



Centre adscrit a la



ESCOLA SUPERIOR D'INFERMERIA DEL MAR

La sexualitat oblidada

Anàlisi vivencial de la sexualitat en la vellesa

Treball final de Grau I

27/05/2014

Neus Santamaria Nicolás

Director del treball: Juan M. Leyva

Coordinadors: Marta López i Juan M. Leyva

Grau en infermeria

Curs acadèmic 2013 - 2014

Resum

La visió que, socialment, es té de la sexualitat en general, i, sobretot, en el context de la vellesa, està sovint alterada per mites, tabús i falses creences que hem heretat com a societat. Això fa que, moltes vegades, no tractem aquesta necessitat amb la naturalitat, voluntat i receptivitat necessàries per a realitzar un enfocament holístic i realista de les persones grans. A través d'un estudi qualitatiu fenomenològic, aquest treball pretén analitzar i entendre el significat que té la sexualitat en les persones d'edat avançada i les seves expectatives dins del sistema sanitari en relació amb aquesta esfera de la seva persona. D'aquesta manera, serà possible plantejar un enfocament a la sexualitat que respongui a les necessitats reals d'aquesta part de la població, i que potenciï, per tant, el seu benestar.

Resumen

La visión que, socialmente, se tiene de la sexualidad en general, y, sobretodo, en el contexto de la vejez, suele estar alterada por mitos, tabús y falsas creencias que hemos heredado como sociedad. Esto hace que, muchas veces, no tratemos esta necesidad con la naturalidad, voluntad i receptividad necesarias para realizar un enfoque holístico y realista de las personas mayores. Mediante un estudio cualitativo fenomenológico, este trabajo pretende analizar y entender el significado de la sexualidad en las personas de edad avanzada y sus expectativas dentro del sistema sanitario en relación a esta esfera de su persona. De este modo, será posible plantear un enfoque a la sexualidad que responda a las necesidades reales de esta parte de la población, y que potencie, por lo tanto, su bienestar.

Abstract

The vision that we socially have about sexuality in general, and especially, in the context of aging, is usually altered by myths, taboos and false beliefs that we have inherited as a society. This means that, many times, we don't deal with this need with the naturalness, openness and willingness required for an holistic and realistic approach to the elderly. Trough a qualitative phenomenological study, this paper attempts to analyze and understand the meaning of sexuality in the elderly and their expectations within the health system in relation to this area of their person. Thus, it is possible to propose an approach to sexuality that meets the real needs of this part of the population, and which promotes, therefore their welfare.

Índex

1. Introducció.....	3
Hipòtesi.....	5
Objectius.....	5
2. Estratègia de cerca.....	6
3. Marc teròric	7
Humanisme, feminisme i infermeria	7
Sexualitat i cures infermeres	9
4. Metodologia.....	12
Mostreig	13
Context.....	13
Aspectes ètics i jurídics.....	14
Recollida de dades.....	14
Anàlisi de dades.....	15
Criteris de rigor.....	16
Recursos humans i materials.....	17
Cronograma	18
5. Consideracions finals i implicacions per a la pràctica infermera	18
6. Autoavaluació crítica	19
7. Glossari	21
8. Bibliografia.....	22

1. Introducció

El terme "sexualitat", que va aparèixer a principis del segle XIX [1], ha estat abordat i explicat des de diferents àrees disciplinàries (biologia, psicologia, sociologia, entre altres) i està sotmès a varies definicions:

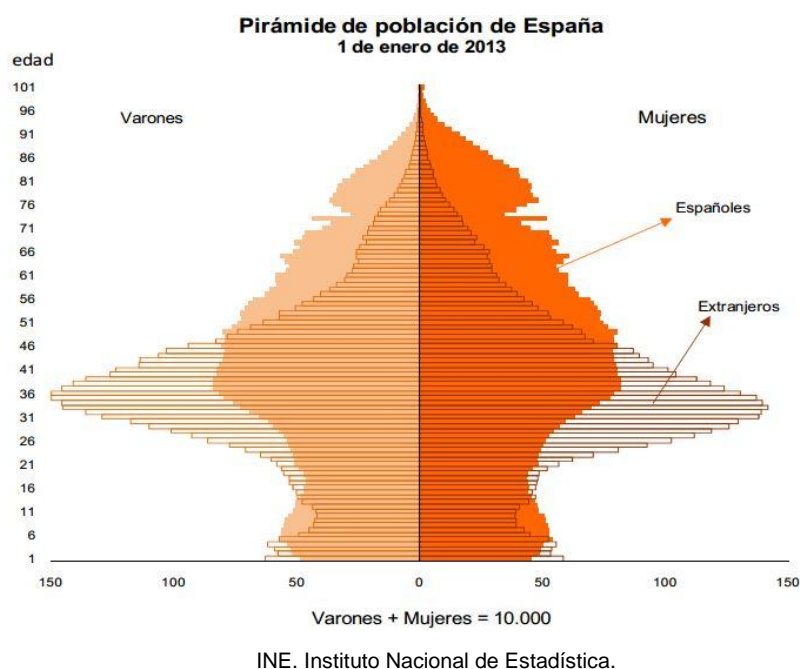
Segons la OMS, és un aspecte central de la condició humana al llarg de la vida, que engloba la identitat i els rols de gènere, la orientació sexual, l'erotisme, el plaer, la intimitat i la reproducció. S'experimenta i s'expressa en els pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, comportaments, pràctiques, rols i relacions [2].

Penso que es tracta d'una definició suficientment àmplia i inclusiva, que dona lloc a que la sexualitat tingui alguna cabuda, també, durant la vellesa (quan diu: "*aspecte central [...] al llarg de la vida*") tot i no referir-s'hi expressament. El fet que la Organització Mundial de la Salut, plantegi la sexualitat com a un *aspecte central de la condició humana*, dona molt sentit a la necessitat que aquesta sigui valorada per infermeria de manera integral, conscient, i dins d'un context de naturalitat i llibertat real d'expressió.

