

CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y APLICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA ENFERMERA, TRUJILLO, 2009

*KNOWLEDGE ABOUT VIOLENCE AGAINST WOMEN
AND THERAPEUTIC APPLICATION OF COMMUNICATION
FROM THE NURSE, TRUJILLO, 2009*

*Rosa Ángela Alayo Reyna¹, Sulvi Deisy Bazán Brandan¹,
Rocio Delgado Zavaleta²*

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación fue determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la aplicación de la comunicación terapéutica por el personal profesional de enfermería de las microrredes La Esperanza y Víctor Larco de la ciudad de Trujillo. La hipótesis planteada fue: existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la aplicación de la comunicación terapéutica por el personal profesional de Enfermería en las microrredes de la ciudad de Trujillo. La investigación fue cuantitativa, con diseño descriptivo-correlacional, aplicada a una muestra de 31 enfermeras profesionales, a quienes se les aplicó dos instrumentos: el cuestionario de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la lista de cotejo sobre aplicación de la comunicación terapéutica por el profesional de enfermería a través de la técnica de la entrevista y la observación. Los resultados indican que el 74,2% no aplica la comunicación terapéutica y el 61,3% de personal profesional de enfermería tiene un buen nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer. Finalmente, sí existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la aplicación de la comunicación terapéutica por el personal profesional de enfermería de la Microred La Esperanza y Víctor Larco de la ciudad de Trujillo.

PALABRAS CLAVE: Conocimientos, violencia, mujer, aplicación terapéutica.

¹ Bachiller en Enfermería.

² Licenciada en Enfermería. Departamento de Metodología de la Investigación, Universidad Católica Los Angeles de Chimbote.

ABSTRACT

The overall objective of this research was to determine whether a relationship exists between the level of awareness about violence against women and the application of therapeutic communication for the professional nursing staff of micro Hope and Victor Larco Trujillo. The hypothesis was: there is a statistically significant relationship between the level of awareness about violence against women and the application of therapeutic communication by the staff nurse in the micro of the city of Trujillo. The research is quantitative descriptive design-correlation, applied to a sample of 31 professional nurses, who were administered two instruments: the knowledge questionnaire on violence against women and the checklist on the application of therapeutic communication for the professional nursing through the interview technique and observation. The results indicate that 74,2% does not apply therapeutic communication and 61,3% of professional nursing staff has a good level of knowledge on violence against women. Finally, if there is a statistically significant relationship between the level of awareness about violence against women and the application of therapeutic communication for the professional nursing staff of the Microgrid Hope and Victor Larco Trujillo.

KEY WORDS: Knowledge, violence, woman, therapeutic application.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la violencia es el primer problema político, social y el principal problema de salud pública a nivel mundial que involucra a todos los grupos sociales, incluyendo a la familia. La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (1999) como el uso intencional de la fuerza física o moral contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, abandono e incluso la muerte, siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato.⁽¹⁾

En ese sentido, la violencia contra la mujer está dada por todas aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. La violencia contra la mujer en el ámbito familiar ha sido reconocido como un problema prioritario de salud pública y social por su magnitud y gravedad, ya que afecta a la población femenina mundial en una proporción que va desde el 30% al 60%; además, por la carga que representa para los servicios de salud en función de los costos de atención que genera.^(2,3)

Algunos datos estadísticos revelan cifras alarmantes a nivel internacional en relación a la violencia contra la mujer; en un estudio realizado en Francia el 95% de las personas son mujeres, de las cuales el 51% es violentada por su pare-

ja. En Dinamarca, el 25% de los casos de divorcio señalan como causal la violencia. La Unión Europea muestra que una de cada cinco mujeres ha sufrido maltratos por parte de su pareja, al menos una vez en su vida; así mismo, el 2% del trato de crímenes violentos que se denuncian comportan alguna forma de agresión perpetrada por un hombre contra su esposa o pareja de hecho.⁽⁴⁾

