

UVIC

UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

Treball de fi de grau

GRAU D'INFERMERIA

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

**ESTUDI DE LA VIVÈNCIA DE LES PERSONES
VÍCTIMES DE LA VIOLÈNCIA INTRAGÈNERE
EN L'ATENCIÓ PER PART D'INFERMERIA
D'URGÈNCIES EN LA SANITAT PÚBLICA**

Aina RUBIO CAMPÀS

aina.rubio@uvic.cat

Desenvolupament professional en l'àmbit psicosocial

Tutora: Laura Gimenez Gual

Vic, Juny del 2019

Índex

1.	Resum.....	4
2.	Marc conceptual.....	6
2.1.	Prevalença	7
2.2.	Factors de risc.....	9
2.3.	Tipus de violència	11
2.4.	Cicle de la violència	15
2.5.	Conseqüències sobre salut.....	17
2.5.1.	Conseqüències sobre la salut mental	17
2.5.2.	Conseqüència sobre la salut física	17
2.5.3.	Conseqüències sobre la salut sexual.....	17
2.6.	Legislació	19
2.7.	Mites.....	21
2.8.	La salut pública	23
2.8.1.	Problemes en la salut pública	23
2.8.2.	Atenció de les víctimes de violència intragènere	24
3.	Objectius	25
4.	Metodologia	26
4.1.	Tipus d'estudi	26
4.2.	Població i àmbit d'estudi.....	26
4.3.	Període d'estudi.....	26
4.4.	Mostra.....	27
4.5.	Disseny	27
4.6.	Cronograma	33
4.7.	Població i la mostra/participants	36
4.8.	Criteris d'inclusió	36
4.9.	Criteris d'exclusió	36
4.10.	Intervenció	37
4.11.	Dimensions i categories	37

4.12.	Anàlisi dels registres.....	38
4.13.	Limitacions de l'estudi.....	38
4.14.	Aspectes ètics.....	39
5.	Utilitat pràctica dels resultats	40
6.	Bibliografia	41
6.1.	Bibliografia dels antecedents i estat actual del tema.....	41
6.2.	Bibliografia de la metodologia.....	43
6.3.	Bases de dades i paraules clau utilitzades	44
7.	Annex	45
7.1.	Carta de presentació per a les associacions.....	45
7.2.	Carta de presentació pels hospitals.....	46
7.3.	Consentiment informat (document informatiu).....	47
7.4.	Consentiment informat (document).....	49
7.5.	Entrevista (associacions)	50
7.6.	Entrevista (víctimes).....	52
7.7.	Grup focal (víctimes).....	54
7.8.	Grup focal (professionals d'infermeria).....	56
7.9.	Normes de transcripció de dades de Gail Jefferson.....	58
8.	Agraïments	60
9.	Nota final.....	61

1. Resum

Actualment, la violència intragènere és un tema poc conegut per la societat. La prevalença indica que els casos actuals són iguals o més nombrosos que els de violència de gènere, però aquests primers no es tracten ni es coneixen dins de l'àmbit sanitari. Urgències és la primera unitat en rebre casos de violència dins de l'hospital però no es disposa d'un protocol i/o procediment a seguir i els professionals no tenen la formació per a realitzar una atenció de qualitat i, en algunes ocasions, es presenten casos de discriminació. Per tant, les víctimes no busquen ajuda o la busquen a altres organitzacions on, moltes vegades, no se'ls hi pot proporcionar la suficient per tractar-ho. Per aquest motiu, es planteja aquest estudi.

Objectiu: Estudiar la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere en l'atenció per part d'infermeria d'urgències en la sanitat pública.

Metodologia: Consisteix en un estudi qualitatiu fenomenològic de logística inductiva de 8 mesos de durada, mitjançant el qual es recollirà informació de dos grups de persones: els professionals d'infermeria de la unitat d'urgències dels hospitals públics de Barcelona i les persones víctimes de la violència intragènere de la ciutat de Barcelona.

Paraules clau: violència intragènere, infermeria, urgències,

Abstract

Currently, same sex intimate partner violence is an unknown topic in society. Prevalence indicates that current cases are equal or more numerous than those of gender violence, but the first cases are neither treated nor known within health.

The emergency unit is the first unit to receive cases of violence in the hospital but there is no protocol and / or procedure to do and professionals don't have the training to do a quality attending and, in some cases, there are discriminations among professionals and patients. Therefore, victims do not seek help, or they look for other organizations where, often, they can't be provided with enough resources to deal with it. Is for this reason that I design this study.

Objective: To study the experience of victims of same sex intimate partner violence in the emergency healthcare in public hospitals.

Methodology: It consists of a qualitative phenomenological inductive logistics of eight months of duration, through which information was collected from two groups of people: the nursing professionals of the emergency unit of the public hospitals of Barcelona and the victims of same sex intimate partner violence in Barcelona.

Keywords: same sex intimate violence, nursing, emergencies.

2. Marc conceptual

Des de fa uns anys s'ha començat a parlar de violència intragènere per referir-se al maltractament dins de la parella homosexual. Segons múltiples estudis realitzats arreu del món, la prevalença de la violència intragènere és igual o superior que la violència de gènere. Tot i així el problema es troba en estat latent i no hi ha cap llei ni cap protecció per a les víctimes, tant siguin homes com dones. A més a més, des de la sanitat no hi ha les eines ni els coneixements necessaris per abordar-la de manera adequada, fet que provoca que la sanitat no sigui el primer recurs a utilitzar per part d'aquest col·lectiu o fins i tot que, per culpa d'aquest fet, les persones no acudeixen a cap institució i per tant, convisquin amb el problema sense possibilitats de resolució.

En la societat occidental, la violència sempre ha set un mètode d'expressió de les emocions ben vist, tant, que en cert punt es considera un altre manera de comunicar-se amb els altres. La comunitat LGTB viu moltes represàlies arreu del món, això fa que, en moltes ocasions, un dels membres de la parella actuï agredint l'altre per tal de mostrar el seu desacord amb la societat i alliberar les emocions negatives respecte la seva sexualitat. La víctima, a més a més, no pot recórrer a cap institució, no només per la manca d'ajuda d'aquesta, sinó pels comentaris homòfobs i/o despectius dels professionals que l'atenen.

Com a futura professional sanitari crec important que, ja que es diu que la sanitat pública és universal, es pugui atendre a totes les persones igualitàriament i individualment segons les seves necessitats. També és important poder oferir protecció a les persones LGTB víctimes de la violència intragènere per tal de baixar la taxa d'aquesta. A més a més, conscienciar la gent d'aquest fenomen i considerar-lo com a problema de salut pública, al igual que la violència de gènere o la violència domèstica, creant així, protocols d'atenció i formant adequadament als professionals sanitaris.

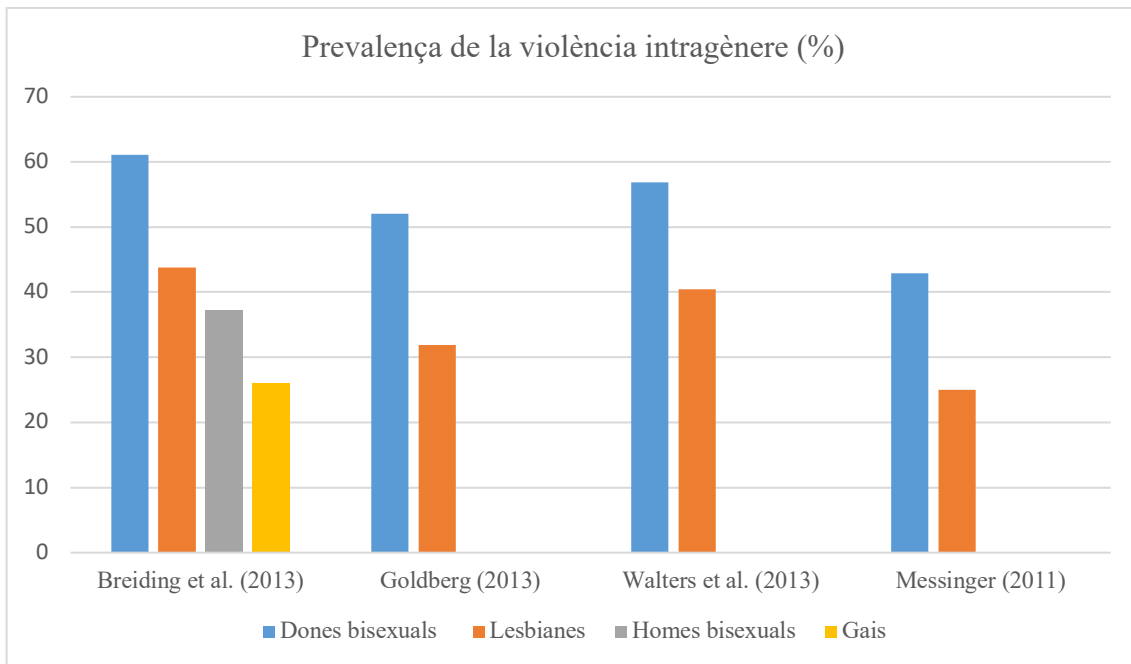
En aquest TFG pretenc donar a conèixer la violència intragènere dins de l'àmbit sanitari, concretament en infermeria d'atenció primària i urgències, ja que són les persones que tracten més amb temes de violència.

2.1. Prevalença

La violència intragènere és un tema que ha despertat interès des de 1994 on ja s'afirmava que aquesta, era superior a la violència de gènere (Bradford, Ryan & Rothblum, 1994 citat per Stiles-Shields i Carroll, 2015). Amb els anys, però, hi ha diferents estudis que afirmen que la prevalença de violència intragènere és igual o superior a la violència de gènere (Same-Sex Intimate Partner Violence [SSIPV]; Turell, 2000; Kelley, M. L., Lewis, R. J., Milletich, R. J. I Woody, A., 2012; Barrett, B. i St. Pierre, 2013; Murray C. E., i Mobley, A. K., 2009; Messinger, 2011; Edwards K. M., Neal, A. M. i Sylaska, K. M., 2015 citat per Rollè, Giardina, Caldarera, Gerino, i Brustia, 2018). A més a més els estudis realitzats a diferents països d'arreu del món; Austràlia (Leonard W., Mitchell, A., Patel, S. i Pitts, M., 2008), Xina (Chong E., Kwong, M. I Mak W., 2010; Liu K. L., Xiao, S., and Yu, Y., 2013), Sud Àfrica (Eaton L., Kalichman, S., Pieterse, D., Pitpitan, E. V., Sikkema, J., Skippers, D., 2013), Anglaterra (Guasp, A., 2012) i Amèrica del Sud (Centre Latinoamericà en sexualitats i drets humans, 2011), també mostren el mateix resultat. ALDARTE (2010), realitzat a Espanya, però, va trobar una prevalença molt més alta (50-60%) de la violència intragènere referent a la violència de gènere.

Messinger (2011) citat per Rollè, Giardina, Caldarera, Gerino, i Brustia (2018), va afirmar que les persones homosexuals i bisexuals experimenten més risc de patir tots els tipus de violència que les persones heterosexuales degut al factor "homosexual" que experimenten al llarg de la seva vida. A més a més, en el seu estudi va trobar una prevalença del 42,9% de dones bisexuals i el 25% de lesbianes agredides. Del mateix article citat anteriorment, Breiding et al. (2013) va realitzar un estudi comparatiu (violència intragènere i violència de gènere) a Estats Units. Els resultats van ser que el 61,1% de les dones bisexuals, el 43,8% de les dones lesbianes, el 37,3% dels homes bisexuals i el 26% dels homes gais havien experimentat algun tipus de violència per part de la parella en algun moment de la seva vida, front el 5% de les dones heterosexuales i el 29% dels homes heterosexuales. A més a més, quan es tracta de violència severa en adults, el risc s'incrementa més en les dones lesbianes, els homes gais i les persones bisexuals; el 49,3% de les dones bisexuals, el 29,4% de les dones lesbianes i el 16,4% dels homes gais havien patit violència severa per part de les seves parelles en algun punt de la seva vida. Goldberg N. i Meyer, I (2013) citats per Brown i Herman, (2015), van trobar una prevalença del 52% de dones bisexuals, seguides del 31,9% de dones lesbianes. Walters M., Chen, J. i Breiding, M. J. (2013), citat en el mateix article, va trobar una prevalença del 56,9% de dones bisexuals i el 40,4% de dones lesbianes. Altres estudis d'aquest mateix article i altres articles (Gehring i Vaske, 2017) també afirmen un increment de la violència en les dones bisexuals, podent-se atribuir a la manca de suport per part de la comunitat LGBT i heterosexual (Freedner, N., Freed, L., Yang, Y., & Austin, S., 2002; Girshick, 2002; Balsam i Szymanski, 2005; Bornstein, Fawcett, Sullivan, Senturia, &

Shiu-Thornton, 2006; Messinger, 2011; Galletly C., Herrmann, M. M., Hollander, G., and Turell, S. C., 2012).



