

Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida

Battered women´s perceptions regarding the received health attention

Juana Robledo Martín, Diana de la Fuente Aparicio (*), Ana Belén Salamanca Castro (*), Sara Sánchez Castro (*). FUDEN, (*) Hospital Doce de Octubre (Madrid)

Correspondencia:

Fundación para el Desarrollo de la Enfermería
Dpto. de Investigación
Cuesta de Santo Domingo, 6
28013 Madrid
juanainvestigacion@satse.es

RESÚMEN

La violencia doméstica es en la actualidad un tema de preocupación social que en España ha llegado a ser considerado un problema de estado y de salud pública. Se dice incluso que los malos tratos están de moda, y muchas personas se preguntan si está aumentando esa violencia. Los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana de las mujeres a lo largo de la historia. Sin embargo, esta violencia estaba normalizada y naturalizada y, por lo tanto, silenciada y oculta.

Los profesionales sanitarios no somos ajenos al cambio cultural y educacional que experimenta la sociedad, y nos planteamos muchísimos aspectos que podrían ser objeto de investigación. Hay muchos estudios que hablan sobre malos tratos, pero pocos los abordan desde la perspectiva de la mujer.

El proyecto que presentamos es un estudio cualitativo que pretende conocer la percepción que tiene la mujer maltratada sobre la labor de los profesionales sanitarios en materia de malos tratos. Para ello se realizarán tres grupos de discusión con mujeres maltratadas que se encuentren en tres casas de acogida, y posteriormente se realizarán entrevistas con preguntas abiertas a las que sean consideradas informantes clave. Otros aspectos que se pretenden abordar con esta investigación son describir el proceso de contacto con el sistema sanitario, analizar el asesoramiento recibido y como éste es percibido, describir a qué profesional son derivadas y cómo lo valoran, conocer qué asistencia han recibido y su valoración, así como estudiar si se sienten respaldadas por el sistema sanitario.

Palabras clave: Mujeres maltratadas, violencia doméstica, violencia de género, sistema sanitario, Enfermería.

ABSTRACT

Domestic violence is nowadays an issue of social concern, and has become a national health problem in Spain. It is even said this kind of violence is in fashion and people wonder whether it is increasing. Gender violence has been a part of women's daily life throughout history, but this violence used to be normalized, therefore hidden and silenced.

Health professionals are aware of the educational and cultural changes regarding gender violence, paying attention to many issues subject to be explored. There are many researches regarding rough treatment but these cases are not studied from the women's perspective.

Our research proposal is a qualitative study to explore the perception of women suffering from gender violence regarding the role of health professionals in this issue. We will perform three focus groups with women who are victims of rough treatment and live in three different social institutions. Additionally, we will interview some of these women considered as key informants.

We also aim to explore the contact process with the Health System, the counseling given by the health professionals, the professionals they are derived to, the kind of assistance they receive, how they value it all and whether they feel supported by the Health System or not.

Key words: Battered women, home violence, gender violence, health system, nursing.

INTRODUCCIÓN

La violencia hacia y contra las mujeres es una de las violaciones más graves de los derechos humanos. Consiste en cualquier tipo de violación de la personalidad de la mujer, de su integridad física y mental o de su libertad de movimientos. Incluye todas las formas con las que la sociedad utiliza y oprime a las mujeres de manera más o menos explícita, lo que incluye tanto la pornografía, como el abuso de la esterilización o de la prescripción de drogas, la violencia en prisiones o el maltrato en instituciones sanitarias, entre otras muchas (Mazarrasa, 2002). Cabe decir que es en la actualidad un tema de preocupación social. Los medios de comunicación han comenzado a recoger como noticia los asesinatos de mujeres a manos de sus novios, parejas o ex parejas. Se dice, incluso, que los malos tratos están de moda, y muchas personas se preguntan si está aumentando la violencia contra las mujeres. Sin embargo, la violencia y los malos tratos han formado parte de nuestra vida cotidiana a lo largo de la historia, aunque esta violencia estaba normalizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenía reconocimiento y, por tanto, estaba silenciada y oculta (Ruiz-Jarabo, 2004).

Por todo ello, tanto desde la comunidad científica como desde el mundo sanitario, político y social, se intenta abordar de la mejor manera posible el problema, intentando dar respuestas y soluciones, reformando leyes (Ley 27/ 2003, Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género, 2004), mejorando los recursos de los sistemas sociales y ahondando en la realidad sanitaria para detectar posibilidades de mejora.

