualidad al ámbito residencial, porque es un claro reflejo de nuestra sociedad.

Vivimos en una sociedad en la que los prejuicios y la ignorancia aún prevalecen cuando hablamos de sexualidad madura. Así pues, es sencillo encontrar personas que creen que los mayores no mantienen relaciones sexuales, que la sexualidad entre personas mayores es cómica o incluso que es desagradable (Dominguez y Barbagallo, 2016).

Según Bauer (1999), las personas mayores que viven en centros residenciales tienen mayores dificultades para expresar sus necesidades sexuales que aquellas que viven fuera de ellos. Como explican Dominguez y Barbagallo (2016), hay una serie de mitos y falsas creencias que dificultan la libre expresión de la sexualidad en este ámbito. Uno de ellos sería creer que el sexo en centros residenciales va contra las normas. En un estudio llevado a cabo por Bretschneider y McCoy (1988) mediante un cuestionario de 117 ítems contestado de forma anónima por en una muestra de 100 hombres y 102 mujeres de entre 80 y 102 años, encontraron que el 62% de los hombres y el 30% de las mujeres de más de 80 años que vivían en residencia mantenían contacto físico de algún tipo, ya fuese en forma de abrazos, caricias, etc. Otros estudios llevados a cabo

en 15 centros residenciales mostraron que el 81% de los hombres y el 75% de las mujeres deseaban seguir sexualmente activos, pero no tenían oportunidades de seguir siéndolo (Hajjar y Kamel; citados en Dominguez y Barbagallo, 2016).

El ámbito residencial se convierte en un lugar dónde no se dispone de la suficiente información, ya que aquellos residentes que siguen manteniendo relaciones sexuales creen que están haciendo algo incorrecto o en contra de las normas (Dominguez y Barbagallo, 2016).

Además, en este nuevo contexto, los residentes se ven obligados a renegociar significados, identidades y relaciones interpersonales (Cook, Thompson y Reed, 2014). Esto es particularmente importante para lesbianas, gays, bisexuales y trans, pero en especial para el colectivo trans. Hemos de tener en cuenta que la categoría trans incluiría diferentes identidades y puede ser más complicado de entender para el resto de personas del centro residencial. Esta categoría incluiría a personas que se visten con ropa del sexo opuesto al que se le ha sido asignado al nacer, personas que están en pleno proceso hormonal, pero mantienen sus órganos sexuales de nacimiento o personas que se han sometido a una reasignación de sexo completa (Simpson, 2015; citado en Simpson et al. 2015).

En los siguientes tres apartados hablaremos de los diferentes elementos que pueden facilitar o dificultar la libre expresión de la sexualidad en el ámbito residencial, los profesionales, los familiares y la intimidad.

4.1 Profesionales de centros residenciales

Los profesionales que trabajan directamente con residentes de centros sociosanitarios son una pieza clave. En su mano está el poder facilitar la comunicación y las relaciones entre los residentes. Por este motivo, es esencial que estos profesionales tengan unos buenos conocimientos y actitudes sobre sexualidad madura para poder tratar con los residentes. La mayoría de estudios consultados hablan sobre los pocos conocimientos que tienen los profesionales que trabajan en el ámbito residencial y la necesidad de mejorar sus conocimientos y actitudes (Chen, Jones, y Osborne, 2017; Hinrichs y Vacha-Haase, 2010; Villar, Serrat, Fabà, y Celdrán, 2015; Woolf, 2002). Chen et al. (2017) remarcan que no solo tienen conocimientos inadecuados, sino que también deberían mejorar las actitudes frente aquellas situaciones relacionadas

tanto con la intimidación heterosexual como con las parejas del mismo sexo, ya que la expresión sexual de los residentes puede causar rechazo en los profesionales, especialmente cuando es entre personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o intersexuales (Di Napoli, Breland, y Allen, 2013; Hayward, Robertson, y Knight, 2012). Aunque hay una creciente aceptación, aún hay casos de discriminación y falta de sensibilidad por parte de los profesionales hacia este colectivo (Stein, Beckerman, y Sherman, 2010). Además, la actividad sexual se percibe como algo problemático para los profesionales de centros residenciales (Ward, Vass, Aggarwal, Garfield, y Cybyk, 2005).

Otro error por parte de los profesionales es asumir la heterosexualidad dentro del ámbito residencial. A menudo la presencia de personas mayores LGBT no se tiene en cuenta (Fredriksen y Kim, 2015; Griebing, 2016; citados en Dominguez y Barbagallo, 2016). Además, diversos estudios han puesto en evidencia que el personal que trabaja en centros residenciales tiene una visión más negativa de la intimidación que necesita una pareja del mismo sexo, que si esta fuese heteronormativa (Hinrichs y Vacha-Haase, 2010; Villar, Serrat, Fabà, y Celdrà, 2015). Como dicen Brotman, Ryan y Cormier (2003), es difícil que el colectivo LGBT confíe en un sistema en el que sus necesidades no están bien definidas ni entendidas.

La heteronormatividad es un problema, ya que, si se toma la heterosexualidad como marco de referencia de la conducta sexual, se promueve la hostilidad y el rechazo del colectivo LGBT. Los residentes perciben esto y pueden verse obligados a 'volver al armario' estando así doblemente invisibilizados debido a la interacción del edadismo con la asunción de heterosexualidad y la LGBTfobia (Rainbow Project and Age Northern Ireland, 2011; Willis et al. 2013).

Probablemente si se aumentase el contacto con residentes LGBT se reducirían las actitudes homofóbicas entre los profesionales. (Tolley y Ranzin, 2006; citados en Willis, Raithby, Maegusuku-Hewett, y Miles, 2017). Aunque como dice Knockel et al. (2011); citado en Willis et al. (2017) las actitudes homofóbicas también pueden proceder de otros residentes. En estos casos, los profesionales son la pieza clave para solucionar estos conflictos, pero normalmente reciben una formación muy limitada en temas de sexualidad. Si ésta fuese más especializada aumentaría la tolerancia hacia el colectivo LGBT (Di Napoli,

Breland, y Allen, 2013; Gilmer, Meyer, Davidson, y Koziol-McLain, 2010; Shuttleworth et al. 2010; citados en Cook, et al, 2017).

Un claro ejemplo es el que encontraron Mahieu y Gastmans (2012); citados en Chen, Jones, y Osborne (2017). En el estudio que realizaron, vieron que parte del personal que participó creía que la sexualidad debía eliminarse del ámbito residencial. Otros estudios han encontrado que algunos trabajadores de centros residenciales, además, aconsejaban a los mayores LGB mantener oculta su orientación sexual e incluso la mitad de profesionales del estudio dijo que la orientación LGB podía ser un problema y creían que se tenía que hacer algo para impedirlo (Villar et al. 2015) ya que en el ámbito residencial las actitudes heteronormativas son predominantes (Tolley y Ranzijn, 2006; citados en Willis et al. 2017). Sin embargo, en otros estudios como el de Doll (2013); citado en Chen et al. (2017), los profesionales ven la sexualidad como una necesidad humana esencial.

Como subrayan Brotman, Ryan, y Cormier (2003), el colectivo de mayores LGBT tiene una fuerte huella histórica de la discriminación que han sufrido y actualmente siguen siendo víctimas de esta discriminación de tipo social.

Por este motivo, muchas personas pertenecientes al colectivo LGBT mantiene la creencia de que el colectivo de profesionales de centros residenciales no les tratará con respeto o dignidad debido a su orientación (Hinrichs y Vacha-Haase, 2010). En consecuencia, no tienen en cuenta los centros residenciales como opción de futuro y prefieren vivir en comunidades amigables que se preocupen por sus necesidades (Woolf, 2002).

A continuación hablaremos del papel de los familiares en la vida de los residentes.

4.2 Participación de los familiares

En la gran mayoría de los casos, los familiares son quienes han decidido que el residente esté en el centro sociosanitario y por este motivo, las residencias dependen directamente de las decisiones que tomen los familiares. Los familiares son una pieza clave en la vida del residente, tomando muchas decisiones por él (Frankowski y Clark, 2009). Frankowski y Clark (2009),

mediante su estudio, observaron que era habitual que si los profesionales veían a dos residentes en una situación íntima, no los interrumpían y salían de su habitación inmediatamente, pero se informaba a los familiares de todas formas. En otras ocasiones se solicitaba una reunión con los familiares para explicarles la situación y en algunos casos el familiar decidía si el residente podía seguir manteniendo relaciones con los demás residentes.

Autores como Gilmer et al. (2010) en su estudio señalan a los familiares como una de las barreras para que los residentes puedan vivir libremente su sexualidad. Si nos centramos en las actitudes de los familiares, estos ven a menudo inadecuado que los residentes se expresen sexualmente y pueden ver este comportamiento como algo vergonzoso. Sin embargo, todos los familiares son distintos y algunos si que aceptan los deseos de los residentes (Frankowski y Clark, 2009).

En el siguiente apartado hablaremos de la intimidad en los centros residenciales.

4.3 Intimidad

Otro aspecto muy importante es la intimidad de la que disponen los residentes. La privacidad es una de las mayores barreras que hay en el ámbito residencial que dificultan la expresión de la sexualidad. En este caso, la privacidad se entiende como disponer de un espacio y un tiempo determinado que sean tuyos y que solo sean compartidos con otras personas por elección personal (Glen y Jownally, 1995; citados en Bauer, 1999). Hay muchos elementos que entran en juego y la dificultan, como dejar las puertas de las habitaciones abiertas, compartir habitaciones, la comprobación de las habitaciones por parte del personal gerocultor, o el acceso libre de la información médica de los residentes (Calkins y Cassella, 2007; Eckert, Carder, Morgan, Frankowski, y Roth, 2009; Morgan, 2009; citados en Frankowski y Clark, 2009). Incluso el diseño del entorno puede dificultar esta intimidad, ya que la mayoría de espacios de las residencias están pensados para ser públicos y albergar a gran cantidad de personas. En ellos pueden haber residentes, profesionales y familiares (Bauer, 1999). Este hecho limita mucho los espacios privados y los reduce a las habitaciones de los residentes.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Pero como subrayan Rheame y Mitty (2008), incluso las habitaciones de los residentes no tienen la privacidad que ellos desearían, ya que la mayoría de las veces son compartidas o no tienen cerrojos. Esta falta de habitaciones individuales puede preocupar a los residentes e incluso si tienen habitaciones individuales, el hecho de que haya tanta gente alrededor en la misma planta puede preocuparles, ya que pueden escuchar sus conversaciones o las relaciones que mantengan con otras personas.

Como subraya Kuhn (2002), la intimidad es de gran importancia hasta el final de la vida, ya que como explica Bauer (1999), aquellas personas que pueden decidir en que entorno estar y si compartir el espacio con los demás o no, están más sanos y más felices, mejorando de esta forma su calidad de vida.

En el siguiente apartado encontraremos la justificación del presente programa de intervención.

Segunda parte: Justificación**5. Antecedentes de la intervención y necesidad de esta**

Antes de comenzar a preparar las diferentes sesiones que forman el programa de intervención *Cuenta conmigo*, se hizo una búsqueda de intervenciones anteriores sobre educación sexual dirigidas a profesionales de centros residenciales, para ayudarlos a ampliar sus conocimientos y mejorar sus actitudes en este campo. Lo que encontré fue que apenas había dos investigaciones realizadas. Una por Jones y Moyle (2016), en la que diseñaron un programa de e-learning dirigido al equipo de gerocultores, en la que el temario estaba centrado en residentes con demencia. Y otra de Bauer, McAuliffe, Nay y Chenco (2013), tratando temas relacionados con la sexualidad durante una única sesión de 3 horas dirigida al equipo de enfermería.