En lo que se refiere a América Latina, datos recopilados por las Naciones Unidas, revelan que al menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada. Se calcula que la proporción de mujeres que ha tenido experiencias de maltrato conyugal oscila entre el 20% y el 60%, variando de un país a otro. En Chile, 60% de las mujeres que viven con su pareja sufren de maltrato en el hogar, de las cuales el 40% sufrió mayor abuso durante el embarazo. En Colombia, más de 20% de mujeres han recibido algún maltrato físico y 34%, abuso psicológico. En Quito, 60% de las mujeres han sido golpeadas por su pareja. En Nicaragua, casi el 60% de las mujeres declararon haber sido maltratadas en alguna ocasión por sus esposos o compañeros, cifras que aumentan cuando no perciben ningún ingreso económico.^(5,6)

Las mujeres tienen de cinco a diez veces más probabilidades de sufrir abusos de parte de miembros de la familia que los hombres. Un estudio brasileño reveló que sólo en el 10% de los casos de hombres heridos o asesinados había participado un miembro de la familia, mientras que en más de 50% de los casos en que la víctima era una mujer, había intervenido un miembro de la familia, principalmente los cónyuges.⁽⁶⁾

Nuestro país no escapa a esta realidad, lo cual se refleja en los problemas que viven las familias peruanas, que desencadenan en el hogar desiguales relaciones jerárquicas y de poder, las cuales determinan que miles de mujeres soporten cotidiana y pasivamente conductas violentas, tanto física como psicológica de parte de sus parejas, independientemente de su condición sociocultural, económica, educativa o étnica.⁽⁷⁾

En los registros administrativos de los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa) durante el año 2006 se reportó que las mayores concentraciones de atención de mujeres maltratadas se dieron en Lima, Ancash y Apurímac, cuyas edades fluctúan entre 20 y 49 años de edad, siendo más frecuente la violencia psicológica (40,19% pacientes), seguida de la violencia física (26,37% pacientes) y la violencia sexual (9,6%).⁽⁷⁾

En los establecimientos de salud de la ciudad de Trujillo, en el año 2005 se presentaron 343 casos de violencia contra la mujer y en el año 2006, 187 casos fueron por agresiones físicas y psicológicas cometidas por el esposo o conviviente.⁽⁸⁾

A nivel local, según el informe del Centro de Emergencia Mujer de Trujillo, el fenómeno de violencia intrafamiliar ha venido decreciendo desde el 2002 a 2007. En el año 2002 se registró 950 casos; el 2003, 708 casos; el 2004, 728 casos; el 2005, 563 casos; 2006, 572 casos y el 2007, 408 casos de violencia intrafamiliar.⁽⁸⁾

El interés por investigar sobre la violencia contra la mujer surge luego de observar en los establecimientos de salud de la Microred La Esperanza, a las víctimas de violencia intrafamiliar que en su mayoría son mujeres y revelan una realidad en donde las mujeres son las principales víctimas; así mismo, de lo observado en el personal de enfermería sobre su poco entrenamiento en el abordaje a la mujer víctima de violencia y que muchas veces no reciben una adecuada comunicación terapéutica, se genera de esta manera la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la aplicación de la comunicación terapéutica por el personal profesional de enfermería de las Microredes La Esperanza y Víctor Larco - Trujillo, 2009?

OBJETIVOS

1. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la aplicación de la comunicación terapéutica por el personal profesional de Enfermería.
2. Identificar la aplicación de la comunicación terapéutica; y determinar el nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer del personal profesional de Enfermería de la Microred La Esperanza y Víctor Larco en la ciudad de Trujillo.

JUSTIFICACIÓN

El estudio ha contribuido a ampliar el sistema de conocimientos teóricos sobre la violencia; al mismo tiempo sirve como fuente de datos y antecedentes para otros estudios. Por otro lado, este hallazgo científico tiene utilidad práctica para las enfermeras profesionales, y demás personal de salud, para que tengan una adecuada comunicación terapéutica con las víctimas de violencia intrafamiliar, especialmente a la mujer víctima de violencia y una eficiente práctica de Enfermería en las instituciones de salud. Finalmente, los hallazgos sirven de base para la elaboración de protocolos para la atención a las mujeres víctimas de violencia que acuden a los establecimientos de salud.