Centrándonos en el ámbito científico, son muchos los estudios que se hacen eco de la magnitud del problema. Un estudio epidemiológico, descriptivo realizado en Alicante (España), basado en los asesinatos registrados en la base de datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (1998-2001) y las denuncias por violencia del compañero íntimo (VCI) del Ministerio del Interior (1997-2000), constató un incremento del 27% en las denuncias y del 49% en los asesinatos desde el primer año del período al último. Durante el período de estudio una de cada 100.000 mujeres fue asesinada por VCI y una de cada 200 denunció ser víctima de VCI. Las mujeres de 22-41 años y las de 82-86 presentaron las tasas de mortalidad por VCI más altas. La mortalidad y la incidencia de las denuncias por VCI en las provincias españolas no siguió un patrón geográfico definido, concluyendo que no existe correlación entre la mortalidad y la incidencia de las denuncias por VCI por provincias (Vives, 2003). Otro estudio realizado en Santa Fé de Bogotá (Colombia) mediante entrevistas a 3157 mujeres que acudían con sus niños a la consulta pediátrica para revisiones, vacunas etc concluye que el 26,5% informaron de que habían sido abofeteadas o empujadas por su compañero actual, y 13,3% de que habían sido agredidas gravemente por medio de golpes con el puño cerrado, patadas, golpes con algún objeto, o golpeadas y amenazas con un cuchillo o arma de fuego. Además de lo anterior, 26,2% de ellas indicaron que su compañero les imponía alguna prohibición (Klebens, 2001).

Un tercer estudio realizado en un barrio de Salvador (Brasil) encontró un índice de violencia en pareja del 80%. Este estudio fue realizado con un abordaje cuali-cuantitativo a 50 hombres (Freire, 2002).

Pero no todas las mujeres que son maltratadas a manos de sus parejas se dan cuenta de que lo son. Otro estudio cualitativo realizado en Medellín (Colombia) revela que tan sólo el 54,1% de las mujeres golpeadas se sienten maltratadas y que esta percepción del maltrato decrece con la edad de las mujeres (Jaramillo, 2000).

Respecto a los factores desencadenantes de los malos tratos, todos los autores llegan a un consenso. Tanto los dos estudios anteriores como otros destacan, entre ellos, el consumo de alcohol, el consumo de drogas y los celos (García, 2002). Algunos afinan más en el número de factores que pueden desencadenar violencia intrafamiliar, incluyendo el nivel socio económico, la condición étnica, la religión, la lengua y el nivel educativo (Alatorre, 2000).

Por otro lado, cabe decir que la violencia doméstica siempre es perpetrada con los miembros de la familia más vulnerables, ya sea por razón de edad (menores o ancianos), género, salud, discapacidad, etc. El hogar es el sitio de mayor ocurrencia de las violencias. Las mujeres y los menores de edad, por ser los más afectados, requirieron un mayor número de hospitalizaciones por este motivo. En relación a la violencia hacia los menores, la madre o una figura femenina es quien la ejerce, pero ella a la vez es víctima de un grave maltrato por parte de su pareja, o de algún miembro de su familia, en hogares casi siempre con padre ausente (Alatorre, 2000). Esto deja patente las dificultades que la violencia doméstica provoca no sólo al que la sufre, sino también al que es testigo de ella. Los hijos de las mujeres maltratadas pueden interiorizar la conducta de sus padres y tender a convertirse en maltratadores (si son varones) o víctimas (si son mujeres). Una ONG de Girona ha creado un servicio para que esos niños puedan borrar profundas huellas psicológicas de la situación que han vivido en su casa. Su objetivo es reconducir las conductas agresivas o pasivas y enseñarles que existe un modelo de relación familiar diferente al que han asumido como normal. En la terapia los niños son inducidos a asumir papeles que ellos consideran propios de mujeres, y ellas juegan el rol inverso. Los responsables aseguran que es importante intervenir a la edad más temprana posible (Costa-Pau, 2003).

Un campo que es ampliamente conocido es la descripción de la mujer maltratada (Iribar, 2000), así como la descripción del agresor tipo y los factores de riesgo presentes, y cómo éste puede influir en muchos otros aspectos. En este sentido, un estudio relacionaba los malos tratos en el embarazo y los recién nacidos de bajo peso (Medina, 2001).