Gràfic 1. Prevalença de la violència intragènere (%). Font: pròpia

2.2. Factors de risc

No existeix només un factor de risc que expliqui el perquè una persona es comporta de manera violenta vers la seva parella, sinó que hi ha una interacció de diferents factors, al igual que la violència de gènere. Segons l'Informe Mundial sobre la Violència i la Salut del 2002 existeixen 4 nivells de factors de risc:

Primer nivell

Fa referència als factors biològics i/o de la història personal que influeix en el comportament dels individus i augmenten la probabilitat de convertir-se en víctimes o agressores. Dins del primer nivell podem distingir les característiques demogràfiques (edat, educació, ingressos), trastorns psiquiàtrics o de personalitat, toxicodependències (Fortunata & Kohn, 2003; Klitzman, Greenberg, Pollack & Dolezal, 2002; Cruz & Peralta, 2001; Murray C. E., Mobley, A. K., Buford, A. P., & Seaman-DeJohn, M., 2007 citats per Stiles-Shields i Carroll, 2015) i antecedents de comportaments agressius o d'haver patit un maltractament.

Segons un estudi realitzat pel Dr. Farley es va concloure que un 87% dels homes i el 94% de les dones que havien abusat de la seva parella del mateix sexe, patien o havien patit una malaltia psiquiàtrica amb un previ ingrés hospitalari. A més a més, un 60% dels homes i un 55,5% de les dones havien tingut actituds abusives vers la seva parella degut a l'abús de substàncies tòxiques, malalties alimentàries o comportament sexual compulsiu.

Carvalho et. al (2011) citat per Stephenson i Finneran (2017) i Rollè et al. (2018) va argumentar que els estressors interns (la homofòbia interioritzada¹, la divulgació, estigma i el doble armari) i el risc de perpetrar violència estan relacionats en les parelles de dones lesbianes i influenciat per la qualitat de la relació. En canvi, els estressors externs (homofòbia exterioritzada i la discriminació) no es estan relacionats amb els risc d'agredir, però sí amb el risc de ser la víctima de l'agressió (Meyer, 2003 citat per Rollè et al., 2018)

Segon nivell

Fa referència als factors relacionals on entren en joc els amics, família, parelles i companys de feina. El factor de risc més important del segon nivell és la falta d'un cercle d'amistats o la incapacitat per mantenir-lo. Normalment està relacionat amb els possibles trastorns psiquiàtrics de la pròpia persona tot i que també pot tenir relació amb la personalitat d'aquesta (Balsam i Szymanski, 2005; Stanley, J., Bartholomew, K., Taylor, T., Oram, D. i Landolt, M., 2006;

¹ La homofòbia interioritzada fa referència a l'autorebuig que algunes persones presenten per la seva orientació sexual. Aquest terme va ser determinat per George Weinberg (psicòleg), al 1972.

Carvalho et al., 2011; Edwards and Sylaska, 2013) o les experiències traumàtiques en la infància, com ara la violència per part d'un familiar en edats molt primerenques (Braitstein P., Asselin, J., Schilder, A., Miller, M., Laliberte, N., Schechter, M. I Hogg, R., 2006; Koblin B., Torian, L., Xu, G., Guilin, V., Makki, H., Mackellar, D., Valleroy, L., 2006 citats per Stiles-Shields i Carroll, 2015).

Tercer nivell

Fa referència als factors comunitaris en el que es desenvolupen les relacions socials, com ara l'escola, la localització de l'habitatge i/o el lloc de feina. Els factors que poden desencadenar un risc són la mobilitat constant d'habitatge, la densitat de població, nivells alts d'atur o l'existència de tràfic de drogues a la zona.

El trauma complex, és a dir, la vivència de múltiples i acumulatives formes de violència interpersonal influeixen a la persona alhora d'experimentar i interaccionar amb l'ambient (Pearlman i Courtois, 2005).

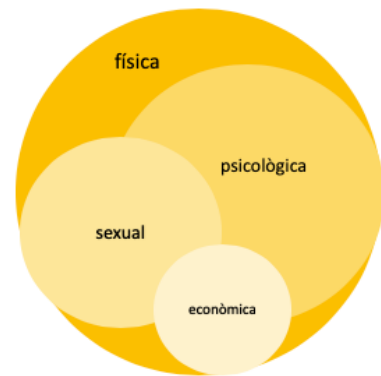
Quarts nivell

Fa referència als factors estructurals de la societat que contribueixen a crear un clima en el que s'alimenta o s'inhibeix el risc de realitzar actes violents. Aquests factors de risc són la capacitat d'aconseguir una arma fàcilment i les normes socials i culturals de la zona. Les polítiques sanitàries, educatives i socials establertes també formarien part del quart nivell ja que contribueixen a mantenir o no les desigualtats econòmiques i/o socials entre els diferents grups.

Les polítiques homòfobes que existeixen en alguns països com ara Azerbaitjan, Rússia, Armènia, Turquia, Mònaco,... contribueixen a l'establiment d'un sentiment d'homofòbia interioritzada (Carvalho et al, 2011, p. 4 citat per Rollè, Giardina, Caldarera, Gerino, i Brustia, 2018) que incrementa el risc de violència vers la parella.

2.3. Tipus de violència

Les classes de violència intragènere que es presenten dins d'una relació homosexual, segons la literatura i els diversos estudis realitzats al llarg dels anys, demostren que són les mateixes que la violència de gènere. The Centre for Disease Control and Prevention (s.d) va identificar els quatre grups de violència domèstica:



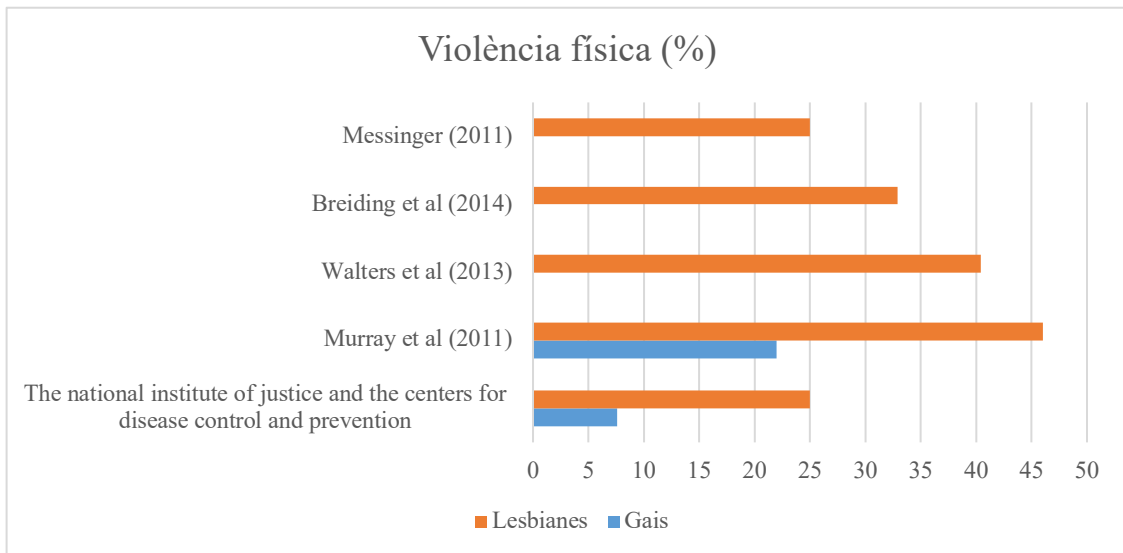
Violència física

La violència física fa referència a les agressions no accidentals que provoquen o poden provocar dany físic i algun tipus de malaltia o risc de patir-la.

Imatge 1. Tipus de violència. Font: pròpia

Dins de la violència física podem distingir diferents accions: cops de puny o puntades de peu a la cara, pits i/o genitals, mossegades, cops amb un objecte contundent, talls amb objectes afilats, cremades, empentes, asfíxies i prohibició o obligació de l'administració d'un medicament, prova o accés al sistema sanitari.

Considerant les conseqüències potencials que té la violència física i que es considera la més predominant, ha set i és la més investigada (Henderson, 2003 o McKenry et al., 2006 citat per Rodríguez Otero, Rodríguez Castro, Lameiras Fernández, i Carrera Fernández, 2017). Les dades que s'han pogut extreure dels diferents estudis realitzats al llarg dels anys són: d'una mostra de 16.000 persones; el 25% de les dones i el 7,6% dels homes van afirmar haver patit violència física per part de la seva parella (The National Institute of Justice and the Centers for Disease control and Prevention, s.d). Entre el 22-46% de dones i el 22% d'homes (Murray et al., 2007 citats per Stiles-Shields i Carroll, 2015), el 25% de dones (Messigner, 2011 citat per Rollè, Giardina, Caldarera, Gerino, i Brustia, 2018), 40,4% de dones (Walters, 2013 citat per Brown i Herman, 2015) havien experimentat violència física; el 32,9% l'havien experimentat al llarg de la seva vida i el 3,6% al llarg de l'any passat (Breiding M., Chen J. i Black, M., 2014 citat del mateix article que Walters, 2013).



Gràfic 2. Prevalença de la violència física. Font: pròpia

Violència psicològica o emocional

La violència psicològica es defineix com aquell tipus d'agressió que té com a objectiu sotmetre i controlar la parella. És el tipus de violència més difícil d'afrontar i reconèixer, ja que es produeix molt subtilment fent que la víctima no se senti agredida en cap moment.

Dins de la violència psicològica podem diferenciar subgrups com ara: les amenaces, l'assetjament telefònic, la intimidació, la violència verbal (comentaris homòfobs i/o racistes, insults i humiliacions públiques), la divulgació de la malaltia del VIH, l'Outing² i l'aïllament social. Estudis han demostrat que els estressors interns i la divulgació o Outing estan directament relacionats amb la violència física, sexual i psicològica (Balsam and Szymanski, 2005; Bartholomew et al., 2006; Carvalho et al., 2011; Edwards and Sylaska, 2013 citat per Rollè et al., 2018).

Segons Matte i Lafontaine (2011) citat per Rodríguez Otero et al. (2017), la violència psicològica és la que, després de la física, es considera d'alt risc degut a les conseqüències en la salut mental i física que comporta. A més a més, segons l'estudi quantitatiu realitzat, aquesta és la més predominant i va lligada a la personalitat, l'hostilitat i l'agressió i la inestabilitat emocional i les experiències anteriors de violència psicològica.

Bianchi (2011) va fer un estudi Italià amb una mostra de 102 dones lesbianes. El resultat va ser que la meitat de la mostra argumentava haver patit violència psicològica front en 5,9% de dones

² L'Outing consisteix en la divulgació de l'orientació sexual d'una altre persona sense el seu consentiment. Aquest paraula bé de "out" que significa fora, però el significat que li vol donar és el que amb català es coneix com "sortir de l'armari".

que van argumentar haver patit violència física per part de la seva parella. Díaz i Núñez (2015) van concloure que un 56% de persones havia estat víctima de crits, insults i desqualificacions i un 35% havia rebut amenaces per part de la seva parella.

Violència sexual

La violència sexual és aquell tipus de violència dirigida a l'execució d'actes sexuals contra la voluntat de la persona. Són dolorosos, humiliants i/o abusen de l'autoritat.

Dins de la violència sexual es pot distingir: la violació amb o sense un objecte, la coerció sexual, l'acte sexual forçat sense protecció amb l'agressor o amb altres persones, petons forçats i l'obligació de la realització d'una masturbació a l'agressor.

