



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO DE MANABÍ"
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
MENCIÓN CLÍNICA

TESIS DE GRADO

Previo a la Obtención del Título de
Psicólogo(a) Clínico(a)

TEMA:

**"Ideación suicida en mujeres de 20 a 40 años víctimas de Violencia
Intrafamiliar que asisten a la sala de primera acogida. Hospital
Rodríguez Zambrano de Manta"**

PROPUESTA.-

Implementar un grupo de apoyo para las mujeres víctimas de
violencia intrafamiliar en la sala de primera acogida del
Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

AUTORES

Angelo Alberto Cadena Lucio
Diana Carolina Moreira Calle

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde

Manta – Manabí – Ecuador

2012-2013

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR

En mi calidad de Director de la Tesis en Educación Superior, nombrado por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

CERTIFICO:

Que he analizado la tesis presentado por los egresados **CADENA LUCIO ANGELO ALBERTO, MOREIRA CALLE DIANA CAROLINA**, como requisito previo para optar por el grado de Tesis, cuyo problema es:

“Ideación suicida en mujeres de 20 a 40 años víctimas de Violencia Intrafamiliar que asisten a la sala de primera acogida. Hospital Rodríguez Zambrano de Manta”

Considero aprobado en su totalidad.

Firma Director _____

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde

C.C 0901747865

Manta, septiembre del 2013

AUTORÍA

Los pensamientos, ideas, opiniones y la información obtenida a través de la Tesis, son de exclusiva responsabilidad de los autores.

F. _____

Angelo Cadena Lucio

C.I. 172478147-9

F. _____

Diana Moreira Calle

C.I. 131324671- 0

Manta, septiembre del 2013

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

TESIS DE GRADO

IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ASISTEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA. HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA

Sometido a consideración de las Autoridades de la Facultad de Trabajo Social, Escuela de Psicología y Señores Miembros del Tribunal de Sustentación de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, como requisito a la obtención del Título de Psicólogo(a) Clínico(a)

APROBADO

Decana de Facultad	_____
Director de Escuela	_____
Director de Tesis	_____
Miembro del tribunal	_____
Miembro del tribunal	_____
Miembro del tribunal	_____
Secretaria	_____

DEDICATORIA

A Dios por ser y por darle sentido a nuestra existencia

A nuestros padres por dar su vida y por creer que la
educación es el bien máspreciado que un
padre puede dar.

A nuestros hermanos por su amor constante
y su confianza infinita

A nuestro hijo que es el pilar fundamental de
nuestro esfuerzo del diario vivir.

A la Ps. Clínica Ana lucia Matute Salazar por
la paciencia y tiempo necesario
en la realización de nuestro
trabajo investigativo.

Angelo Alberto Cadena Lucio

Diana Carolina Moreira Calle

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a todas las autoridades, docentes y demás personal de la Facultad de Trabajo Social; Escuela de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por sus conocimientos y experiencia.

Al Dr Oswaldo Zambrano Quinde por el tiempo necesario en la realización de nuestro trabajo investigativo

Al Ps. Cl. José Andrade y Dra. Amelia Arteaga equipo técnico de la Sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano por su confianza y apoyo para llevar acabo nuestra investigación.

A nuestros compañeros, con quien hemos compartido nuestros logros y dificultades durante nuestros 5 años de estudios.

Angelo Alberto Cadena Lucio

Diana Carolina Moreira Calle

ÍNDICE

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR	II
AUTORÍA.....	III
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1 Macrocontexto.....	3
1.2.2 Mesocontexto	5
1.2.3 Microcontexto.....	6
1.2.4 Análisis Crítico	6
1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES.....	7
1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2.4.- DELIMITACIÓN.....	9
1.2.4.1.- Delimitación de Contenido.....	9
1.2.4.2.- Delimitación Espacial.	9
1.2.4.3.- Delimitación Temporal.	9
1.3.- OBJETIVOS	9
1.3.1.- Objetivo General	9
1.3.2.- Objetivos Específicos	10
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	10
CAPÍTULO II	12
2 MARCO TEÓRICO	12
2.1.-ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	13
DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	13

TIPOS DE VIOLENCIA.....	14
Violencia física.....	14
Violencia sexual.....	15
Violencia Psicológica.....	15
MICROMACHISMO.....	16
PODER Y GENERO.....	16
TIPOLOGÍA DE MICROMACHISMOS.....	18
1.- Micromachismos Coercitivos.....	18
2.- Micromachismos Encubiertos.....	19
3.- Micromachismos de Crisis.....	19
MITOS Y PREJUICIOS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	20
TEORÍA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA.....	22
Fase de Acumulación de Tensión.....	22
Fase de Maltrato Agudo.....	22
Fase de Arrepentimiento o de Disculpas.....	23
Fase de Reconciliación o Luna de Miel.....	23
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	24
DEPRESIÓN.....	25
LA DEPRESION EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	25
ANSIEDAD.....	26
DEFINICIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA.....	26
CONDUCTAS SUICIDAS.....	27
FACTORES PREDISPONENTES.....	28
Impulsividad y Suicidio.....	28
Impulsividad, Pesimismo y suicidio.....	29
Desesperanza.....	29
MITOS DEL SUICIDIO.....	29
FACTORES DEMOGRÁFICOS.....	31
FACTORES FAMILIARES.....	31
CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO.....	32

TRIANGULO LETAL DE SHNEIDMAN.....	33
Control Del Suicidio.....	33
RAZONES PARA VIVIR Y SUICIDIO.....	33
Solución de problemas sociales y suicidio.....	34
Apoyo social y suicidio.....	35
Autoestima y Suicidio.	35
TEORÍA COGNITIVA DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	36
2.3.- FUNDAMENTACION LEGAL	38
2.4.- HIPÓTESIS.-.....	41
2.5.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	42
• 2.5.1.- Variable Independiente.....	42
• 2.5.2.- Variables Dependiente	42
CAPÍTULO III.....	43
3.- METODOLOGÍA.....	43
3.1.- DISEÑO Y TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.1.1.- Diseño.....	43
3.1.2.-TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.1.1.- MÈTODOS	44
3.1.1.1 Empírico.....	44
3.1.1.2 Teórico.-	44
3.1.2.- TÈCNICAS.....	45
3.1.3.-INSTRUMENTOS	45
3.2.- POBLACIÒN, MUESTRA Y TAMAÑO	46
3.2.1.- POBLACIÒN.....	46
3.2.2.- MUESTRA.....	46
3.3.- OPERACIONALIZACIÒN DE LAS VARIABLES.....	47
3.3.1.- Variable Independiente	47
3.3.2.- Variable Dependiente.....	48
3.5.- RECOLECCIÒN DE INFORMACIÒN.....	48
3.6.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÒN	49

CAPÍTULO IV.....	50
4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	50
CAPITULO V.....	71
5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	71
5.2.- LOGROS DE OBJETIVOS.....	72
CAPITULO VI.....	76
6.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
6.1.- CONCLUSIONES.....	76
6.2 RECOMENDACIONES.....	77
CAPITULO VII	78
7.- PROPUESTA.....	78
7.1.- DATOS INFORMATIVOS.....	78
7.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	79
7.3.- OBJETIVOS	80
7.4.-JUSTIFICACIÓN	80
7.5.-FUNDAMENTACIÓN	81
7.6 METODOLOGIA	83
7.7 ADMINISTRACIÓN	89
7.6 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	90
CAPITULO VIII	91
8.1 BIBLIOGRAFÍA.....	91
ANEXOS.....	94

ÌNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1. Población.....	49
Cuadro N° 2. Variable Independiente.....	50
Cuadro N° 3. Variable Dependiente.....	51
Cuadro N° 4. Plan de acción de la propuesta.....	87
Cuadro N° 5. Marco administrativo.....	93
Cuadro N° 6. Presupuesto.....	94

ÍNDICE DE TABLA

TABLA N° 1. Escala de ideación suicida.....	53
TABLA N° 2. Deseos pasivos de suicidio.....	56
TABLA N° 3. Actitud hacia la ideación/deseo.....	58
TABLA N° 4. Sentido de capacidad para llevar adelante el intento.....	59
TABLA N° 5. Edades de mujeres víctimas de violencia.....	60
TABLA N° 6. Duración de la idea suicida.....	62
TABLA N° 7. Frecuencia de la idea suicida.....	64
TABLA N° 8. Razones para vivir/morir.....	66
TABLA N° 9. Razones para el intento contemplado.....	68
TABLA N° 10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad).....	69
TABLA N° 11. Deseo de vivir.....	70
TABLA N° 12. Puntuación total de la escala de ideación suicida.....	71
TABLA N° 13. Puntuación individual de la escala de ideación suicida.....	72

INTRODUCCIÓN

La violencia a la mujer constituye una grave violación de los derechos humanos y son un obstáculo para el desarrollo económico, político, social, cultural de nuestro país. Son asimismo expresiones de discriminación, exclusión e inequidad especialmente hacia la mujer.

La presente investigación articula la nueva metodología de trabajo a seguir para lograr la recuperación integral de las víctimas de violencia de género que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Rodríguez Zambrano.

El objetivo del presente trabajo fue conocer la realidad de la Ideación Suicida en mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar

En Capítulo I se desarrolla el problema de la investigación, conociendo como la violencia afecta a nivel mundial y sus consecuencias dentro del diario vivir de cada mujer.

El Capítulo II es el desarrollo teórico el que se centra en un Enfoque de Género y Derechos, las definiciones, teorías de la violencia intrafamiliar, los tipos de violencia, mitos, ciclo de la violencia intrafamiliar y micromachismos.

La segunda parte del marco teórico es la ideación suicida que se centra en un modelo explicativo de la ideación suicida. Se presentan inicialmente, consecuencias psicológicas de la violencia como la depresión, ansiedad, conductas suicidas posteriormente se exponen los factores predisponentes, demográficos y familiares.