No había ninguna intervención presencial específicamente diseñada para el equipo de gerocultores de centros residenciales sobre sexualidad madura. Este hecho es muy significativo, ya que es una muestra del poco interés que despierta el tema de la sexualidad en la vejez.

Como dicen Smith y Schmall (1983), la investigación sobre la sexualidad de las personas mayores es un área olvidada debido a la creencia de que las personas mayores no tienen intereses sexuales. Si creemos esto y no se hace investigación sobre este tema, también nos parecerá normal que los profesionales que trabajan con ellos no tengan formación específica en este ámbito. Este hecho tendría graves consecuencias, ya que los profesionales podrían no saber gestionar correctamente las expresiones sexuales de los residentes del centro, gestionarlas de manera inconsciente o hacerlo según sus propias creencias, vulnerando de esta forma los derechos sexuales de los residentes.

Sin embargo, como dicen diversos estudios citados anteriormente (Chen et al. 2017; Hinrichs y Vacha-Haase, 2010; Villar et al 2015; y Woolf, 2002), existe la necesidad de ofrecer una formación más específica en temas de sexualidad a los profesionales de centros residenciales, tanto para ofrecer mayor libertad de expresión sexual a los mayores que residen en centros sociosanitarios, como para ofrecer un trato digno e igualitario a aquellos mayores pertenecientes al

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

colectivo LGBT. Estas intervenciones aumentarían la visibilidad del colectivo de mayores LGBT para asegurar que tienen los mismos derechos que las personas mayores heterosexuales (Villar et al. 2015). Además, diferentes autores han sugerido que ofrecer programas formativos al equipo de profesionales del ámbito residencial sobre envejecimiento y sexualidad podría promover actitudes positivas y de apoyo de los profesionales hacia los residentes (Quinn-Krach y Van Hoozer, 1988; Walker y Harrington, 2002; citados en Frankowski y Clark, 2009).

Además, como subrayan Bauer et al. (2013), las pocas investigaciones sobre intervenciones educativas han demostrado que la educación sobre la sexualidad y el envejecimiento puede mejorar tanto el conocimiento, como las actitudes del personal en los centros residenciales.

Es por este motivo que el programa de intervención *Cuenta Conmigo* está pensado para suplir estas necesidades formativas.

El objetivo principal de este trabajo de final de master es desarrollar un taller de educación sexual en la vejez dirigido al equipo de gerocultores del ámbito residencial.

En el siguiente apartado comienza la tercera parte de este trabajo. En ella encontraremos especificada toda la información relativa al programa de intervención. Comenzaremos por el tipo de intervención que se llevará a cabo.

Tercera parte: Programa de intervención

6. Tipo de intervención

La intervención que se propone en este trabajo es un taller de educación sexual dirigida al equipo gerocultor de una residencia, que tendrá como hilo conductor un conjunto de ocho unidades didácticas.

Para llevar a cabo estas unidades, se buscará conocer las experiencias personales del equipo de profesionales del centro residencial: Conocer aquellas situaciones que han experimentado en su rol como profesionales y en su vida diaria, relacionadas con la sexualidad en la vejez y el colectivo de mayores LGBT. De esta forma se utilizarán aquellas situaciones que ya han vivido para enriquecer cada una de las sesiones.

La intervención les ofrecerá la oportunidad de obtener una visión más amplia, adquirir nuevos conocimientos y poder debatir con el resto de compañeros el contenido de las unidades, conociendo así nuevos puntos de vista.

Todo esto se hará con diferentes dinámicas; entre ellas, se utilizará el role playing, un cine fórum, debates o actividades en grupo, entre otras dinámicas, explicadas en mayor profundidad en el apartado de contenidos del programa de intervención, donde se detalla cada una de las sesiones de la intervención.

A continuación, explicamos los objetivos de la intervención.

7. Objetivos de la intervención.

El principal objetivo del presente programa de intervención y sus subobjetivos son:

a. Mejorar la calidad del trato que los profesionales de centros residenciales de personas mayores ofrecen a sus usuarios en materia de sexualidad:

- Incrementar la cantidad de conocimientos de los profesionales sobre sexualidad en la vejez.
- Mejorar las actitudes de los profesionales hacia la sexualidad y la vejez.
- Mejorar las actitudes de los profesionales sobre el colectivo LGBT.
- Incrementar la cantidad de intervenciones llevadas a cabo por los profesionales para mejorar la vida sexual de los residentes. Como ofrecer

más privacidad, evitar críticas de otros residentes o permitir que dos personas mantengan relaciones sexuales en un espacio determinado.

- Empoderar a los participantes para que se sientan más capaces de gestionar las expresiones sexuales de los residentes de forma adecuada.

En el siguiente apartado tenemos la población a la que va dirigida la intervención.

8. Población diana

El grupo al que va dirigida la intervención son los trabajadores de un centro residencial, en específico equipo gerocultor, debido a que no disponen de formación específica en sexualidad y están en contacto directo y a diario con los residentes. El grupo tendrá un tamaño deseado de 10 personas, ya que según Muchielli (1977), el tamaño de los grupos debe estar entre 5 y 10 personas. Grupos con más de diez miembros tienden a subdividirse en grupos más pequeños y se reduce la participación de sus miembros. Como el volumen de trabajadores de una residencia es superior a diez personas, la intervención está pensada para repetirse en diferentes momentos del año cambiando el personal que participe, de esta forma todos podrían beneficiarse de ella.

Los criterios de inclusión serían:

- Disponer de un contrato indefinido.
- Presentar dudas sobre cómo resolver situaciones relacionadas con la sexualidad madura.
- Estar motivado para participar en la intervención.
- Ser personal gerocultor.
- Estar a más de un año de la jubilación.

Los criterios de exclusión serían:

- No disponer de un contrato indefinido.
- No presentar dudas sobre cómo resolver situaciones relacionadas con la sexualidad madura.
- No disponer de motivación para participar en la intervención.
- Pertenecer a algún colectivo que no sea el de personal gerocultor.
- Estar a menos de un año de jubilarse.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Se tendrá en cuenta que los profesionales que participen en la intervención estén asignados a diferentes plantas de la residencia, ya que de pertenecer todos a una misma planta solo estaríamos formando a esta parte de los profesionales.

El programa de intervención se realizará dentro de la jornada laboral de los trabajadores, por lo que las horas estarán pagadas. Al finalizar la intervención se hará entrega de un diploma de formación.

En el siguiente apartado se explicará la metodología que se seguirá.

9. Metodología

Durante las ocho sesiones del programa de intervención se empleará una metodología activa, dinámica y participativa que utilizará las vivencias de los miembros del grupo para enriquecer el temario de la intervención. El formador no tendrá un papel directivo, sino que acompañará al grupo durante el proceso de aprendizaje y de descubrimiento. En cada sesión habrá una pequeña parte teórica y una segunda parte práctica con actividades.

La metodología que se seguirá será variada, incluyendo:

- La exposición por parte del moderador de los contenidos de taller.
- El visionado de material audiovisual relacionado con el taller.
- El uso de técnicas de role-playing, en el que los participantes deberán interpretar un papel ficticio.
- Un cine fórum de temática LGBT.
- Trabajo grupal, con actividades propuestas por el moderador.
- Participación de voluntarios.
- Debates por parte de los integrantes del grupo.

La formación de los grupos la harán los directores de las residencias interesadas en implementar el presente programa de intervención. Para ello se elaborará un resumen del proyecto y se les enviará a los directores. Posteriormente se concretará una reunión con aquellos que estén interesados para hablar más detalladamente sobre el programa. En caso de que estén interesados se les dará una hoja con los criterios de inclusión para que creen los grupos. Hecho esto, se concretarán las fechas en el calendario, la fecha de inicio, el horario y el material necesario para la realización de la intervención.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

El programa de intervención *Cuenta Conmigo* es un taller de educación sexual apoyado en el modelo biográfico-profesional. Este modelo tiene un carácter democrático y un profundo respeto hacia la biografía de las personas. Defiende la sexualidad como una construcción personal que debe estar basada en el conocimiento científico, la formación no sesgada y la libre elección (Fallas, Artavia, y Gamboa, 2012).

El modelo biográfico-profesional es de origen sueco, surgido en los años 50. Su base conceptual parte de una idea positiva de la salud, entendida como el bienestar y promoción de la calidad de vida del individuo y la sociedad. La sexualidad se reconoce como un derecho a ser vivida y como factor de bienestar, así como el respeto incondicional a la diversidad sexual y a la ayuda de los sujetos a ser más libres y responsables en la promoción del bienestar personal-social, de igual modo en el reconocimiento a la existencia de diferentes biografías sexuales (Fallas et al. 2012).

El programa de intervención también contará con un medio online: un Symbaloo para que los miembros del grupo puedan disponer de todos los recursos utilizados a lo largo del programa de intervención. Symbaloo es una plataforma online donde se pueden vincular links de forma muy intuitiva, así los componentes del grupo tendrán fácil acceso a los materiales: la película utilizada en el cine fórum, los videos utilizados en las sesiones, las fotocopias utilizadas en el taller, los casos hipotéticos trabajados durante las sesiones y la hoja informativa de la sesión de cine fórum. De esta forma, podrán complementar la información que han recibido. También se les dará el e-mail del moderador del grupo para que puedan ponerse en contacto con él para realizar consultas.

A continuación, se especificarán la temporalización y los contenidos de cada sesión.

10. Temporalización

La presente intervención se desarrollará a lo largo de 8 sesiones de dos horas de duración, a razón de una sesión por semana, exceptuando la sesión número cinco que tendrá una duración de tres horas. Las diferentes sesiones se llevarán a cabo concretando el horario que más se adecúe al centro en el que sean impartidas, siendo flexibles y ajustándonos a los horarios del centro residencial.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

La primera sesión corresponderá al pre-test en la que se administrarán una serie de escalas. En esta primera sesión también se preguntará a los miembros del grupo el número de intervenciones que han realizado durante el último mes para mejorar la vida sexual de los residentes, se puede ver el modelo de cuestionario en el anexo 7. Las siguientes seis sesiones corresponderían a la intervención y la última sesión sería el post-test, donde se administrarían de nuevo las escalas que se especificarán en el apartado de contenidos para comprobar la efectividad de la intervención. Además, en esta última sesión se les dejaría un cuestionario de satisfacción a los miembros del grupo. Tres meses después, se haría una visita a los participantes de la intervención para preguntarles el número de intervenciones que han llevado a cabo para mejorar la vida sexual de las personas mayores durante el último mes.

La intervención trata diversas temáticas, por lo que cada sesión será monográfica.

Así pues, como podemos ver en la siguiente tabla, de realizar el taller de 11-13h y la quinta sesión de 11-14h, la intervención tendría una duración total de ocho semanas.

Tabla 2

Calendario de con la temporalización estimada de la duración de la intervención.

	Semana							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Pre-test	Primera sesión							
Intervención		Segunda sesión	Tercera sesión	Cuarta sesión	Quinta sesión	Sexta sesión	Séptima sesión	
Post-test								Octava sesión

A continuación, se especifica la estructura de las sesiones.