José, Díaz, Iván, i Luis (2006) argumentaven que la violència sexual es donava més en parelles homosexuals que en parelles heterosexuales. Segons Díaz i Núñez (2015) el 14% del total de persones estudiades va afirmar haver viscut una situació en que se li impedia la utilització de mètodes de protecció sexual i un 25% havien accedit a mantenir relacions sexuals per evitar algun problema relacionat amb la parella. Entre el 7% i el 55% de les dones lesbianes havien experimentat abús sexual a dins de la seva parella (Murray et al., 2007 citat per Stiles-Shields i Carroll, 2015)

Violència econòmica

La violència econòmica és la desigualtat en l'accés dels recursos econòmics que són compartits: el dret a la propietat, a l'educació i a un lloc de treball. Tots aquests drets estan reconeguts a la Constitució Espanyola com a drets fonamentals.

Dins de la violència econòmica podem trobar: la destrucció de les propietats, el robatori de diners a la víctima, el control dels comptes bancaris i la corrupció.

Segons l'estudi de Díaz i Núñez (2015) es va concloure que el 21% de les persones homosexuals afirmaven haver estat controlades en l'administració de recursos econòmics dins de la parella.

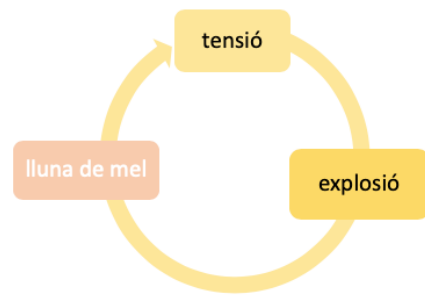
En la violència intragènere, la violència física i la violència psicològica són les més predominants. Hi ha, però, resultats contradictoris d'autors i estudis referents a quina de les dues és la més comuna i quina abunda més classificant parelles de dones i parelles d'homes. Segons Messinger (2011) els homes són més propensos a ser víctimes de tot tipus de violència, excepte la sexual on són més propenses les dones. Donovan et al., (2006), Reyes, Rodríguez i Malavé, (2005) argumentaven que la violència física i psicològica és més predominant en les parelles de dones

lesbianes i la violència sexual ho és més en les parelles d'homes gais. En canvi, Rebollo i Gómez (2011) afirmen que la violència física predomina més en les parelles d'homes i la violència psicològica en les parelles de dones. Matte i Lafontaine (2011) citat per Rodríguez Otero et al. (2017) argumenten que la violència psicològica és la més predominant. Rebollo i Gómez (2011) diuen que en homes gais i bisexuals es dona més la violència psicològica (37%), seguida de la física (14%).

2.4. Cicle de la violència

Lenore E. Walker és una psicòloga americana que va fundar l'Institut de la Violència Domèstica. A més a més, al 1978 va establir la teoria del cicle de la violència de gènere, que fa referència al procés cíclic que existeix entre una agressió i una altre.

Segons estudis realitzats, es pot afirmar que el cicle és el mateix en la violència intragènere (Burke & Owen, 2006 citats per Parry i O' Neal, 2015).



Imatge 2. El cicle de la violència. Font: pròpia

Segons Walker aquest consta de tres fases que varien en temps i intensitat depenent de la parella:

1. Fase de tensió:

És la primera fase de tot el cicle i fa referència a la tensió que es va acumulant per part de l'agressor/a. En aquesta fase es dur a terme un maltractament psicològic cap a la víctima amb la finalitat de controlar-la. Si la víctima cau en la trampa, l'agressor/a passa a ser la figura dominant de la relació i s'avança a la fase 2.

2. Fase d'explosió:

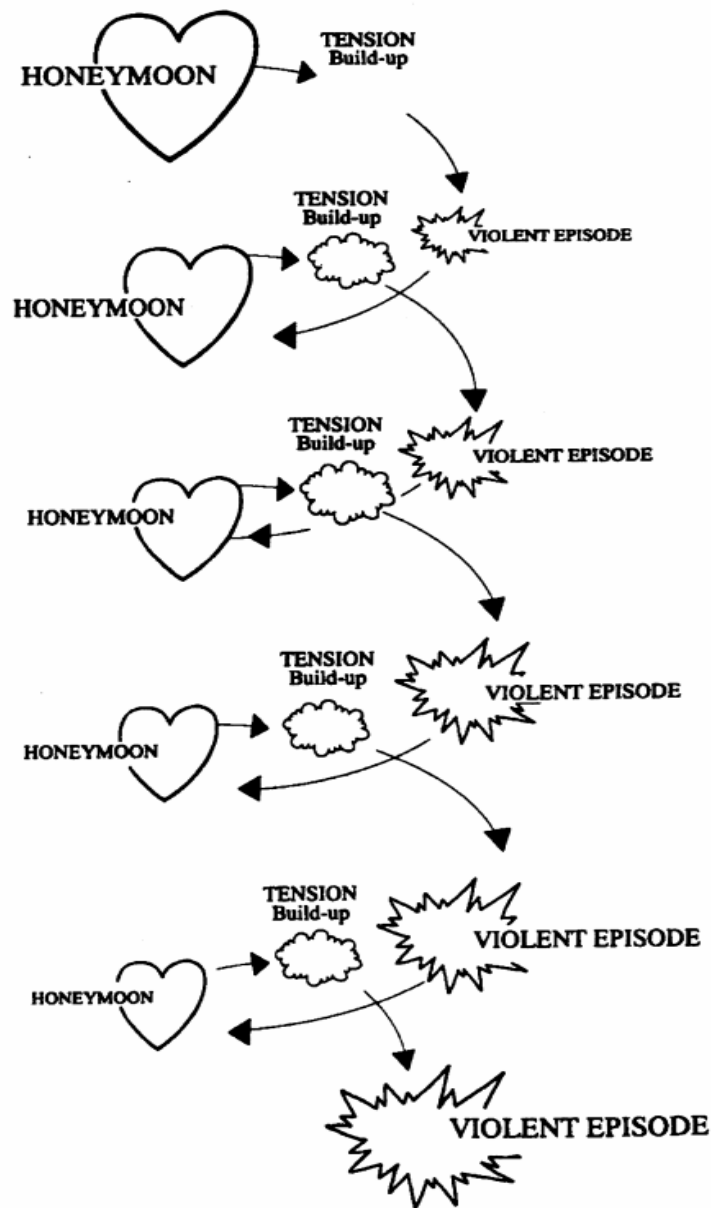
Aquesta segona fase consisteix en la descàrrega de violència per part de l'agressor/a cap a la víctima. Les tensions acumulades a la fase anterior es manifesten a través de la violència física, psicològica, sexual i/o econòmica. A causa d'aquests fets, la víctima cau en una situació de por que li provoca un col·lapse emocional i la paralitza fent que no es pugui defensar. És en aquesta fase quan la víctima busca ajuda professional, marxa de casa, deixa la parella, s'aïlla socialment, comet un acte d'homicidi, un homicidi acompanyat d'un suïcidi posterior o directament es suïcida. En moltes ocasions és el propi agressor/a que cura la víctima o inclús la porta a urgències al·legant que ha set un "accident domèstic".

3. Lluna de mel:

La lluna de mel és la tercera fase del cicle de la violència que es presenta immediatament després de l'agressió. El comportament de l'agressor/a canvia radicalment i es torna amorós, amable i es penedeix del que ha fet. L'objectiu és convèncer la víctima de que no tornarà a passar més i, d'aquesta manera, fer que confiï amb l'agressor/a de nou.

De la lluna de mel es torna a passar a la tensió acumulada i aquesta a una altre agressió. Amb el temps, aquesta fase s'escurça fins a desaparèixer i, per tant, les agressions es fan més seguides i més intenses. La víctima abandona qualsevol iniciativa de tallar la relació ja que perd tota l'autoestima i es culpabilitza d'aquesta situació.

The Cycle of Violence Over Time



Imatge 3. El cicle de la violència de forma lineal. Extret de: "Breaking the pattern-How Alberta Communities Can Help Assaulted Women and Their Families", Shirly Phillippe and Bonnie Hutchinson, Alberta Social Services and Community Health, 1985. Copyright.

2.5. Conseqüències sobre salut

2.5.1. Conseqüències sobre la salut mental

Les conseqüències, en perspectiva de salut, que es donen en les víctimes de violència intragènere són generalment psicològiques. Podem trobar: una autoestima baixa, por a la intimitat, ansietat, incapacitat per confiar amb els altres, estrès posttraumàtic, inestabilitat emocional, dificultats per conciliar el son, flashbacks i comportaments suïcides (sobretot en les dones) (Black, 2011; CDC, s.d.; Coker A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P., 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; Silverman, Raj, Mucci, & Hathaway, 2001; Tjaden & Thoennes, 2000; Trevillion, Oram, & Howard, 2013 citats en Gehring i Vaske, 2017).

Walters et al. (2013) citats per Brown i Herman, (2015) van concloure que un 33,5% de dones lesbianes i un 57,4% de dones bisexuals presentaven almenys una conseqüència negativa (por, estrès posttraumàtic, incapacitat de sentir-se segura...). En canvi, en el cas dels homes no es va poder establir una xifra determinada degut a que les mostres eren molt escasses.

Tot i així, la depressió és el trastorn mental més comú trobat en les víctimes de violència intragènere. Patricia, T. Thoennes (2001) van afirmar que quan es tractava de violència física, s'incrementava el risc de patir depressió o algun tipus de trastorn mental crònic, en ambdós sexes, tot i que incrementava més el risc en les dones (Coker et al., 2002; Ehrensaft M. K., Moffitt, T., & Caspi, A., 2006 citats per Gehring i Vaske, 2017).

2.5.2. Conseqüència sobre la salut física

A nivell físic, la conseqüència més comuna és l'abús de substàncies tòxiques. Tot i així, l'estudi realitzat per Houston & McKirnan (2007) citat per Stiles-Shields i Carroll (2015) va concloure que els homes gais i bisexuals eren més propensos que les dones a l'abús de substàncies tòxiques.

Una altres conseqüència que es va trobat gràcies a l'estudi de Roberts, T & Klein, J. (2003) citat per Gehring i Vaske (2017), va ser un increment dels comportaments delictius en adolescents.

2.5.3. Conseqüències sobre la salut sexual

Braitstein et al. (2006), Koblin et al. (2006), Mustanski, Garofalo, Herrick, i Donenberg (2007) citats per Stiles-Shields i Carroll (2015), van concloure que el risc més important en els homes víctimes de violència intragènere, sobretot quan la violència era sexual, és el de patir la malaltia del VIH.

En el cas de les dones, no hi ha resultats de cap estudi realitzat per poder extreure conclusions sobre les conseqüències sobre la salut sexual.

2.6. Legislació

El 28 de desembre de 2004 es va formular la Llei Orgànica (LO) 1/2004 de “Mesures de protecció integral contra la violència de gènere”. Aquesta llei consta de diferents recursos interconnectats per donar cobertura a les dones heterosexuales víctimes de la violència de gènere. Les dones homosexuals, però, no estan incloses dins d’aquesta llei. Va ser al 2005 quan es va reformular, creant la LO 3/2005, i es va incloure les parelles de dones lesbianes i les paraules “muller” o “ex muller” ja no quedava exclusivament en termes heterosexuales. Els homes, per altre banda, quedaven desprotegits a nivell legislatiu.

Paral·lelament, a Catalunya, es va formular la llei 11/2014 al 10 d’octubre per garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transsexuals i intersexuals i per eradicar l’homofòbia, la bifòbia i la transfòbia en la major part dels aspectes de la vida diària.

Tot i així, la violència intragènere no té una llei pròpia per protegir i/o penar les integrants de la parella. Per tant, se la considera violència domèstica i no gaudeix de tots els serveis ni recursos que la LO 1/2004 ofereix a les dones heterosexuales. Cada comunitat autònoma, però, gaudeix o no de lleis que donen més o menys protecció a les víctimes de la violència intragènere. La pionera és Galícia, seguida d’Extremadura, la comunitat de Madrid, Múrcia i Balears. Catalunya, tot i la llei 11/2014, no dona protecció específica per a les víctimes LGBTI.