Tambiah, fa una aportació semblant definit la sexualitat com *l'àmplia gamma de sentiments i experiències eròtiques que una persona experimenta en la relació amb ella mateixa o en interacció amb altres, en la que aquesta interacció pot tenir lloc entre persones de sexes biològics similars o diferents [3]*. De forma similar, Parera, planteja que el terme "sexualitat" es refereix a *una dimensió de l'ésser humà basada en el sexe que inclou al gènere, les identitats de sexe i gènere, l'orientació sexual, l'erotisme, la vinculació afectiva, l'amor i la reproducció*, i, afegeix que *és el resultat de la interacció de múltiples factors, tant biològics com psicològics, socio-econòmics, culturals, ètics, religiosos o espirituals [4]*. Per a interpretar la proposta de Parera, cal una contextualització dels conceptes que configuren la sexualitat, com els termes: sexe i gènere. Per a Lagarde, el gènere és *el conjunt d'atributs, d'atribucions, de característiques assignades al sexe*. Afegeix que, aquest conjunt de característiques que tradicionalment pensàvem com d'origen sexual, en realitat, són històriques, i és per això que en diem característiques "atribuïdes". És a dir, que les característiques que engloba el gènere, són aquelles que no tenen a veure amb les característiques específiques d'ordre biològic de les persones, i, per tant, el sexe és una dimensió inclosa en el gènere, que fa referència al conjunt de característiques biològiques que en la nostra espècie, que és bimòrfica, agrupa els subjectes d'acord amb quatre dimensions fonamentals: el sexe genètic, l' hormonal, el genotípic i el gonadal [5].

Les teòriques feministes, en canvi i malgrat les seves diferències, van més enllà, conceptualitzant el gènere com *el conjunt d'idees, representacions, pràctiques i prescripcions socials que, una cultura, desenvolupa des de la diferència anatòmica dels dos sexes per a simbolitzar i construir socialment el que és "propi" dels homes (el concepte masculí) i el que és propi de les dones (el terme femení)* [6, 7, 8]. Seguint en la línia que percep el gènere com una construcció social, Marleau Ponty i Simeone De Beauvoir, estableixen en les seves obres que el ser dona, i, per extensió, qualsevol gènere, és més aviat *una situació històrica abans que un fet natural* [9, 10].

És comunament sabut, que la població Espanyola i Europea en general, està envellint. Segons les estimacions de població actual, al 2012, hi havia a Espanya, 8.106.652 persones majors de 64 anys, el que representa un 17,6 de la població total. D'aquest 8,1 milions, un 57,3% són dones. Les persones grans que resideixen a Espanya, són, en general, d'origen espanyol, tret d'unes 311.535, que són immigrants [10].



De manera que, el fet de saber que hi ha un alt flux de persones grans, que segurament molts dels pacients a qui atendré en un futur pertanyeran a aquesta edat, i que la tendència és que cada cop les persones visquem més temps, és una motivació més per a comprendre aquesta part de la població i voler-los oferir unes cures de millor qualitat, per a que així, a part de viure més temps, visquin millor.

Després d'aquesta breu introducció conceptual, puc concloure que, per a mi, la sexualitat és un concepte pluridimensional, extens, profund i dinàmic, que engloba un ampli ventall d'elements com l'afectivitat, el plaer, les emocions, la conducta i que la unió dels quals, configura aquest concepte com un tot indivisible. És pluridimensional ja que va més enllà del sexe i la dimensió purament física de les persones, i dinàmic perquè, de la mateixa manera que passa amb les persones, aquest concepte està sotmès a la constant transformació i adaptació que implica el sol fet de viure, i que per tant s'afronta i es gestiona de manera diferent segons la etapa vital i la realitat personal.

Hipòtesis

La comunicació entre els i les pacients geriàtrics i infermeria, quan es tracten temes referents a la sexualitat, no és completament efectiva, lliure, integradora i inclusiva. La percepció que es té de la necessitat sexual d'aquest grup d'edat, està alterada per mites, tabús i models culturals impregnats, encara, en la societat.

Objectius

Objectiu general

1. Aquest treball té, com a objectiu principal, conèixer quin és, per a les persones grans, el significat de la seva sexualitat, les seves expectatives dins del sistema sanitari en relació amb aquesta esfera de la seva persona.

Objectius específics

- 3.1 A partir d'aquesta intervenció, es pretén descriure les seves experiències sobre la sexualitat quan aquesta entra en contacte amb la societat, analitzant tot allò que interfereix en la percepció social de la sexualitat durant la vellesa, per a poder desmitificar-la.
- 3.2 Endinsar-se, també, en el significat de la sexualitat dins del context de l'edat avançada, per tal d'oferir unes cures humanitzades, que s'adaptin a les necessitats reals de salut d'aquesta part de la població.
- 3.3 I sobretot, contribuir en la difícil tasca de trencar els tabús existents per a afavorir una millor comunicació i una percepció més realista dins de la societat.

És a dir, el meu objectiu, és conèixer què és per a les persones grans, la sexualitat per

a transformar el concepte que se'n té a la societat, i acostar-nos a un de més realista, que defineixi realitats i no dogmatismes.

El fet de ser una persona que conviu i analitza la societat en que vivim, em fa apreciar determinades mancances (algunes, d'importants) pel que fa la concepció general que es té sobre el sexe i el gènere. Aquesta intuïció, la corrobora la evidència científica, fent-se encara més clara la necessitat d'indagar sobre el tema de manera reflexiva i constructiva. Entenc que la societat viu oprimida a diversos nivells, i un d'ells, és la opressió que reben les persones grans a l'hora de tractar, manifestar o pensar sobre la seva sexualitat.

Dins de les seves possibilitats, aquest treball pretén ser un agent de transformació social, de renovació de pensaments i d'enfocaments més ajustats a les realitats de les persones, que són les realitats que ens interessen, o que ens haurien d'interessar realment com a infermeres. En definitiva, el meu interès, va dirigit a conèixer aquestes realitats, concretament, la realitat de les persones grans en relació a la seva sexualitat, la importància que té per ells el fet que aquesta necessitat sigui atesa per els professionals sanitaris, els recursos i suport amb que contenen a l'hora d'abordar qualsevol tema relacionat amb la sexualitat, l'impacte d'un diagnòstic de malaltia o disfunció sexual, i els dubtes i inquietuds que els hi generen les seves vivències en relació a aquesta esfera.

2. Estratègia de cerca

Per a la elaboració del marc teòric, he realitzat cerques bibliogràfiques a les bases de dades nacionals CUIDEN, CUIDATGE i DIALNET, d'abast majoritàriament europeu i multidisciplinar (fet que considerava interessant, ja que per a una construcció sòlida i fonamentada d'aquest marc teòric, he acudit al coneixement no només infermer, sinó que algunes fonts utilitzades són de caire antropològic i sociològic). També he utilitzat la base de dades internacional PUBMED, per a poder incloure coneixement provinent d'altres països no europeus. Un dels motius que ha tingut a veure en haver consultat aquestes bases de dades i no unes altres, el fet que aquestes tinguin l'accés lliure (no remunerat). Les paraules clau utilitzades han estat: sexualitat, vellesa, gènere, sexe, valoració i salut, i els operadors booleans: AND, i \$. Pel que fa als limitadors de cerca, he intentat que els documents consultats no tinguessin una antiguitat superior als 10 anys, tot i que en ocasions, he considerat interessant consultar publicacions de dates més antigues. En quant als idiomes, he llegit, només, publicacions en català, castellà i

anglès, ja que són els únics idiomes que conec prou com per a realitzar una lectura comprensiva.

