



Universitat Autònoma
de Barcelona



VIVÈNCIES DE LES DONES VÍCTIMES DE VIOLÈNCIA MASCLISTA SOBRE L'ATENCIÓ SANITÀRIA REBUDA

**Vivencias de las mujeres víctimas de violencia machista sobre la
atención sanitaria recibida.**

**Experiences of Women Victims of Sexist Violence Received
during Health Care.**

22 de maig de 2018,

Projecte Treball Final de Grau

Grau d'Infermeria, 4t curs

Ariadna Tigri Santiña

Dr. Juan Manuel Leyva Moral

Universitat Autònoma de Barcelona

Agraïments

La realització d'aquest treball sobre les vivències de les dones víctimes de violència masclista ha significat per a mi la primavera de la meva pròpia revolució feminista: l'inici d'una nova etapa de regeneració, de floriment de noves lluites en pro de les persones, de naixement de petites idees i valors amb vida pròpia que es quedaran en mi i m'acompanyaran en les revolucions que vindran en un intent de donar colorit al paisatge del món en què vivim, després de l'hivern que constitueix la regressió dels drets humans que estem patint. En aquest procés hi han col·laborat moltes persones de les quals m'agradaria fer una petita menció en agraïment.

En primer lloc, al tutor del treball el Dr. Juan Manuel Leyva Moral, per ser el primer raig del sol en el mes de març, que tot i que arriba a quart d'infermeria igual que a finals de març la primavera, però a temps per fer florir una nova llavor en mi. Gran part del grau ha sigut per a mi una lluita constant entre la biomedicina tècnica i la cura humana de les persones i ets un exemple de la passió per la confluència entre ambdues i la lluita en la millora de la professió. Gràcies.

Agrair també a les dones humanistes i científiques de la meva vida, en simbiosi, vosaltres ja sabeu qui sou, per ser-hi i fer-me saber que hi sou, per haver fet que no perdi mai les meves referents, com l'escriptora i poeta Rupī Kaur, una referent per a mi igual que ho sou vosaltres.

A la meva mare, per ser la dona forta, valenta i lliure en qui emmirallar-me, i a la meva àvia a qui admiro i respecto, però que m'ha ensenyat la vida que no vull que se'm sigui imposada.

Per últim, agrair a totes les dones que han iniciat també aquesta primavera de la revolució feminista, a les que van sortir al carrer el 8 de març de 2018 i, en especial, a les que no ho van poder fer, en una de les manifestacions que seran recordades com un clam històric de les dones. Per defensar el feminisme, quelcom tant revolucionari com la igualtat de drets entre les dones i els homes. La societat patriarcal ens ha arravatat moltes coses durant segles, però entre elles també ens ha acabat arrencant la por. Mencionar també als homes que ens acompanyen en aquesta lluita i, en especial, al qui forma part de la meva vida. A totes les que vindran: no dubteu mai que sou valuoses, fortes i mereixedores de totes les possibilitats del món.

*My heart aches for sisters more than anything
it aches for women helping women like flowers
ache for spring.*

- Rupī Kaur, Milk and Honey.

ÍNDEX

| | |
|--|----|
| Agraïments | 2 |
| Resum | 4 |
| 1. Introducció..... | 6 |
| Problema de salut | 6 |
| Antecedents | 7 |
| Marc teòric..... | 7 |
| 2. Propòsit de l'estudi | 9 |
| Objectius específics | 9 |
| 3. Metodologia..... | 10 |
| Àmbit de l'estudi i mostra | 10 |
| Recollida de dades | 11 |
| Anàlisi de les dades | 12 |
| Aspectes ètics | 13 |
| Criteris de rigor i qualitat de les dades | 13 |
| 4. Limitacions i dificultats | 14 |
| 5. Utilitat i aplicació dels resultats | 14 |
| 6. Pla de treball: cronograma d'activitats | 16 |
| 7. Bibliografia..... | 17 |
| 8. Annexes | 20 |
| Annex I: Formulació del problema, planificació de la cerca i fonts d'informació..... | 20 |
| Annex II: Informació de l'estudi i consentiment informat | 25 |
| Annex III: Acord de confidencialitat..... | 28 |
| Annex IV: Guió d'entrevista | 30 |

“A nosotros ahora nos corresponde luchar y lo haremos con cariño, respeto y educación... que nuestro sufrimiento se transforme en sabiduría”.

Carta de I. Tissot a su hija M. Margot Sumi Tissot asesinada por su pareja el 5 de enero de 2006.

RESUM

Introducció: La violència masclista és un problema de salut pública mundial que afecta aproximadament a un terç de les dones a tot el món. Els professionals sanitaris, especialment els/les infermers/es, constitueixen un grup fonamental en la prevenció, detecció precoç i acollida de les víctimes, però pocs són els estudis que es duen a terme al respecte.

Objectius: Descriure les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda en Centres d'Atenció Primària de Barcelona.

Mètode: Es proposa un estudi qualitatiu de disseny fenomenològic descriptiu. La població diana estarà formada per dones víctimes de violència masclista ateses en Centres d'Atenció Primària de Barcelona. Es realitzarà mostreig de conveniència, fins a la saturació de dades, amb la col·laboració dels/les treballadors/es socials dels CAPs. La recollida de les dades es realitzarà mitjançant històries de vida, entrevistes semiestructurades i el quadern de camp. L'anàlisi de dades de contingut temàtic inductiu serà dut a terme a partir del mètode descrit per Giorgi.

Limitacions: Les principals limitacions de l'estudi són el biaix en els relats de les participants a conseqüència d'haver de recordar experiències passades i les característiques de la mostra, tant pel mostreig de conveniència com el mètode de contacte emprats, principalment deguts a la dificultat d'acostament i selecció de les participants, sent interessant un estudi amb mostreig teòric.

Implicacions: Els resultats de l'estudi permetran no només indagar en els relats més íntims i, per tant, en les emocions, les pors i angoixes que viuen les dones víctimes de violència masclista en ser ateses pel sistema sanitari, sinó que també permetrà millorar l'assistència sanitària que s'ofereix, enfrontant-se al model mèdic hegemònic actual, adoptant una visió més humana de les cures i, per què no, amb més perspectiva de gènere.

RESUMEN

Introducción: La violencia machista es un problema de salud pública mundial que afecta aproximadamente a un tercio de las mujeres en todo el mundo. Los profesionales sanitarios, especialmente los/las enfermeros/as, constituyen un grupo fundamental en la prevención, la detección precoz y la acogida de las víctimas, pero pocos son los estudios que se llevan a cabo.

Objetivos: Describir las vivencias de las mujeres víctimas de violencia machista sobre la atención sanitaria recibida en los Centros de Atención Primaria de Barcelona.

Método: Se propone un estudio cualitativo con un diseño fenomenológico descriptivo. La población diana estará formada por mujeres víctimas de violencia machista atendidas en los Centros de Atención Primaria de Barcelona. Se realizará muestreo por conveniencia, hasta la saturación de datos, con la colaboración de los/las trabajadores/as sociales de los CAPs. La recolección de los datos se realizará mediante historias de vida, entrevistas semiestructuradas y el

cuaderno de campo. El análisis de datos de contenido temático inductivo se llevará a cabo a partir del método descrito por Giorgi.

Limitaciones: Las principales limitaciones del estudio son el sesgo en los relatos de las participantes a consecuencia de tener que recordar experiencias pasadas y las características de la muestra, tanto por el muestreo de conveniencia como el método de contacto empleados, principalmente debidos a la dificultad de acercamiento y selección de las participantes, siendo interesante un estudio con muestreo teórico.

Implicaciones: Los resultados del estudio permitirán no solo indagar en los relatos más íntimos y, por lo tanto, en las emociones, los miedos y las angustias que viven las mujeres víctimas de violencia machista al ser atendidas por el sistema sanitario, sino que también permitirán mejorar la asistencia sanitaria que se ofrece, enfrentándose al modelo médico hegemónico actual, adoptando una visión más humana de las curas y, por qué no, con más perspectiva de género.