Respecto a la atención sanitaria, son muchos los profesionales de ciencias de la salud que han mostrado un interés y una sensibilización creciente sobre el tema. Abundan los protocolos y programas sanitarios que se han desarrollado en cuestión de violencia doméstica. Hay artículos que muestran detalladamente aspectos sobre los que los profesionales deben estar alerta, y les asesoran sobre cómo actuar, exponen

los recursos con que se cuentan, tanto sociales como sanitarios, las consecuencias que tiene para la salud de la víctima, para la salud intrafamiliar y, por supuesto, hablan de la importancia de rellenar el parte de lesiones, que por otro lado es de obligada cumplimentación para el profesional (Gonzalez, 2002; Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales; Noguero, 2001). Pero aún así, a los profesionales sanitarios no nos resulta fácil detectar víctimas de malos tratos y por supuesto abordar el problema. Prácticamente a ninguna mujer víctima de violencia doméstica le resulta fácil hablar sobre el tema y es común que no lo expresen de forma abierta y voluntaria, por lo que la actitud del profesional resultará totalmente determinante y será fundamental que no se establezcan juicios preconcebidos en torno a mitos y creencias culturales acerca de la violencia de género. Se le debe transmitir a la víctima que no será juzgada, y favorecer un clima de confianza, apoyo, seguridad y respeto (Aguar, 2000). Varios estudios (Suarez, 1998; Velasco, 2000), hacen hincapié en las formas de maltrato destacando los malos tratos psicológicos, ya que comúnmente los profesionales tendemos a interiorizar los malos tratos como aquellos que son puras agresiones físicas o sexuales, cayendo en el error de dejar pasar otros muchos, como los ya mencionados psicológicos o sociales.

En el campo de la enfermería hay estudios que analizan el posicionamiento de las enfermeras ante este problema tan importante (De la Fuente, 2005; Vázquez, 2002; Lee, 1996) y lamentablemente en algunos no salimos demasiado bien parados. En un estudio realizado en España en el que se pasó una encuesta a 110 enfermeros para evaluar los conocimientos de éstos sobre el maltrato a la mujer, se apreció un déficit en la formación recibida a nivel de currículo, y un desconocimiento a la hora de derivar estas situaciones (Muñoz, 2000). Otro artículo publicado muestra las respuestas de algunas enfermeras al preguntarles sobre su implicación con las víctimas de violencia doméstica. Entre ellas se encontraron algunas como: "no tengo suficientes conocimientos sobre la violencia doméstica" o "no tengo tiempo suficiente". Tras éstas, el autor demuestra que para ayudar a una víctima ni hace falta ser un experto, ni se necesita tanto tiempo como se piensa. Afirma que sólo hay que seguir unos pasos y mostrar apoyo e interés. Además, aconseja no sentirse frustrada sea cual sea el resultado que obtenga la enfermera tras su actuación, ya que la finalidad no es rescatar a la víctima para que abandone a su agresor, ni tampoco convencerla de que debe denunciar a la pareja, sino escucharla, asesorarla y mostrar apoyo y comprensión (Berlinger, 2002). Esta misma autora, en otro artículo, afirma como agravante para modificar nuestra actitud, que la víctima tipo deja a su agresor hasta siete veces antes de abandonarlo definitivamente, y que por tanto, deberíamos medir el éxito de nuestra actuación en razón de la idoneidad en que se valoró la situación, se asesoró, se informó sobre las alternativas de seguridad, y se respetó su derecho para la libre determinación sin juicios (Berlinger, 1998). Otros profesionales como médicos y trabajadores sociales han sacado conclusiones similares (Carmona, 2004).

Como vemos, los estudios científicos existentes abordan distintos y variados aspectos del tema de la violencia de género. Muchos de ellos son de corte cualitativo, ya que este tipo de metodología responde de manera satisfactoria a las respuestas que habitualmente se plantean en este campo. Sin embargo, son pocos los estudios que analizan este mundo desde la visión, perspectiva y sentimientos de la propia mujer maltratada. Sólo un estudio realizado en Medellín (Colombia) pretende comprender cómo percibe la mujer maltratada su propia vivencia, y explora las condiciones que la llevan a permanecer o dejar la situación de maltrato. Se entrevistaron en profundidad 30 mujeres que se sentían maltratadas por su compañero. El análisis mostró un proceso de cambio vivido por las mujeres en cuatro etapas: no tener en cuenta, darse cuenta, encontrarse a sí misma y salir adelante sola. En la primera etapa permanecen en la situación violenta al predominar en ellas una estructura moral rígida tradicional que guía el cumplimiento de sus deberes familiares y matrimoniales. En las siguientes flexibilizan los valores morales, se autoreconocen, se valoran y se preparan para salir una vez que tienen la convicción de que la situación no va a cambiar (Sánchez, 2000).