También existe una sustentación legal en los artículos de la Constitución, la Ley 103 y los convenios internacionales que son parte nuestro país.

Posteriormente en el Capítulo III, donde el lector encontrara los elementos metodológicos del estudio, en los cuales será explícito el tipo de investigación, la escala psicométrica y el análisis de datos.

En el Capítulo IV se presentan los análisis e interpretación de los resultados. El Capítulo V se somete a la comprobación de la hipótesis y de los objetivos.

Se presenta en el Capítulo VI las conclusiones generales del estudio y recomendaciones a ser consideradas en futuras investigaciones relacionadas con la violencia intrafamiliar y la ideación suicida.

Finalmente se presenta la propuesta para mejorar el estilo de vida de las mujeres de son víctimas de violencia intrafamiliar. "IMPLEMENTAR UN GRUPO DE APOYO A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA IINTRAFAMILIAR EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO".

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.-TEMA:

“IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ASISTEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA. HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA”

1.2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Macrocontexto

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como *todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.* (Organización mundial de la salud, 2004)

El suicidio es un grave problema de salud pública en el ámbito mundial, particularmente cuando se presenta en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. El incremento observado en las últimas décadas en la frecuencia de suicidio entre grupos de edad cada vez menores ha alertado a las autoridades sanitarias a nivel mundial

La ideación suicida y el intento suicida derivan en la consumación de suicidio en hasta 10% de los casos es por ello que la identificación de estas

conductas, sobre todo cuando ambas coinciden en un individuo, debe ser considerada como una importante señal de alarma respecto a la consumación de suicidio. En este sentido el reconocimiento de los factores de riesgo asociados a la ideación y al intento suicida podría contribuir al diseño de programas preventivos más eficientes y oportunos.

El suicidio continúa figurando como un camino de salida falso para las mujeres que sufren violencia machista. *El 80 por ciento de la población femenina maltratada ha pensado en suicidarse, mientras que un 64 por ciento de ellas lo ha intentado.* (Sanchez, 2010)

Según la investigación un 73% de las mujeres que quería morir tenían hijas e hijos, el método más utilizado para el intento de suicidio fue la ingesta de pastillas y el 69% de las mujeres que atentó contra su vida había sido víctima de maltrato físico y psicológico. Sin embargo, *las parejas de esas mujeres no se sintieron culpables de sus actos violentos y las culparon a ellas de intentar quitarse la vida.* (Sanchez, 2010)

España el 63% de las mujeres maltratadas intentó suicidarse y requirió asistencia médica para salvar su vida. El 18 % pensó en la idea del suicidio como salida a la situación de violencia que estaban viviendo, según datos de un informe elaborado por la Federación de Mujeres Progresista con entrevistas mantenidas con cien víctimas de malos tratos de varias comunidades autónomas.

El tiempo medio sometidas a violencia ronda los diez años en la gran mayoría, el 72 por ciento tiene hijos generalmente dos. *Precisamente la existencia de los hijos agrava la percepción del problema por parte de estas mujeres que buscan en la conducta suicida una liberación a su situación desesperada. Se sienten anuladas, culpables, sin autoestima y atemorizadas* (GORRIA, 2006)

En Argentina, se estima que el 25 % de las mujeres sufre regularmente violencia doméstica, el 50% pasará por alguna situación de violencia en algún momento de su vida, 1 de cada 9 mujeres que consultan a un servicio de emergencia reportan violencia física; 1 de cada 3 de las mujeres intentan el suicidio. (Mejia, 2002)

1.2.2 Mesocontexto

El Ecuador muestra que 690 y 765 mil mujeres de 15 a 49 años de edad han sufrido violencia física por parte de su pareja en algún momento de su vida. A nivel nacional un 28% de mujeres relataron haber sufrido maltrato físico cuando tenían menos de 15 años de edad.

Según cifras del Ministerio de Gobierno, durante el 2005 se receptaron 60789 denuncias por violencia intrafamiliar en las Comisarías de la Mujer y la Familia de las cuales 52450 fueron interpuestas por mujeres y 8339 por hombres, confirmando que las mujeres son las principales víctimas de violencia intrafamiliar.

Desde el 1 de enero hasta el 18 de noviembre de 2011, en las cuatro comisarías de la Mujer y la Familia de la provincia de Guayaquil, hubo 19.755 denuncias de violencia doméstica. *Esta cifra superó ampliamente a las registradas en 2010, que fue de 14.337 casos. (Ortiz, 2011)*

Azuay es una de las provincias que mayor violencia registra con el 68,8% más de 195 mil mujeres sufren violencia de género, 94.700 de ellas están casadas .La violencia psicológica como en el resto del país es la forma más recurrente de violencia con el 60,3%. En el caso de la violencia sexual 3 de cada 10 mujeres la han vivido en esta provincia. El 85,1% de las mujeres ha sufrido violencia física en sus relaciones de pareja 9 de cada 10 mujeres separadas vive violencia de género en Azuay (INEC, 2011)

Guayas es una de las provincias que menos violencia registra 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género La violencia psicológica como en el resto del país es la forma más recurrente de violencia con el 50,7%. En el caso de la violencia sexual 3 de cada 10 mujeres la han vivido en esa provincia. El 89,4% de las mujeres ha sufrido violencia física en sus relaciones de pareja (INEC, 2011)

1.2.3 Microcontexto

Según cifras de la Comisaría de la Mujer y de la Familia durante el 2012 se receptaron 2304 denuncias por violencia de género las cuales en su mayoría fueron impuestas por mujeres, y el 70% de ellas están con sentencia en todas ellas existen medias de amparo y de protección para las víctimas.

En el 2012 en la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez de Manta se atendieron un total de 1230 pacientes. Solo en el mes de Diciembre se registra la atención de 89 pacientes víctimas de violencia intrafamiliar; siendo la violencia física la más recurrente con 42 casos atendidos seguida de la violencia psicológica con 35 casos y 10 casos han sufrido violencia sexual en la relación de pareja.

1.2.4 Análisis Crítico

Es interesante estudiar este tema no solo porque es de actualidad, sino también porque los medios de comunicación lo manejan de una manera cotidiana, la violencia se halla naturalizada y sus repercusiones son de gran alcance es importante adecuar la atención a las mujeres para que dispongan de los medios necesarios que les permita poner fin a la situación, adoptando medidas oportunas para prevenir y castigar la violencia

Conocer con exactitud la incidencia de la violencia de género, ya que frecuentemente las personas no la denuncian. No existe una víctima típica, ocurre entre personas de todas las edades. Afecta todos los niveles de ingresos y de educación de la misma forma las mujeres que han tenido diferentes parejas.

1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuándo comenzó la idea de no querer vivir?
2. ¿Si la violencia intrafamiliar es el motivo por el cual le conlleva a la idea de no querer vivir?
3. ¿Las ideas suicidas pueden controlarse?
4. ¿La idea suicida afecta el diario vivir?
5. ¿Ha pensado algún momento acabar con su vida?
6. ¿Ha contado sobre sus ideas suicidas a alguien?
7. ¿Cuenta usted con apoyo familiar?
8. ¿Qué es ideación suicida?

1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de ideación suicida en mujeres de 20 a 40 años víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta?

1.2.4.- DELIMITACIÓN

1.2.4.1.- Delimitación de Contenido

Campo: Psicología Clínica

Área: Suicidio

Aspecto: Ideación suicida en las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar.

TEMA: “Ideación suicida en mujeres de 20 a 40 años víctimas de Violencia Intrafamiliar que asisten a la sala de primera acogida. Hospital Rodríguez Zambrano de Manta”

PROBLEMA: ¿Las mujeres de 20 a 40 años víctimas de violencia tienen un alto grado de ideación suicida?

1.2.4.2.- Delimitación Espacial.

Esta investigación se realizó en la Sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

1.4.2.3.- Delimitación Temporal.

Se realizó entre los meses de Septiembre a Diciembre del 2012.

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1.- Objetivo General

- Conocer la realidad de la Ideación Suicida en mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar.

1.3.2.- Objetivos Específicos

- Analizar la casuística de mujer que acude a la sala de acogida.
- Comparar si existe mayor índice de idea suicida en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de mayor o menor edad
- Evidenciar como el maltrato predispone la ideación suicida.

1.4 JUSTIFICACIÓN.

La violencia contra la mujer continúa siendo una epidemia global que mata, lastima, perjudica física, psicológica, sexual y económicamente a millones de mujeres de todas las edades. Es una violación de los derechos humanos negarle a las mujeres la igualdad, la seguridad, la dignidad; las secuelas provocadas por el maltrato físico son evidentes, pero el impacto a nivel psicológico y el deterioro en la calidad de vida de estas mujeres es difícil de identificar y evaluar.

En el sector de salud se lo abarca desde la postura especializada en violencia es allí en donde las mujeres se muestran reacias a revelar sus sufrimientos. Pero también se debe a que muy pocos médicos, enfermeras, demás personal de salud tienen la sensibilidad y la formación necesaria para reconocer la violencia como causa subyacente de los problemas de salud de las mujeres o pueden prestarle ayuda, en particular en lugares donde no existen servicios de protección o de seguimientos posterior.

Es común que las mujeres que son víctimas de violencia infligida por su pareja tengan problemas de salud mental, angustia emocional y comportamientos suicidas. La presente investigación estará destinada a contribuir a la mejora de la calidad de vida de las mujeres que sufren violencia intrafamiliar, al realizar este estudio se intenta mejorar la atención que se brinda a las mujeres tanto en el aspecto médico, social y psicológico además a contribuir a la difusión con el fin de sensibilizar a la sociedad para

que se prevenga de un forma adecuada y con ellos muchas vidas puedan salvarse.