3. *Marc teòric*

Humanisme, feminisme i infermeria

El concepte de les cures humanitzades, que proposa la doctora Jean Watson, és el que guiarà la consecució d'aquests objectius, ja que la seva orientació fenomenològica que emfatitza en la comprensió de les persones i de com els fets apareixen davant d'elles [12], reflexa la intenció amb la qual poso en marxa aquest treball. Watson sostenia que *davant el risc de deshumanització en les cures del pacient, a causa de la gran reestructuració administrativa de la majoria dels sistemes de salut al món, es fa necessari el rescat de l'aspecte humà, espiritual i transpersonal, en la pràctica clínica, administrativa, educativa i d'investigació per part dels professionals d'infermeria*. Aquesta voluntat de humanitzar els processos de cures infermeres forma part de l'objectiu principal d'aquest treball, ja que considero, de la mateixa manera que ella considerava, que l'estudi de les humanitats, expandeix la ment, ampliant el camp de visió i incrementant la capacitat de pensar reflexivament [13].

Per altra banda, els models fenomenològics de Patricia Benner, i, concretament, la seva teoria "d'aprenent a experta" són també un referent pel que fa a la meua voluntat de completar-me i créixer com a professional a partir d'abarcant nous reptes, plantejar nous enfocaments a temes com la sexualitat, i anar més enllà del que està preestablert. D'alguna manera, el perfeccionament i l'assoliment de l'excel·lència en la pràctica clínica, passen pel procés de cultivar-se i créixer per mitjà de l'experiència i la investigació. Tal i com Benner planteja el paradigma de *persona*, aquesta, no ve predefinida al món, sinó que es defineix a partir de les seves experiències, per tant, és necessària la cerca de nous plantejaments i qüestions, per a anar marcant la trajectòria que finalment definirà a la infermera experta que esdevindrà algun dia [14].

Parteixo d'un enfocament social i feminista, entenent que el que em mou a treballar aquest tema, són les ciències socials, l'anàlisi d'una societat a la qual li queda molt recorregut per fer en l'àmbit de la sexualitat i del gènere, i no l'àmbit purament científic. Entenc també, el feminisme com un concepte que en cap cas és l'antagònic del *masclisme*, sinó un posicionament a favor de la igualtat de sexes i en contra de la opressió que existeix (a diversos nivells) cap al gènere femení per part del sistema patriarcal [15]. Concretament, són les idees del *feminisme de la diferència*, (el qual

Florence Nightingale va tractar d'afermar dins del context dels professionals de la salut) les que prenc com a referència.

El feminisme de la diferència es caracteritza per una concepció essencialista del gènere i una lluita per consolidar la diferència dels gèneres [16]. L'objectiu és igualar l'alliberament de les dones amb el desenvolupament i la preservació d'una contracultura femenina, la qual exalta el "principi " femení i els seus valors. És a dir, planteja igualtat de la dona i l'home però no que els homes i les dones siguem iguals; defensa que és des de la diferència que constitueix la dona com a dona , des d'on cal construir políticament, un subjecte diferencial, capaç de fer pactes i transaccions alhora que de qüestionar el model hegemònic [16].

Situant-nos en la reforma de la infermeria o l'inici de la infermeria professional, trobem un context on la infermeria està absolutament lligada al gènere: és una feina de dones. [16, 17, 18]. L'objectiu de Florence Nightingale era crear un món dins de la societat reservat a la dona (contracultura femenina). Mitjançant la diferència, és com Florence Nightingale proposa crear una figura infermera professional, políticament capaç de fer pactes, per fer-se amb el cos mèdic representat pels homes, i, d'aquesta manera qüestionar el model hegemònic.

Florence Nightingale atribueix simbòlicament a la figura de la dona infermera, valors profundament acceptats i considerats per la societat, i busca aquells aspectes del femení més valorats per fer de la figura de la infermera, un símbol de referència [16]. Molts d'aquests valors i aquestes assignacions que realitza Nightingale, no tenen, per a mi, cap sentit ni validesa actualment, i són summament qüestionables, però cal traslladar-nos al segle XIX, i entendre el context històric, polític i social del moment, i la situació de la dona (exclosa de la esfera pública i laboral) per a comprendre la seva estratègia, la qual (per mi) pren molta força i sentit un cop contextualitzada.

El caràcter clarament holístic de la ciència infermera (al menys, en el seu enfocament teòric) converteix en imprescindible la necessitat d'abordar a les persones de manera integral, sense passar per alt cap de les seves esferes, cap de les seves necessitats. En la nostra societat, existeix una tendència clarament perceptible i evidenciada científicament, a infravalorar la sexualitat de les persones, a no tenir-la en compte, i quan es té, generalment, es fa sota una visió enfocada a la reproductivitat, genitocèntrica, coitocèntrica, heterosexista i que exclou, per tant, a moltes persones [19,20,21,22].

A la obra de V. Henderson , considerada un pilar fonamental de la infermeria i que constitueix l'eina principal de valoració de l'usuari en la nostra professió, no hi consta una necessitat explícitament sexual (tot i que la sexualitat es contempla com un element de la dotzena necessitat, que fa referència a la realització personal) [23]. Per altra banda, al treball de la teòrica M. Gordon [24], la sexualitat s'exposa íntimament lligada a la reproductivitat.

Sexualitat i cures infermeres

Aquests fets, juntament amb alguns arguments teòrics de publicacions científiques exposats a continuació, són indicis d'una valoració de la sexualitat de les persones mediada per models hegemònics, els quals, segons Gramsci, són aquells que tenen lloc quan la classe dominant, no només és capaç de fer que una classe social subordinada o minoritària satisfaci els seus interessos, renunciant a la seva identitat i a la seva cultura grupal, sinó que també, la primera exerceix control total en les formes de relació i producció de la segona i la resta de la societat [25].

La realitat és que la sexualitat, és un component important de la vida i la salut. Pot ser l'origen de greus problemes o complicacions relacionades amb la salut (física, psicològica...), amb fets com la transmissió de malalties (MTS), les experiències negatives, les pautes sexuals, la violència i els determinants culturals o religiosos. No obstant això, la informació recollida en els registres infermers sovint es limita a la reproducció i/o l'estat civil dels pacients (deixant de banda qüestions com el plaer o la satisfacció en les relacions sexuals) [26].