METODOLOGÍA

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal con diseño descriptivo-correlacional. El universo muestral estuvo conformado por el 100%, que es igual a 31 enfermeras profesionales de los establecimientos de salud de la Microred La Esperanza y Víctor Larco - Trujillo. Se utilizó los siguientes criterios de inclusión: enfermeras de todas las edades que laboraban en los establecimientos de la Microred La Esperanza y Víctor Larco - Trujillo; enfermeras nombradas y contratadas con más de seis meses de permanencia en los establecimientos de la Microred La Esperanza y Víctor Larco - Trujillo.^(9, 10)

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y la observación, a través de dos instrumentos: el cuestionario de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la lista de cotejo sobre aplicación de la comunicación terapéutica por el profesional de enfermería, elaborado por Alayo y Bazán en base a criterios previstos para la unidad de análisis en estudio, los cuales se garantizaron en su validez y confiabilidad, obteniendo una alta confiabilidad de 1,00 y 0,87 a través de la fórmula Kuder y Richarson (fórmula 20) KR20, y de 83,9 con el Alpha de Combrach; para el cuestionario sobre nivel de conocimiento como para la lista de cotejo sobre aplicación de la comunicación terapéutica, luego de aplicar una prueba piloto a 20 enfermeras profesionales con características similares a la población en estudio.⁽⁹⁾

Para el procesamiento y análisis estadístico se ha utilizado el software especializado de estadística SPSS versión 15.0, empleando tablas simples y de doble entrada para la presentación de los resultados. Así mismo, para el análisis de datos se ha utilizado la estadística descriptiva y la estadística inferencial, mientras que para la contrastación de la hipótesis se ha aplicado la prueba de Chi-cuadrado con el 95% de confiabilidad y un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Tabla 01

APLICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED LA ESPERANZA Y VICTOR LARCO. TRUJILLO, 2009

Aplicación de la comunicación terapéutica	Frecuencia	Porcentaje
Si aplica	8	25,8
No aplica	23	74,2
Total	31	100,0

Fuente: Lista de cotejo sobre aplicación de la comunicación terapéutica, aplicado a las enfermeras de la micorred La Esperanza y Víctor Larco - Trujillo, febrero 2009.

Tabla 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED LA ESPERANZA Y VÍCTOR LARCO

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	19	61,3
Regular	11	35,5
Deficiente	1	3,2
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre violencia contra la mujer, aplicado a las enfermeras de la micorred La Esperanza y Victor Larco- Trujillo, febrero 2009.

Tabla 03

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA APLICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED LA ESPERANZA Y VÍCTOR LARCO

Nivel de conocimiento	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
Bueno	8	25,8	11	35,5	19	61,3
Regular	0	0	11	35,5	11	35,5
Deficiente	0	0	1	3,2	1	3,2
Total	8	25,8	23	74,2	31	100,0

4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 26.

$\chi^2 = 6,81$ y $p = 0,03 < 0,05$

Coefficiente de contingencia = 0,424 y $p = 0,033 < 0,05$

Con un valor de contingencia = 0,424 y un $p = 0,033 < 0,05$, se concluye que si existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la aplicación de la comunicación terapéutica.

La tabla 01 reporta que el 74,2% de las enfermeras profesionales de la Microred La Esperanza y Víctor Larco de Trujillo no aplica la comunicación terapéutica y el 25,8 % si aplica la comunicación terapéutica.

La tabla 02 reporta que el 61,3 % del personal profesional de enfermería tienen un buen nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer; el 35,5% regular nivel de conocimiento y el 3,2% deficiente nivel de conocimiento.

La tabla 03 reporta que el 35,5% no aplica la comunicación terapéutica y tienen buen nivel de conocimiento, el mismo porcentaje no aplica la comunicación terapéutica y tienen un regular nivel de conocimiento, y solo el 25,8% aplican la comunicación terapéutica y tienen buen nivel de conocimiento.