A l’Abril del 2001 es va crear una associació, de l’agrupació d’agències governamentals i no governamentals, a Sidney (Austràlia) especialitzada en la violència intragènere anomenada Another Closet: Domestic and Family Violence in LGBTIQ Relationships. Aquesta dona cobertura des de tots els àmbits: sanitari, policial, recursos socials i altres associacions i institucions públiques i privades.

Al 1994 a Estats Units es va crear The Violence Against Women Act (VAWA), un centre on es dona cobertura per tot tipus de violències i injustícies. Al 2013 es va incloure la violència intragènere per donar suport i recursos a les víctimes i on els professionals encarregats d’atendre aquestes persones tenen la formació i les eines necessàries.

Però, tot i així, hi ha diferents estudis que confirmen la manca de protecció legal de les víctimes de violència intragènere:

Elliot (1996)	• Limits en el marc legal de les persones LG
Tully (2000)	• Manca de lleis per a les persones LG i discriminació per part dels altres serveis
Crosbie-Burnett & Potoczniak (2003)	• Limits en el marc legal de les persones LG
Seelau & Poorman (2003)	• Limits en el marc legal de les persones LG
Aulivola (2004)	• Limitacions en la llei de violència domèstica per a les persones víctimes de la violència intragènere
Kingsnorth & Macintosh (2006)	• Limits en el marc legal de les persones LG
Stapel (2007)	• Limitacions en la llei de violència domèstica per a les persones víctimes de la violència intragènere
Davidson and Duke (2009)	• Manca de llei de les persones bisexuals víctimes de la violència intragènere
Calvalho et al (2011)	• Denegació dels drets civils de les víctimes de la violència intragènere
Moscatti (2016)	• Manca de llei de les lesbianes víctimes de la violència intragènere

Taula 1. La legislació de les persones LGB a través dels anys. Font: pròpia

2.7. Mites

L'escàs coneixement de la violència intragènere per part de la societat ha donat lloc a la creació de mites, estereotips i idealització de les persones LGBT+ i les seves relacions durant molts anys. Aquests són elements que afavoreixen l'existència i perpetuació d'aquest tipus de violència, fent així, que en molts casos ni la pròpia víctima ho identifiqui com a tal.

Els diferents mites més destacats són:

- **Les parelles homosexuals tenen tendència a l'abús mutu**

Merrill and Wolfe (2000) citat per Rollè et al. (2018) va trobar que tant en les parelles heterosexuales com en les parelles homosexuals l'abús mutu no existia. Sempre, en l'agressió hi ha un/a que perpetua l'acció i un/a que és la víctima.

- **En les parelles de dones lesbianes no hi ha violència**

El terme "utopia lèsbica" fa referència al mite de la perfecció en la parella de dues dones. Degut a que són del mateix sexe, s'han d'entendre i comprendre més i, per tant, no hi hauria d'haver violència per part d'una d'elles. Aquest, però, s'ha desmentit gràcies als múltiples estudis que s'han realitzat afirmant que la violència intragènere, sobretot en les dones, té un percentatge bastant elevat (Turell & Herrmann, 2008 citat per Parry i O' Neal, 2015).

- **L'agressor en la parella de dos homes, sempre és el més alt i fort.**

L'agressor es pot presentar de múltiples formes i complexitats. No sempre el més fort i el més alt és el que perpetua l'agressió sinó que hi entren en joc altres factors de risc relacionats amb la persona, l'entorn, les experiències passades, la societat i la cultura.

- **La violència intragènere no és tan greu com la violència de gènere**

Els estudis han pogut desmentir aquesta frase ja que s'ha trobat que la prevalença entre la violència intragènere i la violència de gènere eren igual o, en algun cas, inclús superior.

- **A l'home gai li és més fàcil sortir d'una relació on n'és la víctima.**

Sortir d'una relació tòxica en que hi ha violència de qualsevol tipus és un procés difícil. S'agreuja més segons el caràcter de la víctima, la qualitat de la relació, el caràcter de l'agressor i els aspectes externs (suport per part de la família i amics, recursos...)

- **Les parelles homosexuals no són tan estables com les parelles heterosexuales**

Aquest, juntament amb el mite de que l'VIH els transmeten els homes gais degut a la seva manca de manteniment d'una relació, és un dels mites que actualment és present en la societat. Tota

parella és diferent a l'anterior ja que els aspectes interns depenen del caràcter de les dues persones que la formen, de l'objectiu que es té de la relació i de la relació en si.

- **Les víctimes de violència intragènere ja tenen les associacions LGBT per demanar ajuda**

Moltes d'aquesta associacions donen cobertura a la violència intragènere fins a un cert punt ja que no tenen els medis tècnics ni humans necessaris per poder-la tractar. En la violència de gènere hi ha organismes estatals d'ajuda, prevenció i actuació contra el maltractador, cosa que, en la violència intragènere, no existeix.

2.8. La salut pública

De l'article de Rollè et al., (2018) es pot extreure diferents conclusions:

Les persones lesbianes, gais i bisexuals víctimes de la violència accedeixen a l'ajuda a través de moltes branques. Aquestes es poden diferenciar en ajudes formals (associacions LGBT+, sanitat, policia i jutjats) i ajudes informals (família, amics i coneguts).

Segons estudis realitzats, s'ha pogut extreure que l'ajuda més utilitzada per les víctimes de violència intragènere són els amics. Tot i així, hi ha un alt percentatge que acudeix a la família o a la sanitat. Segons Cornell-Swanson and Turell (2006) i Senn and St.Pierre (2010) s'ha pogut demostrar que les dones lesbianes tendeixen a buscar ajuda igualitària en tots els tipus de recursos mentre que els homes gais tendeixen a buscar-la en la policia més que en els altres recursos.

2.8.1. Problemes en la salut pública

En la branca de la sanitat, Messinger, al 2011, va argumentar que hi havia molts obstacles a nivell d'atenció i a nivell de professionals per poder accedir i rebre una bona atenció. Per una part, trobem els problemes relacionats amb les institucions i per l'altre, els problemes relacionats amb les persones que busquen ajuda.

Problemes de les institucions

A Estats Units es va trobar que en molts dels serveis socio-sanitaris no tenien les habilitats ni els coneixements per oferir una atenció adequada (Brown i Groscup, 2009; Hines and Douglas, 2011; Armstrong A., Modi, M. i Palmer, S., 2014). McClennen J., Summers, A. i Vaughan, C. al 2002, argumentaven que entre un 7% i un 33% afirmaven que el sistema sanitari era correcte. Tot i així, altres estudis revelen que les víctimes tenen poca confiança en l'ajuda que puguin rebre del sistema sanitari públic, ja que diuen que no hi ha la formació adequada (Brown i Herman, 2015).

Problemes de les persones víctimes de la violència intragènere

Degut a l'estigma de les relacions homosexuals, les persones LGBT afirmen tenir por al que es poden trobar si acudeixen a demanar ajuda a la sanitat pública (Ard i Makadon, 2011). En el cas de les dones lesbianes, hi ha, a més a més, la utopia lèsbica, que incrementa aquest temor.

2.8.2. Atenció de les víctimes de violència intragènere

Jeffries i Kay (2010), O'Neal i Parry (2015), Barata P., Fante-Coleman, T., Furman, E. I Wilson, C (2017) va trobar que no s'atenia de la mateixa manera una dona heterosexuals víctima de violència de gènere que una dona homosexuals víctima de violència intragènere. Moltes vegades, també, no es donava atenció perquè els propis professionals no sabien què havien de fer o es negaven a donar-la (Renzetti, 1988; Merrill et al, 2000; McClennen et al, 2002 citat per (Brown i Herman, 2015). A més a més, tant les dones lesbianes com els homes gais trobaven barreres quan intentaven accedir a algun dels serveis sanitaris. Altres estudis, argumenten que tenen més dificultats en l'atenció, per part de la sanitat, els homes gais que les dones lesbianes (Ard i Makadon, 2011).

Modi, Palmer, i Armstrong (2014) argumentaven que una bona atenció havia de passar per tenir els coneixements adequats, que s'estructuraven en: estar en tot moment amb la persona, no fer comentaris homòfobs, llenguatge inclusiu i entendre el procés pel qual ha passat només per ser LGBT. Les suggerències d'Ard i Makadon (2011) per poder donar una bona atenció a les víctimes LGBT van ser:

- Preguntar sobre la conducta i el desig sexual, de manera no crítica, durant la realització de la història clínica dels usuaris; no assumir l'heterosexualitat de la persona.
- Evitar etiquetar un usuari com a gai, lesbiana, bisexual o transgènere, a menys que el pacient ho sol·liciti.
- Tenir present que les vivències d'una persona LGBT no són les mateixes d'una persona heterosexual en quant a la violència.
- Iniciar la conversa amb una pregunta com "La teva parella t'ha colpejat, pegat o fet mal alguna vegada?" o "Et sents segur a casa?", en lloc de preguntar si l'usuari té preocupacions sobre la violència domèstica o l'abús.
- Entrevistar a l'usuari/a sol/a, independentment del sexe dels acompanyants.
- Assegurar la confidencialitat.
- Educar als usuaris LGBT sobre l'existència de la violència intragènere.
- Avaluar i tractar les complicacions de salut associades a la violència, als usuaris LGBT, incloent: l'abús de substàncies, el VIH i altres malalties sexuals transmeses en homes que tenen relacions sexuals amb homes.
- Realitzar referències informades als serveis institucionals i comunitaris.
- Verificar, amb el o la pacient, el nivell de divulgació de la seva orientació sexual o identitat de gènere.
- Els professionals que no se sentin còmodes tractant a persones LGBT haurien de buscar un altre professional que sí que ho estigués per atendre correctament a la persona.

3. Objectius

Objectiu general:

- Conèixer la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere en l'atenció per part d'infermeria, d'urgències i d'atenció primària, en la sanitat pública.

Objectius específics:

- Determinar les competències en quant a coneixements, habilitats i actituds necessàries en els professionals de la salut, més concretament, la infermeria.
- Destacar la importància de la comunicació i l'empatia amb la víctima en casos de violència intragènere.
- Millorar l'abordatge multidisciplinari de les víctimes LGB que busquen ajuda en la sanitat pública.

4. Metodologia

4.1. Tipus d'estudi

L'estudi que es durà a terme és un estudi qualitatiu fenomenològic de lògica inductiva que parteix de quatre passos essencials: l'observació dels fets, la recollida d'informació pel seu registre, la classificació i l'estudi d'aquests. La derivació inductiva permet arribar a una generalització i la comprovació dels resultats.

La temàtica que tracta és la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere i l'actuació per part dels professionals d'infermeria, d'urgències, dels hospitals públics de la ciutat de Barcelona.

4.2. Població i àmbit d'estudi

Els participants en aquest estudi es divideixen en dos grups:

- Professionals infermers/es treballadors/es a urgències en els hospitals públics de Barcelona:
 - Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
 - Hospital Universitari General de la Vall d'Hebron.
 - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- Persones víctimes, directes, de la violència intragènere i residents a la ciutat de Barcelona.

La selecció dels participants es farà a través d'uns criteris d'inclusió i exclusió.

A més a més, es comptarà amb les associacions LGBT+ de Barcelona com a informants que proporcionaran les persones víctimes de la violència intragènere:

- PRIDE Barcelona
- Col·lectiu Gai de Barcelona
- Associació Famílies LGTBI
- Grup de Lesbianes Feministes de Barcelona

4.3. Període d'estudi

L'estudi es realitzarà entre els mesos de novembre del 2019 i el juliol del 2020.

4.4. Mostra

La mostra de participants de l'estudi vindrà definida pel criteri de saturació de les investigacions qualitatives, que sol ocórrer entre les 10 i les 30 entrevistes.

4.5. Disseny

L'estudi es realitzarà en 8 mesos i es dividiran les activitats en tres fases:

Fase 1: Planificació (2 mesos)

En aquesta primera fase és on es contactarà amb les associacions i els hospitals escollits, es plantejarà els objectius de l'estudi i el que suposa la implicació dels professionals i les víctimes. Es farà una trucada telefònica, primerament als caps d'infermeria dels hospitals citats anteriorment, seguidament, s'enviaran les cartes de presentació a les associacions i als hospitals informant sobre: el motiu de la consulta, l'estudi que es vol realitzar, la importància dels resultats i demanant la seva participació. En el cas de les associacions es remarcarà la importància de la cerca de persones víctimes de la violència intragènere per poder començar l'estudi (veure annex 7.1 i 7.2).