10.1 Estructura de las sesiones

Cada sesión tendrá la misma estructura, a excepción de la primera y la última que tendrán pequeñas modificaciones. Cada sesión se dividirá en tres partes, en la primera, durante los primeros diez minutos hablaremos sobre cómo estamos, qué recordamos de la sesión anterior y qué nos aportó. A continuación, introduciremos el tema de la sesión con las dinámicas escogidas y finalmente en

la tercera parte cerraremos la sesión hablando sobre qué nos llevamos, qué nos ha parecido, si nos ha gustado la dinámica trabajada y si nos han parecido de utilidad el contenido de la sesión.

En el siguiente apartado hablaremos sobre los contenidos que se tratarán.

10.2 Contenidos

Sesión 1 (Presentación)

La primera sesión de la intervención es la única que empieza diferente al resto, ya que no haríamos un resumen de la sesión anterior, sino que destinaremos el inicio de la sesión a conocernos y proponer acuerdos grupales.

Durante los primeros 10 minutos los miembros del grupo y el moderador se presentarán al resto y hablará un poco de su experiencia en el ámbito residencial.

Una vez formado el grupo se redactarán unos acuerdos grupales, para favorecer el buen funcionamiento de la intervención. Algunos acuerdos podrían ser:

- Asistir a cada sesión con puntualidad y permanecer en la sala durante la totalidad de la sesión, excepto que se avise con antelación si algún día no se pudiera asistir o si se ha de salir antes.
- Ningún miembro del grupo, ni el moderador están obligados a dar información sobre su vida personal, cada uno decidirá que cantidad de este tipo de información quiere revelar al resto de participantes.
- Cuando se exponga un caso en particular de la residencia, se debe mencionar solo el nombre del residente en concreto sin los apellidos.
- Trabajar en los problemas y dudas que aporte el resto del grupo, intentando implicarse con tal de generar opiniones y diferentes puntos de vista.
- Mantener una mentalidad abierta y actitud de respeto hacia las opiniones y puntos de vista del resto de miembros del grupo.
- Respetar el turno de palabra del resto de miembros del grupo.
- No hacer uso del teléfono móvil durante la sesión.
- No comer durante las sesiones.

- No hacer pública información privada de los miembros del grupo.

Estos son una muestra de los acuerdos que se elaborarían, que durante la primera sesión de la intervención se debatirían con el grupo y se modificarían. Después de debatirlo con el grupo podrían incluirse nuevos acuerdos o eliminarse aquellos que no fueran pertinentes.

Durante los siguientes 20 minutos, se irán leyendo uno por uno cada acuerdo para comprobar que todos los integrantes del grupo los comprenden y están de acuerdo con ellos. Una vez leídos todos los que ha aportado el moderador del grupo, se pueden añadir nuevos o modificar los existentes debatiéndolo entre los integrantes del grupo. A continuación, se hará una puesta en común sobre las expectativas que los miembros del grupo tienen acerca del taller. Qué esperan aprender, qué les gustaría saber, qué conocimientos previos tienen y cuáles no. De esta forma podremos modificar el contenido de las sesiones y adaptarlo a las necesidades del grupo que tenemos. Para hacer esto se dejará 10 minutos para que puedan pensar en todo aquello que quieran trabajar en las siguientes sesiones de la intervención y aquello que están dispuestos a aportar de ellos mismos para conseguir esos conocimientos. Transcurrido este tiempo, durante los próximos 15 minutos, se pondrán en común y se redactarán en la pizarra, comentando uno a uno aquello que es posible incluir en el temario y aquello que no, para ajustar las expectativas del grupo.

A continuación, durante 25 minutos, se pedirá al grupo que de forma individual escriban en un papel situaciones relacionadas con la sexualidad en la vejez que hayan vivido en su puesto de trabajo, que les hayan supuesto un reto, si pudieron solucionarlas y como lo hicieron (Ver modelo en el anexo 6). Estos papeles se recogerán y se guardarán hasta la sesión 7, donde, mediante role playing se introducirán los casos para trabajarlos de forma grupal.

Durante los siguientes 10 minutos los miembros del grupo deberán responder a la Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012) de forma pre intervención (puede consultarse en el anexo 1).

En los próximos 15 minutos se dejará a los miembros del grupo una escala para que la respondan, la escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos y subescala de actitudes (White, 1982) y

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

se les hará la siguiente pregunta por escrito: "Valore del 1 al 10 en qué medida se siente usted capaz de gestionar las expresiones sexuales de los residentes de su centro (1 = totalmente incapaz; 10 = totalmente capaz)".

Finalmente, durante los últimos 15 minutos, se expondrá de forma global el temario de cada sesión.

En la siguiente tabla podemos ver de forma esquemática las diferentes actividades que se realizarán en la primera sesión con el tiempo que se dedicará a cada una.

Tabla 3

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la primera sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Presentaciones.
20'	Lectura y modificación de los acuerdos grupales.
10'	Propuestas del grupo sobre conocimientos o aspectos que quieran trabajar.
15'	Puesta en común de las propuestas y charla grupal sobre que se debe incluir.
25'	Redactado de situaciones complejas vividas, relacionadas con la sexualidad madura, mediante la hoja modelo de situaciones vividas relacionadas con la sexualidad en la vejez (Anexo 6).
10'	Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012).
15'	Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos y subescala de actitudes (White, 1982). Valoración de en qué medida creen que están capacitados para gestionar las expresiones sexuales de los residentes del centro.
15'	Exposición global del temario de la intervención.

En esta primera sesión pre-test también nos interesa saber el número de intervenciones que los miembros del grupo han llevado a cabo para mejorar la vida sexual de los residentes durante el último mes, pero este dato se obtendrá

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

preguntándoles, previamente a la sesión, mediante un cuestionario de elaboración propia, que puede consultarse en el anexo 7.

Sesión 2 (Contexto histórico de las personas mayores)

En esta segunda sesión, durante los primeros 10 minutos se hablará sobre cómo estamos, qué se hizo en la sesión anterior y qué nos aportó.

Una vez realizado el resumen de la sesión anterior, durante los siguientes 10 minutos se presentará la sesión de contexto histórico de las personas mayores y se explicará en que temas se profundizará. En esta sesión se hablará de la educación sexual de tipo moral recibida durante el periodo franquista, el papel de la mujer, la represión de colectivos no heteronormativos y las prácticas sexuales que estaban penadas por ley durante esta época. Para hacerlo, durante los primeros 20 minutos se preguntará al grupo qué saben de este periodo histórico, qué les han contado sus padres y abuelos, si saben qué educación sexual recibieron o si saben qué estaba permitido y qué no sexualmente. A continuación, durante los siguientes 50 minutos, el moderador del grupo expondrá el temario de la sesión apoyándose en el material audiovisual seleccionado, en este caso, fragmentos de tres videos que explican el contexto histórico, el papel de la mujer, la diferencia de géneros y la situación del colectivo LGBT durante el periodo franquista. Se pueden encontrar los links en la tabla resumen de la presente sesión.

En esta sesión, después de la exposición del moderador, durante 20 minutos se contará con la colaboración de un miembro de la asociación *Afirma't*, una asociación de Barcelona que trabaja para promover el bienestar psicoemocional de las personas LGBT. Esta persona invitada al centro, gracias a su historia vital aportará su punto de vista y sus propias experiencias. Además, podrá comentar el material que se ha visualizado y matizar la información que se ha dado durante el transcurso de toda la sesión.

Durante los últimos 10 minutos se hablará sobre lo que nos ha aportado la sesión, si nos ha parecido de interés la dinámica que se ha utilizado y si nos ha sido de utilidad.

A continuación, tenemos la tabla resumen de la segunda sesión.

Tabla 4

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la segunda sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Resumen de la sesión anterior, que nos aportó.
10'	Presentación de los contenidos de la sesión.
20'	¿Qué sabemos de este periodo histórico?
50'	Exposición del temario apoyado con material audiovisual. Con los siguientes links: https://www.youtube.com/watch?v=X2yEvfZUhlc https://www.youtube.com/watch?v=onWNHrUuWjw https://www.youtube.com/watch?v=JA19X2eWzEU&t=134s
20'	Ponencia de la asociación Afirma't.
10'	Cierre: ¿Qué nos ha parecido la sesión, nos ha gustado la dinámica trabajada, ha sido de utilidad?

Sesión 3 (Mitos, creencias erróneas y estereotipos en la vejez)

En esta tercera sesión, durante los primeros 10 minutos haremos un resumen de la sesión anterior, qué nos aportó y qué aprendimos.

Durante los 10 minutos siguientes expondremos brevemente el temario de la sesión y como se llevará a cabo. Para tratar el tema de los estereotipos, los mitos y las creencias erróneas en la vejez se traerán diversas revistas de actualidad, dirigidas a diferentes colectivos: jóvenes, mayores, mujeres, hombres, moda deportes, LGBT, etc. Se pedirá al grupo que se divida en cuatro subgrupos, dos de tres personas y dos de dos. Se pedirá a cada grupo que haga un collage recortando frases, palabras e imágenes. Dos grupos deberán hacer un collage sobre lo que es ser mayor en nuestra sociedad y los otros dos grupos deberán hacer su collage sobre lo que es ser joven en nuestra sociedad.

Una vez realizados los collages, preguntaremos a cada grupo si han tenido conflictos internos durante la elaboración del mismo, en qué consistían y cómo los han solucionado. Cada grupo enseñará su collage y explicarán cómo lo han

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

hecho para representar la consigna asignada. Posteriormente, será el turno del resto de grupos para opinar sobre su idea de qué es ser mayor y joven en nuestra sociedad y qué opinan de los collages elaborados por los demás grupos. El moderador podrá hacer preguntas del tipo: ¿Creéis que es igual ser mayor ahora que antes? ¿Qué es lo que más os ha costado? ¿Habéis pensado en alguien en concreto al elaborar el collage?

A continuación, el moderador explicará el temario sobre estereotipos, mitos y falsas creencias relacionadas con la edad y como estos influyen en la sexualidad madura, aclarando posibles conceptos que hayan podido surgir durante la elaboración de los collages.

Durante los últimos 10 minutos se hablará sobre lo que nos ha aportado la sesión, si nos ha parecido de interés la dinámica que se ha utilizado y si nos ha sido de utilidad.

Podemos ver en la siguiente tabla el esquema de la tercera sesión.

Tabla 5

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la tercera sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Resumen de la sesión anterior, que nos aportó.
10'	Presentación de la sesión.
50'	Elaboración de collage con la consigna asignada.
20'	Exposición de los collages y comentarios entre los diferentes grupos.
20'	Exposición de contenidos por parte del moderador y aclaración de conceptos tratados.
10'	Cierre: ¿Que nos ha parecido la sesión, nos ha gustado la dinámica trabajada, ha sido de utilidad?

Sesión 4 (Roles de género y estereotipos asociados)

Los primeros 10 minutos haremos un resumen de la sesión anterior, igual que hemos hecho en las diferentes sesiones, preguntaremos qué nos aportó y qué aprendimos. Durante los 10 minutos siguientes se expondrá brevemente el temario de la sesión y como se va a llevar a cabo.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

En esta sesión se trabajarán las categorías o aspectos asociados al género y los estereotipos que se derivan de este. Para abordar esta temática repartiremos a cada miembro del grupo una hoja con el siguiente cuadro:

Tabla 6

Cuadro de la sesión número cuatro.

Hombre	Mujer

A modo de lluvia de ideas, durante 20 minutos, cada miembro deberá escribir, palabras, frases o ideas sobre lo que ellos mismos consideran que es ser un hombre o ser una mujer en nuestra sociedad actualmente. Una vez hayan acabado, durante 20 minutos se expondrán sus ideas y se les propondrá que cambien de lugar la categoría de hombre por la de mujer en las columnas:

Tabla 7

Cuadro de la sesión número cuatro.