Por último, mencionar como profesionales en Ciencias de la Salud, que no hemos encontrado ningún estudio que analice la percepción que tiene la mujer maltratada sobre el Sistema Sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguar Fernández, M. Los profesionales sanitarios ante la violencia doméstica. *Index enferm Otoño 2000; Año IX (30):7-10*
- Alatorre Wynter, E. Violencia familiar y salud. *Rev Enferm IMSS 2000 ene-abr; 8(1):51-55*
- Berlinger, J S; Violencia doméstica: como puede marcar la diferencia. *Nursing marzo 2002; 20(3):8-12*
- Berlinger, J S; Respuestas a sus preguntas sobre violencia doméstica: ¿por qué no le deja usted ahora mismo? *Nursing octubre 1998; 16(8):15-19*
- Carmona, M; Martos, A. Factores que dificultan el diagnóstico de la violencia doméstica y atención social en el servicio de urgencias. *Trab Soc y Salud marzo 2004; 47:111-118*
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Sistema Nacional de Salud
- Costa-Pau, M. De tal palo, tal paliza. *El País 12 de Enero de 2003; Pp.30*
- De la Fuente Aparicio, D.; Salamanca Castro, A.B.; Sánchez Castro, S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?. *Nure Investigación, nº15, Mayo 2005.*
- Freire Diniz, Normélia M; Mendonça Lopes, Regina L; Dos Anjos Gesteira, Solange M; Belo Alves, Sandra L; Pereria García Más, MP. Patología familiar y violencia doméstica. Libro electrónico 2002. http://socioalcohol.psicopatologia.com/wms/psimgdb/archivo_doc46983788.pdf
- González Rosario, C. Malos tratos en la mujer. *Protocolos Sanitarios. Rev de SVMFiC nº11; Pp8-18*
- Iribar, A. Radiografía de la española maltratada. *El País 9 de Abril 2000; Pp.30*
- Jaramillo Vélez, Diva E; Tulia Uribe, J. Violencia doméstica en Medellín (Colombia): un problema que afecta a la salud de las mujeres. *Index Enferm otoño 2000; Año IX(30):17-21*

- Klevens, J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Panam Salud Pública* Feb 2001; 9(2):78-83
- Lee, J R. ¿Por qué no podíamos oír los gritos de Silvia pidiendo ayuda? *Nursing* enero 1996;14(1):22-23
- Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género del 22 de Diciembre de 2004. Ministerio de Justicia . Ministerio de Justicia. Disponible en:
http://www.justicia.es/servlet/Satellite?cid=1057821035261&pagename=Portal_del_ciudadano%2FPage%2FAtCiudadano&c=page&subseccion=MostrarAtCiudadano&titulopage=Asistencia%20a%20la%20victima&categ=AV&iden=1071043535736&subcateg=DS&menu_AsistenciaVictima=menu_act. [Consultado el 20/01/05]
- Ley reguladora de la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica (Ley 27/2003) del 31 de Julio de 2003(B.O.E 1 de Agosto). Ministerio de Justicia. Disponible en:
http://www.justicia.es/servlet/Satellite?cid=1057821035261&pagename=Portal_del_ciudadano%2FPage%2FAtCiudadano&c=page&subseccion=MostrarAtCiudadano&titulopage=Asistencia%20a%20la%20victima&categ=AV&iden=1071043535736&subcateg=DS&menu_AsistenciaVictima=menu_act. [Consultado el 20/01/05]
- Mazarrasa L et al. Violencia de género y cuidados de Enfermería. *Metas de Enfermería* dic 2001/ene 2002; 4(10): 52-57
- Medina Meza, D P; Martínez Salgado, J C; Suarez Rodríguez, J C y col. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. *Invest Educ Enferm* marzo 2001;XIX(1):18-25
- Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Violencia contra las mujeres. *Salud XII.*. Instituto de la Mujer.
- Muñoz Ruiz, Mª E; García López, Mª L; Madrid Marcos, J; Molina Mala, J; Reyes Yepes, J Mª. Los malos tratos en la mujer asignatura suspendida en enfermería. *Enferm Cientif* nov-dic 2000; 224-225:14-17
- Noguero Fernández, mCarmen; Solanas Muñoz, M Pilar. Pautas de Atención Primaria ante la violencia doméstica. *Hygia* Mayo-Agosto 2001; Año XIV(48):23-28
- Ruiz-Jarabo Quemada, C; Blanco Prieto, P. La violencia contra las mujeres. *Prevención y detección.* Díaz de Santos; 2004. 39-40.
- Sánchez Lizcano, C M; Suárez Leal, D P; Zabala Quintero, S L; Del laberinto a la luz: el proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. *Index Enferm* otoño 2000; Año IX(30):12-16
- Suárez Rodríguez, T y Mullor Abad, A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. *Medifam* 1998 ene-feb ; 8(1):34-42
- Vázquez Hachero, G; Ponce Domínguez, J; Ponce Domínguez, M del Carmen. La enfermera ante la mujer víctima de maltrato doméstico. *Index Enferm* primavera-verano 2002; Año XI(36-37):29-32
- Velasco Juez, M Casilda. Castigadas a la soledad y el silencio: el maltrato psicológico, también es violencia. *Index Enferm* 2000 otoño ; Año IX(30):47-51
- Vives, C; Álvarez-Dardet Díaz, C; Caballero, P. Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanitaria* 2003 jul-ago ; 17(4):268-274.