Es contactarà per telèfon, primerament, amb el cap d'infermeria d'urgències, que serà el que rebrà la carta de presentació via e-mail, i aquest farà arribar la informació als treballadors de la seva unitat. En el cas de les associacions s'enviarà la carta de presentació al responsable de cada associació.

S'explicarà que l'estudi es realitzarà amb les persones que entrin en un dels dos grans grups participants tenint en compte els criteris d'inclusió i exclusió.

Els participants hauran de facilitar les seves dades personals (nom, cognoms, e-mail i número de telèfon) per poder-hi contactar i enviar-els-hi el consentiment informat on s'informarà sobre l'estudi, la recollida d'informació i els drets i deures del participant (veure annex 7.3 i 7.4).

Les dates de la realització de les entrevistes individuals i grups focals, quedaran confirmades en la presa de contacte via e-mail amb els participants.

Fase 2: Recollida d'informació (4 mesos)

Tractant-se d'un estudi qualitatiu fenomenològic de lògica inductiva, el treball de camp pot modificar-se al llarg de l'estudi. És per aquest motiu que la recollida de dades es farà de la següent manera:

Associacions

Entrevistes individuals semiestructurades.

Les entrevistes seran semiestructurades i es realitzaran individualment.

No es concretarà una hora d'acabada de l'entrevista sinó que s'anirà modificant segons l'interès de l'entrevistat i la informació rebuda.

La quantitat d'entrevistes que es realitzaran variaran segons la informació que es disposi.

Inicialment, es realitzarà una entrevista individual amb els responsables de cada associació LGBT+, però aquesta pot variar, i es poden realitzar varies entrevistes.

El guió d'aquestes es realitzarà previ a l'entrevista. Les preguntes seran obertes. L'informant o investigador pot expressar les seves opinions, matisar les respostes i inclús desviar-se del guió inicial.

Es concretarà un lloc amb la persona. S'haurà de tenir en compte la dinàmica de l'espai: els sorolls exteriors, la temperatura de la sala, la llum natural i artificial, el mobiliari utilitzar, la comoditat d'aquest i un refrigeri pels participants.

Procediment

L'informant començarà realitzant una petita presentació d'una 5-10 minuts. Seguidament, es formularà la primera pregunta i l'entrevistat la contestarà prenent-se tot el temps necessari.

El guió de l'entrevista haurà d'incloure els temes i subtemes que s'han de tractar, marcats pels objectius de l'estudi. Encara que es puguin plantejar d'un cert ordre, aquest és flexible i pot canviar (veure annex 7.5).

Durant el transcurs de l'entrevista, l'informant pot relacionar unes respostes amb altres que influeixen en l'entrevista i construir-ne de noves.

Víctimes:

La recollida d'informació de les persones víctimes de la violència intragènere es començarà amb les entrevistes individuals i, seguidament, es començaran els grups focals. D'aquesta manera es pretén guanyar confiança amb els participants.

Entrevistes individuals semiestructurades.

Les entrevistes seran semiestructurades i es realitzaran individualment.

No es concretarà una hora de termini de l'entrevista sinó que s'anirà modificant segons l'interès de l'entrevistat i entrevistador i la informació rebuda.

Les persones es reclutaran a través del mostreig de bola de neu i a través de les associacions LGBT+ de Barcelona.

La quantitat d'entrevistes que es realitzarà aniran definides per la saturació d'informació que sol ocórrer entre les 10 i les 30 persones.

El guió d'aquestes es realitzarà previ a l'entrevista. Les preguntes seran obertes.

Es comptarà amb un informant, que serà el propi investigador, que s'encarregarà de dirigir l'entrevista. Aquest pot expressar les seves opinions, matisar les respostes i inclús desviar-se del guió inicial. Les qualitats d'aquest seran:

- Tenir coneixements sobre el tema.
- Empatia i capacitat d'adaptació.
- Realitzar l'entrevista de forma objectiva per no condicionar les respostes.

Es concretarà un lloc amb el participant on se senti còmode. S'haurà de tenir en compte la dinàmica de l'espai: els sorolls exteriors, la temperatura de la sala, la llum natural i artificial, el mobiliari utilitzar, la comoditat d'aquest i un refrigeri per l'entrevistat i l'investigador.

Procediment

L'informant començarà realitzant una petita presentació d'una 5-10 minuts. Seguidament, es formularà la primera pregunta i l'entrevistat la contestarà prenent-se tot el temps necessari.

El guió de l'entrevista haurà d'incloure els temes i subtemes que s'han de tractar, marcats pels objectius de l'estudi. Encara que es puguin plantejar d'un cert ordre, aquest és flexible i pot canviar (veure annex 7.6).

Durant el transcurs de l'entrevista, l'informant pot relacionar unes respostes amb altres que influeixen en l'entrevista i construir-ne de noves.

Grups focals

Es classificaran els homes i les dones en diferents grups focals, per facilitar l'homogeneïtat.

Les persones es reclutaran a través de les associacions LGBT+.

Es farà com a mínim dues setmanes abans de començar el grup focal i el dia abans, es farà una trucada telefònica a cadascun dels participants per confirmar la seva assistència. A les persones que no es puguin localitzar se'ls trucarà al mateix dia de realitzar el grup focal.

Cada grup estarà constituït per unes 6-10 persones. La duració rondarà els 90 minuts, màxim 120 minuts.

Els primers 5-10 minuts s'utilitzaran per a la realització de converses informals en que el moderador participarà i motivarà a la gent amb qüestions menors i sense relació directa amb el tema en qüestió.

El número de grups focals oscil·larà entre els 2 i els 4, però dependrà dels participants i de la diversitat d'opinions.

Es comptarà amb un sol moderador o conductor. Aquest serà el propi investigador de l'estudi.

Les qualitats que ha de tenir el moderador són:

- Respecte i interès per la història de cadascun dels participants.
- Transmetre confiança i fer creure als participants que tenen coneixements necessaris i valuosos del tema.
- Familiarització amb els processos i dinàmiques de grup focal.

- Habilitats comunicatives per portar el grup focal.
- Ment oberta i no patir distraccions o pressions. Les dades obtingudes estan directament relacionades amb el talent, preparació i grau d'atenció del moderador..
- No donar per obvis els conceptes que sorgeixen en cada grup. S'ha de preguntar per profunditzar i comprendre què es refereix el participant amb les seves expressions.

El lloc de la realització dels grups focals serà a les associacions, si es disposa de sales, i sinó es parlarà amb els membres del grup i es quedarà a un lloc on tots se sentin còmodes. Es disposaran taules en forma de circumferència per tal de que tots els participants es puguin veure les cares, i així, facilitar el diàleg. S'haurà de tenir en compte la dinàmica de l'espai: els sorolls exteriors, la temperatura de la sala, la llum natural i artificial, el mobiliari utilitzar, la comoditat d'aquest i un refrigeri per cada participant.

El grau d'estructuració del grup focal serà mig de tal manera que el moderador o conductor reconduirà la temàtica, però deixarà explorar als participants. El registre de les discussions es faran amb la gravació de veu i la presa de les notes de camp. La transcripció de les dades es farà seguint el model de Gail Jefferson,

Procediment

El moderador o conductor començarà amb unes preguntes introductòries on farà participar el grup. En el transcurs de la sessió es realitzaran preguntes clares i breus (veure annex 7.7). Aquestes es classifiquen en:

- Preguntes d'inici. Són preguntes dirigides al conjunt de participants, de manera que cada un d'ells la respondrà, de forma ràpida. Serveixen per iniciar el procés de diàleg.
- Preguntes introductòries. Són les preguntes que ajuden a endinsar els participants en el tema de debat. Tots els participants han d'expressar el que pensen.
- Preguntes de transició. Són preguntes que porten la discussió a les preguntes clau. Permeten apropar-se al tema en qüestió, tenint consciència de la posició de cada membre respecte el tema.
- Preguntes clau. No són més de dues o tres preguntes. Són les que requereixen més temps per contestar.
- Preguntes de termini. Són preguntes que permeten definir la posició final dels participants sobre el tema.
- Preguntes de síntesi. Són formulades després de que el moderador hagi fet un curt resum de la discussió i on se sol·licita que els participats agreguin o eliminin aspectes que creguin convenients.

Professionals:

Grups focals

Es faran entre 1 i 2 grups focals. El número de participants en cada grup oscil·larà entre els 5 i els 10, es buscaran grups amb no més de 7 persones per evitar la disgregació del grup.

La duració rondarà els 90 minuts, màxim 120 minuts.

Els primers 5-10 minuts es realitzarà una presentació del prescriptor (investigador).

El reclutament dels participants es farà a través d'una carta de presentació que s'entregarà al cap d'infermeria. Es farà com a mínim dues setmanes abans de començar el grup de discussió i el dia abans es farà una trucada telefònica a cadascun dels participants per confirmar la seva assistència.

A les persones que no es puguin localitzar se'ls trucarà al mateix dia de realitzar el grup.

Es realitzarà en una sala de conferències o sala polivalent del propi hospital. Es disposaran taules en forma de circumferència per tal de que tots els participants es puguin veure les cares, i així, facilitar el diàleg. S'haurà de tenir en compte la dinàmica de l'espai: els sorolls exteriors, la temperatura de la sala, la llum natural i artificial, el mobiliari utilitzar, la comoditat d'aquest i un refrigeri per cada participant.

Es comptarà amb un prescriptor que serà el propi investigador. Aquest actuarà de manera interna i externa al grup. La seva actitud ha de ser de "ell/a no sap res". Les qualitats que ha de tenir són:

- No fer judicis de valor.
- Realitzar una escolta activa durant tot el transcurs de la sessió.
- Adaptar el seu llenguatge als participants.
- Agrair la seva participació.

Procediment

El prescriptor presentarà la temàtica de manera molt general i oberta (veure annex 7.8). Aquest ha de dirigir la conversa en tot moment, tornant la paraula al grup i fent-lo participar. Si qui pren la paraula es dirigeix al prescriptor en busca d'aprovació, aquest no correspondrà a la demanda.

Les intervencions del prescriptor durant la sessió han d'operar com a motor del grup. Aquest no participa en la discussió sinó que treballa sobre ella i fomenta les relacions simètriques. Només intervindrà si:

- El grup es manté callat. En aquest cas és convenient no opinar si no realçar opinions ja expressades.
- Si el grup es desvia del tema. Haurà de reformular i reconduir la conversa cap al tema principal.
- Si el discurs es monopolitza per un membre. Haurà de fer participar els altres membre del grup.

El registre de les discussions es faran amb la gravació de veu i la presa de les notes de camp. La transcripció de les dades es farà seguint el model de Gail Jefferson,

Fase 3: resultats (5 mesos)

En aquesta última fase de l'estudi es recolliran les dades, es transcriuran seguint el model de Gail Jefferson i s'analitzaran amb l'ajuda del programa de codificació ATLAS.TI.

La transcripció de les entrevistes s'anirà fent simultàniament en la fase 2 de recollida d'informació.

Una vegada s'hagin discutit els resultats i s'hagi aconseguit una sèrie de conclusions sobre l'estudi, es publicaran els resultats per tal de que puguin ser accessibles a nivell científic.

Un cop acabat l'estudi, es realitzarà una convocatòria oberta (conferència) on els participants podran assistir amb l'objectiu de informar-se sobre els resultats d'aquest.

Conferència

Es realitzarà una conferència d'entre una hora i una hora i mitja.

El reclutament de participants es farà mitjançant un correu electrònic on s'informarà sobre la temàtica de la conferència, l'objectiu i la possibilitat d'assistència de tots els participants.

Serà el propi investigador qui la realitzi. Les qualitats d'aquest són:

- Utilització del llenguatge corporal.
- Utilització d'un llenguatge adequat de cara als espectadors.
- Actitud comunicativa.
- Mostrar seguretat en el discurs.
- Realització de contacte visual amb el públic.