ABSTRACT

Introduction: Sexist violence is a problem of global public health, which affects approximately one-third of the women around the world. Health professionals, especially nurses, are a key group in the prevention, early detection and reception of the victims, but there are very few studies that are carried out.

Objectives: Describing the experiences of women victims of sexist violence received health care in Barcelona's Primary Care Centers.

Method: Proposes a qualitative study with phenomenological descriptive design. The target population will consist of women victims of sexist violence addressed in Primary Care Centers of Barcelona. Sampling will be done by convenience, up to the saturation of data, with the collaboration of the social workers of the Primary Care Centers. The data collection will be made by life stories, semi-structured interviews and the field journal. There will be an inductive theme data analysis of the content using the method described by Giorgi.

Limitations: The main limitations of the study are the bias in the stories of the participants as a result of having to recall past experiences and the characteristics of the sample, both by convenience sampling and the contact method used, mainly due to the difficulty of approach and selection of the participants, being interesting a study with theoretical sampling.

Implications: The results of the study will allow not only to inquire into the most intimate stories and, therefore, in the emotions, fears and anxieties that women victims of sexist violence feel when they get in touch with the medical system, but will also improve the health care offered, facing the current hegemonic medical model, adopting a more human view of the taking care process and, why not, with more gender perspective too.

1. INTRODUCCIÓ

Problema de salut

Les Nacions Unides defineix la violència contra la dona com *“tot acte de violència de gènere que resulti, o pugui tenir com a resultat un dany físic, sexual o psicològic per a la dona, inclusivament les amenaces de tals actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, tant si es produeixen en la vida pública com en la privada”* (ONU, 1993). La violència masclista¹ no és un fenomen nou, ni les seves conseqüències per a la salut física, mental i reproductiva de les dones. Segons la OMS, la violència contra les dones és un problema de salut pública mundial que afecta aproximadament a un terç de les dones a tot el món. L'acció doncs és clarament necessària, i el sector de la salut té un paper especialment important que exercir a l'hora de donar resposta a la violència contra la dona (World Health Organization, 2013).

En el *IX Informe del Observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2015*, es xifra el nombre total de víctimes mortals de l'1 de gener de 2003 al 31 de desembre de 2015 en 826 dones, anys en què es van realitzar 1.181.370 denúncies, 129.193 només l'últim any (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). D'altra banda, en la *Macroenquesta de Violencia contra la mujer 2015*, un 66,3% de les dones que no ha patit violència durant l'últim any declara tenir una salut bona o molt bona, xifra que es redueix al 58% en aquelles dones que sí en són víctimes recents, el que evidencia l'impacte negatiu del maltractament sobre la salut subjectiva de la dona. I, no només a nivell subjectiu, ja que també presenten un percentatge més alt de símptomes manifestats, sent més pronunciada aquesta diferència en els psíquics com l'ansietat i la fatiga permanent (De Miguel, 2015). A llarg termini, són més propenses a patir artritis, dolor crònic, problemes digestius, càncer, depressió i addicions (Handley et al., 2015; López-Martinez et al., 2016). Endemés, l'augment dels riscos per a la salut d'aquestes dones incrementa quan, inadvertidament, el fet de reviure experiències traumàtiques o angoixants en l'atenció mèdica actua com a barrera en accedir a l'assistència sanitària necessària, per exemple, en la detecció de càncer de cèrvix (Cadman, Waller, Ashdown-Barr, & Szarewski, 2012), fins al punt en què diverses dones descrivien en un estudi maneres en què es preparaven per afrontar, i cuidar d'elles mateixes, després d'experimentar vivències difícils durant l'atenció sanitària rebuda (Reeves, E. A., & Humphreys, J. C., 2017). Aquest fet resulta rellevant tenint en compte que els centres de salut són el segon lloc on s'ha rebut més assistència formal amb un 22,4% només precedit pels psicòlegs i psiquiatres amb un 29,2% (De Miguel, 2015), situació davant la qual les actituds i creences dels professionals juguen un paper fonamental en l'abordatge del problema (Macias, 2012).

¹S'utilitza el terme “violència masclista” en consonància amb la Llei catalana 5/2008 del 24 d'abril sobre els Drets de les Dones a Erradicar la Violència Masclista en què s'utilitza aquesta expressió perquè *“el masclisme és el concepte que de manera més genèrica defineix les conductes de domini, control i abús de poder dels homes sobre les dones i que, a la mateixa vegada, ha imposat un model de masculinitat que encara es valorat per una part de la societat com a superior”*. No obstant això, el terme més utilitzat és “violència de gènere” o “violència contra la dona”, exportat de l'anglès *“gender-based violence o gender violence”* o *“violence against women”* sent aquest el que s'incorpora en la majoria de lleis autonòmiques específiques inclosa la Llei estatal.

Antecedents

Els professionals sanitaris, especialment les infermeres, constitueixen un grup fonamental en la prevenció, detecció precoç i en l'acollida de les víctimes sent una peça clau en el seguiment del procés, assessorament i suport psicològic (Pérez García & Manzano Felipe, 2014). Són nombrosos els protocols d'intervenció com, per exemple, el redactat pel Govern d'Espanya (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012), però nul·les les avaluacions de la seva efectivitat. Una part important de la investigació publicada va encaminada als grups considerats de més risc dins del col·lectiu femení com les dones immigrants, dependents, les que viuen amb malalties de transmissió sexual com l'VIH, i actualment està creixent l'interès per aquelles pertanyents al col·lectiu LGTBI² i, malgrat tot, les evidències en són escasses (Modi, Palmer, & Armstrong, 2014; O'Brien et al., 2017). Els col·lectius més implicats en la lluita contra la violència masclista són les llevadores juntament amb els professionals d'Atenció Primària. No obstant això, tot i que ambdós col·lectius reconeixen constituir el primer contacte de les dones víctimes de violència masclista amb els serveis de salut o socials, les llevadores admeten seguir sentint frustració i por quan detecten casos de violència (Eustace, Baird, Saito, & Creedy, 2016), i els professionals d'atenció primària descriuen l'existència d'una bretxa entre els atributs teòrics de l'atenció primària que li atorguen la possibilitat d'oferir una millor resposta a aquest problema, com l'atenció centrada en la persona, i la realitat de com finalment es gestiona l'activitat professional, per exemple, davant la sobrecàrrega de feina, influint negativament en l'assistència a la dona (Goicolea et al., 2017). Els serveis d'emergències, d'altra banda, també suposen una oportunitat única de cara a la detecció sent necessari, però un ampli coneixement del tema (Ahmad, Ali, Rehman, Talpur, & Dhingra, 2017) que no és present en la majoria dels professionals sanitaris, i no només en aquests sinó que ja en les universitats catalanes s'evidencia una falta de coneixement sobre la violència masclista, arribant a reflectir creences i actituds més populars que científiques, en ocasions perilloses per a la víctima i tolerants cap a l'agressor (Rigol-Cuadra et al., 2015). Es fa palès doncs que les dones maltractades habitualment entren en contacte amb el sistema sanitari, però que aquest sembla no estar preparat per a rebre-les quedant moltes llacunes de coneixement sobre intervencions eficaces per detectar i respondre a la violència masclista des de l'entorn sanitari (Nelson, Bougatsos, & Blanzina, 2012), sent necessària tant més formació dels estudiants del Grau d'Infermeria (da Rocha, et al., 2015) i dels professionals, com investigació (Raghu & Vinze, 2005).

² LGTBI: Sigla que designa col·lectivament a Lesbianes, Gais, Transexuals, Bisexuals i Intersexuals.