HIPÓTESIS

La metodología cualitativa, por su carácter exploratorio, no contempla a priori hipótesis. Sin embargo, a partir de la revisión de la literatura realizada, han surgido asunciones que han permitido el desarrollo del proyecto de investigación. Las principales asunciones que fundamentan el estudio son:

- La atención sanitaria a las mujeres maltratadas ha sido ampliamente estudiada desde la visión de los profesionales sanitarios, pero poco abordada desde la percepción de las propias mujeres maltratadas.
- La violencia contra las mujeres es un problema social, y por tanto es necesario un abordaje interdisciplinar del problema.
- En un modelo sanitario en el que prima la visión biológica, la atención sanitaria a las mujeres maltratadas requiere de un abordaje biopsicosocial del problema. Este hecho supone una dificultad para abordar el problema por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

Principal: Conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la labor de los profesionales sanitarios en la atención de los malos tratos.

Específicos:

- Describir el proceso de contacto que establecen las mujeres maltratadas con el sistema sanitario.
- Describir qué asesoramiento han recibido por el sistema sanitario las mujeres maltratadas.
- Valorar cómo es percibido ese asesoramiento por las mujeres maltratadas.
- Describir a qué profesional han sido derivadas por el sistema sanitario las mujeres maltratadas.
- Valorar cómo es percibida esa derivación por las mujeres maltratadas.
- Describir qué asistencia del sistema sanitario han recibido las mujeres maltratadas.
- Valorar cómo es percibida esa asistencia por las mujeres maltratadas.
- Valorar cómo la mujer se ha sentido respaldada por los profesionales sanitarios.
- Describir por quién fue realizada la denuncia.

METODOLOGÍA

Estudio con metodología cualitativa, ya que, dado el carácter y la naturaleza de los objetivos de nuestra investigación, es configura como el más adecuado. A nivel tecnológico, el grupo de discusión, principal instrumento técnico dentro de la perspectiva estructural para la investigación en las ciencias sociales y sanitarias, será nuestra técnica fundamental. Como técnica complementaria se utilizarán las entrevistas en profundidad a informantes claves. Este método de investigación toma como centro a los sujetos-actores (en nuestro caso, las mujeres que se encuentren en las casas refugio para mujeres maltratadas de la Comunidad de Madrid), para tratar de captar la riqueza de las experiencias de las personas en sus propios términos, palabras y visiones, intentando entender el mundo subjetivo de las participantes en el estudio.

Para ello, vamos a desarrollar el estudio en 4 fases: (a) Actualización de la revisión de la literatura existente y acercamiento al campo. (b) Realización de los diferentes grupos de discusión y entrevistas en profundidad a informadores claves. (c) Análisis de los resultados y verificación de los mismos. (d) Difusión de los resultados.

Sujetos de estudio: La población a estudio serán las mujeres que se encuentren en las casas refugio para mujeres maltratadas de tres municipios diferentes de la Comunidad de Madrid, ya que, dado el componente retrospectivo de nuestro estudio, estas mujeres presentan una vivencia más enriquecedora y se encuentran en una situación más accesible para el investigador. Se seleccionarán 6-8 mujeres de una casa refugio de cada municipio para la realización de los grupos de discusión, de las cuales se elegirá un mínimo de 3 mujeres de cada grupo que consideremos informantes claves, para la realización de las entrevistas en profundidad. Por lo tanto realizaremos tres grupos de discusión y 9 entrevistas en profundidad.

Variables de estudio: Para describir el proceso de contacto que establecen las mujeres maltratadas con el sistema sanitario se tendrán en cuenta los siguientes aspectos: (a) Momento del ciclo de la violencia en el que acuden al sistema sanitario. (b) Centro al que acuden (Atención Primaria o Atención Especializada). (c) Profesional al que acuden en primer lugar. (d) Motivo que alegan a la llegada al centro. (e) Con quién acuden al centro (solas o acompañadas).

Acceso al campo: El acceso al campo se hará a través de "porteros" (trabajadores sociales, psicólogos, etc) conocidos por los investigadores y que trabajan con mujeres maltratadas, facilitándonos los primeros contactos con ellas. Una vez identificadas las primeras mujeres se usará la técnica de "bola de nieve" para identificar al resto de las participantes.

Recogida de datos: Tanto los grupos de discusión como las entrevistas en profundidad se realizarán en lugares que consideraremos "neutros" de las diferentes localidades (Centros culturales, asociaciones de vecinos, etc.) proporcionando un ambiente apropiado, para facilitar la verbalización por parte de las mujeres de sus experiencias.