DISCUSIÓN

Los resultados indican que sí existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la comunicación terapéutica ($\chi^2=6,81$ y $p = 0,03 < 0,05$; coeficiente de contingencia = $0,424$ y $p = 0,033 < 0,05$). Lo encontrado se reafirma con lo que Ruesh⁽¹¹⁾ refiere que la Enfermera no debe presuponer cómo el paciente experimentará la intención en la Comunicación Terapéutica; debe estar alerta al significado que el paciente da al impacto, de modo que la enfermera expresa algo; es decir, está alerta al mensaje que conlleva sus intervenciones; por eso aconseja que es necesario entrelazar dos importantes realidades del proceso de Comunicación y la relación Terapéutica, por un lado, el significado tal y como es experimentado por el paciente y, por otro, el que experimenta otra persona.

En ese sentido, los resultados se relacionan con el estudio de Gefael⁽¹²⁾, realizado en España, en donde el 91% de víctimas de violencia intrafamiliar valoran el trabajo de comunicación terapéutica de la Enfermera y el 100% afirmaron que es indispensable que existan enfermeras con dominio de comunicación terapéutica; aunque esta valoración se refiere a las concepciones de víctimas de violencia intrafamiliar.

Otro estudio similar, que se relaciona con los resultados, es el de Valverde⁽¹³⁾, quien concluyó que el 28% de enfermeras hospitalarias conoce la naturaleza de la violencia intrafamiliar y cómo comunicarse asertivamente; el 85% opinó que es necesaria una empatía y el 91% refirió que se debe respetar a la víctima.

De acuerdo a estos estudios podemos decir que la comunicación se apoya en recursos retóricos que facilitan la empatía. Puede ser considerada como un instrumento de la interacción y como una de sus consecuencias, en que se basa en el fenómeno de comunicación e interacción.

Así mismo, los resultados se relacionan con el estudio realizado por Merino⁽¹⁴⁾, quien, en su investigación sobre matrimonio y violencia contra la mujer en Huancayo, encontró que la pareja tiene la capacidad y poder de agredir. Según los conocimientos de las enfermeras profesionales el 58% dijeron que la conducta violenta se da por el desequilibrio de poder en el hombre y el 56% informaron que el poder físico que utiliza la pareja es para causarle daño, en forma periódica o permanente, y que de acuerdo a los conocimientos de enfermería, la relación de abuso se hace crónica, por lo que no están incluidas los maltratos aislados.

Cabe agregar que la efectividad de la comunicación terapéutica se ve alterada por los ruidos y posiciones neutrales que pueden transmitir desaprobación

Tabla 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED LA ESPERANZA Y VÍCTOR LARCO

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	19	61,3
Regular	11	35,5
Deficiente	1	3,2
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre violencia contra la mujer, aplicado a las enfermeras de la micorred La Esperanza y Victor Larco- Trujillo, febrero 2009.

Tabla 03

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA APLICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED LA ESPERANZA Y VÍCTOR LARCO

Nivel de conocimiento	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
Bueno	8	25,8	11	35,5	19	61,3
Regular	0	0	11	35,5	11	35,5
Deficiente	0	0	1	3,2	1	3,2
Total	8	25,8	23	74,2	31	100,0

4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 26.

$\chi^2 = 6,81$ y $p = 0,03 < 0,05$

Coefficiente de contingencia = 0,424 y $p = 0,033 < 0,05$

Con un valor de contingencia = 0,424 y un $p = 0,033 < 0,05$, se concluye que si existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la aplicación de la comunicación terapéutica.

La tabla 01 reporta que el 74,2% de las enfermeras profesionales de la Microred La Esperanza y Víctor Larco de Trujillo no aplica la comunicación terapéutica y el 25,8 % si aplica la comunicación terapéutica.

La tabla 02 reporta que el 61,3 % del personal profesional de enfermería tienen un buen nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer; el 35,5% regular nivel de conocimiento y el 3,2% deficiente nivel de conocimiento.