Este trabajo permitirá que las mujeres y la comunidad en general conozcan de manera acertada el tema de violencia intrafamiliar y sus efectos psicológicos, la apertura es factible ya que se cuenta con el apoyo de la Sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano, existiendo registro sobre las mujeres víctimas de violencia Intrafamiliar.

Los beneficiarios Directos: serán las mujeres que acude a la sala de primera Acogida y sus familiares. Los indirectos la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y el Hospital Rodríguez Zambrano.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1.-ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En las últimas décadas los movimientos de mujeres, diversas organizaciones sociales y de derechos humanos, lograron incorporar en los marcos legales temas que tienen que ver con los derechos de los niños, niñas, adolescentes y las mujeres en todos los ciclos de vida, como son: la discriminación, la violencia basada en género (VBG) la trata, tráfico y explotación sexual de las personas.

En nuestro país, podemos observar importantes avances, especialmente en el ámbito de la administración de justicia, mientras que a la par, sectores sociales como Salud, Educación, desarrollan propuestas de prevención y atención de la VBG.

El 20 de Noviembre de 1998, el ministerio de Salud Pública declaró la violencia como un problema de salud público y emitió con Acuerdo Ministerio No. 01009, las Normas de Salud Sexual y Reproductiva que incorporaron un capítulo de Violencia Intrafamiliar y Sexual. Este esfuerzo permitió que se iniciaran procesos de capacitación, sensibilización al personal de salud y que mejorara el sistema de registro, viabilizados por la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia creada en 1994 en su reforma posterior en 1998 que incorpora la atención de la violencia basada en género (VBG) como una prestación financiada por el Estado.

El 10 de Septiembre del 2007, Decreto Ejecutivo No. 620, se declara como política del Estado la Erradicación de la Violencia de Género, para lo cual se creó el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género Intrafamiliar. La violencia que se ejerce contra las mujeres rebasa el ámbito de las diferencias, peculiaridades, lógicas para incorporar factores y construcciones sociales de género, como por ejemplo, identidades, roles, responsabilidades, poderes diferentes, que se ven reflejados en el estado de salud de los hombres y las mujeres. Se trata entonces, de transformar esta relación desigual e inequitativa en sinergias positivas y saludables entre géneros.

La violencia de género constituye un problema generalizado de índole social, un fenómeno frecuente, todavía encubierto que afecta a las mujeres sin importar la edad, raza, cultura y nivel socioeconómico.

A pesar de ser un problema con antecedentes históricos y legales la violencia intrafamiliar ha sido despenalizada e ignorada durante mucho tiempo, debido a la falsa creencia de que cualquier intento de actuación sobre ésta sería una intromisión en la intimidad familiar. Ha sido en los últimos 30 años cuando la violencia contra la mujer en general ha dejado de ser una cuestión marginal, para convertirse en la actualidad en una gran preocupación compartida por todo el conjunto de la sociedad.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género se define como: *todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que causa o es susceptibles de causar a las mujeres daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.* (Naciones Unidas, conferencia de Viena , 1993)

Tomando dicha definición como referente se podría decir que corresponde con la definición exacta de violencia de género; sin embargo, otras definiciones relacionadas son las de violencia conyugal y violencia familiar

En concreto, la violencia conyugal se refiere a los malos tratos en una relación de pareja. En sus orígenes el vocablo se refería únicamente a la relación matrimonial, sin embargo en la actualidad la diversificación de relaciones sentimentales (relaciones de noviazgo, matrimonios, parejas de hecho e incluso ex parejas, independientemente de que se trate de parejas heterosexuales u homosexuales) ha obligado a la extrapolación del término a cualquier tipo de relación de pareja.

La violencia familiar alude al maltrato entre los miembros de una familia por tanto este término englobaría la violencia conyugal, el abuso infantil, el maltrato a ancianos.

TIPOS DE VIOLENCIA.

El objetivo principal de la violencia es el ejercicio de control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación. Sin embargo, las manifestaciones del comportamiento violento en conductas y actitudes son muy variadas, siempre con graves consecuencias para la salud física y psicológica de las víctimas.

Violencia física.

La violencia física se define como todas aquellas acciones que provoquen o puedan provocar daños y lesiones físicas en las víctimas. Se incluye tanto el uso de la fuerza física como la utilización de instrumentos u objetos para atentar contra la integridad física.

Deben tenerse presentes tanto las conductas activas (abofetear, empujar, golpear, escupir, estrangular, utilizar armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión), como las conductas pasivas (la privación de cuidados médicos durante una enfermedad, incluidas las lesiones causadas por los malos tratos).

El maltrato físico es el tipo de maltrato más evidente y, por lo tanto, el que es más fácil de identificar; por eso suele ser al que se atribuye más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social. (O'Leary, 1999)

Violencia sexual.

Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidación sexual forzada ya sea por producirse en un contexto de amenazas, intimidación o coacción, o bien por llevarse a cabo aprovechando un estado de inconsciencia o indefensión de la víctima. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal. Puede tratarse de bromas, expresiones groseras, comentarios desagradables, llamadas telefónicas obscenas, propuestas sexuales indeseables, incitaciones a ver pornografía o, en general, cualquier acto sexual no consentido por la persona victimizada.

Muchas mujeres consideran que las conductas sexuales son un “deber” u “obligación” dentro de la relación de pareja hacen poco probable que la víctima considere haber sido agredida cuando las conductas se realizan de modo enmascarado.

Violencia Psicológica

Se refiere a cualquier conducta verbal o no verbal, activa o pasiva, que trate de producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y desvalorización. *Este tipo de maltrato se caracteriza por frecuentes críticas, humillaciones, posturas y gestos*

amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños.), conductas destructivas (ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos o destrucción de propiedades materiales de la víctima) y por último, culpabilización y responsabilizarían a la víctima de los episodios violentos (Sarasua y Zubizarreta, 2000)

MICROMACHISMO

Los micromachismos atentan contra la autonomía personal de la mujer, siendo esta una violencia invisible, basada en el ideal de masculinidad tradicional que se trata de un amplio abanico de maniobras interpersonales que realizan los varones para intentar:

- mantener el dominio y su supuesta superioridad sobre la mujer objeto de la maniobra.
- reafirmar o recuperar dicho dominio ante una mujer que se "rebela" por "su" lugar en el vínculo familiar.
- resistirse al aumento de poder personal o interpersonal de una mujer con la que se vincula, o aprovecharse de dichos poderes.

Los "micromachismos" suelen producir sobre todo en las relaciones de larga duración, diversos efectos que frecuentemente son motivo de consulta, y que al invisibilizarse su producción intersubjetiva suelen atribuirse a "ciertas" características femeninas. Estos efectos son: disfunciones familiares, malestares, baja autoestima e irritabilidad de las mujeres y defensas interpersonales rígidas en los varones. (Luis Bonino, 1999)

PODER Y GENERO

Dos significados surgen con la palabra "poder": una es la capacidad de hacer, el poder personal de existir, decidir, autoafirmarse; requiere una

legitimidad social que la autorice. Otra, la capacidad y la posibilidad de control y dominio sobre la vida o los hechos de los otros, básicamente para lograr obediencia y lo de ella derivada; requiere tener recursos (bienes, afectos) que aquella persona que quiera controlarse valore y no tenga, y medios para sancionar y premiar a la que obedece.

En este segundo tipo de poder, se usa la tenencia de los recursos para obligar a interacciones no reciprocas, y el control puede ejercerse sobre, cualquier aspecto de la autonomía de la persona a la que se busca subordinar (pensamiento, sexualidad, economía, capacidad decisoria).

La posición de género (femenino o masculino) es uno de los ejes cruciales por donde pasan las desigualdades de poder, y la familia, uno de los ámbitos en que se manifiesta. Esto es así porque la cultura ha legitimado la creencia en la posición superior del varón: el poder personal, la autoafirmación, es el rasgo masculino.

Ser varón supone tener el derecho a ser protagonista (independientemente). La cultura androcéntrica niega ese derecho a las mujeres, que deberán entonces conquistarlo. A través de la socialización, esto sucede en la creencia generalizada de que los varones tienen derecho a tomar decisiones o a expresar exigencias a las que mujeres se sienten obligadas, disminuyendo su valor y necesitando la aprobación de quien a ellas les exige.

Es efectivo porque los varones tienen, para utilizarlos válidamente, un aliado poderoso: el orden social que otorga al varón, por serlo, el "monopolio de la razón" derivado de ello, un poder moral por el que se crea un contexto en el que la mujer está en principio en falta o como acusada: "exageras" y "estás loca" son dos expresiones que reflejan claramente esto (Serra, 1993)

TIPOLOGÍA DE MICROMACHISMOS

A fines de evidenciar con mayor precisión se clasifica al micromachismo en tres categorías: los micromachismos coercitivos (o directos), los encubiertos (de control oculto o indirecto) y los de crisis.

1.- Micromachismos Coercitivos

En los "coercitivos", el varón usa la fuerza moral, psíquica, económica o de la propia personalidad, para intentar doblegar y hacer sentir a la mujer sin la razón de su parte. Ejercen su acción porque provocan un agrandado sentimiento de derrota.

Intimidación

Maniobra atemorizante que implica la mirada, el tono de voz, la postura y cualquier otro indicador verbal o gestual pueden servir para atemorizar.

Toma repentina del mando.

Ejercicio más o menos sorpresivo de anulación o no tenida en cuenta de las decisiones de la mujer basada en la creencia del varón de que él es el único que toma decisiones.

Apelación al argumento lógico.

Se recurre a la lógica (varonil) y a la "razón" para imponer ideas, conductas o elecciones desfavorables a la mujer.