S'elaborarà un guió previ indicant l'ordre que s'ha de seguir. Es prepararan recursos visuals i/o audiovisuals i diapositives.

El lloc de la realització de la conferència serà a una de les sales de conferència dels hospitals o, si no pot ser possible, es cercarà una sala lo suficientment gran com per encabir a tots els participants que vulgui assistir. Depenent de la gent present, es disposaran taules en forma de circumferència o no.

S'haurà de tenir en compte la dinàmica de l'espai: els sorolls exteriors, la temperatura de la sala, la llum natural i artificial, el mobiliari utilitzar i la comoditat d'aquest.

Procediment

L'investigador, farà una presentació que durarà 5-10 minuts. Seguidament, començarà amb els temes més generals i anirà especificant durant el transcurs de la conferència. S'ajudarà de les diapositives i recursos visuals i/o audiovisuals preparats anteriorment.

Al final es deixaran 15-20 minuts per el torn de preguntes i dubtes.

4.6. Cronograma

	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol
Fase 1: Planificació.	—								
Fase 2: Recollida d'informació.		—							
Fase 3: Resultats.				—					

		11- 30 Novembre	Desembre	1-17 Gener
Fase 1: Planificació.	Enviar carta de presentació a les associacions LGBT+ de Barcelona.			
	Enviar carta de presentació als hospitals de Barcelona.			
	Contacte amb els participants.		<i>No especificat</i>	
	Enviar consentiment informat.		<i>No especificat</i>	
	Establir data per a la recollida d'informació.		<i>No especificat</i>	

			Gener				Febrer				Març				Abril			
			Setmanes				Setmanes				Setmanes				Setmanes			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 2: Recollida d'informació.	Entrevistes a les associacions LGBT+.	PRIDE Barcelona																
		Col·lectiu gai de Barcelona.																
		Associació de famílies LGTBI.																
		Grup de lesbianes feministes de Barcelona.																
	Entrevistes a les persones víctimes de la violència intragènere.																	
	Grups focals amb les persones víctimes de la violència intragènere.																	
	Grups focals amb els professionals d'infermeria.	Hospital Clínic i provincial de Barcelona.																
		Hospital universitari general de la vall d'Hebron.																
		Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.																

		10-29 Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	1-19 Juliol
Fase 3: Resultats.	Transcripció entrevistes de les associacions.		<i>Mitjans de març</i>				
	Transcripció entrevistes de les víctimes.		<i>Mitjans de març</i>				
	Transcripció dels grups focals.						
	Codificació amb ATLAS.TI.					<i>Mitjans de juny (21.06.2020)</i>	
	Redacció de conclusions.						

4.7. Població i la mostra/participants

La mostra de població participant es classifica en dos grups:

- Persones LGBT+ víctimes, directes, de la violència intragènere.
- Professionals infermers i/o infermeres treballadors en les unitats d'urgències dels hospitals de Barcelona.

La tria dels participants es realitzarà a partir d'uns criteris d'inclusió i exclusió.

4.8. Criteris d'inclusió

- Víctimes de violència intragènere:
 - Formar part del col·lectiu LGBT+.
 - Nois i noies majors d'edat (> 18 anys).
 - Víctima (present o passat) de violència intragènere.
 - Resident a la ciutat de Barcelona.
 - Voluntat a participar a l'estudi.
 - Consentiment informat signat.
- Professionals infermers:
 - Treballar a les unitats d'urgències dels hospitals de Barcelona: Hospital Clínic i Provincial, Hospital Universitari General de la Vall d'Hebron i Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
 - Voluntat a participar a l'estudi.
 - Consentiment informat signat.

4.9. Criteris d'exclusió

- Víctimes de violència intragènere:
 - Nois i noies menors d'edat (< 18 anys).
 - No pertinença del col·lectiu LGBT+.
 - No ser víctima de violència intragènere.
 - Resident fora de la ciutat de Barcelona.
 - Resident a Barcelona des de fa < 1 any.
 - Familiars de víctimes de violència intragènere.
 - No voluntariat a participar en l'estudi.

- Consentiment informat no signat.
- Professionals infermers d'urgències:
 - No treballar a les unitats d'urgències dels hospitals de Barcelona: Hospital Clínic i Provincial, Hospital Universitari General de la Vall d'Hebron i Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
 - No voluntariat a participar en l'estudi.
 - Consentiment informat no signat.

4.10. Intervenció

La intervenció es divideix en dos:

- El treball de camp on es realitzarà tot el procediment de planificació, recollida d'informació i anàlisi dels resultats.
- Realització d'una convocatòria oberta (conferència) per a tots els participants, com a retorn dels resultats obtinguts.

4.11. Dimensions i categories

Les dimensions i categories que formen part d'aquest estudi són les citades a continuació, tot i que, tractant-se d'un estudi qualitatiu fenomenològic de lògica inductiva, aquestes es modificaran en el procés de codificació:

Víctimes de la violència intragènere:

- Vivència:
 - Concepte de violència.
 - Presa de consciència de la victimització.
 - Recorregut emocional de la víctima.
 - Reclam d'ajuda de la víctima.
 - L'ajuda rebuda.
 - El procés de la violència.
- Atenció rebuda:
 - Efectivitat de l'atenció.
 - Atenció resolutiva.
 - Presència de discriminacions i/o prejudicis en raó de orientació sexual i/o gènere.
 - Cerca d'ajuda.
 - Atenció de qualitat, per part dels professionals.

Professionals d'infermeria:

- Atenció donada:
 - Quantitat de casos de violència intragènere atesos.
 - Qualitat de l'atenció a les persones víctimes de la violència intragènere (empatia, escolta activa...).
 - Qualificacions dels professionals d'urgències sobre la violència intragènere.
 - Presència de discriminacions i/o perjudicis.
 - Procediments i/o protocols a realitzar en la detecció d'un cas de violència intragènere.

4.12. Anàlisi dels registres

Les entrevistes i els grups focals es gravaran en veu.

La informació obtinguda de les entrevistes i dels grups focals, tant dels professionals com de les víctimes, serà codificada a través del programari ATLAS.TI; un programa d'anàlisi qualitatiu.

Les normes de transcripció de dades seran les dictades per Gail Jefferson (veure annex 7.9).

La informació es classificarà segons el grup en el que participin i, seguidament, s'extrauran les conclusions adients.

4.13. Limitacions de l'estudi

L'estudi es pot veure alterat per a diferents circumstàncies.

Principalment, l'accés i participació de les víctimes de la violència intragènere degut a la sensibilitat, la manca de cerca d'ajuda i desconeixement del tema. En el cas de que això passés l'estudi es podria reconduir a un anàlisi indirecte a través d'entrevistes a les associacions LGBT+.

La manca de participació dels professionals d'infermeria. Degut a que el tema és poc conegut i, possiblement, poc reconegut pels professionals, és possible que no hi hagi consciència de violència intragènere per part dels professionals d'infermeria i dificulti la seva participació.

Per últim, l'absència de casos de violència intragènere en l'àmbit sanitari d'urgències. En aquests casos l'estudi es reconduirà a millorar l'accés en el servei d'urgències o la cerca d'informació en l'atenció primària.

4.14. Aspectes ètics

S'informarà, primerament amb una trucada als caps d'infermeria i, seguidament, a través d'una carta de presentació que s'enviarà per e-mail en els caps d'infermeria dels hospitals i els responsables de les associacions LGBT+ citades anteriorment. Els participants donaran les seves dades personals i signaran el consentiment informat. Allà es detallarà els conceptes de l'estudi i de la seva participació. Serà imprescindible la firma del consentiment per a la participació a l'estudi.

Els resultats obtinguts s'utilitzaran exclusivament per fins d'investigació i en cap cas es publicarà les dades dels participants. Totes les dades serà confidencials.

El projecte es desenvoluparà en tot moment seguint els principis ètics per les investigacions mèdiques en éssers humans que data la legislació sobre protecció de dades espanyola; llei orgànica 3/2018 del 5 de desembre³

³ Jefatura del Estado. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 1-68

5. Utilitat pràctica dels resultats

La utilitat dels resultats d'aquest estudi es podran dividir en dos sectors: els professionals d'infermeria i les persones víctimes de la violència intragènere.

Per part dels professionals d'infermeria de les unitats d'urgències dels hospitals de Barcelona es podran extreure 3 conclusions:

Primerament, degut a que és un tema de salut pública, la desconeixent-se del terme permetrà omplir el buit d'informació que hi ha actualment.

Seguidament, el descobriment de casos dins de la ciutat de Barcelona podrà replantejar el model d'actuació que s'està duent a terme per part de la sanitat, si és que n'existeix un, i adaptar-lo més a les necessitats d'aquesta població.

Finalment, segons les conclusions en les que s'arribi en aquest estudi es podrà plantejar la formació dels professionals de l'àmbit sanitari, sobretot en la unitat d'urgències, en la violència intragènere i així millorar els coneixements i l'actuació davant d'aquestes situacions.

Per part de les persones víctimes de la violència intragènere de la ciutat de Barcelona, es podrà extreure 3 conclusions:

Primerament, el fet de compartir la seva experiència com a víctimes de la violència intragènere permetrà omplir el buit de desconeixent-se sobre aquest tema.

Seguidament, les conclusions referents a la informació proporcionada permetran establir la base de la formació sobre violència intragènere, referent a l'actuació, dels professionals de la salut.

Finalment, els resultats permetran establir una valoració general de l'estat actual de la violència intragènere a la ciutat de Barcelona.

6. Bibliografia

6.1. Bibliografia dels antecedents i estat actual del tema

Ard, K. L. & Makadon, H. J. (2011). Addressing intimate partner violence in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender patients. 930-933.

Armstead, T.L., Dills, J., Gilbert, L., Irving, S., Kearns, M., Niolon, P.H & Rambo, K. (2017). Preventing intimate partner violence across the lifespan: a technical package of programs, policies and practices.

Barrientos, J., Rodríguez-Carballeira, A., Escartín, J. & Longares, L. (2016). Violencia en parejas del mismo sexo: revisión y perspectivas actuales, 289–298

Bianchi, C., Bianchini, B., Caminer, M., Gramolini, C., Infante, A., Marrano, R., Milozzi, E., Paragona, F., Piliu, A. & Ruoti, G. (2011). Eva contro Eva. 1° Convegno sulla violenza al genere.

Blosnich, J. R. & Bossarte, R. M. (2009). Comparisons of intimate partner violence among partners in same-sex and opposite-sex relationships in the United States.

Brown, T. N. T., & Herman, J. L. (2015). Intimate partner violence and sexual abuse among LGBT people: A review of existing research.

Bunker Rohrbaugh, J., (2006). Domestic violence in same-gender relationships, 278-299.

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Intimate Partner Violence. Department of Health & Human Services. Extret de: <https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/index.html>

Díaz, J. L. & Núñez, J. (2015). Violencia al interior de parejas de la diversidad sexual (LGBTI).

Dr. Lenore E. Walker. (2017). About Dr. Lenore E. Walker. Educator & Forensic psychologist. Extret de: <http://www.drloreewalker.com/about/>

Gehring, K. S. & Vaske, J. C. (2017). Out in the Open: The Consequences of Intimate Partner Violence for Victims in Same-Sex and Opposite-Sex Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*.

Hotten, J. (2011). The Utopian Nightmare: Key Issues about Lesbian Domestic Violence according to Brisbane Domestic Violence Services.

José, T. A., Díaz, N. V., Iván, A. B. & Luis, E. N. R. (2006). Strengths and vulnerabilities of a sample of gay and bisexual male adolescents in Puerto Rico.

Lips, H. M. (2014). Gender: the basics.

Longares, L., Saldaña, O., Escarín, J., Barrientos, J. & Rodríguez-Carballeira, A. (2018). Evaluación del abuso psicológico en pareja del mismo sexo: evidencias de validez de la EAPA-P en una muestra de habla hispana.

Modi, M. N., Palmer, S. & Armstrong, A. (2014). The Role of Violence Against Women Act in Addressing Intimate Partner Violence: A Public Health Issue.

Ordax, L. V. (2015). La violencia en parejas homosexuales: aspectos sociales y jurídicos de la violencia en relaciones entre mujeres. Trabajo de final de máster.