Los grupos de discusión y las entrevistas serán grabados, transcritos en su totalidad, y posteriormente, revisados por los investigadores para verificar su contenido. Las anotaciones de las observaciones de campo serán integradas en los *verbatim*s, por lo que también formarán parte del cuerpo de información para el análisis.

Tanto a las participantes en los grupos de discusión como en las entrevistas se les hará entrega de un regalo, al considerar que ello es beneficioso para ajustar las expectativas que los resultados de la investigación puede generar.

Análisis de datos: El análisis de datos se realizará de forma concomitante a lo largo de todo el proceso de investigación, ya que la investigación cualitativa no culmina en el proceso de investigación, sino que es un ejercicio permanente que se inicia con el diseño del proyecto y que va guiándose a partir de la información que se recoge.

La reflexividad será una constante en todo el proceso, siendo el posicionamiento de los investigadores examinado por los mismos a través del diario de campo, donde se reflejará todo el proceso seguido tanto en la recogida de datos como en el análisis de la información.

El tipo de análisis que se realizará es el "análisis del discurso", buscando la creación de códigos, categorías y subcategorías. Para facilitar el análisis se utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos Atlas ti 5.0.

Para asegurar la validez de los datos recogidos se utilizará la triangulación de métodos y fuentes. Los resultados preliminares serán presentados a investigadores externos al proyecto, a mujeres participantes en la investigación y a profesionales sanitarios para su verificación.

Consideraciones éticas: Todos los sujetos participantes del estudio lo harán de forma voluntaria. Las grabaciones serán realizadas previo consentimiento informado de las participantes, tanto de forma oral como escrita.

Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio, no revelando nombres, direcciones de las casas de acogida, ni ningún otro dato que pueda favorecer su identificación.

Los investigadores del estudio no se identificarán en ningún momento como profesionales sanitarios, para evitar los sesgos que esto pudiera ocasionar en el discurso de las mujeres. Este estudio podría crear expectativas de resolución de situaciones concretas vividas por las mujeres participantes, por lo que se les explicará claramente que éste no es el objetivo del estudio, y que, por lo tanto, no pretende ni se compromete a dar solución a las mismas. Las grabaciones serán guardadas en un armario bajo llave en la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería y destruidas a los tres años de haber finalizado el estudio.

Límites del estudio: Debido a la naturaleza cualitativa del estudio, los datos producidos son de gran valor social y sanitario contextualizado, lo que, sin embargo, limita su generalización, siendo esta premisa aceptada por lo investigadores desde el diseño del mismo. Debido a las características de la muestra elegida para el estudio, no se van a estudiar a las mujeres que no se encuentren en las casas de acogida, admitiendo que también hay mujeres que se encuentran en las mismas circunstancias y que no se encuentran en las casas refugio, bien por motivos personales o por limitaciones de los recursos sociales.

Difusión de los resultados: Los resultados serán difundidos a través de revistas científicas españolas e internacionales, y a través de la presentación de los resultados en congresos. Se pedirá a las participantes sugerencias sobre formas y espacios que contribuyan a la máxima difusión de los resultados entre los colectivos de mujeres maltratadas, realizándose también la difusión en esos medios.

PLAN DE TRABAJO

Primera etapa:

Fase de actualización de la revisión de la literatura existente y acercamiento al campo (6 meses).

- Búsqueda bibliográfica y revisión exhaustiva de la literatura existente (equipo investigador).
- Preparación del documento de consentimiento informado y del proyecto de investigación para el comité de Bioética si fuese necesario (investigador principal).
- Preparación de la guía del grupo de discusión (equipo investigador).
- Preparación de la guía de las entrevistas en profundidad (equipo investigador).
- Realización de una entrevista piloto para ver la idoneidad de la guía propuesta, así como dificultades que puedan aparecer tanto por los investigadores como por las mujeres entrevistadas.
- Realización de un grupo de discusión piloto para corregir problemas que puedan aparecer en el planteamiento y desarrollo.
- Realización de encuentros y reuniones del equipo investigador para la selección de los "porteros" más idóneos para nuestros objetivos, mediante la técnica de "bola de nieve". (equipo investigador).
- Realización de reuniones con los "porteros" explicándoles de forma precisa y concreta nuestro proyecto de investigación (equipo investigador).
- Contacto con las casa de acogida y presentación del equipo investigador, estableciendo los acuerdos de colaboración entre el equipo investigador y las mujeres maltratadas, fijando así mismo un lugar y una fecha para la realización de los grupos de discusión (equipo investigador).
- Se establecerán canales de comunicación para mantenerse, tanto el equipo investigador como las casas de acogida, mutuamente informados de la marcha del proyecto, y de las posibles cuestiones de tipo metodológico y ético a revisar durante el mismo (equipo investigador).