Hombre → Mujer	Mujer → Hombre

De esta forma durante 30 minutos se debatirá grupalmente si las características que han asociado a un hombre también pueden asociarse a una mujer y viceversa. Qué características si que pueden asociarse a ambos o cuáles no podrían. Además, se les preguntaría cuáles de estas características creen que han sido construidas socialmente y cuáles no. Durante el debate se debatirá sobre cómo eran antes estos roles y cómo son en la actualidad, sobre cómo influyen en el comportamiento de los residentes y qué implicaciones tienen para el equipo gerocultor, por ejemplo, conflictos que puedan surgir cuando un gerocultor hombre tiene que hacer una higiene a una mujer. Además, se le podría preguntar a los miembros del grupo qué es lo que les ha resultado más difícil, qué es lo que más les ha sorprendido, si se han sentido más cómodos al redactar el primer o el segundo cuadro, si tiene algo que ver con sus vidas, qué estereotipos han identificado o qué roles de género han visto.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Durante los próximos 20 minutos el moderador hará una síntesis de las principales ideas surgidas a lo largo de la actividad, anotando las palabras clave en la pizarra y se explicará cómo han cambiado estos roles de género y cómo eran para las personas mayores.

Finalmente, cerraremos la sesión preguntando al grupo como se han sentido a lo largo de las dos horas, si les ha parecido útil, qué hubiesen cambiado o qué les ha gustado.

Tabla 8

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la cuarta sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Resumen de la sesión anterior, que nos aportó.
10'	Presentación de la sesión.
70'	Actividad sobre roles de género
20'	Resumen del debate por parte del moderador y explicación de conceptos que necesiten aclaración.
10'	Cierre: ¿Qué nos ha parecido la sesión, nos ha gustado la dinámica trabajada, ha sido de utilidad?

Sesión 5 (Cine fórum LGBT)

Esta quinta sesión comenzará de la misma forma que las anteriores, durante los primeros 10 minutos se hablará sobre cómo estamos, qué se hizo en la sesión anterior y qué nos aportó. A continuación, durante 10 minutos presentaremos la sesión de cine fórum, explicaremos la dinámica a seguir e introduciremos la película escogida: 80 egunean (en 80 días). Durante los siguientes 20 minutos el moderador explicará el temario de la sesión: conceptos LGBT y cómo es la vejez de las personas del colectivo en comparación con las personas mayores heterosexuales. Para hacerlo, se repartirá a cada miembro del grupo un papel con un par de conceptos, explicados en el apartado de marco teórico, para que ellos mismos puedan definirlos, cuando lo hayan hecho se recogerán los papeles y se irán leyendo uno a uno. Los miembros del grupo podrán opinar y el moderador irá interviniendo. Una vez hecho esto, el moderador expondrá como

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

es el envejecimiento de las personas LGBT a diferencia del heterosexual. Una vez hecho esto, justo antes de visualizar la película, se repartirá al grupo una hoja informativa con datos sobre la película para que puedan consultarla en cualquier momento. La hoja informativa puede consultarse en el anexo 2. Durante el visionado se pedirá al grupo que anoten todas aquellas ideas que les surjan mientras están viendo el filme, aquellos aspectos que les parezcan interesantes y quieran comentar con el grupo o aquello que les haya sorprendido. Una vez finalizada la película el moderador abrirá el turno de palabra y guiará las intervenciones de los miembros del grupo pudiendo hacer preguntas para promover el debate y favorecer la reflexión. Esta parte tendrá una duración de 25 minutos. En la ficha didáctica de la hoja informativa que puede consultarse en el anexo 2 podemos ver algunas de las preguntas que se trabajaran durante el debate. Al finalizar, el moderador hará un resumen general de los temas debatidos, resaltando las ideas principales. Para hacer esto podrá anotar los conceptos clave en una pizarra.

En la siguiente tabla quedan resumidas las actividades de la cuarta sesión.

Tabla 9

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la quinta sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Resumen de la sesión anterior, que nos aportó.
10'	Presentación de la sesión.
20'	Exposición de contenidos por parte del moderador.
105'	Visualización de la película 80 egunean (En 80 días).
25'	Debate guiado por el moderador.
10'	Cierre: ¿Qué nos ha parecido la sesión, nos ha gustado la dinámica trabajada, ha sido de utilidad?

Sesión 6 (Minimizar barreras relacionadas con la sexualidad en la vejez)

Esta sesión está pensada para que los miembros del grupo puedan dar rienda suelta a su creatividad y pensar posibles soluciones para minimizar las barreras existentes con la sexualidad madura en la residencia.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Comenzaremos durante los 10 primeros minutos haciendo un resumen de la sesión anterior, recordando que tema se trabajó y como nos sentimos. Durante los siguientes 10 minutos el moderador explicará al grupo que esta sesión está completamente pensada para que puedan aplicar sus conocimientos de forma práctica y coger ideas para reducir las barreras que existen en su puesto de trabajo e impiden vivir con libertad la sexualidad.

Durante los próximos 30 minutos el moderador expondrá el temario relacionado con las barreras en el ámbito residencial.

A continuación, se pedirá a los miembros del grupo que se dividan en cuatro grupos y se les repartirá una hoja por grupo en la que tendrán un caso práctico en el que habrá una barrera relacionada con la sexualidad, relacionada con los temas explicados anteriormente. Estos podrían ser: intimidad, familiares o equipo de profesionales. Cada grupo dispondrá de 20 minutos para pensar en formas de minimizar el impacto de cada tipo de barrera.

Un posible caso relacionado con la barrera de los familiares podría ser el siguiente:

Lucía es una mujer de 73 años que hace seis meses que está en nuestra residencia. Al principio le costaba relacionarse con el resto de residentes, pero con el paso de los meses ha encontrado en Mayte un gran apoyo, ya que tienen gustos compartidos y no tienen ningún problema en decir que son pareja. Por la mañana desayunan juntas y muchos días al mediodía salen a dar un paseo por el parque. Hay una gran complicidad entre ambas y se nota que disfrutan pasando tiempo juntas. Sin embargo, un día viene a la residencia Almudena, la hija de Lucía y nos dice que no quiere que su madre se relacione más con Mayte, ya que es una mala influencia y solo quiere quitarle el dinero a su madre. Nos dice que es nuestro deber hacerle caso ya que es ella la que decidió traer a su madre y que si no lo hacemos se la llevará a otro centro. Como profesionales de la residencia ¿Qué podríamos hacer para minimizar la barrera que encontramos en este caso? Identificad el tipo de barrera y proponed diferentes formas de minimizarla.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

En los siguientes 30 minutos, cada grupo explicará su caso y las posibles formas de han pensado de minimizar la barrera que les ha tocado, el moderador del grupo las iría anotando en la pizarra y las resumiría al final.

En los últimos 10 minutos cerraríamos la sesión con una valoración por parte del grupo de los contenidos y dinámica de la sesión.

Podemos ver en la siguiente tabla las actividades que se realizaran en la sexta sesión.

Tabla 10

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la sexta sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Resumen de la sesión anterior, que nos aportó.
10'	Presentación de la sesión.
30'	Explicación de las barreras existentes en el ámbito residencial relacionadas con la sexualidad.
30'	Preparación de los casos.
30'	Explicación de los casos asignados y las formas de minimizar el impacto de las barreras.
10'	Cierre: ¿Qué nos ha parecido la sesión, nos ha gustado la dinámica trabajada, ha sido de utilidad?

Sesión 7 (Resolución de situaciones hipotéticas en residencias relacionadas con la sexualidad, mediante role-playing)

Igual que las demás sesiones, durante los primeros 10 minutos haremos un recordatorio de la sesión anterior y presentaremos la sesión, explicando que en esta sesión utilizaremos los casos que los miembros del grupo expusieron de forma escrita en la primera sesión. Si no hubiese suficientes casos, el moderador prepararía nuevas situaciones para poder trabajarlas en el aula. Estas situaciones incluirán a dos personajes: uno de ellos será un residente del centro sociosanitario y el otro será un profesional del centro. En cada situación se presentará una problemática concreta o situación a solucionar. En total se

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

deberán preparar 5 casos prácticos. Los casos prácticos serán 5 situaciones preparadas por el moderador. Un ejemplo de caso sería el siguiente:

Ramón es un hombre de 82 años que actualmente vive en nuestro centro residencial. Le encanta la lectura y las sopas de letras. Ramón se quedó viudo hace un par de años, pero en la residencia ha empezado una nueva relación con María, una mujer que vive en otra planta. Antonio, el compañero de habitación de Ramón se ha quejado al equipo de gerocultores de que en algunas ocasiones ha visto a Ramón y a María en actitud cariñosa dentro de su habitación y esto le molesta, ya que él también tiene derecho a estar en su habitación tranquilo sin que nadie le moleste. Para evitar que estén allí, Antonio pone el volumen de la televisión muy alto, lo que también molesta al resto de residentes de la planta. En el siguiente role playing, uno de los profesionales hará el papel de Ramon y el otro hará de profesional del centro, intentad encontrar una posible solución a este caso práctico.

Una vez introducido el taller, durante los próximos 20 minutos el moderador expondrá el temario de la sesión, en este caso el temario será el relacionado con la sexualidad en los centros residenciales. Aquellos aspectos que pueden favorecer que se establezcan relaciones entre los residentes y aquellos que las dificultan, también se abordará el tema de la intimidad en el ámbito residencial y el papel que juegan los familiares y los profesionales.

Una vez expuesto el temario de la sesión se pedirá al grupo que formen parejas y se repartirán los casos preparados para la sesión, algunos basados en las aportaciones que hicieron los miembros del grupo durante la primera sesión y otros nuevos elaborados por el moderador. Cada pareja dispondrá de 15 minutos para la lectura del caso y la preparación de los personajes del role-playing ya que cada situación hipotética estará compuesta por dos personajes, un residente del centro y un profesional. Pasados 15 minutos, cada pareja tendrá 10 minutos para representar la situación asignada delante del resto del grupo. Durante la representación, el resto del grupo deberá ir anotando aquello que piensen, crean que harían de otra forma o cualquier comentario que quieran hacer, ya que una vez transcurridos los 50 minutos de representaciones se abrirá un turno de palabra en el que se debatirán las actuaciones, intentando relacionar la gestión

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

de la situación con las ideas vistas en la sesión anterior de minimizar barreras y formas de superarlas.

Para finalizar, los últimos 10 minutos hablaremos sobre que nos ha parecido la sesión, qué nos llevamos y si nos ha sido de utilidad.

La séptima sesión queda esquematizada en la siguiente tabla.

Tabla 11

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la séptima sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Resumen de la sesión anterior, que nos aportó.
10'	Presentación de la sesión.
15'	Exposición de contenidos por parte del moderador.
15'	Lectura y preparación de los casos de role-playing.
50'	Role-playing de los casos.
10'	Debate sobre las diferentes situaciones.
10'	Cierre: ¿Que nos ha parecido la sesión, nos ha gustado la dinámica trabajada, ha sido de utilidad?

Sesión 8 (Post-test)

Esta última sesión es la destinada al post-test. En ella, durante los primeros 10 minutos sintetizaremos el contenido de la sesión anterior, pensaremos qué hicimos y qué nos aportó. A continuación, durante los 10 minutos siguientes se explicará que esta es la última sesión y expondremos lo que se hará.