De manera que partim de la base que la sexualitat té un impacte en la salut i la vida de les persones, i, podem extreure, per tant, que és competència de les infermeres el contemplar-ne l'evolució i la manera com influeix en el benestar dels usuaris del sistema de salut, donat que la missió d'infermeria, és vetllar per a garantir i potenciar el benestar de les persones de qui té cura. Sabent que és necessari contemplar i valorar aquesta dimensió de les persones (la sexual) per a assolir una tasca infermera de qualitat, cal saber també de quina manera i amb quina finalitat ha d'anar dirigida la nostra actuació.

L'expressió de la necessitat sexual no es limita, des del punt de vista psicoanalític, al simple fet de mantenir relacions sexuals amb penetració [27], per tant, cal ampliar el camp de visió quan ens plantejem l'abordatge de la sexualitat dels nostres pacients. El fet, però, de que el comportament humà al voltant de la reproducció i el plaer sexual

hagi estat històricament tabú per a totes les cultures dificulta la tasca d'establir normes de conducta apropiades i universals pel que fa a la vida sexual [26]. Segons la OMS, la salut sexual no es tracta simplement de l'absència de disfunció o malaltia o de tots dos, sinó del complet benestar relacionat amb la sexualitat i es caracteritza per autonomia, maduresa, honestat, respecte, consentiment, protecció i recerca de plaer [28].

La realitat és que la literatura reflexa una tendència a un abordatge de la sexualitat notablement unit als rols de gènere, focalitzada en la reproducció i en la patologia, i que no representa a determinats col·lectius [21]. En general, la valoració de la sexualitat per part d'infermeria, només té lloc quan la persona es veu afectada d'una manera molt directa, per exemple, quan existeix una patologia genital o de transmissió sexual [29]. A banda de la manca d'atenció en la sexualitat dels pacients que no tenen una implicació directe de patologia – sexualitat, aquest fet, es manifesta de manera encara més evident quan el pacient en qüestió és una persona gran.

Segons mostra l'evidència científica, hi ha una sèrie de prejudicis socials, mites i tòpics que han generat en la societat, un concepte equivocat pel que fa a la sexualitat en la vellesa, convertint-lo en un tema tabú i, sovint, in acceptat. Socialment, s'atribueixen les conductes sexuals i l'expressió de la sexualitat a la joventut, a la bona salut i a l'atractiu físic, i quan aquestes conductes tenen lloc en la vellesa, hi té lloc un rebuig social [30, 31, 32, 33]. Actualment no existeixen fonts estadístiques sobre sexualitat en la vellesa. És més, les fonts estadístiques sobre la vellesa, tracten múltiples temes, però poques vegades la sexualitat, i les fonts estadístiques sobre el sexe, no solen incloure la gent gran [32].

Segons Domínguez, *la sexualitat en la vellesa és: maltractada, poc coneguda, i, menys encara, entesa*. (Tant per part de la societat, com dels propis ancians, i fins i tot, com els professionals de la salut a qui aquesta part de la població es dirigeix amb els seus problemes i dubtes en qüestió). Domínguez exposa que, aquest rebuig de la sexualitat geriàtrica sembla formar part d'un estereotip cultural molt difós, el qual pretén que a les persones d'edat avançada, se les vinculi amb característiques o connotacions negatives (*lletges, febles, desgraciades i impotents*) i incompatibles amb la sexualitat, la qual ha de formar part, únicament, del seu passat i dels seus records [34].

Gutiérrez, considera la sexualitat com un *dret fonamental del ser humà, el qual ha de ser reconegut i defensat fins a la mort*. Afegeix que no s'ha de negar la libido, el desig i el plaer als adults grans i que fa falta trencar els mites i creences populars o religioses que impulsen a la societat a excloure les persones grans de la seva sexualitat [35]. Per a Leyva, es pot afirmar amb total rotunditat que el sexe no té edat, malgrat que la sexualitat en les persones grans, continua sent un tema desconegut i maltractat per la societat. Exposa també, que la població general (i també els professionals de la salut) concep el sexe entre els ancians com un fet anormal, fins a arribar a assumir, en ocasions, que les persones grans són sers asexuals [21].

La idea de l'activitat sexual fins al final de la vida és totalment oposada a les idees preconcebudes de la família, incloent-hi els fills, el personal que atén l'ancià (metge i no mèdic), i pot ser contrària a les expectatives dels mateixos interessats, els quals se senten sovint sorpresos, i fins i tot una mica culpables, en veure que el seu funcionament sexual es manté. Tot i així, cada vegada sembla més clar i acceptat que la funció i la satisfacció sexual són possibles i desitjables per a la majoria d'ells i que el desig, el plaer i la capacitat sexual poden durar tota la vida [31].

Mulligan planteja que les persones poden tenir una sexualitat activa en la vellesa, malgrat és evident, la existència d'un procés de canvi, el propi del procés d'envellir. En l'home pot haver-hi una disminució de la libido i de la rigidesa del penis, augment de l'estímul penià directe per assolir l'erecció, disminueix la força expulsiva ejaculatòria, i es perllonga el període refractari. No obstant això, la urgència ejaculatòria disminueix, el que protegeix d'ejaculació precoç i facilita un coit prolongat. L'excés d'alcohol i les malalties com hipertensió, diabetis i dèficit de vitamina B12 afecten la sensibilitat peniana. La malaltia vascular és la primera causa de disfunció erèctil, i inclou la malaltia arterial oclusiva i la fuita venós penià. En la dona, la libido pot disminuir per factors múltiples; si no hi ha reemplaçament hormonal, la menopausa produeix canvis involutius en els òrgans urogenitals, com atrofia vaginal i disminució de la lubricació. Això, és menor en les dones sexualment actives. La capacitat sexual i la sensació al clítoris romanen intactes, i l'orgasme roman fins edat molt avançada però sol ser menys explosiu [36].

Avui dia podem afirmar que la sexualitat en la vellesa ha de ser emmarcada dins de l'estreta relació que existeix entre els aspectes biològics, psicològics i socials, i que els canvis fisiològics en l'ancià no són barreres per tenir relacions sexuals, i que malgrat

les limitacions que es puguin imposar en alguns aspectes, permet activitat i satisfacció sexual en la vellesa [32].

4. Metodologia

Per tal d'assolir els objectius exposats anteriorment, proposo dur a terme un estudi fenomenològic. Al 1927, Heidegger, desenvolupa la concepció formal de la fenomenologia, a partir dels precedents establerts per Husserl, i proposa la fenomenologia interpretativa o hermenèutica com a una metodologia filosòfica per a descobrir el significat del ser o l'existència dels sers humans, d'una manera diferent a la tradició positivista. La fenomenologia hermenèutica com a mètode de recerca, es basa en la filosofia ontològica de Heidegger, i com a tal, està interessada en entendre els fenòmens en els seus propis termes [37, 38].