Segunda etapa:

Fase de recogida y análisis de los datos (16 meses).

- Petición de los permisos necesarios para la utilización de "lugares neutros" de las distintas localidades (Centros culturales, asociaciones de vecinos, etc.) para la realización de los diferentes grupos de discusión, así como, la realización de las entrevistas en profundidad a los informantes clave (investigador principal).
- Realización y grabación de los grupos de discusión y reclutamiento de los informantes clave (equipo investigador).
- Realización y grabación de las entrevistas en profundidad a los informantes clave (equipo investigador).
- Transcripción de los grupos de discusión y de las entrevistas (personal especializado).
- Análisis de los datos, tanto del discurso, mediante la herramienta informática de soporte al análisis de textos Atlas ti 5.0, como de todos aquellos datos expuestos en el diario de campo, que tienen que ver con las impresiones y sentimientos del investigador, como otros aspectos ligados a la comunicación no verbal detectados en las mujeres maltratadas (equipo investigador).

Tercera etapa:

Fase de verificación de resultados (6 meses).

- Presentación de los resultados del análisis preliminar a las propias participantes, investigadores y profesionales sanitarios, con fin de verificar los resultados (equipo investigador).
- Elaboración de la versión definitiva del estudio (investigador principal).

Cuarta etapa:

Fase de divulgación de resultados (12 meses).

- Elaboración detallada del informe (equipo investigador).
- Difusión de los resultados en diferente medios -radio, prensa etc.- y en diferentes ámbitos (profesional, comunitario y científico) (equipo investigador)
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas, y su ponencia en congresos (equipo investigador).

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA

Juana Robledo Martín: Diplomada en Enfermería y doctorando en Antropología Social y Cultural, es master en Salud Comunitaria por la Escuela Nacional de Sanidad y diplomada en metodología de Investigación clínica. Con una amplia experiencia asistencial y docente actualmente trabaja como directora del departamento de investigación de FUDEN y del Museo etnológico "El Lavadero" ubicado en Ávila, siendo también profesora en la Escuela de Enfermería de Ávila y de Leganes (Madrid). Conocedora en profundidad de la metodología cualitativa y cuantitativa ha asesorado y trabajado en proyectos de investigación desde ambas perspectivas, siendo revisora de varias revistas de reconocido prestigio. Su campo de trabajo se centra en el campo de salud y género, habiendo abordado el tema del cuidado informal desde una perspectiva de género y asesorando en investigaciones sobre maltrato. Ha realizado varias comunicaciones y ponencias sobre el tema.

Diana de la Fuente Aparicio: Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid. Ha trabajado como enfermera asistencial en el Hospital 12 de Octubre desde el año 2001. Ha mantenido contacto con diversas asociaciones de mujeres maltratadas y ha realizado diferentes cursos de formación en metodología cualitativa. Ambas circunstancias la llevaron a participar en una investigación con metodología cualitativa sobre la preparación de las enfermeras para detectar malos tratos que resultó ganadora del I Certamen de Investigación en Enfermería Inés Novellón, cuyos resultados han sido divulgados en congresos y revistas científicas, así como difundidos en varios medios de comunicación (radio, prensa). Actualmente está realizando el curso de Experto en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud.

Ana Belén Salamanca Castro: Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad Autónoma de Madrid. Desde el año 1997 ha trabajado como enfermera asistencial en diversas instituciones. Interesada en los temas de salud y género ha realizado varios cursos sobre ello, así como sobre metodología de la investigación, tanto cualitativa como cuantitativa. Ha realizado recientemente una investigación cualitativa sobre el grado de capacitación de las enfermeras para detectar malos tratos, ganador del I Certamen de Investigación en Enfermería Inés Novellón. En relación con el mismo, ha realizado comunicaciones sobre el tema, así como publicaciones en revistas científicas, divulgando también los resultados en emisoras de radio y otros medios de comunicación. Actualmente está realizando el curso de Experto en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud.

Sara Sánchez Castro: Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid. Experta Profesional en Enfermería Legal y Forense por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, (2003-04). Colaboradora en el Departamento de Bioética e Historia de la Enfermería, de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid durante el (curso 1998-99). Trabaja desde el 2000 en el Hospital 12 de Octubre como enfermera asistencial. Tiene realizados varios cursos de formación postgrado en metodología de investigación cualitativa y cuantitativa. Interesada en cuestiones de género ha participado en el estudio anteriormente citado para conocer si se encuentran las enfermeras capacitadas para detectar malos tratos. Actualmente se encuentra realizando el curso de Experto en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LO RESULTADOS

La realización de este estudio permitira:

- Orientar la práctica clínica hacia medidas de prevención de los malos tratos.
- Orientar programas y políticas sociosanitarias que se dirijan a promocionar y proteger la salud de las mujeres, y en especial de aquellas que sufren malos tratos.
- Describir aquellos aspectos en los que se puede y debe mejorar para una adecuada actuación de los equipos sanitarios en la atención a las víctimas.