Durante los 40 minutos siguientes se volverá a administrar la Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012) y la Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos y subescala de actitudes (White, 1982) que se administraron en la primera sesión para tener una puntuación post intervención.

Una vez acabados los test se abrirá un turno de palabra donde se le pedirá al grupo sugerencias de mejora para futuras intervenciones, sus puntos de vista, una valoración global de toda la intervención, qué les hubiese gustado tratar, qué

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

sesión les ha parecido más interesante, si hubiesen eliminado alguna sesión, etc. Todos estos datos serán recogidos por el moderador para realizar modificaciones en futuras intervenciones. Una vez hecho esto, se les hará entrega del diploma por completar la formación y del cuestionario de satisfacción que podrán contestar y entregarlo posteriormente a la finalización del taller. Este cuestionario puede consultarse en el anexo número 5.

A continuación, el tiempo que queda de sesión se destinará a hacer un piscolabis. Finalizada la intervención, al cabo de tres meses, como medida post intervención se preguntará a los miembros del grupo por el número de intervenciones que han llevado a cabo durante el último es para mejorar la vida sexual de las personas de la residencia.

En la siguiente tabla se resumen las actividades de la sesión número ocho.

Tabla 12

Resumen con tiempo de las actividades realizadas en la octava sesión.

Tiempo	Actividad
10'	Resumen de la sesión anterior, que nos aportó.
10'	Presentación de la sesión.
40'	Administración de la Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012) y la Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos y subescala de actitudes (White, 1982).
10'	Cierre: ¿Que nos ha parecido la sesión, nos ha gustado la dinámica trabajada, ha sido de utilidad?
50'	Piscolabis y despedida.

A continuación, se presentará el material necesario en cada sesión.

11. Material

Como material común en todas las sesiones necesitaremos: lápices, gomas, pizarra, rotuladores de pizarra, ordenador y proyector.

El material específico que se utilizará en cada sesión es el siguiente:

Tabla 13

Material específico utilizado durante las sesiones del programa de intervención.

Sesión	1 (Presentación)
Material	-Hoja de acuerdos grupales. -Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012). (Pre intervención) -Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos y subescala de actitudes (White, 1982). (Pre intervención)
Sesión	2 (Contexto histórico)
Material	-Fragmentos de tres videos seleccionados sobre el contexto histórico, el papel de la mujer y la situación del colectivo LGBT durante el período franquista: -Mujeres bajo sospecha (memoria y sexualidad 1930 - 1980). -Serie: I+D, Memoria y sexualidad de las mujeres bajo el Franquismo. -La homosexualidad en el franquismo: cárcel, vejaciones y humillación.
Sesión	3 (Estereotipos, mitos y falsas creencias)
Material	-Revistas de actualidad de temáticas variadas. -Tijeras. -Pegamento. -Cartulinas din-A3.
Sesión	4 (Roles de género y estereotipos asociados)
Material	-Hoja de la actividad.
Sesión	5 (Cine fórum LGBT)
Material	-Película 80 egunean (En 80 días). -Hoja informativa con datos sobre la película.
Sesión	6 (Minimizar barreras relacionadas con la sexualidad en la vejez)
Material	-Hojas de casos.
Sesión	7 (Resolución de situaciones hipotéticas/Role playing)

Material	-Casos hipotéticos en el ámbito residencial relacionados con la sexualidad
Sesión	8 (Post-test)
Material	-Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012). (Post intervención) -Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos y subescala de actitudes (White, 1982). (Post intervención) -Cuestionario de satisfacción de elaboración propia.

En el siguiente apartado disponemos del ejemplo de una sesión.

12. Ejemplo de una sesión

A continuación, a modo de ejemplo se presentará de forma más ampliado uno de los talleres. En este caso, la sesión número cinco, referente al cine fórum. Este apartado podría utilizarse a modo de esquema al elaborar la sesión.

Introducción

Moderador

Bienvenidos, ¿Estamos todos? De acuerdo, antes de comenzar la sesión de hoy me gustaría que hiciéramos un pequeño recordatorio de la sesión anterior, ¿Qué recordáis?, ¿Qué os aportó?, ¿Qué creéis que se podría haber mejorado?

(Turno de palabra del grupo)

Moderador

Para comenzar la sesión de hoy empezaremos introduciendo el tema del que vamos a hablar. Esta sesión trata del colectivo LGBT. Durante la primera media hora haremos la introducción teórica y aprenderemos algunos conceptos relacionados con este colectivo; hablaremos sobre las diferencias que puede haber entre el envejecimiento de personas pertenecientes al colectivo y personas heterosexuales. Más tarde os repartiré la hoja informativa de la película *En 80 días* y la visualizaremos.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Acabaremos la sesión haciendo un pequeño debate sobre la película y cerraremos con vuestras opiniones sobre qué os ha parecido la sesión, las dinámicas que se han empleado y si os ha sido de utilidad.

Para comenzar, os repartiré unos papeles, en ellos veréis escritos unas palabras. Lo que debéis hacer es definir el concepto que os ha tocado según lo que sabéis actualmente.

(Se reparten los papeles en los que aparecen los conceptos: sexo, intersexualidad, orientación sexual, pansexualidad, asexualidad, género, género no binario/genderqueer, transgénero, cisgénero, disforia de género, identidad de género, expresión de género y LGTBfobia).

(Se deja que escriban las definiciones y se recogen los papeles. A continuación, se van leyendo una a una y se pide al grupo que digan que opinan sobre cada definición, el moderador también intervendrá matizando las definiciones).

(turno de palabra del grupo)

Moderador

Ahora que ya tenemos un poco más claro cada concepto me gustaría introducir el tema de las diferencias entre el envejecimiento de una persona heterosexual y alguien perteneciente al colectivo LGBT, ambas comparten muchos aspectos a lo largo del proceso de envejecimiento, pero hay otros aspectos diferenciadores...

(Explicación del apartado del marco teórico, 3. Envejecimiento heterosexual y LGBT).

Moderador

Algunas de las diferencias que estamos comentando las veremos reflejadas en la película que proyectaremos a continuación. Ahora os pasaré unas hojas informativas de la película.

(Se reparten las hojas).

Moderador

Como podéis ver en la primera página tenemos la portada, en ella os he puesto una de las frases que un personaje dice a lo largo del largometraje para que después podamos comentarla: “Nunca he conocido a una lesbiana de tu edad”

En la segunda página encontrareis la ficha técnica de la película y una ficha didáctica que os he elaborado con conceptos clave y unas preguntas de reflexión que trabajaremos después de ver la película. Podéis ir anotando vuestras ideas en cada pregunta para comentarlas al final. Y finalmente os he puesto un par de críticas que los medios hicieron de esta película, para ver si opinamos lo mismo.

¿Tenéis alguna pregunta antes de que pongamos la película?

(Turno de preguntas, en caso de que haya)

Moderador

De acuerdo, ahora pondremos la película. Os pido que mientras la veamos anotéis en la hoja que os he dado aquello que os llame la atención, aquellos aspectos que queráis comentar después o algún aspecto que no entendáis.

(Se pone la película)

Moderador

La película se ha acabado, así que se abre el debate, ¿Qué os ha parecido la película? ¿Qué es lo que más os ha llamado la atención?...

(Turno de palabra del grupo, se irá alternando con las intervenciones y preguntas del moderador, al finalizar el moderador resumirá los conceptos clave surgidos del debate y los anotará en la pizarra).

Moderador

Bien, durante este debate han aparecido conceptos importantes, como el de *redescubrimiento sexual en la vejez*, un aspecto esencial, ya que este es el tema principal de la película y en torno al cual gira toda la trama. El redescubrimiento sexual puede producirse a lo largo de todo el ciclo vital

y no se le debe dar menor importancia porque Axun sea una persona mayor. Axun es una mujer condicionada por la educación sexual de tipo moral recibida y el periodo histórico franquista que vivió. Para ella la heterosexualidad es una presencia constante a lo largo de toda la película y sufre un dilema interno entre lo que se le ha enseñado desde pequeña, a ser una mujer sumisa y cuidar de su marido, y los sentimientos que se han despertado, al sentirse atraída por su amiga Maite.

Otros conceptos que han aparecido han sido el de *presunción de la heterosexualidad...*

(Se van analizando los conceptos que han surgido, como pueden ser: invisibilidad lésbica, roles de género, homofobia interiorizada...)

Moderador

Para finalizar la sesión me gustaría que me dijerais que os ha parecido la sesión, si os ha gustado la dinámica trabajada y si os ha sido de utilidad.

(Turno de palabra del grupo)

Moderador

Muchas gracias por vuestra atención y nos veremos en la sesión del próximo viernes, recordad que tenéis mi e-mail para cualquier consulta y dudas que tengáis y el Symbaloo disponible para consultar el material que trabajamos en los talleres.

(Se cierra la sesión)

En el siguiente apartado se presentará el material de apoyo que complementará la parte presencial de la intervención.

13. Material de apoyo

Como material de apoyo a la intervención se dispondrá de un Symbaloo con todo el material empleado para la elaboración del temario de cada taller. De esta forma, los componentes del grupo podrán consultarlo en cualquier momento.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

En el siguiente apartado encontraremos la discusión, un apartado donde hablaremos de los puntos positivos y negativos de la intervención, sus características y los resultados que se esperan conseguir.

14. Discusión

Como hemos dicho con anterioridad, el programa de intervención *Cuenta conmigo* surge de la necesidad de aumentar los conocimientos y mejorar las actitudes de los profesionales que trabajan en centros residenciales. Es un programa que está pensado para llevarse a cabo con un grupo de 10 personas a lo largo de 8 sesiones con frecuencia semanal, en las que se trabajarán temas clave relacionados con la sexualidad madura mediante una metodología en la que los miembros del grupo deberán participar activamente.

Cada una de las sesiones tendrá una duración de 2 horas a excepción de la sesión número 5 que durará 3 horas. La intervención tendrá una duración total de 17 horas.

Con el programa de intervención *Cuenta Conmigo* se espera:

- Incrementar la cantidad de conocimientos de los profesionales sobre sexualidad en la vejez.
- Mejorar las actitudes de los profesionales hacia la sexualidad y la vejez.
- Mejorar las actitudes de los profesionales sobre el colectivo LGBT.
- Incrementar la cantidad de intervenciones llevadas a cabo por los profesionales para mejorar la vida sexual de los residentes, como ofrecer más privacidad, evitar críticas de otros residentes o permitir que dos personas mantengan relaciones sexuales en un espacio determinado.
- Empoderar a los participantes para que se sientan más capaces de gestionar las expresiones sexuales de los residentes de forma adecuada.

Para lograrlo, el programa dispone de una sesión completa dedicada al contexto histórico, donde se hará una revisión de la educación sexual de tipo moral recibida por las personas mayores.

Dos sesiones tratarán los estereotipos, donde conocerán de cerca las falsas creencias que rodean a la vejez y los mitos acerca de la sexualidad en la tercera edad, se trabajaran diferentes estereotipos: la juventud asociada a la belleza y la vitalidad, vejez como periodo de pérdidas, dicotomía hombre-mujer para

trabajar aspectos del colectivo transgénero y el concepto de sexualidad asociado a la genitalidad.

La quinta sesión también intentará contribuir a reducir estereotipos y aumentar los conocimientos relacionados con la sexualidad, mediante el cine-fórum se abordará la temática LGBT y como incluso en la vejez puede haber redescubrimiento sexual.