Marc teòric

Per entendre el fenomen de la violència masclista cal entendre el concepte de patriarcat, descrit pel feminisme radical³, en què s'explica el sentit d'aquesta violència evidenciant l'existència d'un sistema de dominació de les dones basat en el sexe-gènere i diferent d'altres sistemes de dominació (De Miguel Álvarez, 2007). Així, la violència masclista neix de l'existència de profunds i implícits patrons de conducta d'arrel patriarcal on es conceptualitza a les dones com a éssers inferiors, amb menys drets o com a propietat dels homes (Sales Gelabert, 2013), tractant-se d'una violència instrumental de dominació i control social més que un fi en si mateix que cerca mantenir i afermar el poder dels homes i la subordinació de les dones (Pérez García & Manzano Felipe, 2014). Una de les grans lluites del feminisme radical, sota el lema "*lo personal es político*", va ser intentar atorgar rellevància política fonamentalment a aquelles desigualtats que tenien lloc en l'esfera privada i no només a les de l'esfera pública (De Miguel Álvarez, 2007). Malgrat els avenços, actualment, a Espanya segueix sent un fenomen immers en l'àmbit privat, tot i les legislacions nacionals amb perspectiva de gènere actuals a favor de la igualtat de drets (Rangel da Silva, 2011) com, per exemple, en el cas de Catalunya en què l'aprovació de la Llei 5/2008 del 24 d'abril sobre els Drets de les Dones a Erradicar la Violència Masclista va suposar la primera vegada en què s'instaurava una norma específica per combatre aquesta xacra social (Gobierno de España, 2008). En la mateixa línia de treball, neix la *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016* com a intent d'instrument vertebrador dels poders públics per fer front a la violència masclista establint els principals objectius de l'acció conjunta: el trencament del silenci còmplice del maltractament, la millora de la resposta institucional, l'atenció als menors i a les dones especialment vulnerables i la visibilització i atenció d'altres formes de violència sobre les dones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Seguint alguns dels principals objectius d'aquesta estratègia com la visibilització de la violència masclista i la millora de la resposta institucional, concretament des de l'àmbit sanitari, així com tenint en compte la gran defensa del feminisme radical d'atorgar rellevància a allò que succeeix en l'àmbit privat; en el present estudi es pretén analitzar i visibilitzar quelcom tan privat com les vivències de les dones maltractades en ser ateses pel sistema sanitari, per millorar-ne l'assistència, a través de la següent pregunta: Quines són les vivències de les dones barcelonines víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda?

³ Feminisme radical: Moviment social, intel·lectual i polític que sorgeix com a corrent feminista als Estats Units entre la dècada dels anys 60 i 70. El terme "radical" prové del llatí "*radicis*" i significa "arrel" sent l'objectiu d'aquest corrent "anar a l'arrel mateixa de l'opressió". El feminisme radical sosté que l'arrel de la desigualtat social entre els homes i les dones és el patriarcat, la dominació de l'home sobre la dona.

2. PROPÒSIT DE L'ESTUDI

Aquest estudi neix amb la finalitat d'aportar nou coneixement sobre l'atenció sanitària a les dones barcelonines víctimes de violència masclista, donant veu a aquestes dones i visibilitat a les seves vivències. Estudi que es preveu necessari, no només per la falta d'informació que hi ha sobre com viuen el fenomen, sinó també per la necessitat de plantejar un nou abordatge holístic del problema allunyat de l'actual model biomèdic hegemònic⁴ en què preval la visió biològica i tècnica de l'atenció a les persones i on els processos socials, culturals o psicològics es consideren anecdòtics (Menéndez, 1988). D'altra banda, el concepte d'hegemonia s'ha d'entendre com *"l'habilitat present en les classes i cultures dominants per establir un control polític i social, a més a més de ser capaç de donar solidesa a l'anomenat control utilitzant la consciència dels individus, que integren aquesta determinada manera d'entendre el món com a única possible"*. (Medina Moya, citat a Leyva-Moral, 2010, p. 183). En conjunt, això pot donar lloc no només a atencions sanitàries en què no es tracti el conjunt del fenomen de la violència masclista, incidint només en la part biològica, sinó que també es poden potenciar conductes discriminatòries en plantejar el model biomèdic hegemònic la superioritat i dominació de l'home (metge/sanitari), típica del patriarcat, en l'atenció a les dones (Leyva-Moral, 2010). El propòsit de l'estudi, doncs, és descriure les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda en centres d'Atenció Primària de Barcelona. Per a la formulació dels objectius, s'han plantejat diverses preguntes sobre les vivències d'aquestes dones: quines sensacions i percepcions tenen les dones maltractades sobre l'assistència sanitària rebuda? Com és la relació amb els professionals sanitaris que les han atès? Quines estratègies d'afrontament han desenvolupat en entrar en contacte amb el sistema sanitari?

Objectius específics

- Descriure com les dones víctimes de violència masclista entren en contacte amb el sistema sanitari.
- Explicar el procés de l'assistència sanitària rebuda i quines són les percepcions i sensacions de les dones maltractades sobre el mateix.
- Descriure la relació de les dones víctimes de violència masclista amb el personal sanitari que les ha atès durant la situació de maltractament.
- Identificar les estratègies d'afrontament desenvolupades per les dones maltractades en ser ateses pel model mèdic hegemònic.
- Identificar els punts de millora de l'atenció sanitària a les dones víctimes de violència masclista segons les vivències d'aquestes dones.

⁴Model mèdic hegemònic: conjunt de pràctiques, sabers i teories generats pel desenvolupament del que es coneix com a medicina científica. Els principals. Els principals trets estructurals d'aquest són: el biologicisme, l'individualisme, l'ahistoricitat, l'associabilitat, el mercantilisme, l'eficiència pragmàtica, l'asimetria, l'autoritarisme, la participació subordinada i passiva del pacient, l'exclusió del coneixement del consumidor, la legitimació jurídica, la professionalització formalitzada, la identificació amb la racionalitat científica i les tendències inductives al consum mèdic (Menéndez, 1988).

La investigadora parteix d'un escenari de partida crític amb el model mèdic hegemònic imperant poc humanista, juntament amb un important ideal feminista, el que conjuntament amb la revisió de la literatura realitzada conforma els següents **supòsits de la investigadora sobre el fenomen**: la majoria de dones víctimes de violència masclista hauran rebut una assistència basada en aspectes biològics i tècnics, deixant de banda el conjunt del fenomen de la violència, per part dels professionals d'Atenció Primària. Fent palesa la falta de preparació dels professionals per a l'abordatge holístic de la violència masclista. Endemés, es considera que la falta de preparació dels professionals condueix a intervencions inadequades amb manca de perspectiva de gènere que, en conseqüència generen situacions negatives per a les dones maltractades durant l'atenció sanitària pel que s'espera que aquestes hagin desenvolupat estratègies d'afrontament pròpies.

3. METODOLOGIA

Les cures infermeres han de tenir en compte la totalitat de la situació de l'altre i no només els aspectes biomèdics o tècnics del cos de la persona. La fenomenologia des del punt de vista de les ciències humanes ajuda a augmentar el coneixement d'una manera acurada sobre els processos vivencials, intentant entendre a les persones a les quals es proporcionen les cures, establint-ne els fonaments (Giorgi, 2005). Husserl va introduir el concepte de "*life-world*", o "*lived experienced*", en un intent per treure a la llum les estructures de la consciència (essències) i avaluar críticament el paper que juguen aquestes estructures en determinar el sentit de tot. En aquest projecte es planteja un estudi qualitatiu segons la perspectiva fenomenològica de Husserl en el sentit que s'intentarà donar resposta al sentit de l'experiència humana de la Realitat en el "*life world*" (Koch, 1995). El primer pas en el mètode de Husserl és l'eliminació de totes les nocions preconcebudes de l'autor a través del "*bracketing*" no només del món exterior, sinó també de la consciència individual. El "*bracketing*" existencial, però, emprat en el present estudi, permet que la investigadora deixi de banda moltes suposicions internes, podent-se involucrar i comprendre millor la vivència del fenomen, però rebutja que es puguin o s'hagin de deixar de banda les suposicions contextuais o externes (Gearing, 2004).