La metodologia fenomenològica, està indicada quan no hi ha raons per dubtar de la bondat i veracitat de la informació i l'investigador no ha viscut ni li resulta gens fàcil formar idees i conceptes adequats sobre el fenomen que s'estudia donada la diferència amb la seva realitat personal [39].

Donat que la finalitat de l'estudi és descriure i analitzar un fenomen per tal de comprendre'l, i no mesurar-lo ni saber en quina freqüència té lloc, i donat que les variables d'estudi són les qualitats d'aquest fenomen, considero oportú concebre'l i dissenyar-lo com a un estudi qualitatiu. La investigació qualitativa, es caracteritza pel fet d'enfocar i plantejar els fets des de la manera com els viuen les persones que estan sent estudiades. De manera que el paper dels investigadors, consisteix en entendre e interpretar el que succeeix, fet realment complicat, per una banda, perquè els investigadors no poden abstruir's totalment de la seva pròpia història, creences i personalitat, i per l'altra, per la complexitat dels fenòmens humans [40].

La població diana de l'estudi, són les persones majors de 65 anys. Donada la individualitat de cada persona, entenc que la etapa de la vellesa, s'inicia en moments de la vida diferents en cada cas, i que aquesta, no està marcada exclusivament per l'edat, sinó per la realitat personal de cada individu. Per a la selecció de la mostra, em reuniré amb l'equip directiu del casal d'avis "*Espai de gent gran de l'esquerra de l'Eixample*" al qual li exposaré el meu projecte i la meua intenció, així com també els objectius i l'aplicabilitat d'aquest estudi en el context del casal d'avis, de manera que, la seva col·laboració, no sigui un gest purament altruista, sinó que, paral·lelament,

benefici la seva institució. Comptant amb la seva autorització, realitzaré diferents tasques de difusió, com xerrades informatives o la col·locació de cartells explicatius que convidin a les persones del casal a formar part de l'estudi. Entenc, que al tractar-se d'un tema tan íntim, i amb les connotacions negatives que socialment s'hi han associat, l'estratègia per a la captació de participants, s'haurà de realitzar de manera discreta, per evitar que la pressió de l'entorn, condicioni la participació dels usuaris i usuàries en l'estudi.

Mostreig

Inicialment, seleccionaré una mostra de 15 persones, intentant que es tracti d'una mostra suficientment heterogènia, per tal d'obtenir major riquesa i diversitat en la recollida de dades. Es tractarà d'un mostreig intencionat amb les estratègies *bola de neu* i *experts*. D'entrada, demanaré als/les professionals del centre (educadors socials, coordinadors...) que em proporcionin els noms de les possibles persones que, segons els seus criteris, podrien ser idònies per a participar. Per motius de legalitat i ètica, caldrà que aquests/es professionals comptin amb l'autorització d'aquestes persones per a proporcionar-me les seves dades (el seu nom i un telèfon de contacte). Un cop tingui algunes persones com a referents, els hi demanaré a elles que em suggereixin altres noms de persones que considerin que s'hi podrien sumar, un cop més, amb la prèvia autorització d'aquestes persones a que la se'm faci conèixer la seva identitat.

La mida de la mostra serà ajustable a la quantitat de text que es generi de les seves entrevistes, de manera que, si durant el procés, considero necessari ampliar o reduir el grup que configura la mostra, ho faré segons convingui. El criteri principal que acotará la mida de la mostra, serà la saturació teòrica, de manera que, arribat el punt en que la realització de noves entrevistes, no genera noves dades (malgrat les diferències en l'expressió d'aquestes i els petits matisos), s'aturarà el procés de recollida de dades [41].

Context

El districte de l'Eixample, comprèn un territori de 7,48 km² on hi viuen 265.592 habitants (segons el cens del 2012), fet que el converteix en el districte més poblat de la ciutat. D'aquesta població, el 53.8% són dones i el 46.2% són homes, i la major part d'aquests (el 60.8%) són nascuts a Barcelona o altres parts de Catalunya [42].

Es tracta d'un entorn urbà, on les persones que hi viuen disposen (en principi) de tots els recursos sanitaris, socials i culturals, necessaris per al seu desenvolupament, així com també, tenen, suposadament, accés a tota la informació necessària pel que fa a la seva salut, i, per tant, a la seva sexualitat. L'atur registrat al 2012, configurava el 14.2% de la població total.

Del total de persones que viuen soles, les majors de 65 anys, configuren el 41,8%, fet a tenir en compte a l'hora de definir si les persones grans, tenen o no habitualment, una parella amb qui conviuen.

Aspectes ètics i jurídics

Tots els/les participants, seran informats dels seus drets i deures de participar en l'estudi. S'aplicarà la *declaració de Helsinki*, adoptada per l'Associació mèdica mundial (WMA) al 1964, i que té per principi bàsic el respecte per l'individu (Article 8), el seu dret a l'autodeterminació i el dret a prendre decisions informades (consentiment informat) (Articles 20, 21 i 22) incloent la participació en la investigació, tant a l'inici com durant el curs de la investigació. El deure de l'investigador és solament cap al pacient o el voluntari (Articles 16 i 18), i mentre existeixi la necessitat de portar a terme una investigació (Article 6), el benestar del subjecte ha de ser sempre superior als interessos de la ciència o de la societat (Article 5), i les consideracions ètiques han de venir sempre de l'anàlisi precedent de les lleis i regulacions (Article 9).

Garantiré l'anonimat i la confidencialitat de tots els aspectes que els comprometin personalment (segons la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal), i asseguraré que els participants entenen i accepten completament, tot el que suposa la seva participació en l'estudi. Caldrà que els participants signin el consentiment informat per tal de poder participar en l'estudi. Utilitzaré pseudònims per a protegir la identitat dels participants, i només l'investigador (en aquest cas, jo) tindrà accés a les dades originals.

Després d'haver acordat amb ells/es les condicions de l'estudi, iniciarem la planificació de cites per a realitzar les entrevistes.