Insistencia abusiva

Conocida como "ganar por cansancio", consiste en obtener lo que se quiere, por agotamiento de la mujer en mantener su propia opinión, que al final acepta lo impuesto a cambio de un poco de paz.

Control del dinero

Gran cantidad de maniobras son utilizadas por el varón para monopolizar el uso o las decisiones sobre el dinero. Algunas de ellas: dan información sobre usos del dinero común, control de gastos y exigencia de detalles, lo que obliga a la mujer a pedir. (Coria, 1992)

2.- Micromachismos Encubiertos

En los micromachismos "encubiertos", el varón oculta (y a veces se oculta) su objetivo de dominio. Algunas de estas maniobras son tan sutiles que pasan especialmente desapercibidas, impiden el pensamiento y la acción eficaz de la mujer, llevándola a hacer lo que no quiere y conduciéndola en la dirección elegida por el varón.

Maniobras de explotación emocional

Se aprovechan de la dependencia afectiva de la mujer y su necesidad de aprobación para promover en ella dudas sobre si misma, sentimientos negativos y, por lo tanto, más dependencia.

Terrorismo

Se trata de comentarios descalificadores repentinos, sorpresivos, tipo "bomba", que dejan indefensa a la mujer por su carácter abrupto. Producen confusión, desorientación y parálisis. Utilizan la sospecha, la agresión y la culpabilidad. (Coria, 1992)

3.- Micromachismos de Crisis.

En cuanto a los micromachismos de "crisis", suelen utilizarse en momentos de desequilibrio en el estable desbalance de poder en las relaciones, tales

como aumento del poder personal de la mujer por cambios en su vida o pérdida del poder del varón por razones físicas o laborales.

Hacer méritos

Maniobras consistentes en hacer regalos, prometer ser un buen hombre, ponerse seductor y atento, hacer cambios superficiales, sobre todo frente a amenazas de separación.

Dar lastima

Comportamiento autolesivos tales como accidentes, aumento de adicciones, enfermedades, amenazas de suicidio, que apelan a la predisposición femenina al cuidado y le inducen a pensar que sin ella él podría terminar muy mal.

MITOS Y PREJUICIOS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La cultura influye en la manera de pensar, sentir y actuar de las personas. De hecho, la cultura es el marco en el que forja nuestra concepción del mundo. Es así que con respecto a la violencia existen una gran cantidad de refranes y dichos populares que justifican los malos tratos. Las mujeres víctimas se ven enfrentadas a prejuicios que tienen que ver con la visión popular de la violencia intrafamiliar y que se han convertido en verdaderos mitos.

Sólo en las familias con problemas hay violencia.

Habría que comenzar afirmando que en todas las familias y uniones hay problemas, ya sean económicos, laborales, de salud o los derivados de la propia convivencia entre varias generaciones; pero lo que diferencia a unas de otras es la manera de afrontarlos.

La violencia dentro de casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera.

Se tiene la concepción de que la familia es un ámbito privado e "intocable", de modo que se puede disculpar e ignorar la violencia en el espacio doméstico, tanto por parte de los Estados como por parte de la propia sociedad en su conjunto. Sin embargo, ningún acto de violencia puede ser obviado, legitimado o consentido, cualquiera que sea el escenario (doméstico o público) en el que ocurra.

Los casos de violencia intrafamiliar son escasos, más bien se trata de situaciones aisladas.

En la actualidad los datos con los que contamos son escalofriantes y convierten este mal en un problema lamentablemente común. En el Ecuador muestra que 690 y 765 mil mujeres de 15 a 49 años de edad han sufrido violencia física por parte de su pareja en algún momento de su vida.

La violencia de género es un problema que se da en familias con pocos recursos económicos.

La violencia se da en todos los grupos sociales y étnicos. Existe una tendencia a pensar que las mujeres de familias con más recursos económicos no sufren violencia doméstica. Pero, en la actualidad, sabemos que la violencia es más visible y pública en los estratos más bajos. *Las clases altas, en cambio, tienen acceso a la atención privada de médicos, abogados y psicólogos, lo que les permite ocultar el problema* (Walker L, 1979). Las mujeres suelen estar sometidas a una serie de presiones de tipo social (la vergüenza de relatar su situación, la pérdida del estatus del cónyuge si se revela la victimización.) que les impide comunicar su situación.

El abuso de drogas y alcohol es el responsable de la violencia intrafamiliar.

El consumo de alcohol o de drogas puede favorecer la emergencia de conductas violentas, pero no las causa. De hecho, muchas personas actúan violentamente contra los miembros de sus familias sin haber tomado alcohol ni haber consumido drogas. Del mismo modo, hay muchos alcohólicos y drogadictos que no son violentos

TEORÍA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA

La victimización prevalece debido al ciclo de la violencia. La teoría prueba que el maltrato no es al azar o constante, que más bien ocurre en ciclos repetitivos, que podría tener un lapso de tiempo de algunos meses de duración.

Fase de Acumulación de Tensión

En esta fase la mujer percibe claramente cómo el agresor va volviéndose paulatinamente más susceptible, de modo que está cada vez más tenso, irritable, malhumorado. La víctima intenta calmarlo, se muestra compresiva, trata de ayudarle haciéndole razonar o se mantiene tranquila para que él se calme. Se va apartando sin darse cuenta de su grupo de apoyo, amistades y familiares. Trata de ser agradable, pasiva, retirada y se esfuerza por hacer las cosas como al agresor le agradan o le complace. La acumulación de tensión comienza a intensificarse con ciertos episodios de abuso verbal y subidas de voz, que se hacen más frecuentes, cuando se da paso al siguiente período.

Fase de Maltrato Agudo

En esta fase, la tensión acumulada genera un estado de rabia descontrolada, con episodio de abuso físico y sexual, por lo general. El agresor abusa de su pareja, la insulta, le grita, abusa sexualmente, le pega, la humilla, maltrata, rompe o destruye pertenencias, por lo general valiosas para la víctima y la amenaza. La mujer se siente desamparada, se ve en la necesidad de protegerse de quien ella confiaba para protegerle, se siente aterrorizada,

queda terriblemente herida, el dolor la paraliza, queda totalmente indefensa y no reacciona razonablemente.

Fase de Arrepentimiento o de Disculpas

Una vez ejercida la violencia y disipada la tensión, es normal que el agresor experimente algún grado de arrepentimiento. Sin embargo, siendo éste último un sentimiento desagradable, el golpeador intenta desembarazarse de él por medio de una gran variedad de conductas. Así encontramos varias tendencias:

- 1. Negación:** el agresor actúa como si lo que ha hecho no le interesara
- 2. Culpabilización de la víctima:** los argumentos más comunes son que ella le ha provocado, que le ha dado motivos para agredirla.
- 3. Excusas a través de motivos externos:** alcohol, drogas, estrés, sobrecarga de trabajo, ira.
- 4. Tentativas y promesas de cambio:** el agresor pide perdón, jura que el hecho no se volverá a repetir. En este punto, algunos agresores inician una terapia.
- 5. Tentativas de expiación:** autolesión, suicidio.
- 6. Estrategia empleada por el agresor.**
 - ✓ **Utilitarismo.-** Solo de esta manera consigo lo que deseo
 - ✓ **Justificación.-** Fue ella la que me provoco; es ella la que tiene que cambiar
 - ✓ **Arrebato.-** No me di cuenta de lo que hacía en ese momento
 - ✓ **Olvido.-** No me acuerdo de lo que hice

Fase de Reconciliación o Luna de Miel.

La víctima ha cedido a las promesas, al acoso, a los chantajes, a la debilidad de su agresor y a la suya misma. Entonces, cree posible un cambio de conducta en su pareja y se aferra a una relación de codependencia.

El cónyuge es en este momento dócil y su actitud es agradable; puede colmar de atenciones y regalos a su compañera e incluso otorgarle una situación de cierto poder (ser menos restrictivo, más confiado.). Así, la víctima recupera poco a poco la esperanza perdida, redescubriendo el amor inicial. Sin embargo, esto no hace más que incrementar su umbral de tolerancia ante la posibilidad de una nueva agresión.

Aunque la violencia y el miedo provocan en la víctima deseos de abandonar la relación, las situaciones que se dan en esta etapa, hacen que ésta tenga dudas acerca de si continuar la relación, alimentando, de este modo, la perpetuación del ciclo. En el agresor, por otro lado, su pánico a ser abandonado lo incita en esta fase a cambiar, pero este mismo miedo le exige, más tarde, a recuperar la situación de poder y proseguir el ciclo de la violencia.

Una vez establecido el ciclo de la violencia, el proceso se repetirá, una y otra vez, acelerándose en el tiempo y adquiriendo cada vez más intensidad. El umbral de tolerancia de la mujer va aumentando y las etapas de optimismo van disminuyendo. La violencia se agrava. Ante esta espiral vertiginosa, la mujer está totalmente indefensa.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las mujeres que han experimentado la violencia queda incapacitada para controlar su voluntad, a través del tiempo desarrollando así la 'condición de impotencia aprendida'. Esta condición previene el que una mujer víctima de violencia intrafamiliar pueda percibir o actuar cuando se les presenta una oportunidad para poder escapar de la violencia. Se basa en la hipótesis de que tempranas influencias sociales en una mujer facilitan la condición psicológica de impotencia, lo que hace que las mujeres se sientan incapaces de poder controlar positivamente sus vidas.

Características de la Impotencia Aprendida

- ✓ El maltrato repetitivo disminuye en la mujer su capacidad para responder, se convierte en sumisa. Su personalidad pasa a ser pasiva.
- ✓ La habilidad cognoscitiva para percibir el éxito cambia en la mujer. Ella no cree que su respuesta le traerá resultados favorables, así lo sean o no.
- ✓ La mujer maltratada no creerá que nada de lo que ella haga alterará el futuro o su destino.