Otra sesión debería ayudar a minimizar el impacto de las barreras existentes en las residencias relacionadas con la sexualidad madura. Esta sesión dará herramientas e ideas a los profesionales para que las pongan en práctica en su día a día. Finalmente, la penúltima sesión se espera que ayude a mejorar las actitudes de los profesionales acerca de la sexualidad, ya que en ella trabajaremos casos hipotéticos mediante el role playing: casos reales que habrán propuesto los miembros del grupo y que se trabajaran en la sesión.

Los objetivos que nos hemos propuesto son de gran importancia, ya que actualmente los profesionales del ámbito residencial no disponen de suficiente formación sobre sexualidad madura y algunas de sus actitudes relacionadas con la intimidad heterosexual como con la del colectivo LGBT parece no ser la más correcta (Chen, Jones, y Osborne, 2017; Di Napoli, Breland, y Allen, 2013; Hayward, Robertson, y Knight, 2012; Hinrichs y Vacha-Haase, 2010; Villar, Serrat, Fabà, y Celdrán, 2015; Woolf, 2002).

Por este motivo, un punto positivo de la intervención es el de potenciar todos estos aspectos que hemos comentado anteriormente, aumentar conocimientos, mejorar actitudes e incrementar las interacciones profesional-residente en temas de sexualidad. Es novedosa ya que no existen apenas intervenciones de este tipo dirigidas a los profesionales y además lo hace mediante actividades, con intervenciones muy acotadas por parte del moderador. Por este mismo motivo creo que puede ser eficaz para conseguir los objetivos propuestos, ya que es el propio grupo quien elabora su conocimiento mediante las dinámicas propuestas. El papel del moderador consiste en guiar a los miembros a lo largo del proceso de aprendizaje, pero serán ellos el motor del cambio. Además, el modelo biográfico-profesional utilizado durante el programa de intervención, a diferencia del modelo moral de educación sexual, promueve una actitud positiva hacia la

sexualidad en cualquiera de las etapas vitales y pretende que las personas puedan vivir su sexualidad de forma saludable y establezcan relaciones no discriminatorias (Fallas et al. 2012).

Otro aspecto positivo es su bajo coste, 687€, ya que se necesita muy poco material para la realización del programa de intervención, y algunos materiales no tienen ningún coste, como las revistas para elaborar los collages de la sesión número 2. Otros de los materiales tienen un bajo coste como la película de la sesión de cine fórum o el material de oficina.

Un posible aspecto negativo que remarcar sería la corta duración del programa de intervención. Puede parecer que, debido a su corta duración, el programa de intervención tenga que ser menos efectivo, pero teniendo en cuenta las características del centro donde se realizaron las prácticas, creo que sería complicado hacer una intervención con una mayor duración manteniendo la asistencia de los profesionales a la totalidad de las sesiones. Por este motivo, la intervención está pensada para tener una duración reducida, pero realizarse en diferentes momentos del año con diferentes personas del equipo de profesionales. Las formaciones de este estilo acostumbran a tener menos sesiones, ya que se tendrían que substituir 10 personas a lo largo de 8 sesiones, por lo que se puede esperar que algún centro quisiera una formación más reducida. Para conseguir esto, se podrían juntar sesiones, por ejemplo, las dos sesiones dirigidas a tratar el tema de los estereotipos en una sola o dar más contenido teórico tanto en la primera sesión como en la última.

A continuación, se expondrán algunos aspectos que deberían tenerse en cuenta para llevar a cabo el programa de intervención. Uno de ellos sería que el temario preparado no fuese del interés de los miembros del grupo. Por este motivo, la sesión número uno está pensada para recoger los intereses del grupo y adaptar el temario a sus necesidades. No hablamos de un cambio en el contenido de la totalidad de las sesiones, sino de modificaciones que puedan realizarse para incluir aspectos que los miembros del grupo quieran tratar. Otro aspecto que podría dificultar el progreso de la intervención podrían ser las actitudes poco respetuosas o inadecuadas entre los miembros del grupo, por esto se elaborarán unos acuerdos grupales que deben cumplirse para el buen funcionamiento del taller. En caso de que se produjeran este tipo de actitudes el moderador hablaría

con la persona o personas que están incumpliendo los acuerdos para recordarles que están en un espacio donde no están permitidos los comportamientos poco respetuosos con los demás. En caso de que se repitieran se pediría a los integrantes del grupo que incumplen los acuerdos que abandonen el programa de intervención.

Otro aspecto que debería considerarse es que el programa de intervención se llevaría a cabo dentro del horario laboral del personal gerocultor y por este motivo podría darse el caso que algunos de los miembros del grupo prefirieran acudir a la formación a estar desarrollando sus funciones en planta, por lo que se debería tener en cuenta este aspecto y seleccionar a aquellos miembros que presenten más inquietudes e interés hacia el programa de formación.

En caso de que se comprobase la efectividad del presente programa de intervención, habría diversas formas de mejorarlo y aumentar su alcance y efectividad. Una de ellas sería preguntando a las personas mayores que viven en centros residenciales qué temas quieren que se trabajen durante el programa de intervención con los profesionales. De esta forma estaríamos trabajando solo con temas reales que preocupan a los residentes. Estos temas se presentarían en la primera sesión a los miembros del grupo y se les preguntaría si les interesaría tratarlos a lo largo de la intervención. Otra forma de mejorar la intervención sería adaptarla e incluir a personas mayores en todas las sesiones del taller para disponer de las historias vitales y las propias experiencias vividas por las personas mayores. En este caso se debería modificar la metodología. Podría ser muy enriquecedor que cada miembro del grupo estuviera emparejado con una persona mayor a lo largo de toda la intervención y realizaran las actividades de las diferentes sesiones conjuntamente, de esta forma conocerían el punto de vista del otro y podría dar pie a debate la forma como han solucionado los posibles conflictos que pudiesen surgir. Otra posible forma de ampliación del taller sería aplicarlo a otros profesionales de las residencias: equipo técnico y equipo directivo. En este caso debería modificarse el temario y los objetivos de la intervención, adaptándolos al colectivo al que nos queremos dirigir. Por este motivo no se mezclarían equipo técnico con equipo gerocultor. Sería interesante ya que ni el equipo técnico ni el equipo directivo tiene formación específica en

sexualidad madura y por este motivo no se deberían reducir este tipo de intervenciones al equipo gerocultor.

Una vez finalizada la intervención se espera que sus efectos se mantengan a largo plazo, ya que todo el material trabajado seguiría disponible de forma online, con lo que podrían consultarlo cuando fuera necesario. Se explicaría la importancia de tratar este tema con los residentes y se les animaría a que realizaran intervenciones para mejorar la vida sexual de los residentes. Siempre y cuando tanto el equipo técnico como el equipo directivo fuesen también partícipes de estas intervenciones, ya que al fin y al cabo se pretende que toda la residencia sea amigable inclusiva y no solo el colectivo de gerocultores. En caso de haber discrepancias en cuanto a la forma de actuar, se llevaría el caso a las reuniones interdisciplinarias que se realizan de forma semanal para tratar el tema entre todos los profesionales del centro.

Una posible crítica a nivel metodológico sería el tamaño del grupo, ya que es pequeño y la muestra no es aleatoria, por lo que los resultados no serían generalizables. En caso de que no se observasen diferencias entre la fase pre y post test se podría deber al tamaño de la muestra y no a que la intervención no fuese eficaz, ya que como más pequeña es una muestra, más difícil es obtener una diferencia estadísticamente significativa.

Otro aspecto que criticar serían los instrumentos utilizados. Hay una falta de instrumentos y se ha tenido que escoger la escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos y actitudes de White (1982). Un aspecto criticable de la subescala de conocimientos es que se centra mucho en aspectos sobre el deseo sexual y aspectos fisiológicos, pero deja de lado otros aspectos relacionados con la sexualidad como la intimidad. Además, no es una escala inclusiva con el colectivo LGBT, ya que continuamente hace referencia a relaciones de hombres con mujeres.

Es importante realizar programas de intervención como el que se propone en el presente trabajo para visibilizar la sexualidad en las personas mayores y eliminar las falsas creencias de esta etapa como asexual. Además se debe visibilizar al colectivo de las personas mayores LGBT. Con este programa se espera poder mejorar la vida de los residentes, que tengan mayor libertad de expresión, que

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

vivan en un entorno que los acepte tal y como son independientemente de su sexo, género u orientación sexual.

En el siguiente apartado comentaremos como se evaluará el proyecto de intervención.

15. Evaluación

Haciendo memoria, los subobjetivos que nos hemos planteado lograr mediante este programa de intervención eran:

- Incrementar la cantidad de conocimientos de los profesionales sobre sexualidad en la vejez. Para evaluarlo se utilizará pre y post intervención la Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos (White, 1982).
- Mejorar las actitudes de los profesionales hacia la sexualidad y la vejez, evaluadas pre y post intervención con la Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de actitudes (White, 1982).
- Mejorar las actitudes de los profesionales sobre el colectivo LGBT, evaluadas pre y post intervención mediante la Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas, 2012).
- Incrementar la cantidad de intervenciones llevadas a cabo por los profesionales para mejorar la vida sexual de los residentes, como ofrecer más privacidad, evitar críticas de otros residentes o permitir que dos personas mantengan relaciones sexuales en un espacio determinado. Para evaluarlo se preguntará a los miembros del grupo pre y post intervención el número de intervenciones de este tipo que han llevado a cabo durante los últimos tres meses.
- Empoderar a los participantes para que se sientan más capaces de gestionar las expresiones sexuales de los residentes de forma adecuada. Evaluado pre y post intervención con la siguiente pregunta: "Valore del 1 al 10 en qué medida se siente usted capaz de gestionar las expresiones sexuales de los residentes de su centro (1 = totalmente incapaz; 10 = totalmente capaz)".

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Además, en la sesión número 8 se entregará a los miembros del grupo un cuestionario de satisfacción valorando globalmente el programa, este cuestionario lo podrán contestar y entregar en cualquier momento una vez finalizado el taller.

En el siguiente apartado hablaremos del presupuesto necesario para llevar a cabo el programa de intervención.

16. Presupuesto del programa de intervención

El presupuesto del programa de intervención *Cuenta Conmigo* se especifica a continuación:

Personal

El personal necesario para la realización del programa consta de un psicogerontólogo y una persona voluntaria de la asociación Afirma't.

Tareas

Como tareas a contabilizar tendremos en cuenta las 8 sesiones de formación a 35 euros la hora, con 17 horas hacen un total de 595 euros.

Material

El material utilizado durante el programa de intervención es reducido, ya que solo se necesitarían fotocopias y material de oficina como lápices, gomas, tijeras, pegamento y cartulinas, por lo que se estima un gasto de 62 euros.

En la siguiente tabla se detalla el material necesario para realizar la intervención.

Tabla 14

Costes del programa de intervención Cuenta Conmigo.

	Concepto	Precio/unidad	Unidades	Precio
Recursos personales	Psicogerontólogo	35€/h	17h	595 €
	Desplazamiento de la persona voluntaria de la asociación Afirma't			10€

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

Recursos fungibles	Lápiz	1€	11	11€
	Goma	1€	11	11€
	Tijeras	1€	11	11€
	Pegamento	1€	11	11€
	Papel tamaño din-A4	3€	1	3€
	Cartulinas din-A3	0.5€	10	5€
	Película 80 egunean (En 80 días).	10€	1	10€
	Piscolabis			20€
Total				687€

El coste total del programa de intervención *Cuenta Conmigo* sería de 687 euros.