Recollida de dades

Els participants seran entrevistats en una única ocasió. Si posteriorment fos necessari, els citaria de nou per a omplir buits en les seves descripcions a l'hora que clarificar o

ampliar determinades informacions que consideri oportunes. Realitzaré entrevistes semi – estructurades, partint d'un guió prèviament establert, amb uns ítems o àrees temàtiques concretes, però deixant lloc a les preguntes i inquietuds que puguin sorgir espontàniament amb cada entrevistat. Donades les característiques de l'estudi, el més adequat seria, potser, utilitzar l'entrevista no estructurada, on ni la forma ni el contingut de les preguntes estan preestablerts, i el rol de l'entrevistador, consisteix en incitar i animar a l'entrevistat a expressar les seves idees i pensaments sobre els temes que interessin per a la investigació [41], però donada la meua manca d'experiència en l'àmbit de la investigació, considero que partint d'una base preestablerta, podré treure més rendiment de les entrevistes, i aquestes, transcorreran de manera més fluida. Pel que fa a l'entrevista estructurada, donada la seva rigidesa, descarto aquest mètode d'entrada, ja que considero que, partint de la base que cada persona viu i entén la seva sexualitat de manera diferent, la idea de plantejar una entrevista on tots els participants respondran les mateixes preguntes, és molt poc coherent.

L'espai on es realitzaran aquestes entrevistes, el decidiran els propis entrevistats segons les seves preferències i el que millor s'adapti a les seves necessitats, entenent que es tractarà d'un entorn lliure de perills i que afavoreixi a la conversa (sense contaminació acústica, etc). Tot i així, hauré sol·licitat algun espai del casal on poder citar-me i entrevistar als participants en el cas que els hi sembli adequat fer-ho així. El meu objectiu durant l'entrevista, serà crear un clima de confiança, naturalitat i comoditat, de manera que faré el possible per comptar amb unes instal·lacions confortables i hi haurà refrigeris a disposició dels entrevistats.

Anàlisi de dades

Les entrevistes seran gravades (només en àudio) i, posteriorment, transcrites de manera literal, per a garantir que no es perd informació. La interpretació del text i l'anàlisi de les seves dades, es realitzarà mitjançant la lectura reflexiva de cada cas, i la posterior agrupació i classificació segons temes escollits. Per a avaluar estudis qualitatius, cal tenir en compte les realitats de la investigació qualitativa i les complexitats del fenomen humà que és pretén entendre [43].

Per a l'anàlisi de les dades, proposo el mètode de comparació constant. El mètode de comparació constant, creat per Strauss i Glaser, és una aproximació al anàlisi de les dades qualitatives que combina la codificació explícita de dades amb el desenvolupament de teoria. El seu principal objectiu és la creació de teoria i no tant el

descobriments o la comprovació d'aquesta. Per arribar a construir aquesta teoria, el mètode suggereix el plantejament de preguntes sensibilitzadores, de naturalesa tant teòrica com pràctica i estructural. Així mateix, es requereix la comparació de successos pel que fa a les seves característiques, dimensions, semblances i diferències. L'anàlisi basat en el mètode de les comparacions constants, consta de tres fases :

a) Codificació oberta: en la qual es duu a terme una anàlisi descriptiva inicial l'objectiu principal és identificar categories de significat.

b) Codificació axial: en la qual s'identifiquen les relacions entre les categories amb les subcategories.

c) Codificació selectiva: en què s'integren, es refinen i es completen les categories a la recerca d'una categoria central [44].

En aquest cas, la finalitat amb la que aplicaria aquest mètode, no és la de generar teoria, sinó que, seguint la tradició fenomenològica de l'escola de Duquesne (A. Giorgi i CE Moustakas, entre d'altres), que té per objectiu descriure el significat d'una experiència a partir de la visió dels que han tingut aquesta experiència, la finalitat és comprendre i interpretar el fenomen d'estudi, i fer-ho mitjançant el mètode de comparacions constants, donada la seva provada validesa.

Criteris de rigor

El primer problema que planteja la revisió crítica d'un estudi interpretatiu té a veure amb la diversitat de possibles interpretacions atenent la base teòrica i conceptual que utilitzi l'investigador per dirigir la seva investigació [44]. En la interpretació de les dades obtingudes de l'entrevista, caldrà tenir presents aspectes de lectura crítica, com els criteris de rigor [44]. El rigor és un *concepte transversal en el desenvolupament d'un projecte d'investigació, i permet valorar l'aplicació escrupolosa i científica dels mètodes d'investigació i de les tècniques d'anàlisi per a obtenir i processar les dades.* [44]

Dos pilars fonamentals en el rigor d'una investigació qualitativa, són la fiabilitat i la validesa. La primera, es refereix a la possibilitat de replicar estudis, (és a dir, que un altre autor obtingui resultats similars aplicant el mateix mètode) i assegura que els resultats representen fets reals i inequívocs, així com també garanteix que les respostes obtingudes en les entrevistes, són independents a les circumstàncies de

l'estudi. [45] Pel que fa a la validesa, aquesta passa comptes del grau de fidelitat amb que es mostra el fenomen investigat, i es pot obtenir a través de diferents mètodes, entre els més usuals es troben: la triangulació, la saturació i el contrast amb altres investigadors [45].

Un altre criteri de rigor, és la credibilitat, també nominada com *autenticitat*, i Es refereix a la aproximació que els resultats d'una investigació han de tenir en relació amb el fenomen observat, així l'investigador evita realitzar conjectures a priori sobre la realitat estudiada. S'entén que s'ha assolit aquest criteri, quan les troballes de l'estudi són reconegudes com a "certes" o "verdaderes" per les persones que han participat en l'estudi i per altres professionals sensibles amb l'àrea d'estudi [46].

Per altra banda, la *transferibilitat* o *aplicabilitat*, consisteix a poder transferir els resultats de la investigació a altres contextos [47], i, finalment, la *consistència* o *dependència*, són criteris que pretenen assegurar l'estabilitat de les dades. En la investigació qualitativa, per la seva complexitat, l'estabilitat de les dades no està garantida, així com tampoc la *replicabilitat* exacta d'un estudi, donada l'àmplia varietat de situacions o realitats analitzades per l'investigador [47].

Per a garantir tots aquests aspectes de rigor, es duran a terme algunes estratègies com el contrast dels meus resultats amb estudis ja realitzats, la validació amb altres autors sensibilitzats amb el tema d'estudi, la triangulació (és a dir, l'ús de diferents mètodes per a la recollida i l'anàlisi de dades així com també per a l'establiment de conclusions) i el contrast del text extret de les entrevistes amb els propis entrevistats (demanar als participants de l'estudi que confirmin que allò que s'ha extret de les seves entrevistes, reflexa el missatge i la intenció que ells pretenien).