Àmbit de l'estudi i mostra

Els Centres d'Atenció Primària de l'àrea metropolitana de Barcelona són l'àmbit en què es durà a terme el procés d'investigació. La selecció de les participants es realitzarà a través del mostreig de conveniència, per motius d'accessibilitat i de criteris de representativitat de la població. L'accés a les informants es realitzarà amb la col·laboració dels i les treballadors/es socials dels Centres d'Atenció Primària de Barcelona en el marc de l'atenció integral protocol·litzada que es presenta a aquestes dones (Ajuntament de Barcelona, 2011). Un cop informats/des sobre l'estudi, se'ls demanarà la seva col·laboració i proporcionaran els noms de les possibles participants que compleixin els criteris d'inclusió i exclusió, i que presentin diferents característiques personals i

sociodemogràfiques per a la variabilitat discursiva respecte a les mateixes. Per motius de legalitat i ètica, caldrà que els i les professionals col·laboradors/es comptin amb l'autorització d'aquestes dones per poder compartir llurs dades amb l'equip investigador. La grandària de la mostra es determinarà pel concepte de saturació de les dades, és a dir, la repetició de la informació descoberta i la confirmació de les dades obtingudes (Berenguera Ossó et al., 2014, p. 95), no obstant, s'estima entrevistar entre 10 o menys participants, ja que s'ha observat que els estudis fenomenològics empren petites mostres (Polit & Beck, 2017, p. 499). Els criteris d'inclusió que se seguiran per configurar la mostra són: ser major d'edat, residir a Barcelona, entendre i saber comunicar-se en català, castellà i/o anglès, haver sigut ateses pels professionals sanitaris d'un Centre d'Atenció Primària de Barcelona, ser víctimes de qualsevol tipus de violència masclista (física, psíquica o sexual) i trobar-se en una situació psicològica en què siguin capaces de verbalitzar l'experiència viscuda sense que els suposi un dany o retrocés en el seu tractament psicològic. Seran criteris d'exclusió patir una malaltia aguda o crònica descompensada que contraindiqui la participació i la falta de temps per participar en l'estudi.

Recollida de dades

La recollida de dades es realitzarà a través d'entrevistes semiestructurades individuals cara a cara i de les històries de vida de les participants, donada la profunditat en la informació i la possibilitat de tractar temes delicats i íntims que aquestes ofereixen, i un quadern de camp. Durant l'entrevista i les històries de vida hi serà present la investigadora principal que serà l'entrevistadora així com un/a psicòleg/oga com a investigador/a col·laborador/a. Totes les històries de vida i entrevistes seran gravades digitalment en àudio i es realitzaran en un lloc privat que triaran les entrevistades, oferint-los una habitació privada en les instal·lacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, per tal de protegir la confidencialitat de les participants. També amb aquesta finalitat, s'atorgarà un codi numèric per a la identificació. Qualsevol col·laborador/a afegit/da a la investigació haurà de firmar un acord de confidencialitat assegurant que no revelarà cap tipus d'informació obtinguda sobre les participants durant la seva col·laboració. En aquest tipus d'investigacions resulta imprescindible guanyar-se la confiança dels i les participants: sense empatitzar i sense establir el *rapport* necessari per tal que la interacció i la relació sigui fluïda (Taylor & Bogdan, 1992, p. 55) no podem descobrir el sentit i el significat que tenen les vivències descrites per a les persones (Rodríguez & Valldeoriola, 2010, p. 50). Pel que fa a la història de vida, s'utilitzarà la tècnica del relat autobiogràfic mitjançant una entrevista individual realitzada per la investigadora principal i amb la presència del/de la psicòleg/oga. No s'utilitzarà cap guió prefixat, sinó que es convidarà a les dones a explicar les seves vivències amb l'objectiu no només de recuperar el record de la violència masclista patida i l'assistència sanitària rebuda, sinó també de conèixer el context en què viu, mostrant una versió subjectiva dels fets i esdeveniments descrits en el mateix basada en

la interpretació i vivència de la persona narradora, però no per això fictícia (Verd & Lozano, 2016, p. 188). Actualment, es reconeix que les experiències de les dones varien segons la seva raça, classe social, edat, preferència sexual, identificació cultural, de la mateixa manera que els homes (Kobayashi, 1994). És per això que en el present estudi també ens interessa conèixer més en profunditat el context de vida d'aquestes dones per descriure com, en base a les diferents característiques de cadascuna, experimenten la dominació patriarcal y també els diferents llocs en què es dona aquesta dominació (Monk, 1994). En finalitzar aquesta primera trobada, es demanarà a les participants que responguin una pregunta introductòria: *podria explicar detalladament com han sigut les seves vivències en relació a l'assistència sanitària rebuda durant el procés de violència masclista?* A partir de les dades obtingudes es redactarà un guió, amb la col·laboració del/de la psicòleg/oga, per fer una segona entrevista semiestructurada a les participants, seguint el mecanisme del “*bracketing*”, mencionat anteriorment, el qual permetrà focalitzar en els temes més importants del fenomen plasmats en la resposta de les dones a la pregunta. El quadern de camp contindrà totes les anotacions referents al procés d'investigació, la redacció del qual afavorirà la reflexivitat: tant l'auto-reflexivitat com la reflexió sobre els processos de la investigació present durant tot el transcurs de la mateixa (Berenguera Ossó et al., 2014, p. 176).

Anàlisi de les dades

Una vegada es transcriu les històries de vida i les entrevistes semiestructurades de forma íntegra i literal es procedirà a la realització de l'anàlisi de contingut temàtic inductiu, a través dels criteris descrits per Giorgi. Inicialment s'escoltaran les cintes gravades i es farà la lectura dels documents transcrits per tenir una idea del “*sense of the whole*”, tot intuïnt i reflexionant sobre cada una de les transcripcions així com identificant les unitats de significat (*meaning units*). Tot seguit, s'agruparan les unitats de significat interpretant-ne el significat a cada transcripció. Es redactarà una narrativa exemplar (*exemplary narrative*) per il·lustrar els temes invariables per tal de penetrar i comprendre en major profunditat el fenomen. A continuació, serà validat pels participants i els investigadors. Finalment, es procedirà a la síntesi de les declaracions que captin l'essència del fenomen estudiat i, per tant, les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda (Giorgi, 2000). Donat que l'objectiu és evitar les generalitzacions sobre les experiències de les dones per entendre la seva especificitat en temps particulars i diferents llocs, mitjançant el codi numèric atorgat a cada dona en la història biogràfica i a l'entrevista, s'observaran les diferències entre narratives (Baylina, 1997). El feminisme aporta la noció de l'espai cultural o el “coneixement situat” (Hanson, 1992) entès com la localització en un espai cultural que inevitablement configura i modela la visió del món de cada persona. Es tracta doncs de parlar d'un lloc i des d'un lloc amb tot el que això significa (Baylina, 1997).

Aspectes ètics

En primer lloc, se sol·licitarà l'aprovació del Comitè Ètic d'Investigació de l'IDIAP Jordi Gol l'àmbit d'actuació del qual són tots els centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS). Tot seguit, les dones participants de l'estudi rebran informació detallada sobre l'estudi, la participació de les quals serà voluntària i podran retirar-se en qualsevol moment. Lee (1993, p. 4) descriu tres tipus de situacions en què un estudi es pot considerar recerca sensible. Aquest estudi comporta dues de les tres situacions descrites: (1) la investigació és una "amença intrusiva" ja que tracta àmbits privats, estressants o sagrats i (2) es tracta d'una investigació problemàtica donat que s'immisceix en temes polítics en el sentit més ampli de la paraula per referir-se als interessos de persones o institucions poderoses, o a l'exercici de la coerció o dominació. És per això que s'ha estimat necessària la presència d'un/a psicòleg/oga en les trobades amb les participants, que vetllarà perquè la rememoració i la càrrega emocional en la narració de l'experiència de violència masclista viscuda no els suposi cap tipus de dany. Cal destacar, però l'existència de literatura en què les dones descriuen la participació en entrevistes on s'hi tracten temes sensibles com una experiència positiva i beneficiosa per a elles (Buchanan & Wendt, 2017). Es mantindrà la confidencialitat de les dades de les participants, a través de l'assignació de codis numèrics, així com dels relats i de la informació compartida amb els investigadors, a través de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, excepte en el cas de perill per a la vida de la participant en què es compartirà la informació amb les persones que s'estimin oportunes (Leyva-Moral & Feijoo-Cid, 2017).