Referencias

- Aponte, C. Y (2009). Soy pansexual y no discrimino. *La Gaceta*,9.
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42.
- American Psychological Association. (2015a). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). Washington, DC: Footprint Books.
- American Psychological Association. (2015b). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
- American Psychological Association y National Association of School Psychologists. (2015). Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools. Recuperado de <http://www.apa.org/about/policy/orientation-diversity.aspx>
- Bauer, M. (1999). Their only privacy is between their sheets. Privacy and the sexuality of elderly nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(8), 37-41.
- Bauer, M., Haesler, E., y Fetherstonhaugh, D. (2015). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*, 19, 1237-1250.
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., y Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology*, 39, 82-91.
- Bretschneider, J.G., y McCoy, N.L. (1998). Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17(2), 109-129.
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., y Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47(4), 490-503.

- Brotman, S., Ryan, B., y Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 43(2), 192-202.
- Carbajo Vélez, M.C. (2009). "Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante". *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24. Recuperado de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>.
- Chen, Y.H., Jones, C., y Osborne, D. (2017). Exploratory study of Australian aged care staff knowledge and attitudes of later life sexuality. *Australasian Journal on Ageing*, 36(2), 35-38.
- Choi, S. K., y Meyer, I.H. (2016). *LGBT Aging: A Review of Research Findings, Needs, and Policy Implications*. Los Angeles: The Williams Institute.
- Coll-Planas, G., y Missé, M. (2009). *Diagnòstic de les realitats de la població LGTB de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Cook, C., Schouten, V., Henrickson, M., y McDonald, S. (2017). Ethics, intimacy and sexuality in aged care. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 1- 11.
- Cook, G., Thompson, J., y Reed, J. (2014). Re-conceptualising the status of residents in a care home: older people wanting to 'live with care'. *Ageing & Society*, 34 (1), 1-27.
- Di Napoli, E. A., Breland, G. L., y Allen, R. S. (2013). Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1087–1105.
- Dominguez, L.J., y Barbagallo, M. (2016). Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*, 7, 512–518.
- Frankowski, A. C., y Clark, L. J. (2009). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research and Social Policy*, 6(4), 25-37.
- González, G.B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, 12, 79-88.

- Hayward, L. E., Robertson, N., y Knight, C. (2012). Inappropriate sexual behaviour and dementia: An exploration of staff experiences. *Dementia*, 12(4), 463–480.
- Hinrichs, K. L., y Vacha-Haase, T. (2010). Staff perceptions of same-gender sexual contacts in long-term care facilities. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 776-789.
- Jones, C; y Moyle, W. (2016). Sexuality & dementia: An eLearning resource to improve knowledge and attitudes of aged-care staff. *Educational Gerontology*, 42(8), 563-571.
- Jurado, M.L. (2014). Identidad- Represión hacia los homosexuales en el franquismo. Málaga: La Calle.
- Kraft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia sexualis*. Stuttgart: La Máscara.
- Kuhn, D. (2002). Intimacy, sexuality and residents with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 3(2), 165-176.
- Ley Nº 16. Boletín Oficial del Estado, España, 6 de agosto de 1970.
- López, R. M. T. (2015). La identidad asexual: de la masculinización social a las redes sociales virtuales. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 32, 129-168.
- Lucas, M. M. (2013). *Sexualidad madura*, Madrid: Síntesis.
- Mucchielli, R. (1977). *La dinámica de los grupos*, Barcelona: Ibérico Europea de Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. *World health organization*, 28-31 Geneva.
- Orozco, M. I., y Rodríguez, M.D.D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y ciencia social*, 8(1), 3-10.
- Pérez, L. J. (1994). La iniciación sexual de la infancia durante el nacional-catolicismo: La propagación de «La verdad divina» frente a «los errores de la calle». *Revista de Educación*, 304, 177-196.
- Pérez, S. G. (2004). El franquismo, ¿un régimen homosexual? *Orientaciones*, 7, 29-48.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

- Rainbow Project and Age Northern Ireland. (2011). *Making This My Home: Making Nursing and Residential Care More Inclusive for Older Lesbian, Gay, Bisexual and/or Transgender People*. Rainbow Project and Age Northern Ireland, Belfast.
- Regueillet, G.A. (2004). Norma sexual y comportamientos cotidianos en los diez primeros años del franquismo: noviazgo y sexualidad. *Hispania*, 64 (3), 1027-1042.
- Rheume, C., y Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 342-349.
- Richards, C., Bouman, W.P., Seal, L., Barker, M.J., Timo, O., Nieder., y T'sjoen, G. (2015). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1).
- Rodríguez, B.C. (2008). La sexualidad en el Anciano. INEFOC.
- Sabater, A. (1962). *Gamberros, homosexuales, vagos y maleantes: estudio jurídico-sociológico*. Barcelona, Hispano-Europea.
- Serrano, J. M. (1994). Ideología y bioética: El caso del pansexualismo. *Cuadernos de Bioética*, 19-23.
- Simpson, P., Horne, M., Brown, L.J.E., Brown, W.C., Dickinson, T., y Torkington, K. (2015). Old(er) care home residents and sexual/intimate citizenship. *Ageing & Society*, 37, 243-265.
- Stein, G., Beckerman, N., y Sherman, P. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421–435.
- Triadó, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M., y Fabà, J. (2011). *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*. Madrid: Ministerio de Sanidad servicios sociales e igualdad. Imsero, Universidad de Barcelona.
- Ward, R., Vass, A. A., Aggarwal, N., Garfield, C., y Cybyk, B. (2005). A kiss is still a kiss?: The construction of sexuality in dementia care. *Dementia*, 4(1), 49–72.

Willis, P., Raithby, M., Maegusuku-Hewett, T., y Miles, P. (2017). 'Everyday Advocates' for Inclusive Care Perspectives on Enhancing the Provision of Long-Term Care Services for Older Lesbian, Gay and Bisexual Adults in Wales. *British Journal of Social Work*, 47, 409-426.

White, C. B. (1982). A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491-502.

Willis, P., Maegusuku-Hewett, T., Raithby, M., Miles, P., Nash, P., Baker, C. And Evans, S. (2013). *Provision of Inclusive and Anti-discriminatory Services to Older Lesbian, Gay, Bisexual Identifying (LGB) People in Residential Care Environments in Wales*. University of Swansea, Swansea, UK.

Woolf, L. (2002). Gay and lesbian aging. *Siecus Report*, 30(2), 16-21.

Anexos**Anexo 1 Escala de actitudes hacia la homosexualidad (Barrientos y Cárdenas (2012)).**

Barrientos, J. E., y Cárdenas, M. (2012). A confirmatory factor analysis of the Spanish language versiof of the attitudes toward lesbians and gay men (ATLG). *Universitas Psychologica*, 11(2), 579-586.

Subescala de actitudes hacia la homosexualidad masculina

1. A las parejas de hombres homosexuales debería permitírseles adoptar hijos como a las parejas heterosexuales.
2. Pienso que los hombres homosexuales son repugnantes.
3. A los hombres homosexuales no debería permitírseles enseñar en los colegios.
4. La homosexualidad masculina es una perversión.
5. La homosexualidad masculina es una expresión natural de la sexualidad masculina.
6. Si un hombre tiene sentimientos homosexuales, debería hacer todo lo posible para superarlos.
7. Si supiera que mi hijo es homosexual yo no estaría deprimido/a.
8. El sexo entre dos hombres no es natural.
9. La idea del matrimonio homosexual me parece ridícula.

10. La homosexualidad masculina es un tipo diferente de opción de vida que no debería ser condenada.

Subescala de actitudes hacia la homosexualidad femenina

1. Las lesbianas no deberían ser integradas en nuestra sociedad.
2. La homosexualidad de una mujer no debería ser una causa de discriminación.
3. La homosexualidad femenina es mala para nuestra sociedad porque rompe la división natural entre los sexos.
4. Las leyes que castigan la conducta sexual consentida por dos mujeres adultas deben ser abolidas.
5. La homosexualidad femenina es un pecado.
6. El número creciente de lesbianas indica una declinación de los valores fundamentales de nuestra sociedad.
7. La homosexualidad femenina por sí misma no es un problema a menos que la sociedad la transforme en un problema.
8. La homosexualidad femenina es una amenaza para muchas de nuestras instituciones sociales básicas como la familia.
9. La homosexualidad es una forma inferior de sexualidad.
10. Las lesbianas son enfermas.

Anexo 2 Hoja informativa de la sesión de Cine fórum



“Nunca he conocido a una lesbiana de tu edad”

80 EGUNEAN

IRUSOIN (TA MORIARTI) BIKEN (DOKUPEN BAT ET BIKEN) PARTAOKETA BIKEN (ICAA) (TA ELUSKO JAURLARITZA) BIKEN (GASIN) BIKEN.
 ITZUAR AIZPURI - MARIASUN PAGOAGA - JOSE RAMON ARGOITIA - ZORION EGILEOR - ANE GABARAIN - PATRICIA LOPEZ
 JACARNA JAVI AGIRRE ERALSO (JATORRIZKO HELSINKI) PASCAL GAIGNE HUNTIKHA RAUL LOPEZ ZUZENDAKO BIKEN INARI DIEZ ZUZENDAKO BIKEN MENO
 ZUZENDAKO BIKEN ANGEL LAFUENTE JANTZEN SAIOA LARA HARRIEN ANIHOA ESKOSABEL EL ANIHOA ALOÑA GALLASTEGI
 BIKEN ZUZENDAKO ANDER SISTIAGA BIKEN BIKEN FERNANDO LARRONDO - ASIER ACHA BIKEN XABIER BURZOSA - INIGO OBESO
 BIKEN (TA ZUZENDAKO) JON GARANO - JOSE MARI GOENAGA

www.80egunean.com

IRUSOIN

VIDEOKAST

etb



EL PASADO

EL PASADO

BARTONFILMS

80 egunean (En 80 días)

Ficha técnica

Dirección: José María Goenaga.

Reparto: Itziar Aizpuru, Mariasun Pagoaga, José Ramón Argoitia, Ane Gabarain, Zorion Agileor, Patrizia López.

Sinopsis: Axun es una mujer de 70 años que decide ir al hospital a cuidar al exmarido de su hija. Una vez allí descubrirá que la mujer que cuida al enfermo de al lado es Maite, su gran amiga de la adolescencia. Pronto serán conscientes de que la química entre ellas sigue intacta. Las dos se divierten y disfrutan del reencuentro hasta que Axun descubre que Maite es lesbiana. Axun tendrá que lidiar con sus sentimientos enfrentados.

Año: 2010.

Duración: 105'.

Ficha didáctica

Conceptos: Invisibilidad, modelo moral de educación sexual, heteronormatividad, redescubrimiento sexual, homofobia interiorizada.

Preguntas para la reflexión:

- ¿Qué es lo que más os ha sorprendido de la película?
- ¿Cómo definirías la relación de Axun con su marido?
- ¿Qué tipo de rol ejerce cada uno dentro de la pareja?
- ¿Qué tipo de estereotipos relacionados con la edad aparecen en la película? Ejemplificadlos con fragmentos de la película.
- ¿Qué situaciones calificaríais de heteronormativas?
- ¿Por qué creéis que Axun le insiste tanto a Josune para que acuda al hospital?
- ¿Qué tipo de relación tiene Axun con Josune?
- ¿Cómo definiríais a Axun y Maite?