La tabla 03 reporta que el 35,5% no aplica la comunicación terapéutica y tienen buen nivel de conocimiento, el mismo porcentaje no aplica la comunicación terapéutica y tienen un regular nivel de conocimiento, y solo el 25,8% aplican la comunicación terapéutica y tienen buen nivel de conocimiento.

DISCUSIÓN

Los resultados indican que sí existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la comunicación terapéutica ($\chi^2=6,81$ y $p = 0,03 < 0,05$; coeficiente de contingencia = $0,424$ y $p = 0,033 < 0,05$). Lo encontrado se reafirma con lo que Ruesh⁽¹¹⁾ refiere que la Enfermera no debe presuponer cómo el paciente experimentará la intención en la Comunicación Terapéutica; debe estar alerta al significado que el paciente da al impacto, de modo que la enfermera expresa algo; es decir, está alerta al mensaje que conlleva sus intervenciones; por eso aconseja que es necesario entrelazar dos importantes realidades del proceso de Comunicación y la relación Terapéutica, por un lado, el significado tal y como es experimentado por el paciente y, por otro, el que experimenta otra persona.

En ese sentido, los resultados se relacionan con el estudio de Gefael⁽¹²⁾, realizado en España, en donde el 91% de víctimas de violencia intrafamiliar valoran el trabajo de comunicación terapéutica de la Enfermera y el 100% afirmaron que es indispensable que existan enfermeras con dominio de comunicación terapéutica; aunque esta valoración se refiere a las concepciones de víctimas de violencia intrafamiliar.

Otro estudio similar, que se relaciona con los resultados, es el de Valverde⁽¹³⁾, quien concluyó que el 28% de enfermeras hospitalarias conoce la naturaleza de la violencia intrafamiliar y cómo comunicarse asertivamente; el 85% opinó que es necesaria una empatía y el 91% refirió que se debe respetar a la víctima.

De acuerdo a estos estudios podemos decir que la comunicación se apoya en recursos retóricos que facilitan la empatía. Puede ser considerada como un instrumento de la interacción y como una de sus consecuencias, en que se basa en el fenómeno de comunicación e interacción.

Así mismo, los resultados se relacionan con el estudio realizado por Merino⁽¹⁴⁾, quien, en su investigación sobre matrimonio y violencia contra la mujer en Huancayo, encontró que la pareja tiene la capacidad y poder de agredir. Según los conocimientos de las enfermeras profesionales el 58% dijeron que la conducta violenta se da por el desequilibrio de poder en el hombre y el 56% informaron que el poder físico que utiliza la pareja es para causarle daño, en forma periódica o permanente, y que de acuerdo a los conocimientos de enfermería, la relación de abuso se hace crónica, por lo que no están incluidas los maltratos aislados.

Cabe agregar que la efectividad de la comunicación terapéutica se ve alterada por los ruidos y posiciones neutrales que pueden transmitir desaprobación

en el paciente, por lo cual es necesario utilizar frases familiares en los momentos de incertidumbre e inseguridad; expresiones que contrarrestan estos sentimientos del usuario y que transmiten sensaciones de eficiencia, evitando al mismo tiempo, mayores revelaciones y sensaciones de incomodidad, fraude y artificialidad. El objetivo de la Comunicación Terapéutica es ayudar al paciente a aliviar su estado psicológico del momento y su preocupación.⁽¹⁵⁾

Así mismo, la información o conocimiento que trae el profesional de enfermería es también un elemento importante para poder establecer una buena comunicación terapéutica, de ahí que la experticia o preparación que tenga el profesional juega un rol muy importante en el manejo de personas víctimas de violencia como es el caso de las mujeres. En ese sentido, el nivel de conocimiento ha sido conceptualizado como la relación cognitiva entre el hombre y las cosas que lo rodean; además, consiste en obtener información acerca de un objeto, la cual lleva a determinar una decisión.⁽¹⁶⁾

Finalmente, la comunicación terapéutica en enfermería es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería; es la base de la enfermería para cualquier cuidado o intervención, lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.⁽¹³⁾