- Fomentar la formación de los profesionales sanitarios para una mejor prevención y asistencia hacia este colectivo de mujeres tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Atención Especializada.
- Profundizar en la experiencias de las mujeres mal tratadas en sus propios términos, palabras y visiones, intentando entender el proceso por el que han pasado hasta llegar a las casas de acogida, lo que nos permitirá, una mejor comprensión de la atención que reciben estas mujeres por los Servicios Sanitarios desde su propia vivencia.
- Aumentar la sensibilización de los distintos profesionales sanitarios hacia un tema en el que todos podemos colaborar.

MEDIOS DISPONIBLES

La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería es una fundación sin ánimo de lucro que tiene por objetivos:

- Potenciar el desarrollo de la salud en todas sus vertientes
- Contribuir a la prevención y mejora de las situaciones de desigualdad social, marginación y/o necesidad, fomentando las iniciativas de solidaridad e interés general que promuevan la calidad de vida infantil, de los mayores, de la mujer, de los trabajadores, de los discapacitados, de los drogodependientes, de los afectados por VIH/SIDA, de inmigrantes, refugiados y desplazados, de reclusos, así como la promoción del voluntariado

Dispondríamos de las estructuras que posee la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería: Aulas para reuniones, salas de entrevista, biblioteca con acceso a las principales bases de datos, recursos informáticos, así como de personal cuyo apoyo puntual pueda ser necesario en algún momento de la investigación.

AYUDA SOLICITADA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA

El programa informático ATLAS ti. 5.0 es un tipo de herramienta utilizada en el análisis del discurso para conseguir una mayor rentabilidad tanto en el proceso de análisis como en la obtención de los resultados. Al no tener disponible el programa en nuestro centro de trabajo consideramos que es necesaria su adquisición para la realización de la investigación, ya que facilita la distribución del discurso verbal en códigos, categorías y subcategorías, aportando mayor contenido y calidad al análisis. Además el programa podrá ser utilizado para otras investigaciones cualitativas que se realicen desde el centro.

El uso de las grabadoras digitales, y material complementario, así como el ordenador portátil son imprescindibles para la realización de la investigación. Disponer de un buen equipo de grabación facilita y economiza la labor de transcripción, siendo ésta fundamental para obtener el máximo rendimiento del discurso verbal. La doble grabación implica una mayor seguridad para unificar el proceso, evitando posibles repeticiones por error de grabación, respetando al máximo el límite de la dedicación y la intensidad de la aportación de los participantes.

Transcripciones: Las entrevistas en profundidad, al igual que los grupos de discusión, suelen tener una duración aproximada de 1,5 h de duración, lo que supone 18 h de grabación. Esto se traduce en 110 horas de trabajo dedicadas a la transcripción para el total de la investigación.

Obsequio a los participantes de los grupos de discusión. Expertos en grupos de discusión consideran que el "regalo" a los participantes es necesario evitando la creación de falsas expectativas con el estudio para los participantes.

Para conseguir una difusión internacional de los resultados es necesario la traducción de elevada calidad de los textos al inglés. Este aspecto es imprescindible en las traducciones de las investigaciones cualitativas, ya que al estar basadas fundamentalmente en el análisis del discurso, la comprensión de las categorías es fundamental para la transmisión del conocimiento.

La realización del trabajo de campo precisa de ayuda para dietas y desplazamiento del equipo investigador. Asimismo, la fase final de toda investigación es la difusión de sus resultados y el conocimiento de éstos por parte de la comunidad científica. Por ello hemos considerado su difusión en foros de investigación tanto nacionales como internacionales.

GASTOS DE PERSONAL	0
Subtotal	0
GASTOS DE EJECUCIÓN: Bienes y Servicios	10230
Inventariable	
- Programa informático Atlas ti 5.0	1864
- 2 Grabadoras Digitales	998
- 1 ordenador portátil Hewlett Packard	1750
Fungible	
- Material de Oficina	1200
- Otro material de grabación	600
Otros gastos	
- Transcripciones grabación (110 h a 12€ x hora)	1320
- Obsequio participantes grupos de discusión	288
- Bibliografía	1000
- Traducciones difusión	610
- Otros gastos	600
GASTOS DE EJECUCIÓN: Viajes y dietas	11300
- Dietas de campo	300
- Encuentro Investen: Foro de investigaciones	2000
- Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud	3000
- International Workshop on Qualitative Research	3000
- Congreso Internacional de Enfermería	3000
TOTAL	21530