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

- ¿Qué creéis que piensa Axun cuando Maite la besa? ¿Cómo cambia su comportamiento a raíz de este hecho?
- ¿Qué tema central creéis que trata esta película?
- ¿Qué tipo de conflicto interior tiene Axun?
- ¿Por qué creéis que Axun no le explica a su marido que no le estaba engañando con otro hombre?
- ¿Qué peso creéis que tiene el modelo moral de educación sexual en las decisiones que toma Axun a lo largo de la película?
- Proponed un final alternativo a la película.

Crítica

"Una de las películas más insólitas del cine español reciente. (...) excelente interpretación de Aizpuru y Pagoaga (...) Sin embargo, transcurridos dos tercios, y llegado el momento cumbre, la película pierde fuelle"

Javier Ocaña: Diario El País

"Alguna situación está un poquitín forzada, pero 'En 80 días' crece en las secuencias que comparten Asun y Maite (...) por su frescura, su espontaneidad y su capacidad de emocionar desde la contención".

Desirée de Fez: Fotogramas

Anexo 3 Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de conocimientos (White, 1982).

ESCALA DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

White, C. B. (1982). A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491-502.

Subescala de conocimientos sobre la sexualidad en la vejez

Opciones de respuesta: Verdadero / Falso / No lo sé

- 1.- La actividad sexual entre personas mayores es a menudo peligrosa para su salud.
- 2.- Por lo general, los hombres de más de 65 años necesitan más tiempo para alcanzar una erección completa que los hombres más jóvenes.
- 3.- Los hombres de más de 65 años acostumbran a experimentar una reducción de la intensidad del orgasmo en comparación con los hombres más jóvenes.
- 4.- La firmeza de la erección en los hombres mayores es a menudo inferior a la de los hombres jóvenes.
- 5.- La lubricación vaginal de las mujeres mayores es inferior a la de las mujeres más jóvenes.
- 6.- A las mujeres mayores les cuesta más alcanzar la lubricación vaginal óptima que a las mujeres más jóvenes.
- 7.- Las mujeres mayores pueden experimentar dolor durante el coito debido a una menor elasticidad de la vagina y a la menor lubricación vaginal.
- 8.- La sexualidad es generalmente una necesidad presente durante todo el ciclo vital.
- 9.- La actividad sexual entre las personas mayores incrementa el riesgo de padecer un ataque cardíaco.
- 10.- La mayoría de los hombres de 65 años o más no son capaces de realizar el coito.
- 11.- Las personas jóvenes más sexualmente activas tienden a convertirse en personas mayores más sexualmente activas.
- 12.- La evidencia sugiere que la práctica sexual tiene efectos beneficiosos a nivel físico para las personas mayores.
- 13.- La actividad sexual puede ser psicológicamente beneficiosa para las personas mayores.
- 14.- La mayoría de mujeres mayores carecen de deseo sexual.
- 15.- El impulso sexual típicamente incrementa con la edad entre los hombres de 65 y más años.
- 16.- Hay fármacos que pueden alterar el deseo sexual de las personas.
- 17.- Las mujeres, después de la menopausia, tienen una mayor necesidad de actividad sexual debido a cambios fisiológicos.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

- 18.- Básicamente, los cambios que las personas mayores experimentan en relación a su sexualidad tienen más que ver con la ralentización de sus respuestas sexuales que con la reducción de sus intereses por el sexo.
- 19.- Típicamente, los hombres mayores tienen una menor necesidad de eyacular y, por lo tanto, pueden mantener la erección durante más tiempo que los hombres jóvenes.
- 20.- Los hombres y las mujeres mayores no pueden hacer los unos para los otros de compañeros sexuales debido a que ambos necesitan de compañeros jóvenes para excitarse.
- 21.- El mayor determinante de la frecuencia de la actividad sexual en las parejas de personas mayores es el interés o la falta de interés del marido hacia el acto sexual con su mujer.
- 22.- Los barbitúricos, los tranquilizantes y el alcohol pueden disminuir el nivel de activación sexual de las personas mayores e influir en su capacidad de respuesta sexual.
- 23.- La falta de interés sexual de las personas mayores puede ser el reflejo de un estado psicológico depresivo.
- 24.- A medida que los hombres mayores van envejeciendo, la frecuencia con la que se implican en prácticas sexuales va disminuyendo.
- 25.- La actividad sexual disminuye más rápidamente con la edad entre los hombres que entre las mujeres.
- 26.- El elevado consumo de tabaco puede disminuir el deseo sexual.
- 27.- Un factor importante para el mantenimiento de la capacidad de responder a estímulos sexuales de los hombres mayores es el hecho de haber mantenido prácticas sexuales regularmente durante su vida.
- 28.- El miedo a no ser capaz de rendir sexualmente puede provocar entre los hombres mayores la incapacidad de respuesta sexual.
- 29.- La finalización de la actividad sexual en la vejez puede producirse más fácilmente por, y principalmente acostumbra a deberse a, causas sociales y psicológicas en vez de causas físicas.
- 30.- La masturbación excesiva puede producir la aparición precoz de confusión mental y demencia entre las personas mayores.
- 31.- Las mujeres, tras la menopausia, experimentan una pérdida inevitable de satisfacción sexual.
- 32.- La impotencia secundaria (no debida a factores físicos) incrementa en los hombres de más de 60 años en comparación con los hombres más jóvenes.
- 33.- En la ausencia de enfermedades físicas severas, los hombres y las mujeres pueden mantener el interés y la actividad sexual hasta los 80 y los 90 años.
- 34.- La masturbación en los hombres y las mujeres mayores tiene efectos beneficiosos en el mantenimiento de su capacidad de respuesta sexual.

Anexo 4 Escala de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en la vejez, subescala de actitudes (White, 1982).

ESCALA DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

White, C. B. (1982). A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491-502.

Subescala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez

Opciones de respuesta: escala tipo Likert (1 = desacuerdo; 7 = de acuerdo)

- 1.- Las personas de 65 años y más tienen poco interés en la sexualidad.
- 2.- Una persona mayor que demuestra tener intereses sexuales se deshonra a sí mismo/a.
- 3.- Determinadas instituciones, como las residencias, no deberían promover ni apoyar ningún tipo de actividad sexual entre sus residentes.
- 4.- Los hombres y las mujeres de una residencia deberían vivir en plantas o alas separadas.
- 5.- Las residencias no tienen obligación alguna de proveer la privacidad necesaria a los residentes que deseen estar solos o con su pareja.
- 6.- Cuando uno llega a los 65 años su interés por la sexualidad desaparece inevitablemente.
- 7.- Si un familiar mío que viviera en una residencia mantuviera relaciones sexuales con otro residente me quejaría al director.
- 8.- Si un familiar mío que viviera en una residencia mantuviera relaciones sexuales con otro residente me llevaría a mi familiar de dicho centro.
- 9.- Si un familiar mío que viviera en una residencia mantuviera relaciones sexuales con otro residente me mantendría al margen de ello porque no es asunto mío.
- 10.- Si supiera que una residencia permite y apoya la actividad sexual de los residentes que desean mantenerse sexualmente activos, no llevaría a mi familiar a esa residencia.
- 11.- Es inmoral para las personas mayores implicarse en actividades sexuales por placer.
- 12.- Me gustaría saber más sobre los cambios que se producen en el funcionamiento sexual a lo largo del envejecimiento.
- 13.- Creo que sé todo lo que necesito saber sobre la sexualidad en la vejez.
- 14.- Me quejaría al director de la residencia si descubriera que en ella hay residentes que mantienen relaciones sexuales.
- 15.- Apoyaría la realización de cursos de educación sexual para personas mayores que viven en residencias.
- 16.- Apoyaría la realización de cursos de educación sexual para los trabajadores de residencias.
- 17.- La masturbación es una práctica sexual aceptable para los hombres mayores.

Programa de Intervención *Cuenta Conmigo*

- 18.- La masturbación es una práctica sexual aceptable para las mujeres mayores.
 - 19.- Ciertas instituciones, como las residencias, deberían proporcionar camas suficientemente grandes como para que aquellas parejas que desearan dormir juntas pudieran hacerlo.
 - 20.- El personal de las residencias debería ser entrenado o educado en relación a la sexualidad de las personas mayores y/o discapacitadas.
 - 21.- Las personas mayores que viven en residencias no deberían implicarse en ningún tipo de práctica sexual.
 - 22.- Algunos centros, como las residencias, deberían proporcionar oportunidades para la interacción social entre hombres y mujeres.
 - 23.- La masturbación es peligrosa y debe ser evitada.
 - 24.- Algunos centros, como las residencias, deberían proveer espacios privados para que los residentes que quisieran implicarse en prácticas sexuales pudieran hacerlo sin miedo a la intrusión o a la observación.
 - 25.- Si la familia de una persona viuda se opone a que ésta se involucre en prácticas sexuales con otro residente de una residencia, la dirección y el personal tienen la obligación de hacer lo posible por impedir dichas prácticas sexuales.
 - 26.- Las relaciones sexuales fuera del matrimonio son siempre malas.
-

Anexo 5. Cuestionario de satisfacción de elaboración propia.**Conteste las siguientes preguntas:**

1. ¿Cree que le ha sido de utilidad los conocimientos trabajados en el programa de intervención *Cuenta Conmigo*?

2. ¿De todas las sesiones cuál le ha parecido más interesante y por qué?

3. ¿Cuál de las sesiones le ha parecido menos útil?

4. ¿Hubiese cambiado alguna de las sesiones?

5. ¿Se ha sentido incomodo/a en alguna de las sesiones? Especifique el motivo.

6. ¿Qué le han parecido los materiales utilizados?

7. Puntúe del 1 al 10 su satisfacción con el taller.

8. ¿Recomendaría este taller a otros profesionales que trabajan con usted?

9. ¿Hay algún tema que no se haya tratado y que le hubiese gustado tratar?

10. ¿Cree que el taller ha cambiado en algún aspecto su forma de pensar?

Anexo 6 Hoja modelo de situaciones vividas relacionadas con la sexualidad en la vejez.

A continuación, piense en una situación vívida con anterioridad relacionada con la sexualidad en la vejez que le haya supuesto un reto, o que haya tenido dificultades para solucionar y responda a las siguientes preguntas:

Descripción general de la situación:

¿Cuándo sucedió?

¿Qué pasó?

¿Quién estaba presente?

¿Qué perfil tenía el/la residente?

¿Qué hacía el/la residente?

¿Cómo reaccionó él/ella? ¿Y usted?

¿Había alguien más implicado? (Familia, otros residentes, miembros del equipo gerocultor/técnico/directivo)

¿Cómo se resolvió la situación?

Anexo 7 Cuestionario de elaboración propia sobre intervenciones realizadas por el equipo de gerocultores para mejorar la vida sexual de los residentes.

Marque con una cruz aquellas intervenciones que haya llevado a cabo durante el último mes en su puesto de trabajo:

1. Permitir que dos residentes estén juntos en su habitación.
2. Hablar durante una reunión interdisciplinar sobre cómo mejorar la vida sexual de un residente.
3. Permitir que dos residentes mantengan relaciones sexuales.
4. Ofrecer libertad para formar parejas tanto heterosexuales como pertenecientes al colectivo LGBT.
5. No exponer a residentes desnudos en duchas o lavabos que se encuentren en zonas de paso.
6. No hacer pública información privada de los residentes que no sea de relevancia con motivo profesional.
7. Pedir al resto de residentes que no hagan bromas ofensivas sobre otras personas relacionadas con su sexualidad.
8. Preguntar a los residentes donde desean sentarse cuando tienen que estar en una zona común.
9. Hablar con los familiares sobre la libertad de decidir de los residentes en materia de sexualidad.