El sentido de bienestar emocional pasa a ser precario y se vuelve más propensa a la depresión y a la ansiedad.

DEPRESIÓN

Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima.

El trastorno afecta seriamente al individuo que la padece, en su modo de actuar como en su manera de pensar, en los ciclos de sueño y vigilia, el paciente pierde la capacidad de descansar adecuadamente, enojo, conductas antisociales, conductas violentas, pérdida de energía, abuso de alcohol, abuso de drogas, deseos de muerte, desesperación, culpabilidad, dificultad para concentrarse, indecisión y en el peor de los casos lleva al suicidio.

LA DEPRESION EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las mujeres maltratadas que sufren una depresión, puede ser incluso más difícil ayudar porque tienden a ocultar y negar sus síntomas, no sólo por las características de su enfermedad, sino para no llamar la atención sobre el problema en sus relaciones de pareja. *Pueden temer que si pide ayuda se descubra su situación, con el consiguiente riesgo hacia sí misma, ya que*

simplemente pedir ayuda a un médico puede desencadenar más violencia o también romper una relación a la que al principio de los episodios de maltrato se sienten profundamente vinculadas. (Gascon, 2003)

ANSIEDAD.

La ansiedad y el miedo son reacciones normales ante el peligro. Por ello no hay que extrañar que las mujeres maltratadas presenten síntomas de ansiedad (trastorno del sueño, palpitaciones, temblor, nudo en la garganta) casi desde el comienzo del maltrato.

Habitualmente, el inicio de la ingesta de tranquilizantes es facilitado por profesionales, ante la presencia de síntomas de ansiedad. *Con el paso del tiempo, dada la cronicidad del maltrato y la dificultad de salir del mismo, es frecuente que la mujer se habitúe a ellos y persista en su uso, añadiendo así un nuevo problema. (Prieto, 2004)*

DEFINICIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA

Dentro de las conductas suicidas, también se encuentra la ideación suicida, que está muy relacionada con el intento suicida y que tiene al igual que el intento varias definiciones.

Al intentar definir la ideación suicida la situación se torna aún más compleja debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, ya que se puede presentar como una idea momentánea, hasta una idea permanente o planeada.

La ideación suicida puede surgir cuando las personas se exponen a determinados estímulos, sin embargo el hecho de pensar en el suicidio no predispone a que se realice el acto suicida. *La ideación suicida son los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. (Beck 1979)*

CONDUCTAS SUICIDAS

La mayor parte de las mujeres que tienen ideas suicidas están deprimidas, los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida de control sobre su situación vital, sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Las conductas suicidas se presentan en un continuo de menor a mayor gravedad que son:

Ideación suicida: son pensamientos y verbalizaciones recurrentes de provocarse lesiones o la muerte.

Intento de suicidio: es todo acto realizado por la persona que, sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo.

Suicidio consumado: es el acto autoinfligido por la persona que tiene como resultado su propia muerte. El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases.

- ✓ **Idea suicida** en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.
- ✓ **Duda o fase de ambivalencia** donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.
- ✓ **Decisión** en la que ya se pasa a la acción.

Dentro de las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente, se estima que el 34% de las personas que tienen ideación suicida pasarán a planificar un intento de suicidio y, de ellas, el 10% lo llevará a efecto, realizando un intento de suicidio.

Los individuos se fijan en los aspectos negativos de la vida y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o no existieran. Rechazan todas las opciones simples que se les ofrecen para resolver su

problema, hasta que parece que no hay solución posible, empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca. Puede que la única solución sea la muerte.

Al hablar del fenómeno suicida se manejan diversas definiciones entre las que se mencionan, como parte del comportamiento suicida.

El deseo de morir: inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente, manifestándose en frases como: “la vida no merece la pena”, lo mejor sería estar muerto”.

Representación suicida: Imágenes mentales del suicidio del propio individuo (por ejemplo estar ahorcado)

Ideas suicidas: Pensamientos de terminar con la propia existencia.

Se menciona que la evaluación de la ideación suicida debe, por fuerza, formar parte de los protocolos de evaluación de los pacientes. Sin embargo, las ideas suicidas se han considerado como relativamente frecuentes en las mujeres víctimas de violencia que ello constituya un peligro inminente para la vida exceptuando cuando se asocia a otros factores de riesgo. Asimismo, las conductas suicidas no siempre son motivadas por el deseo de morir, es frecuente que manifiesten también una forma de expresar sentimientos de desesperación, desamparó, frustración e ira.

FACTORES PREDISPONENTES

Impulsividad y Suicidio

La impulsividad se considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los demás y para sí mismo. Se asocia con fallas en la conciencia, perjudicando

la habilidad para reflexionar e impedir la inteligencia o la capacidad de guiar la conducta.

El acto suicida con frecuencia se relaciona con la depresión y desesperanza, pero requiere factores que puedan reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación.

Impulsividad, Pesimismo y suicidio

Los pesimistas al afrontar una enfermedad o un estresor vital tienden a presentar mayores sentimientos de desesperanza, mayor intensidad en los síntomas depresivos y percibir menores razones para vivir, lo que se acompañan de ideas suicidas más frecuentes e intensas. La limitación de las posibilidades intelectuales o visión “en túnel” impide que el individuo vea más allá de la situación inmediata y tome decisiones en base al momento actual.

Desesperanza

Se define como la necesidad de escapar de situaciones dolorosas, unida a la percepción de que la persona no encuentra salida al problema y considera que la muerte es lo único que le causará alivio. Es un factor de riesgo importante ya que suele asociarse a una sensación de soledad, desarraigo y falta de sentido de la vida, lo que origina planes e ideas suicidas. *Cuando la visión que se tiene de los problemas está reducida y el juicio comprometido por un estado depresivo el suicidio se puede concebir como una forma de escapar del sufrimiento y terminar de una vez por todas con el temor.*

MITOS DEL SUICIDIO

1) Mito: El suicidio se produce sin previo aviso, (el que lo dice, no lo hace)

Hechos: Los estudios realizados, demuestran que las personas suicidas proporcionan muchas veces indicios y advertencias sobre sus intenciones.

2) Mito: Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo.

Hechos: De cada 10 personas que se suicidan, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones.

3) Mito: Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.

Hechos: Las personas que desean quitarse la vida, están en estado suicida solo por un tiempo. De hecho casi todos conocemos a alguien que hace tiempo intentó suicidarse.

4) Mito: El suicidio es mucho más frecuente entre ricos o, a la inversa, se presenta exclusivamente entre pobres.

Hechos: El suicidio no es una enfermedad de ricos, ni la maldición de los pobres, está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad

5) Mito: Las personas que realizan intentos con medios poco letales, no están considerando seriamente la idea de matarse.

Hechos: Aquí se confunde la letalidad con el intento, algunas personas no están bien informadas sobre la letalidad del método que van a emplear, como puede ser la utilización de píldoras. El método empleado no necesariamente está en consonancia con la intención subyacente.

6) Mito: El suicidio es un evento aislado.

Hechos: Aun cuando existe un debate muy amplio en este sentido, se hace clara la conexión como factor desencadenante, sin que este factor pueda llamarse como tal la causa del suicidio.

FACTORES DEMOGRÁFICOS

a) Edad; El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando y en las intento de suicidio de mujeres son más altas entre los 15-24 años.

b) Sexo; En la mayor parte de los países las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados. Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (arma de fuego, ahorcamiento). Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotrópicos o de venenos.

c) Estado civil: variable puede ser más frecuente en solteras, viudas o separados.

d) Ocupación: variable en desempleados y trabajos de mucha responsabilidad y estrés.

e) Razas: más frecuente raza blanca, presencia de fenómenos de contaminación cultural.

f) Grupos sociales: variable según el país, los países más desarrollados tienen los índices más altos de suicidio.

g) Religión: una vida espiritual sana y consecuente es un factor protector.

h) Zona geográfica: variable según país.

i) Periodo del año: variable, parecen existir ciclos, más frecuentes en fechas de celebración.

FACTORES FAMILIARES

El factor de desintegración familiar en que se desarrollaron los casos de suicidio, es un factor preponderante, que influyó al desequilibrar la esfera afectiva y emocional del suicida, dándole más empuje a los deseos de

privarse de la vida. La violencia intrafamiliar provoca la desintegración, ya que es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables.

La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con la población que no la padece.

CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO

El comportamiento de la actividad suicida, comprende la autodestrucción total (muerte), la autodestrucción (no muerte), la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales de las intenciones de destruirse, depresión e infidelidad y pensamientos de separación, partida, ausencia, consuelo y alivio.

El comportamiento es más grave debido a sentimientos de culpa o porque es necesario poder comunicar algo con impacto equivalente. Normalmente una persona suicida se descubre a si misma comunicando su tendencia a través del comportamiento, o verbalmente antes de que se produzca un acto específico.

El suicida típico presenta un deseo de morir y vivir a la vez; desesperación, impotencia e imposibilidad de hacer frente a los problemas, agotamiento físico o psicológico, ansiedad, tensión, depresión, rabia, culpa, caos y desorganización, estados de ánimo cambiantes, pérdida del interés por actividades normales, malestar físico, trastornos de sueño y pérdida del apetito. Existe también una pasividad, una falta de iniciativa o pérdida de interés de objetos y planes de acción.

TRIANGULO LETAL DE SHNEIDMAN

Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a de cometer suicidio:

- ✓ Baja auto estima
- ✓ Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy presionado y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se trasforman en decisiones impulsivas de orden efectivo.
- ✓ Visión en túnel (no se ve otra cosa que la muerte como salida) o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir severamente más allá de la situación inmediata.