Ovsersstreet, N.M. & Quinn, D.M. (2013). The intimate partner violence stigmatization model and barriers to help-seeking.

Parry, M. M. & O'Neal, E. N. (2015). Help-Seeking Behavior among Same-Sex Intimate Partner Violence Victims: An Intersectional Argument.

Pearlman, L. A. & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma.

Pepper, B.I. & Sand, S. (s.d.). Internalized homophobia and dating violence in women's same sex relationship.

Popowich, D. (2013). Intimate Partner Violence in LGBTQ Communities.

Pulley, B. A., & Kane, B. C. (2013). Sex + Relationships,

Rebollo, J., i Gómez, B. (2011). Informe sobre la situación de la violencia entre parejas del mismo sexo. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), 1-42.

Rodríguez Otero, L. M., Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M. & Carrera Fernández, M. V. (2017). Violencia en parejas Gays, Lesbianas y Bisexuales: una revisión sistemática 2002-2012.

Rollè, L., Giardina, G., Caldarera, A. M., Gerino, E. and Brustia, P. (2018). When intimate partner violence meets same sex couples: a review of same sex intimate partner violence.

Ronzón-Tirado, R. C., Yedra, L. R., & Gonzales-Flores, M. del P. (2017). Modelos parentales y su relación con la violencia en las parejas del mismo sexo, 1137–1147.

Stiles-Shields, C. & Carroll, R. A. (2015). Same-Sex Domestic Violence: Prevalence, Unique Aspects, and Clinical Implications.

Stephenson, R., i Finneran, C. (2016). Minority Stress and Intimate Partner Violence Among Gay and Bisexual Men in Atlanta.

The National Domestic Violence Hotline (2013). What is the violence against women act. Extret de: <https://www.thehotline.org/resources/vawa/>

6.2. Bibliografía de la metodología

Bassi, J. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para su uso en ciencias sociales.

Bonàs, C. (2017). Cómo hacer una buena conferencia. Extret de: <https://negocios.uncomo.com/articulo/como-hacer-una-buena-conferencia-10618.html>

Campoy, T.J., Gomes, E. (2009). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos.

Castaño, M^a.A., Carrillo, C., Martínez, M^a.E., Sánchez, J.A., Ríos, M^a.I., Nicolás, M^a.D. (2017). Guía práctica de grupos de discusión para principiantes.

Cuevas, A., Méndez, S., Hernández, R. (2014). Manual de introducción a ATLAS.ti 7.

Ibertic. (s.d). Grupos focales. Guía y pautas para su desarrollo.

Jefatura del Estado. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 1-68

López, I. (2010). El grupo de discusión como estrategia metodológica de investigación: aplicación a un caso.

Mayorga, M^a.J., Tójar J.C. (2004). El grupo de discusión como técnica de recogida de información en la evaluación de la docencia universitaria.

Mella, O. (2000). Grupos focales (“focus groups”). Técnica de investigación cualitativa.

Muñoz, J. (2003). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti.

Ortiz, G. (2015). Tema 6. La entrevista cualitativa o en profundidad. Extret de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47795/1/Tema%206%20La%20Entrevista%20Cualitativa%20Grado%202014-15.pdf>

Oscoz, D. (2014). Grupos de discusión (guión y transcripciones).

6.3. Bases de dades i paraules clau utilitzades

El treball realitzat és un estudi fenomenològic de lògica inductiva, realitzat a través d’una revisió bibliogràfica sobre la violència intragènere, abordant els diferents aspectes d’aquesta però, incidint en els professionals de la sanitat pública, més concretament, infermeria.

Les bases de dades consultades són les següents:

- CINAHL
- Cuiden
- PubMed
- Cochrane Library
- Scopus
- Web of science (WoS)
- Health Evidence Network

Per a la cerca d’informació s’ha utilitzat descriptors en català, castellà, anglès i francès. S’han utilitzat paraules clau com: violència intragènere, violència, violència domestica, violència AND homosexuals, violència AND parelles lesbianes, violència AND parelles gais, infermeria, sanitat pública, violència intragènere AND sanitat, violència intragènere AND actuació sanitària.

7. Annex

7.1. Carta de presentació per a les associacions

Al responsable de l'associació (nom de l'associació), (nom i cognom del responsable):

El meu nom és Aina Rubio Campàs. Sóc estudiant de 4rt d'infermeria de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya.

Estic realitzant el treball de final de grau referent a l'estudi de la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere en l'atenció per part d'infermeria d'urgències en la sanitat pública.

Li envio aquesta carta de presentació, perquè m'interessaria que la vostra associació pogués participar en aquest estudi. Consistiria en una entrevista individual, amb vostè o el responsable adient, per poder parlar d'aquest tema.

A més a més, em preguntava si es podria posar en contacte o té el contacte d'algun responsable que pogués parlar i amb qui es pogués comunicar amb diferents persones víctimes de la violència intragènere, en el passat i/o en el present, per preguntar-l'hi si els interessaria participar en l'estudi.

La vostra participació seria molt interessant i de molta ajuda per a millorar l'assistència de les persones que pateixen aquest tipus de violència.

Si vostè està interessat en participar en l'estudi o vol rebre més informació no dubti en comunicar-se amb mi a: **aina.rubio@uvic.cat** o número de telèfon **XXXXXXXXXX**.

Moltes gràcies per a la seva atenció,

Att: Aina Rubio Campàs.

7.2. Carta de presentació pels hospitals

Al CAP d'infermeria de l'hospital (nom de l'hospital), (nom i cognoms del CAP d'infermeria):

El meu nom és Aina Rubio Campàs. Sóc estudiant de 4rt d'infermeria de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya.

Estic realitzant el treball de final de grau referent a l'estudi de la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere en l'atenció per part d'infermeria d'urgències en la sanitat pública.

Li envio aquesta carta de presentació, perquè m'interessaria que els professionals infermers/es treballadors a la unitat d'urgències del seu hospital participessin en aquest estudi.

Consistiria en la realització d'un o més grups focals. Allà es treballaria el tema de la violència intragènere des de la perspectiva dels professionals de la salut d'urgències.

Els resultats serien molt valuosos per poder obtenir unes conclusions finals de l'estudi.

Si vostè està interessat en que els seus treballadors participin en l'estudi o vol rebre més informació no dubti en comunicar-se amb mi a: **aina.rubio@uvic.cat** o número de telèfon **XXXXXXXXXX**.

En el cas de que volgués participar, li agrairia si pogués enviar els següents documents als seus infermers/es treballadors/es d'urgències.

Moltes gràcies per a la seva atenció,

Att: Aina Rubio Campàs.

7.3. Consentiment informat (document informatiu)

Se l'invita a participar en l'estudi sobre la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere en l'atenció per part d'infermeria d'urgències de la sanitat pública. Llegeixi atentament els següent apartats i preguntis, a través del correu electrònic **aina.rubio@uvic.cat** o el número de telèfon **XXXXXXXXXX**, amb llibertat, qualsevol aspecte referent a l'estudi i el procediment d'aquest.

Una vegada llegit aquest document, si desitja participar en l'estudi, pot firmar-lo i enviar-lo en el mateix correu mencionat anteriorment.

Justificació

La violència intragènere fa referència a aquella violència entre parelles del mateix sexe. Aquest concepte és molt poc conegut tant per a les persones de la societat com per els professionals de la salut. És per aquest motiu que es pretén donar a conèixer aquest concepte dins de l'àmbit assistencial, ja que són aquests professionals, el que viuen de primera mà aquestes situacions i poden oferir ajuda a les persones que ho pateixen.

Objectiu

L'objectiu principal és conèixer la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere, per tal de que, en estudis posterior, es pugui millor l'atenció d'aquestes dins de la sanitat pública.

La investigació

Aquest estudi es realitzarà a la ciutat de Barcelona. Hi participaran els professionals infermers/es dels diferents hospitals públics, les associacions LGBT+ i les persones víctimes de la violència intragènere.

La recollida d'informació es farà a través d'entrevistes, en el cas de les persones víctimes de la violència intragènere i les associacions LGBT+ i grups focals, en les persones víctimes de la violència intragènere i als professionals infermers/es treballadors d'urgències.

La investigadora principal és Aina Rubio Campàs, estudiant d'infermeria de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

Participació voluntària

La seva participació és de caràcter voluntari, per tant, vostè escull si participar-hi o no i quan deixar de participar-hi. No rebrà retribució econòmica per la seva participació.

Dret a negar-se o retirar-se

Vostè té el dret a negar-se a participar o abandonar l'estudi en qualsevol moment i no l'afectarà de cap manera el tracte amb l'investigador. Si és possible, es demana un avís previ d'una setmana o alguns dies abans de deixar-ho.

Confidencialitat

Si vostè decideix participar en aquest estudi, totes les dades utilitzades seran processades i es mantindran en estricta confidencialitat. Les dades publicades seran exclusivament utilitzades per a fins científics.

7.4. Consentiment informat (document)

Jo _____ en data _____

He llegit i entès la informació subministrada en el document anterior (**consentiment informat: carta informativa**)

He sigut informat i he entès que les dades obtingudes seran publicades amb fins científics d'investigació, sempre amb l'estricta confidencialitat.

Totes les meves preguntes, en quan a l'estudi, han set resoltes.

Se m'ha llegit el consentiment informat o l'he llegit jo.

Jo _____ en data _____

Accepto participar en l'estudi sobre la vivència de les persones víctimes de la violència intragènere en l'atenció per part d'infermeria d'urgències en la sanitat pública.

Autoritzo per obtenir fotografies i/o audiovisuals durant la realització de l'estudi per a finalitats científiques.

Entenc que tinc el dret de retirar-me de l'estudi en qualsevol moment.

Firma del participant o tutor legal

Data

7.5. Entrevista (associacions)

Aquest esquema d'entrevista és merament estructural, ja que es tracta d'una entrevista semiestructurada en un estudi qualitatiu fenomenològic. En ella es plasmen exemples de preguntes que es realitzarien en l'entrevista però poden variar o eliminar-se segons el transcurs d'aquesta.

Nom de l'entrevistat: _____

Associació procedent: _____ Càrrec: _____

Grup participant: _____ *Associacions LGBT+: Informant* _____ Data: _____ / _____ / _____

Presentació

- Agraïments per la seva participació.
- Presentació personal (investigador).
- Presentació del tema.
- Introducció a la mecànica del grup: entrevista semiestructurada.
- La durada de la sessió.
- El mètode de recollida d'informació: gravacions de veu.
- Consentiment informat firmat.
- Preguntes abans de començar.

Introducció

- Quin és el teu nom?
- Amb quin sexe t'identifiques?
- Qui és el teu càrrec dins de l'associació?
- Quants anys fa que treballes en aquesta associació? Havies treballat en alguna altra associació LGBT+ anteriorment?

Associació

- Obertura de l'associació.
- Feina realitzada a l'associació.
- Perfil de participants de l'associació.

Violència intragènere

- Concepte de violència.
- Concepte de violència intragènere.
- Conèixer el terme abans de participar en aquest estudi.

- Presència de casos de violència intragènere (a la ciutat de Barcelona i a l'associació).

Atenció donada

- Atenció a persones víctimes de la violència intragènere.
- Procés a seguir en la detecció de casos de violència intragènere (protocols).
- Tipus de violència presentada en les persones víctimes de la violència intragènere.

Sanitat pública

- Atenció sanitària per part de les víctimes de la violència intragènere.
- Efectivitat de l'ajuda per part de la sanitat.
- Presència de discriminacions i/o perjudicis dins de l'àmbit sanitari.

Opinió personal

- Efectivitat de l'entrevista.

Cloenda:

- Preguntes.

Moltes gràcies per a la seva participació i per poder respondre les meves preguntes. Si necessito més informació o alguna altre entrevista li faré saber per poder-ne parlar.

Si té alguna pregunta no dubti en trucar-me al XXXXXXXXXX o enviar-me un correu electrònic a aina.rubio@uvic.cat.

Moltes gràcies pel seu temps.

7.6. Entrevista (víctimes)

Aquest esquema d'entrevista és merament estructural, ja que es tracta d'una entrevista semiestructurada en un estudi qualitatiu fenomenològic. En ella es plasmen exemples de preguntes que es realitzarien en l'entrevista però poden variar o eliminar-se segons el transcurs d'aquesta.