Recursos humans i materials

La realització d'aquest estudi generarà la despesa d'uns 150€ aproximadament, dels quals, 50€ serien destinats a la compra d'una gravadora de veu, 10€ a material bàsic d'oficina, 50€ per a la impressió de pòsters i material de difusió i 40€ per a comprar refrigeris per als participants de l'estudi. Aquest pressupost no inclou els honoraris de la investigadora, ja que, d'entrada l'estudi es realitzaria sense ànim de lucre. Posteriorment, s'intentaria fer difusió dels resultats mitjançant la publicació d'aquests en alguna revista científica o en la participació en un congrés.

La realització de l'estudi, acabarà, finalment, amb la realització d'un feedback a les persones que hi ha participat, més a altres que pertanyin al casal d'avis i que vulguin presenciar-lo. A banda del meu agraïment, exposaré les conclusions principals extretes de l'estudi, de manera clara i dinàmica. També realitzaré un petit recull de diferents recursos (lectures, telèfons d'interès...) que puguin ser d'interès a les persones del casal pel que fa a la seva sexualitat, i el deixaré a la seva disposició.

Cronograma

La distribució en temps de cadascuna de les tasques necessàries per a l'elaboració del projecte, serà la següent:

Durada en mesos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Disseny de l'estudi	■											
Elaboració del marc teòric		■	■	■								
Gestionar la col·laboració amb el casal d'avis de l'Eixample					■	■						
Recollida de dades							■	■	■			
Anàlisi i interpretació de dades							■	■	■			
Discussió i anàlisi de resultats										■		
Feedback als participants											■	
Difusió dels resultats												■

5. Consideracions finals i implicacions per a la pràctica infermera

La metodologia qualitativa, pretén comprendre a les persones de manera integradora i holística, valorant, més enllà dels fets, el que aquests fets signifiquen per a les persones que els experimenten. En una societat amb una tendència clarament quantitativa, on el que prima són els resultats, els números, i les posicions que ocupem en un *ranking*, crec que una mirada més enfocada a les qualitats, més al com i no tan al quant, és molt necessària en, pràcticament, tots els aspectes que vulguem

analitzar. La voluntat de comprendre allò que ens envolta, sense posteriorment atorgar-li un valor numèric, sembla sovint, quelcom absurd, improcedent. El mètode qualitatiu, en cap cas s'oposa al quantitatiu, sinó que l'integra i l'implica, especialment on sigui important [45], de manera que la posada en pràctica d'aquesta mirada investigadora, no és exclouent de l'altra.

Possiblement, la realització d'aquest estudi no salvi la vida de cap persona ni faci variar les xifres de cap escala ni estadística, però és possible que serveixi com a motor de canvi, d'invitació a la reflexió i a la construcció de nous enfocaments en la nostra pràctica infermera. El fet de tenir present, d'entrada, la sexualitat de les persones grans com a una necessitat més, és (per a mi) una garantia de valoració integral, completa, real i holística per part la infermera que la du a terme; un potenciador de benestar cap a la persona a qui atenem, i un clar símptoma de professionalitat que està per sobre d'allò que ens han dit i d'allò que hem cregut sense fer massa preguntes per si la resposta ens incomoda.

El creixement continu de la franja poblacional de persones majors de 65 anys i l'augment universal de l'esperança de vida, o, sense anar tan lluny, el fet que als hospitals, dia a dia veiem com les persones a qui atenem, són cada cop més grans, genera la necessitat irrevocable de reflexionar sobre els aspectes que influencien en la qualitat de vida i el benestar d'aquest grup poblacional, (més enllà de les xifres de morbimortalitat i les malalties), per tal de garantir un envelliment digne, que es pugui viure de manera plena, i que no sigui un simple tràmit previ a la mort. Quin és, si no el benestar dels nostres pacients, l'objectiu de la nostra professió?

La sexualitat de les persones grans com a indicador de qualitat de vida, requereix una major comprensió sobre tots aquells aspectes que hi intervenen i la configuren, que són molts més que els canvis morfofisiològics del propi procés d'envellir [43]. Malgrat aquesta realitat, culturalment tenim molt arrelada la impossibilitat de que la vellesa sigui una etapa plena, on la persona es segueixi cultivant i sentint plaers. Al fet de ser una societat gerontofòbica, que culturalment, ha rebutjat sempre tot allò relacionat amb la vellesa (tant persones, com idees, com objectes) s'hi suma una concepció de la sexualitat marcada per factors religiosos, mites, tabús i prejudicis.

6. *Autoavaluació crítica*

Amb la sexualitat en la vellesa, com a fil conductor, la realització d'aquest treball, ha estat una excusa per a aprofundir en alguns aspectes en els quals hi tinc fortes

mancances, com la gestió de la informació i del temps, la cerca del rigor i la formalitat, el seguiment de “mètodes” i l’organització. Tots aquests, continuen sent aspectes a reforçar i a millorar en mi, i són alhora competències bàsiques que ha d’assolir un investigador/a.

Han estat nombrosos els beneficis que he extret de l’elaboració d’aquest projecte, el qual he realitzat sota la visió de que representava el tancament d’una etapa de formació i de construir-me com a professional, de manera que, he intentat en tot moment, que aquest treball portés l’empremta de tot allò que he après durant aquests anys, i de tot allò en el que crec que una infermera hauria de creure.

La necessitat de llegir i documentar-se que genera tota investigació, m’ha fet anar a parar a les obres d’alguns autors als qui ni tan sols coneixia, i que alguns d’ells, són ara referents per a mi, així com també, en el cas oposat, ha fet que topés amb idees que en cap cas comparteixo, però que la seva lectura ha estat positiva per a reafirmar-me en les meves pròpies.

He tingut l’oportunitat de conèixer nous instruments d’investigació, com algunes bases de dades, i eines acadèmiques, com determinats programes informàtics que desconeixia.

Tot i tenir un alt contingut reflexiu i crític, és cert que aquest projecte té algunes mancances pel que fa a la neutralitat en l’exposició de les idees, ja que en tot moment existeix un cert posicionament cap a unes ideologies concretes. També té, com no, les mancances característiques dels projectes d’investigació qualitativa, com són les limitacions en l’extrapolació dels resultats, però conté alhora, la riquesa d’aquest mètode, que és la voluntat *d’entendre* més enllà de *saber*.

Glossari

- *Sexualitat Coitocèntrica*: Visió que limita la sexualitat a la pràctica del coit, centrant-se en el coit com a element fonamental i obviant-ne altres dimensions.
- *Sexualitat Genitocèntrica*: Enfocament de la sexualitat centrat en els genitals.
- *Sexualitat reproductiva*: Enfocament de la sexualitat amb finalitats únicament reproductives.
- *Heterosexisme*: Plantejament que assumeix el judici avançat de que la sexualitat té lloc, sentit, i validesa, només, entre persones de diferent sexe.
- *Gerontofobia*: és l'aversion obsessiva cap als ancians, que implica, psicològicament parlant, un temor irracional compulsiu cap a la pròpia vellesa.
- *Feminisme*: Moviment social i polític que exigeix, per a les dones, els mateixos drets que per als homes, defugint de l'opressió, dominació i explotació que exerceix el sistema patriarcal sobre el sexe femení.
- *Humanisme*: en el sentit ampli, significa valorar l'ésser humà i, sobretot, la condició humana.