CONCLUSIONES

1. Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer y la aplicación de la comunicación terapéutica por el personal profesional de enfermería de la Microred La Esperanza y Víctor Larco en la ciudad de Trujillo.
2. Se ha identificado que el 74,2% del personal profesional de enfermería de la Microred La Esperanza y Víctor Larco en la ciudad de Trujillo no aplica la comunicación terapéutica
3. Finalmente, el 61,3% del personal profesional de enfermería de la Microred La Esperanza y Víctor Larco en la ciudad de Trujillo tiene un buen nivel de conocimiento sobre violencia contra la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la Mujer en las Américas. 1999. URI. http://www.geocities.com/villa/3479/Violencia-contra_la_mujer.htm. Fecha de acceso: Enero 2004:7p.
- (2) KLEVENS, J. (2001). Violencia Física contra la Mujer en Santa Fe de Bogotá, Prevalencia y Factores Asociados. *Rev. Panam Salud Pública* V. 9 N° 2 Washington.
- (3) KOENING, M. (2003). Domestic violence in rural. Uganda: evidence from a community-based study. *Bullworld Health Organ*, Vol. 81 N° 1, 2003. Texto Único Ordenado de la Ley N° 26260 y sus modificatorias. Perú.
- (4) OBANDO, E., VARGAS, N., SUAREZ, N. (2000). Leyes contra la Violencia a Nivel la Región Latinoamericana y Caribeña. URL: <http://www.fire.or.cr/leyes.htm>. Fecha de acceso: Enero 2004.
- (5) OMS/OPS et. al. (1998). "La Violencia contra la Mujer en las Américas". pp. 170-171.
- (6) RAMOS, M. (2003). Violencia Familiar. URL: <http://www.manuela.org-pe/violencia.asp>. Fecha de acceso. Enero 2004.
- (7) MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. Informe Estadístico. Análisis Regional de la Violencia Familiar y Sexual. Registro de los Centro de Emergencia Mujer de la Costa del Perú. 2002. Lima, Perú. Edit. PROMUDE. 2003.
- (8) CENTRO EMERGENCIA MUJER-TRUJILLO. Informe sobre Violencia Familiar y Sexual 2002-2007. Trujillo. Edit. CEM. 2007.
- (9) POLIT Y HUNGLER. (1994). Investigación Científica en Ciencia de la Salud. México D. F. Edit. Interamericana-McGraw-Hill. 4ta Edición.
- (10) HERNÁNDEZ, V. (1997). Conocimiento Conceptual. México, Edit. Omega.
- (11) RUESH, J. (2002). La Comunicación Terapéutica en Casos de Violencia Familiar. Madrid, España. Edit. Paraninfo.
- (12) GEFAEL, C. (2007). La Comunicación Terapéutica en Enfermería. Barcelona, España.
- (13) VALVERDE, C. (2005). Comunicación Terapéutica en Enfermería. Barcelona, España. Tesis para Optar el Grado de Doctor. Universidad de Barcelona.
- (14) MERINO, B. (1999). Matrimonio y Violencia contra la Mujer, realizado en Huancayo, Perú. Edit. El Pino.
- (15) LOCKE, E. (2004). Los Niveles de Conocimiento. Barcelona, España. Edit. El Trébol.
- (16) VILLASIS, M. (2005). El Nivel de Conocimiento. 2da. Edit. Valencia. Venezuela. Edit. V. De Carabobo.

Anexo 01

UNIVERSIDAD LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CENTRO ACADÉMICO TRUJILLO

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

AUTORAS: Alayo, R.
Bazán, S.

INSTRUCCIÓN:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación, por esta razón se le solicita se digne responder con sinceridad a las siguientes preguntas que a continuación se proponen. Sus respuestas son anónimas y se guardarán con absoluta reserva. Se agradece con anticipación por su apoyo que contribuirá al éxito del estudio.