Control Del Suicidio

- ✓ **Controles externos:** Son aquellos por medio de los cuales la sociedad influye en el individuo para que acepte su situación y continúe viviendo. Ej.: tabúes, religión, mitos, costumbres, familia, hijos, la comprensión, el apoyo, interés y preocupación.
- ✓ **Controles internos:** Pueden ser los ideales, las normas, la conciencia, la moralidad y los sentimientos de responsabilidad de la persona. Además la estructura de su personalidad puede ser tal que dé a la persona flexibilidad, adaptabilidad, independencia y sentimientos de autoestima que le permitan soportar. Por el contrario, una persona puede ser más vulnerable a causa de su personalidad rígida, excesiva dependencia concepto pobre de sí mismos.

RAZONES PARA VIVIR Y SUICIDIO

Los individuos suicidas cuando son comparados con personas no suicidas, bien sea psicológicamente alteradas o no, presentaban una carencia

importante de creencias positivas relacionadas con la sobrevivencia y el afrontamiento, las cuales sí son compartidas por la mayoría de las personas. (Linehan, 1983)

Las creencias, como razones para no cometer suicidio, pueden tener una relación más fuerte con las conductas suicidas que la desesperanza, la depresión y el estrés, variables ampliamente reconocidas y comprobadas como predictores importantes de la conducta suicida. (Dovrov y Thorell , 2004)

De igual forma encontraron que las creencias de responsabilidad hacia la familia y hacia los hijos estuvieron significativamente relacionados con la ausencia de conductas suicidas durante la vida tanto en la población general como en la población clínica.

Solución de problemas sociales y suicidio

De acuerdo con los estudios sobre solución de problemas han mostrado que las personas que intentan suicidarse tienen a ser más dependiente del campo, a mostrar mayor rigidez cognitiva y mayor pensamiento dicotómico, así como a resolver problemas de manera menos eficaz. (Pollock y Williams , 1998)

La rigidez cognitiva resulta en una dificultad para generar soluciones alternativas cuando las personas se enfrentan con problemas emocionales, lo que hace, que consideren al suicidio como la única solución en este momento.

Los pacientes suicidas tiene un pobre desempeño a la hora de generar relevantes y eficaces medios para manejar sus problemas interpersonales. Tales deficiencias en la solución de problemas son más graves en pacientes suicidas aún si se los compara con otros pacientes psiquiátricos pareados

por la gravedad de la enfermedad y controlado la covariación del estado de la animo deprimido.

Apoyo social y suicidio

El sentido de rechazo o desapego, la alineación y la insatisfacción con las relaciones sociales están asociadas con el incremento de las conductas suicidas, en general, y de la ideación suicida, en particular.

El efecto del apoyo social sobre la ideación suicida estaría mediado por el nivel de ajuste; es decir, que el apoyo social tiene un impacto positivo directo. Una ausencia o disminución del apoyo social percibido genera estrés, que a su vez produce dificultades, asociadas con el desarrollo de la ideación suicida.

Autoestima y Suicidio.

Cuando la autoestima es baja; es decir, cuando se da una autoevaluación negativa, esta normalmente está acompañada de reacciones emocionales que pueden implicar las conductas autodestructivas.

La depresión y la baja autoestima son dos factores que predicen la ideación suicida y el intento suicidio.

Una baja autoestima y un autoconcepto negativo generalmente están acompañados por sentimientos de desvaloración, inferioridad, soledad, depresión, ansiedad y culpa, socavando los valores de autorrealización y las habilidades personales, así como previniendo el ajuste e integración social de la persona. Estas circunstancias hacen más probable la aparición de las conductas suicidas, en general, y de la ideación suicidas, en particular.

TEORÍA COGNITIVA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Modelo desde la perspectiva cognitiva de AARON BECK.

La intencionalidad suicida es continua, en un extremo está la definitiva intención de morir y en el otro, la intención de seguir vivo. Cuando el intento se realiza para continuar viviendo, la conducta suicida se usa para lograr algunos cambios interpersonales o para hacer que otros efectivamente den la ayuda requerida. (Beck, 1980)

En algunas ocasiones la intención puede ser ambigua, siendo una confusión entre el deseo de vivir y deseo de morir. Así los intentos de suicidios menos graves estarán probablemente asociados con motivos manipulativos, así como con bajos niveles de depresión y desesperanza. Por el contrario, los intentos más graves corresponderán a intentos de escapes y a elevados niveles de depresión y desesperanza.

Las conductas suicidas en las personas deprimidas se derivan de ciertas distorsiones cognitivas, tales como la excesiva visión negativa de sí mismos, el mundo y el futuro (triada cognitiva); no solo tienden a magnificar sus problemas, sino que tampoco creen que tienen la habilidad para resolverlos. Además estas personas no toleran adecuadamente a la incertidumbre y están más predispuestas a considerar la idea de que la muerte resolverá sus problemas.

Las personas deprimidas creen que no son valiosas o que son defectuosas, y piensan también que el mundo es un sitio frío y horrible, razón por la cual no creen que el futuro pueda llegar a ser mejor. Todas las experiencias son filtradas a través de esas creencias y distorsiones, manteniendo así a la depresión. Los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar, que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con

perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras particulares las que determinan el acto suicida: la ambivalencia interna fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir y el conflicto previo al acto suicida, ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto, su intensidad. Beck (1988)

Por lo tanto, los problemas de las personas son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas en estas premisas y supuestos erróneos o falsos. Los elementos principales que dan una explicación al suicidio son: la distorsión de la realidad y los desórdenes emocionales. Sin embargo, también hay que tener en cuenta los pensamientos, las imágenes y las motivaciones.

En tanto que, la rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas con problemas psicósomáticos. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales.

Asimismo, Beck plantea que la ideación suicida es como una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas, situaciones o eventos que no se pueden soportar. También menciona, que las personas con sintomatología depresiva se ven como una carga inútil, y esto les genera la idea de que la situación se mejorará si ellos estuvieran muertos. Al respecto, plantea que las ideas suicidas surgen cuando la persona percibe su situación como intolerable.

ESCALA DE IDEACION SUICIDA

Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979), diseñada para evaluar y cuantificar los pensamientos suicidas.

La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben tenerse en cuenta como la letalidad del método

considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de “frenos” (disuasores).

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente (mayor crisis).

Se trata de una escala Semi estructurada que consta de 19 ítems desarrollada por los autores

2.3.- FUNDAMENTACION LEGAL

LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Art.35.- las personas adultas mayores, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas , personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas de alta complejidad, recibirán atención especializada en el ámbito público y privada. La misma atención recibirá las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a la integridad personal, que incluye: a)La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual.

Art. 70.- La igualdad entre mujeres y hombres, a través del mecanismo especializado de acuerdo con la ley, e incorporará el enfoque de género en planes y programas, y brindará asistencia técnica para su obligatoria aplicación en el sector público.

Art.363. 5 el estado será responsable de brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la constitución (CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR, 2008)

LEY CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA

Art.1. La presente ley tiene por objetivo proteger la integridad física, psíquica y la libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, mediante la prevención y la sanción de la violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia.

Art 2.- Violencia Intrafamiliar.- Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Art 4.- Formas de violencia intrafamiliar.- para los efectos de esta Ley, se considera:

1.-Violencia Física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquier que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación

2.-Violencia Psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización del apremio moral sobre otro miembro de la familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave o inminente en su persona o en la de sus descendientes Violencia sexual.-

3.-Violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso d la fuerza física, amenaza o cualquier otro medio coercitivo. (LEY 103, 1995)

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

Artículo 1..., la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Artículo 2 Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer.

Artículo 4 1. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación en la forma definida en la presente Convención, pero de ningún modo entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas; estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato

Artículo 10 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. (CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN., 1981)

LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER "CONVENCION DE BELEM DO PARA"

Artículo 1 Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 2 Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

a). que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

b). que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar

Artículo 3 Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado

Artículo 6 El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros: a). el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación. b). el derecho de la mujer a ser valorada

(CONVENCIÓN DE BELEM DO PARA, 1994)

2.4.- HIPÓTESIS.-

Si existe Violencia Intrafamiliar, entonces existirá Ideación Suicida

2.5.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

- **2.5.1.- Variable Independiente**
Violencia Intrafamiliar
- **2.5.2.- Variables Dependiente**
Ideación Suicida

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA

3.1.- DISEÑO Y TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1.- Diseño

El diseño de esta investigación es no experimental puesto que no está establecido un grupo de control y las variables se presentan por su naturaleza.

La presente investigación se orientó en un Enfoque cuanti-cualitativo, es decir Mixto; Cuantitativo porque los resultados son sometidos a análisis estadísticos para establecer patrones y probar teorías y Cualitativo porque buscó establecer las causas reales que provoca La Ideación Suicida en mujer de 20 a 40 años víctimas de Violencia Intrafamiliar que asisten a la sala de primera acogida. Hospital Rodríguez Zambrano de Manta; siendo así que la investigación tiene mayor peso en lo Cuantitativo porque se buscó un diagnóstico de la realidad con la aplicación de un Escala de Ideación Suicida más bibliografía relevante al estudio; lo Cualitativo es para reforzar lo cuantitativo a través del análisis de los resultados de la investigación

3.1.2.-TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según el alcance de la presente investigación se enmarcan de los siguientes tipos:

Campo.- Porque la información fue recolectada por los investigadores en el mismo lugar de los hechos, es decir la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano

Correlacionar.- Porque se buscó establecer la relación que existen entre la Variable Independiente Violencia Intrafamiliar y la Variables Dependiente Ideación Suicida.

Descriptivo.- Porque se analizaron y describieron las características de la Variable Independiente Violencia Intrafamiliar y la Variable Dependiente Ideación Suicida del fenómeno estudiado.

3.1.1.- MÉTODOS

3.1.1.1 Empírico.- La presenta investigación fue sometida a comprobación empírica, a través de la observación, entrevista y escala valorativa.