Bibliografía

1. Foucault, M. Historia de la sexualidad: el uso de los placeres (Vol. 2). siglo XXI. 2002
2. OMS. Organización mundial de la salud, Working Definitions [Definicions bàsiques], Disponible a: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
Consultat en Febrer/ 15, 2014.
3. Tambiah, Y. Sexualidad y derechos humanos. From Basic Needs to Basic Rights: Woman's claim to Human Rights. 1995
4. Parera, J., Suso, A., Santolín, L., Salomón, S., Carena, J. Sexualidad en el personal de salud. 2011; 1 (7).
5. Lagarde, M La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. *Metodología para los estudios de género. México: UNAM, 1996; 48-71*
6. Lamas, M. Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. *Debate feminista* (10), 1999; 84-106.
7. Braidotti, R., Ventureira, G., Femenias, M. L. *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. A. F. Pfeiffer (Ed.) eBarcelona Barcelona: Gedisa. 2004.
8. Butler, J. Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate feminista*, 1998; 18(9), 296-314.
9. Butler, J. Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. *Teoría Feminista y Teoría Crítica*. Valencia: Edicions Alfons El Magnànim, 1990.
10. INE. Instituto Nacional de Estadística, www.ine.es, [última consulta 20/03/2014], disponible a: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario12/anu12_02demog.pdf
11. Femenías, M. L. Sobre sujeto y género:(Re) Lecturas feministas desde Beauvoir a Butler. 2012.
12. Watson J. Nursing: Human science and human care. Connecticut: Appleton-Century Croft; 1985

13. Urra, E., Jana, A., García, M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 2011; 17(3), 11-22
14. Benner, Patricia. "From novice to expert." *Menlo Park* (1984).
15. Castro, R., & Bronfman, M. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9(3), 375-394.
16. González Gil, T. Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los cuidados*, año IX, 2005; nº 17, 1, 33-40
17. Carrasco Acosta, M. D. C., Márquez Garrido, M., & Arenas Fernández, J. Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*, año IX, 2005; nº 18, 2, 52-59
18. Antonín Martín, M., Flor Pérez, P., & Tomás Sabado, J. Mujer y cuidados: ¿ historia de una relación natural?. *Cultura de los cuidados*, Año VII, 2003; n. 13, 36-39
19. Kolodny RC. Manual de sexualidad humana. Madrid: Pirámide; 1982
20. Leyva - Moral JM. La expresión sexual de los ancianos: una sobredosis de falsos mitos. *Índex de enfermería*.
21. García- Moreno J, Viniegra Velázquez L. Desarrollo de una postura ante la sexualidad en personal de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47: 205- 210.
22. Herrera P. A. Sexualidad en la vejes ¿ mito o realidad? *Revista chilena de obstetricia i ginecología*. 2003; 68(2): 150- 162.
23. Henderson, V. The nature of nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 1964; p. 62-68
24. Gordon, M. *Nursing diagnosis: process and application* (Vol. 3). St. Louis: Mosby. 1994.
25. Canclini, N. G. Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular. *Nueva Sociedad*, 1984; 71, 69-78.
26. Navarro Sarabia, J. I., Rodríguez López, C. M., Garrido Fernández, P., De la Rosa

Herrera, E., Moreno Martínez, A., & Robles López, A. Valoración del Patrón de la Sexualidad: atención integral de la salud de las personas. *Enfermería Global*, 2013; 12(3), 1-13

27. Azúa Blanco, M Dolores y Solans García, M A. Sexualidad en las personas mayores. *Gerokomos*. Feb. 1996; VII(16):35-41.

28. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la acción. Guatemala, 2000

29. Shell, J. A. Including sexuality in your nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 2007; 42(4), 685-696.

30. Pascual, B. M., Palarea, M. D. D., Francés, F. C., & Valera, J. M. A. Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 2004; 14(3), 150-157.

31. Martínez Gómez, V., Fernández Lois, P., & Ortega Laguna, M. (2007). Sexualidad y vejez. *AGATHOS: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, (3), 12-22.

32. Loreto Fernández, C. La sexualidad en la vejez. *Indice: Revista de estadística y sociedad*, 2006; (15), 14-16.

33. Martín Hernández, M., Rentería Díaz, P., & Sardiñas Llerenas, E. (2009). Estados clínicos y autopercepción de la sexualidad en ancianos con enfoque de género. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2), 0-0.

34. Domínguez, R. A. G., Rodríguez, L. M. N., Pupo, O. H., & Navarro, M. B. (2005). Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades. *Archivo Médico de Camagüey*, 9(4).

35. Gutiérrez, C. A. C. (2006). Sexualidad y vejez. *Revista Javeriana*, (721), 40-45.

36. Mulligan, T. Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. *Colombia Médica*, 1998; 29(4), 148-154

37. Espitia, E. C. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2000; 18(1), 27-35.

38. Bech, J. M. De Husserl a Heidegger: la transformación del pensamiento fenomenológico (Vol. 9). Edicions Universitat Barcelona, 2001.
39. Peón, F. V. Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social, México DF, FLACSO, 2004; 63-95.
40. Castillo, E., & Vásquez, M. L. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Corporación editora médica del Valle. 2003; 34: 164-167
41. March Cerdá, J. C., Rodríguez, P., Hernán García, M., & Solas Gaspar, O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria, 1999; 13(4), 312-319.
42. Ajuntamen de Barcelona, <http://www.bcn.cat/> [última consulta 05/05/2014], disponible a: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/guiadt02/index.htm>
43. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. Colomb Med 2003;34(3):164-7.
44. Coffey, A., & Atkinson, P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Alicante, 2005
45. Gálvez Toro A. Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Interpretativo. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2003; 42. Disponible en <http://www.index-f.com/indexenfermeria/42revista/42_articulo_39-43.php> [última consulta 22 d'abril 2014]
46. Goetz J, Lecompte M. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata; 1988
47. Martínez, M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico práctico, 1998; 4, 125-8.
48. Lucia Noreña A, Alcaraz Moreno N. Aplicabilidad de los criterios de rigos y éticos en la investigación cualitativa. AÑO 12 - VOL. 12 N° 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2012 | 263-274