Nom de l'entrevistat: _____ Edat: _____

Grup participant: _____ *Víctima* _____ Data: ____/____/____

Presentació

- Agraïments per la seva participació.
- Presentació personal (investigador).
- Presentació del tema.
- Introducció a la mecànica del grup: entrevista semiestructurada.
- La durada de la sessió.
- El mètode de recollida d'informació: gravacions de veu.
- Consentiment informat firmat.
- Preguntes abans de començar.

Introducció:

- Quin és el teu nom?
- Amb quin sexe t'identifiques?
- Quants anys tens?
- Treballes? Quina és la teva activitat laboral?
- Tens parella actualment?

Violència intragènere:

- Concepte de violència.
- Concepte de violència intragènere.
- Conèixer el terme abans de participar en aquest estudi.
- Conèixer casos de violència intragènere.

Vivència:

- Època en que es va patir la violència intragènere (procés d'identificació com a homosexual).
- Tipus de parella amb la que estava.
- Tipus de violència rebuda.

- Cicle de la violència.
- Vivència emocional del procés de victimització.
- Reclam d'ajuda.
- Ajuda rebuda.
- Eficàcia de l'ajuda.

Sanitat pública

- Efectivitat de l'ajuda per part de la sanitat.
- Presència de discriminacions i/o perjudicis dins de l'àmbit sanitari.

Opinió personal

- Efectivitat de l'entrevista.

Cloenda:

- Preguntes.

Moltes gràcies per a la seva participació i per poder respondre les meves preguntes. Si necessito més informació o alguna altre entrevista li faré saber per poder-ne parlar.

Si té alguna pregunta no dubti en trucar-me al XXXXXXXXXX o enviar-me un correu electrònic a aina.rubio@uvic.cat.

Moltes gràcies pel seu temps.

7.7. Grup focal (víctimes)

Aquest esquema és merament estructural, ja que es tracta d'un grup focal en un estudi qualitatiu fenomenològic. En ell es plasmen exemples de preguntes que es realitzarien però poden variar o eliminar-se segons el transcurs d'aquesta.

Presentació

- Agraïments per la seva participació.
- Presentació personal (investigador).
- Presentació del tema.
- Introducció a la mecànica del grup: el moderador llença un tema de debat al grup.
- És molt important la participació de tot els membres del grup.
- S'han de respectar els torns de paraula.
- La durada de la sessió.
- El mètode de recollida d'informació: gravacions de veu.

Preguntes d'inici:

- Podries donar-nos el seu nom i la seva ocupació actual?
- Té parella actualment?

Preguntes introductòries:

- Creus que l'estudi pot ajudar a la població que es troba en aquest situació?
- Coneixíeu el terme de violència intragènere abans de participar en aquest estudi?

Preguntes de transició:

- Quin és el vostre concepte de violència?
- Ha patit alguna vegada en la seva vida violència intragènere (passat o present)?

Preguntes claus:

- En quina època va patir la violència intragènere? Com va viure l'experiència? Heu acabat la relació amb aquesta persona? Com va acabar?
- L'ajuda rebuda. Com va ser l'atenció rebuda? L'atenció va ser la desitjada?

Preguntes de termini:

- Que és lo més important que heu tret d'aquest grup?

Preguntes de síntesi (realització del resum per part del moderador):

- Què creieu que sobra o falta en el resum del grup focal?

Cloenda:

Donar les gràcies per el temps concedit i realitzar un temps de comentaris.

7.8. Grup focal (professionals d'infermeria)

Aquest esquema és merament estructural, ja que es tracta d'un grup focal en un estudi qualitatiu fenomenològic. En ell es plasmen exemples de preguntes que es realitzarien però poden variar o eliminar-se segons el transcurs d'aquesta.

Presentació

- Agraïments per la seva participació.
- Presentació personal (investigador).
- Presentació del tema.
- Introducció a la mecànica del grup: el prescriptor realitza una pregunta i els participants del grup la contesten segons les seves opinions personals. Totes les respostes seran correctes i acceptades.
- És molt important la participació de tot els membres del grup.
- S'han de respectar els torns de paraula.
- La durada de la sessió.
- El mètode de recollida d'informació: gravacions de veu.

Guió

Presentació:

- Podríeu donar el vostre nom i la vostra ocupació actual?

Violència intragènere:

- Concepte de violència. Com definiríeu el concepte violència intragènere?
- Havíeu escoltat mai el terme violència intragènere abans de participar en aquest estudi?
- Quina penseu que és la prevalença de la violència intragènere?

Actuació

- Heu atès mai a urgències a una persona víctima de la violència intragènere?
- Creieu que sabríeu reconèixer i identificar una agressió com a professionals de la salut?
- Existeix algun tipus de protocol o seguiment a urgències en casos de violència intragènere?
- Creieu que les víctimes acudeixen a la sanitat pública en busca d'ajuda? Perquè?

Factors de risc:

- Creieu que la situació econòmica influeix en la presència de la violència intragènere?

- Penseu que l'homofòbia i/o discriminacions per part dels professionals sanitaris, pot influir (negativament o positivament) en la cerca d'ajuda per part d'aquestes persones? Existeix actualment als vostres llocs de treball?

Tipus de violència:

- Com diferenciàrieu les diferents classes de violència en una persona que les pateix?
- Heu sentit a parlar mai del cicle de la violència? Com el definiríeu?

Professionals de la salut:

- Creieu que es realitza una actuació de qualitat per part dels professionals de la salut en aquest àmbit?
- Existeix algun tipus de formació sobre la violència intragènere en l'àmbit sanitari? Creieu necessari una formació?

Mites:

- Penseu que existeixen mites sobre la violència intragènere i l'homosexualitat?
- Que en penseu d'aquests mites?

Preguntes de termini:

- Que és lo més important que heu tret d'aquest grup?

Preguntes de síntesi (realització del resum per part del prescriptor):

- Què creieu que sobra o falta en el resum del grup focal?

Cloenda:

Donar les gràcies per el temps concedit i realitzar un temps de comentaris.

7.9. Normes de transcripció de dades de Gail Jefferson.

Símbol	Ús
[] corxeres	Solapament dels parlants (dos parlants intervenen al mateix temps). S'ha d'indicar l'inici i el final del solapament. Les corxeres poden indicar que s'ha acabat el solapament, simultàniament, per part dels parlants o el moment en que un/a de ells/es deixi de parlar.
= Signe igual	No hi ha un interval de temps entre els/les parlants o de un/a mateix/a parlant. Se sol utilitzar per assenyalar interrupcions (també es pot utilitzar amb les corxeres, si se les considera com un breu solapament).
(3) (5) Número de segons que dura una pausa, entre parèntesis	Pauses destacades. S'aconsella no assenyala les pauses convencionals entre oracions o entre parlants, sinó aquelles que puguin tenir algun valor analític. Jefferson suggereix senyalar lapsus en dècimes de segons utilitzant punts entre parèntesis [així (.)] per assenyalar pauses inferiors a una dècima de segon.
<u>Subratllat</u> Subratllat de paraules o síl·labes.	Èmfasi en les paraules o les síl·labes (no utilitzat per crits o modificacions del to o <i>pitch</i>). Jefferson suggereix que al llarg de la línia s'indiqui la força de l'èmfasi.
::: Sèrie de dos punts	Allargament d'un soroll. Es pot produir al final o al mig d'una paraula i inclou vocals i consonants. Jefferson suggereix que la quantitat de dos punts variï segons la duració de la prolongació.
↑↓ Fletxes indicant amunt o avall	Canvis en el to (<i>pitch</i>), és a dir, aparició d'una parla més aguda o més greu de lo habitual. Jefferson no especifica massa el seu ús, encara que alguns autors suggereixen que la fletxa es posa abans de la paraula amb entonació modificada. Les fletxes no són accessibles en un teclat convencional i s'han de inserir com a símbols.
MAJÚSCULES Majúscules	Volum elevat de veu respecte de l'habitual per part d'un/a parlant. Habitualment s'utilitza per assenyalar els crits.
O ° Signe ordinal o de grau	Volum menys elevat de lo habitual per part d'un/a parlant. Se senyala l'inici i el final de l'extracte de volum reduït. Jefferson suggereix l'ús del símbol per graus de temperatura (°).
<parla accelerada> Signes de <i>menor que</i> i <i>major que</i> (amb el costat obert assenyalant <<cap a	Parla més accelerada de lo habitual per part d'un/a parlant.

dins>> d'un extracte de parla determinat)	
>parla lenta< Símbol de major que i menor que (amb el cantó obert assenyalant <<cap a fora>> d'un extracte determinat)	Parla més pausada de lo habitual per part d'un/a parlant
- Guió	Interrupció brusca i voluntària d'una paraula. Jefferson suggereix el seu ús també per a la interrupció brusca de paraules completes.
£ Lliure esterlina	Indica la parla entre riures.
☹ Emoticona per indicar tristesa	Jefferson no utilitza cap símbol per la parla entre plors. Javier Bassi suggereix la utilització de l'emoticona trista per indicar la parla entre plors. L'extracte entre plors s'obra i es tanca de la mateixa manera. En cas de que la persona només plorés sense dir res, s'utilitzaria el llenguatge no verbal ((plora)).
() Parèntesis	Extracte de parla incompreensible o d'un/a parlant que no pugui ser identificat.
((<i>cursiva</i>)) Lletra cursiva entre dos dobles parèntesis	Informació no verbal o contextual. En la majoria de les transcripcions, només es consigna lo primer, però Jefferson suggereix que s'utilitzin aquests símbols per la descripció del transcriptor.
(X) Una ix en minúscula, entre parèntesis	Aquest símbol s'utilitza per el dubte, el tartamudeig o parla incipient.
(hhh) Unes acs, entre parèntesis	Exhalació audible.
? o (.hhh) Signe d'interrogació o un punt i unes acs, entre parèntesis	Inhalació audible.
, Coma	Indica una pujada o baixada temporal d'entonació.

8. Agraïments

Un cop acabat el treball de fi de grau m'agradaria poder dirigir-me a les persones que han fet que això sigui possible.

Primerament, m'agradaria agrair a Laura Gimenez, la meva tutora, per tota l'ajuda que m'ha proporcionat. Des del primer moment m'he sentit escoltada, recolzada i sempre he pogut comptar amb ella, sobretot quan més perduda estava.

Donar les gràcies a totes les associacions LGBT+ d'arreu de Catalunya amb qui m'he posat en contacte, per proporcionar-me més informació de la que demanava i per atendre'm tant bé com ho han fet. Sou un gran pilar per a la societat actual i un gran suport per a la realització d'aquest treball de fi de grau.

També donar les gràcies a les meves amigues, que han estat allà des del principi i m'han animat a seguir endavant amb la temàtica tot i la manca d'informació i les dificultats trobades pel camí. Gràcies per ajudar-me i fer-me costat en tot moment.

Finalment, donar les gràcies a la meva família, el suport incondicional i l'ajuda des de sempre. Gràcies per creure en mi en tot moment i fer possible que, d'aquí, sortís un treball de final de grau com el que ha sortit.

9. Nota final

Personalment crec que el treball de fi de grau és una oportunitat per entrar en el món de la investigació que, en moltes ocasions, queda amagat en els diferents graus, sobretot el d'infermeria.

Quan comences la carrera, aquest treball és el que més tems que arribi ja que no tens coneixements de com s'ha de realitzar i, per tu, suposa el punt i final de la teva carrera estudiantil, per tant, un gran què. Quan ja ha passat el moment i estàs fent el treball lo més important, per mi, és haver triat una temàtica que t'agradi i et motivi a seguir endavant ja que, en moltes ocasions, acabes molt cansada del treball.

Si trobes allò que et motiva, aquest treball et permet adquirir molts coneixements per tu mateixa i, a més a més, aprendre com realitzar un estudi. En el meu cas, no s'ha parlat en cap moment de violència intragènere durant la carrera i, com a activista de la comunitat LGBT+, va ser un moment en el qual poder ser jo mateixa i extreure tot el que pogués d'aquest tema i potser, en algun moment, per poder ajudar a aquestes persones com a professional de la salut.