3.1.1.2 Teórico.- En la presente investigación se utilizaron métodos teóricos como:

-Método Analítico.- Se aplicó este método porque nos permite analizar las características de las variables en estudio.

- Método Sintético.- se aplicó este método porque una vez analizadas las características se reconstruyo para entender como un todo de manera más sintética y precisa.

- Método Deductivo.- Se usó el método porque nos permitió obtener información generalizada desde los profesionales involucrados al objeto de estudio que son las mujeres de 20 a 40 años victimas Violencia Intrafamiliar que acuden a la sala de primera acogida del hospital Rodríguez Zambrano.

- Método Inductivo.- Se aplicó este método porque para obtener la información partimos directamente de las mujeres de manera particular para lograr obtener información de los profesionales involucrados en el campo.

- **Método Bibliográfico.**- El marco teórico está sustentado a través de revisión de textos, folletos, revistas científicas, internet.

- **Método Estadístico.**- Este método se aplicó para la obtención del análisis y comprensión de la información, así como la interpretación gráfica de la misma

3.1.2.- TÉCNICAS

Se utilizarán técnicas de investigación como:

- ✓ Entrevista: Dirigida a las mujeres de 20 a 40 años víctimas de Violencia Intrafamiliar que presenta ideas Suicidas.
- ✓ Observación: Dirigida a las Historias Clínicas del Hospital Rodríguez Zambrano.
- ✓ Escala Psicométrica: Dirigido a las mujeres víctimas de violencia que asisten a la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano.

3.1.3.-INSTRUMENTOS

Entre los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

- ✓ **Guía de Observación:** Obtener datos de información sobre las mujeres que sufren violencia Intrafamiliar. Edad, estado civil, motivo de consulta
- ✓ **Escala Psicométrica:** La Escala de Ideación Suicida es diseñada para evaluar los pensamientos suicidas.

3.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO

3.2.1.- POBLACIÓN

POBLACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJERES VICTIMAS DE V.I.F	21	100 %
TOTAL.	21	100%

CUADRO N° 1 población
Elaborado por: Angelo Cadena y Diana Moreira

3.2.2.- MUESTRA

El presente estudio se tomó como muestra la totalidad de 21 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de 20 a 40 años con ideación suicida que asisten a la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano.

3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1.- Variable Independiente

VARIABLE	CATEGORIAS	INDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE “Violencia Intrafamiliar”	Tipos	Psicológicos Sexual Físico
	Ciclo	Fase Acumulación de tensión. Fase Agresión o violencia física Fase Arrepentimiento o de disculpa Fase de Reconciliación o luna de miel
	Mitos	- La mujeres que son maltratadas permanecen en esta situación porque les gusta - El abuso de alcohol y droga es el responsable de la violencia doméstica.

CUADRO N° 2 variable independiente
Elaborado por: Angelo Cadena y Diana Moreira

3.3.2.- Variable Dependiente

VARIABLE	CATEGORIA	INDICADORES
VARIABLE DEPENDIENTE "Ideación Suicida"	Factores Predisponentes	Impulsividad Pesimismo Desesperanza
	Tipos	-Idea suicida sin un método específico. -Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado -Idea suicida con un método específico no planificado.
	Mitos	-El suicidio se produce sin previo aviso (el que no dice no lo hace) -El suicidio es un evento aislado.

CUADRO N° 3 variable dependiente
Elaborado por: Angelo Cadena y Diana Moreira

3.5.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información fue recolectada por los investigadores en el sitio de los hechos es decir en la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano a las mujeres que sufren violencia intrafamiliar a través de la observación, entrevista y test

3.6.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La investigación fue realizada, procesada mediante la utilización de programa Excel. El procesamiento y análisis de la información se realizó acuerdo a los siguientes parámetros:

- Codificación de la información
- Tabulación de la información
- Recuento de la información
- Clasificación de la información
- Ordenamiento de la información
- Tablas y cuadros estadísticos

CAPÍTULO IV

4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

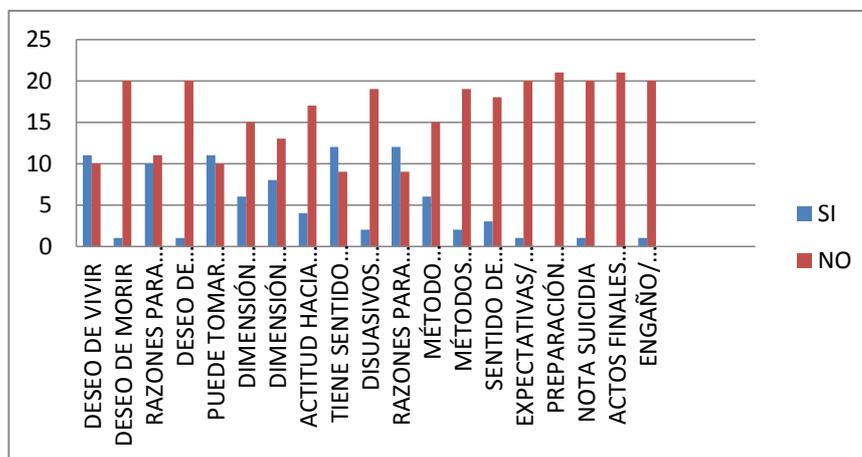
TABLA N° 1

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDIA

ORDEN	PREGUNTAS	SI	%	NO	%
1	DESEO DE VIVIR	11	52,3	10	47,6
2	DESEO DE MORIR	1	4,7	20	95,2
3	RAZONES PARA VIVIR/MORIR	10	47,6	11	52,3
4	DESEO DE INTENTAR ACTIVAMENTE EL SUICIDIO	1	4,76	20	95,2
5	PUEDE TOMAR PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA	11	52,3	10	47,6
6	DIMENSIÓN TEMPORAL (DURACIÓN DE LA IDEACIÓN/DESEO SUICIDIA)	6	28,5	15	71,4
7	DIMENSIÓN TEMPORAL (FRECUENCIA DEL SUICIDIO)	8	38,1	13	61,9
8	ACTITUD HACIA LA IDEACIÓN/DESEO	4	19	17	80,9
9	TIENE SENTIDO DEL CONTROL	12	57,1	9	42,8
10	DISUASIVOS PARA UN INTENTO ACTIVO (FAMILIA, RELIGIÓN, IRREVERSIBILIDAD)	2	9,5	19	90,4
11	RAZONES PARA EL INTENTO CONTEMPLADO	12	57,1	9	42,8
12	MÉTODO (ESPECIFICIDAD/PLANIFICACIÓN DEL INTENTO CONTEMPLADO)	6	28,5	15	71,4
13	MÉTODOS (ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD PARA EL INTENTO CONTEMPLADO)	2	9,52	19	90,4
14	SENTIDO DE <CAPACIDAD> PARA LLEVAR ADELANTE EL INTENTO	3	14,2	18	85,1
15	EXPECTATIVAS/ ESPERA DEL INTENTO ACTUAL	1	4,7	20	95,2
16	PREPARACIÓN ACTUAL PARA EL INTENTO CONTEMPLADO	0	0,00	21	100
17	NOTA SUICIDIA	1	4,7	20	95,2
18	ACTOS FINALES EN ANTICIPACIÓN DE LA MUERTE (TESTAMENTO, PÓLIZA DE SEGUROS)	0	0,00	21	100
19	ENGAÑO/ ENCUBRIMIENTO DEL INTENTO CONTEMPLADO	1	4,7	20	95,2

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

GRÁFICO N°1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el análisis de los resultados de la Escala de Ideación suicida se obtuvieron los resultados que a continuación se detallan:

De la muestra estudiada doce (12) mujeres que se representan 57,1 % Tienen control del sentido de su vida, de tal manera que las ideas de suicidio no representan llegar al cometimiento del acto suicida. Igual número de mujeres piensan que podrían solucionar o escapar de sus problemas con una decisión final como terminar con su vida.

El deseo de Vivir se encuentra representado en once (11) mujeres, es decir el 52.3% de la muestra quienes aunque tienen la ideación suicida no llegan a realizar el acto ya que toman precauciones para que esto no suceda. De la misma manera 10 mujeres de esta muestra, que representan el 47.6% expresaron que “seguir viviendo vale más que morir”

No se encontraron respuestas positivas para las preguntas que representaban el cometimiento del acto y que tienen que ver con la preparación de la muerte.

Como lo destaca el estudio realizado por la OMS Dentro de las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente.

Se estima que el 34% de las personas que tienen ideación suicida pasarán a planificar un intento de suicidio y, de ellas, el 10% lo llevará a efecto, realizando un intento de suicidio.

Los individuos se fijan en los aspectos negativos de la vida y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o, no existieran. Rechazan todas las opciones simples que se les ofrecen para resolver su problema, hasta que parece que no hay solución posible, empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca. Puede que la única solución sea la muerte.