Criteris de rigor i qualitat de les dades

Per establir el rigor metodològic de la investigació, se seguiran els quatre criteris descrits per Guba i Lincoln: credibilitat, transferibilitat, dependència i confirmabilitat (Guba & Lincoln, 1985). Per garantir la credibilitat s'emprarà la retroalimentació amb les informants, les transcripcions literals de les històries de vida i de les entrevistes realitzades amb doble control de transcripció, així com la triangulació d'investigadors/es multidisciplinars amb qui també es farà constant retroalimentació. La transferibilitat es ratificarà amb el nivell de característiques proporcionades sobre la mostra així com el procés de selecció, juntament amb els criteris de selecció, i el context. La dependència s'aconseguirà a través de les estratègies de triangulació de dades, mitjançant els diferents mètodes d'obtenció de dades utilitzats, i la triangulació d'investigadors/es anteriorment descrita. La definició de la posició de la investigadora, la identificació de possibles influències i la tècnica del "*bracketing*" contribueixen a avalar la confirmabilitat.

4. LIMITACIONS I DIFICULTATS

El present estudi presenta diverses limitacions i dificultats. En primer lloc, la mida de la mostra no és representativa per a generalitzar els resultats, però sí sòlida com per a transferir-la a contextos socio-culturals semblants. Així doncs, donat que en aquest cas s'ha realitzat un mostreig per conveniència per la dificultat de seleccionar a les participants, seria interessant realitzar en un futur estudis en els què s'utilitzi un mostreig teòric, podent obtenir una mostra més real de la variabilitat del fenomen. Degut també a les característiques de la mostra, concretament, al mètode emprat per a contactar amb les participants, és molt probable que no s'hagi contactat amb moltes altres dones víctimes de violència masclista les quals probablement formen part de col·lectius més desfavorits com, per exemple, totes aquelles dones que no han rebut suport social per part dels i les treballadors/es socials entre les quals possiblement podem trobar treballadores sexuals, entre d'altres. Per últim, cal tenir en compte que es poden donar biaixos en els relats de les participants com a conseqüència d'haver de recordar experiències passades.

5. UTILITAT I APLICACIÓ DELS RESULTATS

La finalitat de la investigació és aportar llum al coneixement de les vivències més íntimes de les dones víctimes de violència masclista en ser ateses pel sistema sanitari, no només per la gravetat i complexitat de la violència masclista, sinó també per l'important problema de salut pública (World Health Organization, 2013) que és en l'actual societat patriarcal. Només en la regió policial metropolitana de Barcelona l'any 2017 es van atendre un total de 2.138 víctimes de violència masclista en l'àmbit de la parella, i 699 en l'àmbit familiar (Generalitat de Catalunya, 2017). Poc és el coneixement que es té sobre quines són les sensacions que experimenten aquestes dones en entrar en contacte amb el sistema sanitari, sobre quines són les seves principals necessitats o sobre quins són els principals errors a esmenar en l'atenció proporcionada.

Les dades aportades per aquest estudi poden suposar un abans i un després en la **pràctica assistencial d'infermeria** en quant a entendre i atendre les vivències i necessitats de les dones maltractades que entren en contacte amb el sistema sanitari o que busquen ajuda a través del mateix. Principalment, es busca no només indagar en els relats més íntims i, per tant, en les emocions, pors i angoixes que viuen les dones víctimes de violència masclista en ser ateses pel sistema sanitari, sinó també millorar l'assistència sanitària que s'ofereix, enfrontant-se al model mèdic hegemònic actual, adoptant una visió més humana de les cures i, per què no, amb més perspectiva de gènere. L'**àmbit docent** també pot beneficiar-se dels resultats obtinguts en aquest estudi, observant quines són les carències formatives dels professionals sanitaris encarregats d'atendre les dones víctimes de violència masclista en el Centres d'Atenció Primària i oferir una formació tant continuada com en els propis estudis de grau en conseqüència, suplint aquest dèficit de coneixements. Se suposa que els resultats obtinguts oferiran una primera base científica per tal

de justificar i articular les formacions dels professionals i futurs professionals sobre les emocions o les barreres que afronten aquestes dones en entrar en contacte amb el sistema sanitari, entre d'altres.

Per últim, en relació a la **investigació d'infermeria**, aquest estudi pretén generar noves línies d'investigació en el marc de l'atenció a la violència masclista des del model mèdic hegemònic, en un intent d'incorporar línies més humanistes i feministes. A través de l'exploració de les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda als CAPs no només es pretén ajudar a replantejar la visió d'aquest fenomen i la resposta que es dona des del sistema sanitari, sinó també obrir la porta a nous plantejaments en l'abordatge de fenòmens biopsicosocials complexos que, inevitablement, tenen conseqüències en la salut de les persones.

6. PLA DE TREBALL: CRONOGRAMA D'ACTIVITATS

| | | Mesos 2017 | Mesos 2018 | | | Mesos 2019 | Mesos 2020 |
|--|---|--------------------|--------------|------|----------------|---------------------|--|
| Fases/Activitats | | Octubre a Desembre | Gener a Març | Juny | Juliol i Agost | Setembre a Desembre | Gener a Abril |
| Abans de l'entrada al camp Elaboració a la Universitat Autònoma de Barcelona, Unitat docent de Vall d'Hebron. | Plantejament i planificació del projecte <i>Investigadora principal i Dr. Juan Manuel Leyva Moral</i> | | | | | | |
| | Presentació projecte <i>Investigadora principal</i> | | | | | | |
| | Autorització per entrar al camp <i>Investigadora principal</i> | | | | | | |
| Entrada al camp - Selecció de les participants: Centres d'Atenció Primària de Barcelona. - Recollida de dades: lloc privat escollit per les participants (oferint-los un espai privat en la UAB). - Anàlisi de dades: Universitat Autònoma de Barcelona, Unitat docent de Vall d'Hebron. | Selecció de les participants <i>Investigadora principal, col·laboració treballadors/es socials dels CAP de Barcelona</i> | | | | | | |
| | Recollida de dades <i>Investigadora principal i psicòleg/oga</i> | | | | | | - Històries de vida - Entrevistes individuals semiestructurades |
| | Anàlisi de dades <i>Investigadora principal i psicòleg/oga</i> | | | | | | |
| Sortida del camp | Discussions i redacció dels resultats <i>Investigadora principal i psicòleg/oga</i> | | | | | | |

7. BIBLIOGRAFIA

- Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3271–3285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13706>
- Ajuntament de Barcelona. (2011). Circuit Barcelona contra la violència vers les dones. RVD-BCN Protocol de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella. Retrieved from <http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-sdocuments/RVD-BCN%20Protocol%20de%20valoracio%20del%20risc%20de%20violencia%20contra%20la%20dona%20per%20part%20de%20la%20seva%20parella%20o%20exparella.pdf>
- Baylina, M. (1997). Metodologia cualitativa y estudios de geografía y género. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 30, 123–138.
- Berenguera Ossó, A., Fernandez de Sanmamaed Santos, M. J., Pons Vigués, M., Pujol Ribera, E., Rodríguez Arjona, D., & Saura Sanjaume, S. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa (1st ed.)*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Buchanan, F., & Wendt, S. (2017). Opening doors: Women's participation in feminist studies about domestic violence. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 147332501769408. <https://doi.org/10.1177/1473325017694081>
- Cadman, L., Waller, J., Ashdown-Barr, L., & Szarewski, A. (2012). Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *Journal of Family Planning and Reproductive Healthcare*, 38(4), 214–220.
- da Rocha, B. D., Landerdahl, M. C., Cortes, L. F., Vieira, L. B., & Padoin, S. M. de M. (2015). Violence against women: perceptions of nursing students' about the focus on the formation. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 33(2), 206–268. <https://doi.org/10.1590/S0120-53072015000200008>
- De Miguel Álvarez, A. (2007). El proceso de redefinición de la violencia contra las mujeres : de drama personal a problema político. *Daimon. Revista de Filosofía*, (42), 71–82. Retrieved from <http://revistas.um.es/daimon/article/viewFile/95911/92181>
- De Miguel, V. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Retrieved from http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth*, 29(6), 503–510. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>
- Gearing, R. E. (2004). Bracketing in research: A typology. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1429–1452. <https://doi.org/10.1177/1049732304270394>
- Generalitat de Catalunya (2017). Dades Sobre Violència Masclista - 2017. Retrieved from http://victimesviolencia.gencat.cat/web/.content/home/ms_-_pla_seguretat_i_atencio_victimes/03_materials_i_dades_sobre_violencia_masclista_i_domestica/dades_estadistiques_sobre_violencia_masclista_i_domestica/dades_sobre_violencia_masclista_-_dones/Any_20
- Giorgi, A. (2000). Concerning the Application of Phenomenology to Caring Research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(1), 11–15.
- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 75–82. <https://doi.org/10.1177/0894318404272112>
- Gobierno de España. (2008). LEY 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Boletín Oficial Del Estado*, 25174–25194. Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25174-25194.pdf>