Marque con un aspa sobre la letra (V) cuando la respuesta es verdadera, (F) cuando la respuesta es falsa:

- | | | |
|---|---|---|
| 1) La violencia intrafamiliar debe entenderse como un problema de salud. | V | F |
| 2) El riesgo de violencia intrafamiliar no es adverso a la Salud. | V | F |
| 3) La Ley 26260 norma sobre la violencia familiar. | V | F |
| 4) La violencia intrafamiliar es cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico graves y/o reiteradas a la víctima. | V | F |
| 5) La amenaza o coacción a la víctima no es violencia familiar. | V | F |
| 6) La violencia sexual intrafamiliar es penado por la Ley. | V | F |
| 7) Generalmente no hay violencia intrafamiliar entre cónyuges, ex-cónyuges, convivientes y ex-convivientes. | V | F |
| 8) Existe violencia intrafamiliar entre ascendientes, parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, quienes habitan en el mismo hogar. | V | F |
| 9) Una golpiza que produce lesiones no es acto de violencia física. | V | F |
| 10) Una omisión que cause daño emocional no es violencia psicológica. | V | F |
| 11) Una intimidación contra la integridad y libertad sexual no es violencia sexual psicológica. | V | F |
| 12) La violencia física se da a través de puñetes, patadas, empujones, tirar al suelo, golpes con palos, ahorcamiento, intento de asfixia. | V | F |
| 13) La violencia física no utiliza objetos contundentes, armas cortantes | V | F |
| 14) La violencia intrafamiliar afecta a niños, ancianos y discapacitados. | V | F |
| 15) La violencia psicológica intrafamiliar no afecta a la esfera psicosocial de la víctima. | V | F |
| 16) Las formas de violencia psicológica se pueden dar por gritos, insultos, indiferencia, rechazo, humillación, desvalorización. | V | F |

- | | | |
|---|---|---|
| 17) No es violencia psicológica intrafamiliar cuando el victimario rompe cosas propias de la víctima, destruye cosas del hogar. | V | F |
| 18) La violencia familiar crea crisis intrafamiliar | V | F |
| 19) La violencia intrafamiliar no crea desajustes en la familia | V | F |
| 20) La violencia intrafamiliar sólo se da en la clase social media y baja. | V | F |
| 21) La violencia intrafamiliar es un ciclo en que el agresor se convierte en agredido (a) y viceversa. | V | F |

ESCALA DE CALIFICACIÓN

- Bueno : 14 - 20 puntos
Regular : 7 - 13 puntos
Deficiente : 0 - 6 puntos.

Anexo 02

UNIVERSIDAD LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CENTRO ACADÉMICO TRUJILLO

**LISTA DE COTEJO SOBRE APLICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN
TERAPÉUTICA POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA**

AUTORAS: Alayo, R.
Bazán, S.

INSTRUCCIÓN:

La lista de cotejo registra las prácticas de enfermería en la comunicación terapéutica con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que se mide con la siguiente escala nominal:

ESCALA DE MEDICIÓN

- Si aplica : 14 - 20 puntos
- No aplica : 7 - 13 puntos

Aspectos observados	Criterios	
	Si	No
1. Recibe a la paciente con amabilidad		
2. Hace suya los sentimientos de otra persona		
3. Establece una empatía con la usuaria		
4. Sabe escuchar con mucha atención		
5. Indaga las causas de la Violencia Intrafamiliar		
6. Permite describir las manifestaciones de violencia		

Aspectos observados	Criterios	
	Si	No
7. Busca la objetividad de la narración		
8. Escucha con atención sobre las consecuencias de la violencia		
9. Motiva para una información satisfactoria de la víctima		
10. Ejerce influencia positiva en su interlocutora		
11. No demuestra abuso de poder frente a la víctima		
12. Su comunicación es terapéutica diferente de lo cotidiano		
13. Orienta la solución de dificultades físicas		
14. Ayuda la solución de problemas psicológicas		
15. Tiene buen manejo de estrategias comunicacionales		
16. Controla sus impulsos		
17. Controla sus emociones		
18. Controla sus afectividades		
19. Mantiene una ayuda eficaz y terapéutica		
20. Contribuye a la fortaleza espiritual de la mujer		
TOTAL		