- Goicolea, I., Mosquera, P., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., & Vives-Cases, C. (2017). Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>
- Guba E.G. & Lincoln Y.S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Handley, T. E., Kelly, B. J., Lewin, T. J., Coleman, C., Stain, H. J., Weaver, N., & Inder, K. J. (2015). Long-term effects of lifetime trauma exposure in a rural community sample. *BMC Public Health*, 15(1), 1176.
- Hanson, S. (1992). Geography and Feminism: Worlds in Collision? *Annals of the Association of American Geographers*, 82(4), 569–586. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.1992.tb01718.x>
- Kobayashi, A., & Kobayashi, A. (1994). Coloring the Field: Gender, “ Race”, and the Politics of Fieldwork, 46(1), 73–80. <https://doi.org/10.1111/j.0033-0124.1994.00073.x>
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1985), 827–836.
- Lee, R. M. (1993). *Doing research on sensitive topics* (1st ed.). London: Sage.
- Leyva-Moral, J. M. (2010). *El climaterio en las mujeres inmigrantes ecuatorianas: una interpretación de la vida cotidiana* (Tesis Doctoral). Universidad Europea de Madrid, Madrid.
- Leyva-Moral, J. M., & Feijoo-Cid, M. (2017). Participants’ safety versus confidentiality: A case study of HIV research. *Nursing Ethics*, 24(3), 376–380. <https://doi.org/10.1177/0969733016669865>
- Lopez-Martinez, A. E., Serrano-Ibanez, E. R., Ruiz-Parraga, G. T., Gomez-Perez, L., Ramirez- Maestre, C., & Esteve, R. (2016). Physical Health Consequences of Interpersonal Trauma: A Systematic Review of the Role of Psychological Variables. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3).
- Menéndez, E. (1988). Modelo Medico Hegemónico Y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de La Salud. Retrieved from http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *RESUMEN DEL INFORME 1.-Víctimas mortales por Violencia de Género 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2015*. Retrieved from http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/cap/Principales_Resultados.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013 - 2016)*. Retrieved from <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>
- Modi, M. N., Palmer, S., & Armstrong, A. (2014). The Role of Violence Against Women Act in Addressing Intimate Partner Violence: A Public Health Issue. *Journal of Women’s Health*, 23(3), 253–259. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4387>
- Monk, J. (1994). Place Matters: Comparative International Perspectives on. *Geography*, 46(3), 277–288.
- Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: A systematic review to update the U.S. preventive service task force recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 156(11), 796-808. doi:10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447
- O’Brien, N., Greene, S., Carter, A., Lewis, J., Nicholson, V., Kwaramba, G., ... Ogunnaike-Cooke, S. (2017). Envisioning Women-Centered HIV Care: Perspectives from Women Living with HIV in Canada. *Women’s Health Issues*, 27(6), 721–730. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.08.001>
- ONU (1993). *Declaración Sobre La Eliminación De La Violencia Contra La Mujer*. Retrieved from <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos Humanos/INST 18.pdf>

- Pérez García, C., & Manzano Felipe, M. de los Á. (2014). La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de Los Cuidados (Edición Digital)*, 18(40), 107–115. <https://doi.org/10.7184/cuid.2014.40.14>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Raghu, T. S., & Vinze, A. (2005). Detección de violencia de compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Business*, 31(xx), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2005.05.031>
- Rangel da Silva, L; Domingues Bernardes Silva, M; Mota Xavier de Meneses, T; Rodríguez Borrego, M.A; Mene- ses dos Santos, I.M; Lemos, A. (2011) El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de Enfermería. *Revista Enfermería Global*, 22, 1-11.
- Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2017). Describing the Healthcare Experiences and Strategies of Women Survivors of Violence. *Journal of Clinical Nursing*. Accepted Author Manuscript. <https://doi.org/10.1111/jocn.14152>
- Rigol-Cuadra, A., Galbany-Estragué, P., Fuentes-Pumarola, C., Burjales-Martí, M. D., Rodríguez-Martín, D., & Ballester-Ferrando, D. (2015). Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 527–534. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0357.2584>
- Rodríguez, D., & Valldeoriola, J. (2010). *Metodología de la investigación* (1st ed.). Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Sales Gelabert, T. (2013). Feminismo, democracia y ciudadanía: de la crítica a la democracia patriarcal a la política democrática radical feminista. *Astrolabio. Revista Internacional de Filosofía*, (15), 72–79. Retrieved from <http://www.raco.cat/index.php/Astrolabio/article/download/275038/363026>
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados* (1st ed.). Barcelona: Paidós.
- Verd J.M., Lozano C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas* (1st ed.). Madrid: Editorial Síntesis.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

8. ANNEXES

ANNEX I: FORMULACIÓ DEL PROBLEMA, PLANIFICACIÓ DE LA CERCA I FONTS D'INFORMACIÓ

Formulació del problema

Formulació de la pregunta d'investigació segons el **format SPICE** en un paradigma qualitatiu.

Quines són les vivències de les dones barcelonines víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda?

- **Àmbit:** Centres d'Atenció Primària de Barcelona.
- **Perspectiva:** Dones víctimes de violència masclista.
- **Intervenció:** Descriure les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda.
- **Comparació:** No n'hi ha.
- **Avaluació:** Millora de l'assistència infermera adaptada a les necessitats de les dones víctimes de violència masclista.

Planificació de la cerca i fonts d'informació

| FONT | PARAULES CLAU I FILTRES | RESULTATS | REFERÈNCIES SELECCIONADES | EVIDÈNCIA QUE APORTA |
|--------|--|----------------------------|---|---|
| PubMed | Experiences AND health care AND violence against women Filtres: 10 years | 90 resultats 1 escollit | Handley, T. E., Kelly, B. J., Lewin, T.J., Coleman, C., Stain, H. J., Weaver, N., & Inder, K. J. (2015). Long-term effects of lifetime trauma exposure in a rural community sample. <i>BMC Public Health</i> , 15(1), 1176. | Conseqüències a llarg termini de les dones víctimes de violència masclista. |

| | | | | |
|--|---|----------------------------|---|---|
| Cuiden | Violence against women AND health care | 58 resultats | Pérez García, C., & Manzano Felipe, M. de los Á. (2014). La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. <i>Cultura de Los Cuidados (Edición Digital)</i> , 18(40), 107–115. https://doi.org/10.7184/cuid.2014.40.14 | Revisió d'investigacions sobre l'abordatge infermer en la violència masclista així com les seves característiques. |
| | | 2 escollits | Rigol-Cuadra, A., Galbany-Estragué, P., Fuentes-Pumarola, C., Burjales-Martí, M. D., Rodríguez-Martín, D., & Ballester-Ferrando, D. (2015). Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 23(3), 527–534. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0357.2584 | Coneixements, creences i percepcions dels estudiants d'infemeria, concretament, d'universitats catalanes sobre la violència masclista. |
| ISOC (Bases de datos Bibliogríficas del CSIC) | Feminismo radical Y violencia de género | 1 resultat 1 escollit | De Miguel Álvarez, A. (2007). El proceso de redefinición de la violencia contra las mujeres : de drama personal a problema político. <i>Daimon. Revista de Filosofía</i> , (42), 71–82. Retrieved from http://revistas.um.es/daimon/article/viewFile/95911/92181 | Descripció del procés de visibilització de la violència masclista en què el feminisme ha estat clau. |
| | Feminismo radical | 41 resultats 1 escollit | Sales Gelabert, T. (2013). Feminismo, democracia y ciudadanía: de la crítica a la democracia patriarcal a la política democrática radical feminista. <i>Astrolabio. Revista Internacional de Filosofía</i> , (15), 72–79. Retrieved from http://www.raco.cat/index.php/Astrolabio/article/download/275038/363026 | Crítica feminista a la democràcia patriarcal i a la reestructuració social del patriarcat durant els últims anys. Mostra el naixement de la violència masclista com a conseqüència dels patrons de conducta patriarcal. |

| | | | | |
|-----------------|--|-----------------------------|---|--|
| Scopus | Experiences AND health care AND violence against women Filtres: de l'any 2010 al 2017, articles i revisions, àrea temàtica infermeria, ciències socials i psicologia | 65 resultats 3 escollits | O'Brien, N., Greene, S., Carter, A., Lewis, J., Nicholson, V., Kwaramba, G., ... Ogunnaike-Cooke, S. (2017). Envisioning Women-Centered HIV Care: Perspectives from Women Living with HIV in Canada. <i>Women's Health Issues, 27</i> (6), 721–730. https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.08.001 | Informació sobre les desigualtats en l'atenció sanitàries de les dones que viuen amb VIH, en relació als homes, incloent la violència de gènere. |
| | | | Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. <i>Women and Birth, 29</i> (6), 503–510. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010 | Experiències i percepcions de llevadores sobre el cribratge rutinari de la violència masclista. |
| | | | Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. <i>Journal of Clinical Nursing, 26</i> (21–22), 3271–3285. https://doi.org/10.1111/jocn.13706 | Estratègies de cribratge utilitzades pels serveis d'emergència en la violència de gènere, així com els factors que afecten en la detecció de la mateixa. |
| CINAHL complete | Experiences AND health care AND violence against women Filtre: de l'any 2010 al 2017. | 19 resultats 3 escollits | Modi, M. N., Palmer, S., & Armstrong, A. (2014). The Role of Violence Against Women Act in Addressing Intimate Partner Violence: A Public Health Issue. <i>Journal of Women's Health, 23</i> (3), 253–259. https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4387 | Revisió de la legislació i de les directrius proposades per ajudar a les víctimes de violència masclista, centrat en els col·lectius considerats de més risc incloent LGTBI, dones immigrants, dependents i que viuen amb malalties de transmissió sexual. |

| | | | | |
|-----------------------------|--|---------------|---|---|
| | | | <p>Rangel da Silva, L; Domingues Bernardes Silva, M; Mota Xavier de Meneses, T; Rodríguez Borrego, M.A; Mene- ses dos Santos, I.M; Lemos, A. (2011) El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de Enfermería. <i>Revista Enfermería Global</i>, 22, 1-11.</p> | <p>Mostra la problemàtica espanyola en relació a la violència masclista, la qual en molts casos segueix sent un fenomen immers en l'àmbit privat.</p> |
| | | | <p>da Rocha, B. D., Landerdahl, M. C., Cortes, L. F., Vieira, L. B., & Padoin, S. M. de M. (2015). Violence against women: perceptions of nursing students' about the focus on the formation. <i>Investigacion Y Educacion En Enfermeria</i>, 33(2), 206–268. https://doi.org/10.1590/S0120-53072015000200008</p> | <p>Destaca la necessitat d'incloure la violència de gènere com a concepte transversal en els estudis del Grau d'Infermeria a través de les percepcions d'estudiants d'infermeria de la universitat pública.</p> |
| BVSALUD Pesquisa | Violence against women AND experiences AND health care | 107 resultats | <p>Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2017). Describing the Healthcare Experiences and Strategies of Women Survivors of Violence. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. Accepted Author Manuscript. https://doi.org/10.1111/jocn.14152</p> | <p>Descriu experiències i estratègies d'afrontament de les dones víctimes de violència masclista que han estat en contacte amb el sistema de salut.</p> |
| | | 6 escollits | <p>Goicolea, I., Mosquera, P., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., & Vives-Cases, C. (2017). Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. <i>Gaceta Sanitaria</i>, 31(3), 187–193. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012</p> | <p>Percepcions que tenen els professionals d'atenció primària sobre com influeixen les característiques de l'atenció primària espanyola en la resposta sanitària a la violència masclista.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>Lopez-Martinez, A. E., Serrano-Ibanez, E. R., Ruiz-Parraga, G. T., Gomez-Perez, L., Ramirez-Maestre, C., & Esteve, R. (2016). Physical Health Consequences of Interpersonal Trauma: A Systematic Review of the Role of Psychological Variables. <i>Trauma, Violence, & Abuse, 17</i>(3).</p> | <p>Revisió sistemàtica de les conseqüències de la violència masclista en la salut de la dona maltractada.</p> |
| | | | <p>Cadman, L., Waller, J., Ashdown-Barr, L., & Szarewski, A. (2012). Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. <i>Journal of Family Planning and Reproductive Healthcare, 38</i>(4), 214-220.</p> | <p>Denota que una de les conseqüències de la violència masclista és com el fet de reviu experiències traumàtiques o angoixants suposa una barrera en accedir a l'assistència mèdica necessària, en aquest cas en el cribratge del càncer de cèrvix.</p> |
| | | | <p>Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: A systematic review to update the U.S. preventive service task force recommendation. <i>Annals of Internal Medicine, 156</i>(11), 796-808. doi:10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447</p> | <p>Mancances del sistema sanitari en la detecció i intervenció en la violència masclista.</p> |
| | | | <p>Raghu, T. S., & Vinze, A. (2005). Detección de violencia de compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados Gloria. <i>Business, 31</i>(xx), 8–13. https://doi.org/10.1016/j.dss.2005.05.031</p> | <p>Accions que realitzen els professionals d'atenció primària en la detecció i en la posterior intervenció dels casos detectats de violència masclista. Finalment, es dedueix una falta de formació dels professionals.</p> |

ANNEX II: INFORMACIÓ DE L'ESTUDI I CONSENTIMENT INFORMAT

Informació de l'estudi (dirigit a les participants)

Les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda.

Em dic Ariadna Tigri Santiña i estic estudiant de 4t d'infermeria a la Universitat Autònoma de Barcelona. El projecte d'investigació que realitzaré s'anomena "*Les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda*".

La raó del present document és informar-la que està convidada a participar en l'anomenada investigació que estic realitzant, el propòsit de la qual és descriure les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda en centres d'Atenció Primària a Barcelona, per tal de millorar l'assistència sanitària que s'ofereix.

Si us plau, llegeixi acuradament aquest document de consentiment abans de decidir participar en aquest estudi.

Què li demanarem en aquest estudi?

En aquest estudi li demanarem que assisteixi de forma voluntària a dues entrevistes amb la investigadora principal de l'estudi i un/a psicòleg/oga com a segon/a investigador/a. Aquesta entrevista serà àudio-gravada, però només hi tindrà accés l'equip investigador havent firmat prèviament un acord de confidencialitat.

Temps requerit

El temps de duració de les entrevistes s'estima que serà d'entre una o dues hores. Sent possible que en el futur es demani una altra entrevista amb les mateixes característiques.

Riscos derivats de l'estudi

Hi ha un cert risc en la rememoració de fets traumàtics com la violència masclista, és per això que durant les entrevistes hi serà present un/a psicòleg/oga.

Compensació

Com a compensació la investigadora principal i el/la psicòleg/oga col·laborador/a es comprometen a crear un grup de recolzament amb aquelles participants que hi estiguin disposades. Els investigadors també es comprometen a compartir els resultats del projecte d'investigació un

cop s'hagin obtingut les conclusions amb les participants que ho desitgin. No està prevista cap compensació econòmica.

Confidencialitat

Totes les dades i informació obtingudes seran únicament tractades pels investigadors que formin part del projecte de recerca mantenint-ne l'anonimat, a través de codis numèrics, i la confidencialitat. Els consentiments informats seran guardats en un lloc segur per part de la investigador principal. Una vegada finalitzat l'estudi, els consentiments informats seran eliminats al cap de cinc anys.

Participació voluntària

La seva participació en aquest estudi és completament voluntària. No hi ha cap penalització per no participar-hi.

Dret a retirar-se de l'estudi

Vostè té el dret de retirar-se de l'estudi en qualsevol moment sense conseqüències, només li demanem que ens ho comuniqui per qualsevol mitjà.

Amb qui contactar si té alguna pregunta sobre l'estudi

Per qualsevol dubte o consulta pot contactar amb Ariadna Tigri Santiña. Responsable del projecte d'investigació: *“Les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda”*.

Email: ariadna.tigri@e-campus.uab.cat

Telèfon: 636485779

Adreça postal:
Avinguda Can Domènech
Campus de la UAB · 08139 Bellaterra
(Cerdanyola del Vallès) · Barcelona · España

Consentiment informat

Títol del projecte de recerca: *“Les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l’atenció sanitària rebuda”*.

Jo, (Nom i cognoms)

- He llegit el full d’informació que se m’ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l’estudi.
- He rebut suficient informació sobre l’estudi.

He parlat amb: Ariadna Tigri Santiña

- Comprenc que la meva participació és voluntària
- Comprenc que puc retirar-me de l’estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions.
- Comprenc que les entrevistes seran audio-gravades i que es mantindrà l’anonimat i la confidencialitat de les meves dades i de la informació compartida amb els investigadors/es, excepte si existeix un perill per a la meua vida.

Presento lliurement la meua conformitat per participar en l’estudi.

Firma del participant

Firma de l’investigador

Data

Data

ANNEX III: ACORD DE CONFIDENCIALITAT

Acord de confidencialitat (dirigit als col·laboradors de l'estudi)

Títol del projecte de recerca: *“Les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l’atenció sanitària rebuda”*.

D’una banda, Ariadna Tigri Santiña, major d’edat, de nacionalitat espanyola, amb número de DNI (o nº de Passaport) i amb domicili a de, actuant en endavant com a investigadora principal.

Reconeixent-se ambdues parts capacitat jurídica suficient per subscriure el present document,

EXPOSEN

1. Que (Nom i cognoms) participa, en qualitat d’Investigador convidat en la investigació, en el projecte de recerca anomenat *“Les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l’atenció sanitària rebuda”*, que es realitza a la Universitat Autònoma de Barcelona.
2. Que durant la seva participació en el citat projecte de recerca i per als resultats i la informació intercanviada o generada durant el mateix, les parts estan interessades en regular determinades obligacions i drets de l’Investigador/a col·laborador/a.

Per tot, les parts subscriuen el present acord,

CONDICIONS

PRIMERA.- OBJECTE DE L’ACORD

L’objecte del present acord és fixar els termes i condicions sota els quals les parts mantindran la confidencialitat de la informació subministrada per les participants, així com per fixar el tractament dels resultats que sorgeixin fruit de la participació de l’Investigador/a col·laborador/a en les activitats d’investigació mencionades.

SEGONA.- DURACIÓ

Aquest acord entrarà en vigor en el moment en què l’Investigador/a col·laborador/a iniciï els treballs d’investigació en el citat estudi i finalitzarà una vegada acabin els compromisos entre les parts, excepte l’obligació de confidencialitat que subsistirà en el temps que es determina en la clàusula tercera.

TERCERA.- CONFIDENCIALITAT

1. Qualsevol informació intercanviada entre les parts serà mantinguda confidencial excepte quan la part que la proporcioni doni permís per a revelar-la.
2. Qualsevol dada i informació proporcionada per part de les participants serà mantinguda anònima i confidencial.
3. El paràgraf anterior no afectarà quan:
 - a) La part receptora tingui evidència de que coneix prèviament la informació rebuda.
 - b) La informació rebuda sigui de domini públic.
 - c) La informació rebuda procedeixi d'un tercer que no exigeixi secret.
 - d) La informació rebuda impliqui un risc per a la vida d'alguna de les participants.
4. Posteriorment a la participació de l'Investigador/a col·laborador/a en el citat projecte d'investigació, la confidencialitat referida es mantindrà durant cinc anys.

CUARTA.- MODIFICACIÓ

Aquest acord només podrà ser modificat amb el consentiment exprés d'ambdues parts en document escrit i mencionant la voluntat de les parts de modificar el present acord.

I, en prova de conformitat de quant antecedeix, firmen el present acord per duplicat i a un sol efecte en el lloc i data citats.

Firmat a Barcelona, a..... de..... de 20.....

Firma de l'investigador/a col·laborador/a

Firma de la investigadora principal

ANNEX IV: GUIÓ D'ENTREVISTA

Introducció: recepció i salutació a la dona entrevistada

- Donar-li les gràcies i agrair-li de tot cor la seva participació en l'estudi, ja que per a nosaltres significa molt.
- El meu nom és Ariadna Tigri i sóc infermera. La persona que m'acompanya és psicòleg/oga i és company/a meu/va en aquesta investigació. Tots/es dos/ues som investigadors/es del projecte d'investigació anomenat: "*Les vivències de les dones víctimes de violència masclista sobre l'atenció sanitària rebuda*", que estem realitzant en col·laboració amb la Universitat Autònoma de Barcelona. La finalitat de l'estudi és poder millorar l'atenció que s'ofereix en aquestes situacions per part dels professionals de la salut.
- M'agradaria que parléssim sobre l'atenció sanitària que ha rebut mentre patia violència masclista per entendre millor les seves vivències en relació al sistema sanitari i les repercussions que les diferents atencions rebudes han tingut en la seva vida.

Preguntes

1. M'agradaria començar a parlar sobre com va entrar en contacte amb el Centre d'Atenció Primària i que em fes un petit resum de les vegades que ha sigut atesa...
2. Els professionals sanitaris sabien que vostè era víctima de violència masclista? Com ho van saber (ho van detectar ells, els ho va dir vostè)?
3. Un cop en contacte amb els professionals del CAP, com la van atendre?
4. Com va viure vostè les atencions sanitàries rebudes pels professionals del CAP? Quines van ser les percepcions i sensacions?
5. Creu que es va donar resposta a totes les seves necessitats? Per què? En cas negatiu, quina ajuda li va faltar?
6. Com creu que va impactar en el seu procés l'atenció sanitària rebuda?
7. Canviaria alguna cosa sobre l'assistència sanitària rebuda? El què? Per què?
8. Què li recomanaria als professionals sanitaris de cara a atendre a altres dones en la mateixa situació que vostè?

Clausura de l'entrevista

- Abans d'acabar, m'agradaria saber si vol afegir alguna cosa més...
- És possible que, més endavant, quan hagi transcrit l'entrevista, necessiti tornar a contactar amb vostè perquè em confirmi que el que he narrat es correspon amb la vivència que m'ha explicat... podria contactar amb vostè més endavant per fixar una altra trobada?

- Informar-la que ara transcriurem l'entrevista que hem tingut. En tot moment es mantindrà el seu anonimats amb un codi numèric i la seva confidencialitat, desant tota la informació en un lloc segur. Recordar-li també que, en agraïment, està convidada a participar en un grup de recolzament que tant jo com el/la psicòleg/oga com a segon/a investigador/a crearem amb les dones que hi estiguen interessades. Quan s'hagin obtingut les conclusions de l'estudi les compartirem amb les participants que ho desitgen.
- Donar-li les gràcies una vegada més per la seva col·laboració. La seva experiència ens ha semblat molt interessant i ens ajudarà molt en la investigació.