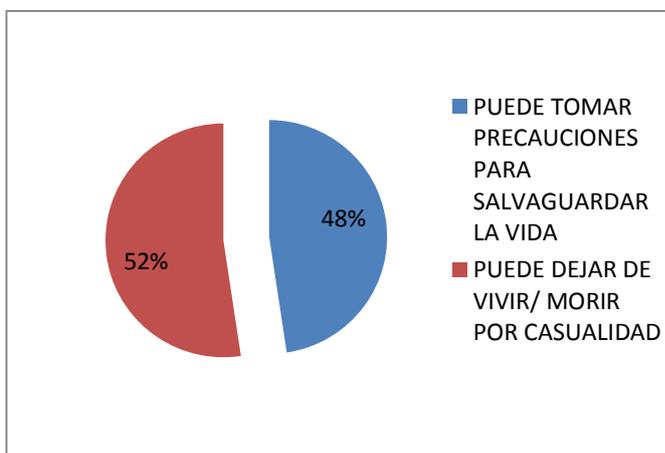
TABLA N° 2

DESEOS PASIVOS DE SUICIDIO

ORDEN	ALTERNATIVA	N°	%
1	PUEDA TOMAR PRECAUCIONES PARA SALVAGUARDAR LA VIDA	10	47.6
2	PUEDA DEJAR DE VIVIR/ MORIR POR CASUALIDAD	11	52.4
3	PUEDA EVITAR LAS ETAPAS NECESARIAS PARA SEGUIR CON VIDA	0	0
	TOTAL	21	100

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

GRÁFICO N°2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico No. 2 analizan los deseos pasivos de suicidio de las mujeres pertenecientes a la muestra. Del que se obtienen los siguientes resultados:

Once (11) mujeres que representan el 52.3 % de la muestra expresan deseos ambivalentes con respecto a la muerte o la vida, sin embargo 10 de ellas o sea el 47.6% tomarían precauciones para no llegar al acto final.

Ninguna de las mujeres evaluadas evitaría pasar por las etapas necesarias para seguir con vida.

En el marco teórico se refiere a los controles para no llevar a cabo el acto suicida se conoce de dos tipos.

Controles externos son aquellos en los que la sociedad influye ejemplo: la religión, familia e hijos.

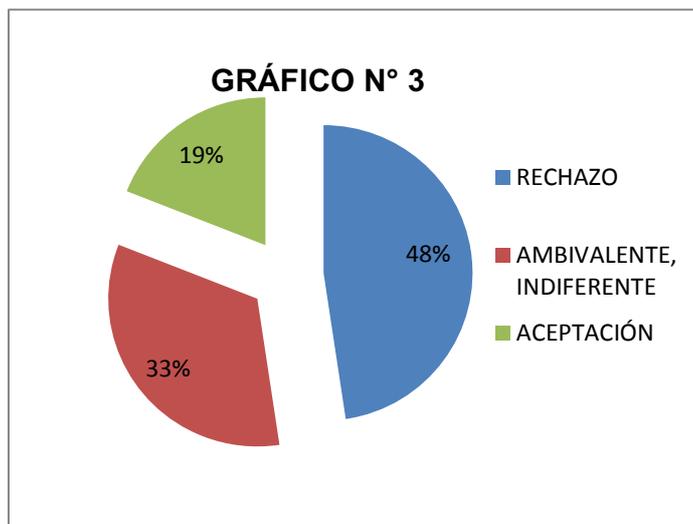
En los controles internos se contaría los ideales, las normas, la conciencia de la persona.

TABLA N°3

ACTITUD HACIA LA IDEACIÓN/DESEO

ORDEN	ALTERNATIVA	N°	%
1	RECHAZO	10	47.62
2	AMBIVALENTE, INDIFERENTE	7	33.33
3	ACEPTACIÓN	4	19.05
	TOTAL	21	100

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De tabla y gráfico No. 3 que interpretan los resultados de la actitud frente a la idea de suicidio se obtuvieron los siguientes resultados:

Diez (10) mujeres que representan el 47%.62 de la muestra manifestaron rechazo frente a la idea del suicidio, siete (7) o sea el 33.33% se mostraron indiferentes ante la misma situación, en cambio cuatro (4) mujeres que son el 19.05 %, aceptaron la posibilidad de cometer este acto.

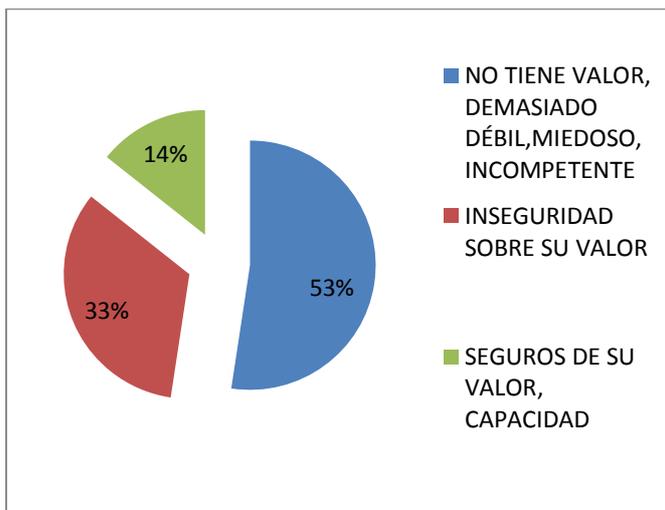
Dovrov y Thorell postulan que sus creencias, como razones para no cometer suicidio, pueden tener una relación más fuerte con las conductas suicidas que la desesperanza, la depresión y el estrés, variables ampliamente reconocidas y comprobadas como predictores importantes de la conducta suicida.

TABLA N°. 4

SENTIDO DE CAPACIDAD PARA LLEVAR ADELANTE EL INTENTO

GRÁFICO N°4

ORDEN	ALTERNATIVA	N°	%
1	NO TIENE VALOR, DEMASIADO DÉBIL, MIEDOSO, INCOMPETENTE	11	53
2	INSEGURIDAD SOBRE SU VALOR	7	33
3	SEGUROS DE SU VALOR, CAPACIDAD	3	14
	TOTAL	21	100



Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico No. 4 analizan el valor o la capacidad de llevar a cabo el acto de suicidio de los que se obtuvo lo siguiente:

Once (11) mujeres o el 53% de la muestra manifestaron no tener valor, sentirse débil con miedo o incompetente, siete (7) mujeres que equivalen al 33% se mostraron inseguras y tres (3) mujeres que equivalen al 14% están seguras de su valor y capacidad.

Cuando la autoestima es baja; es decir, cuando se da una autoevaluación negativa, ésta normalmente está acompañada de reacciones emocionales que pueden implicar las conductas autodestructivas. La depresión y la baja autoestima son dos factores que predicen la ideación suicida y el intento suicidio.

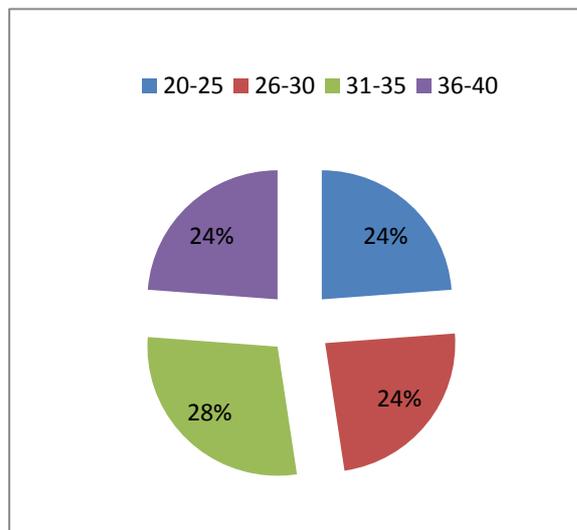
TABLA N° 5

EDADES DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

ORDEN	Edades	No.	%
1	20-25	5	24
2	26-30	5	24
3	31-35	6	28
4	36-40	5	24
	TOTAL	21	100

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

GRÁFICO N°5



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos de la casuística fueron:

Se encuentra mayor número de mujeres que son víctimas de violencia en el grupo de 31 a 35 años que equivale al 28 % de la muestra, es decir 6 (seis) mientras las edades de 20 a 25; 26 a 30 y 36 a 40 comparten el 24 % cada una.

El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando y en las intentos de suicidio de mujeres son más altas entre los 15-24 años.

La edad de riesgo también tiene relación con el síndrome de indefensión aprendida, en el que el maltrato repetitivo disminuye en la mujer su capacidad para responder. La habilidad cognoscitiva para percibir el éxito cambia y la creencia de que nada de lo que ella haga alterará el futuro o su destino.

El sentido de bienestar emocional pasa a ser precario y se vuelve más propenso a la depresión y a la ansiedad.

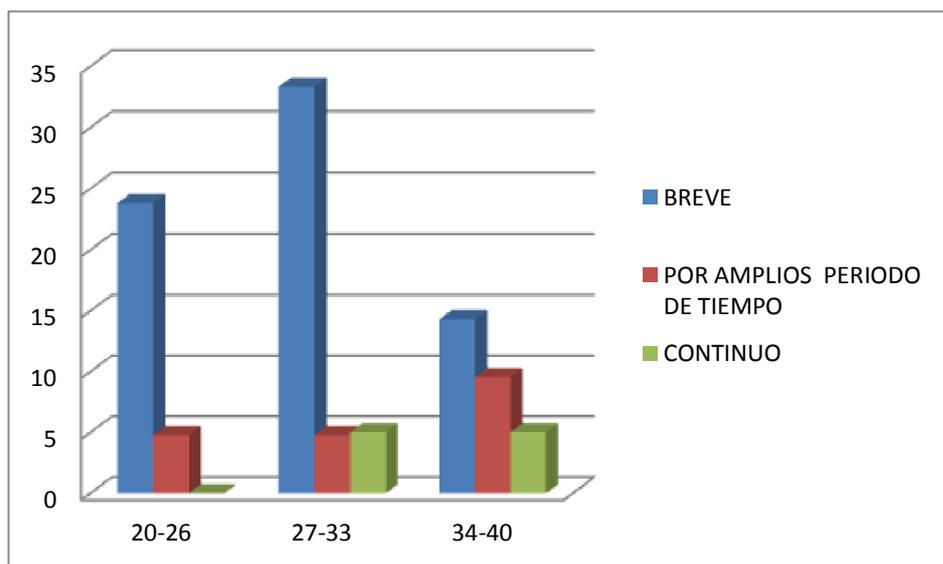
TABLA N°6

DURACIÓN DE LA IDEA SUICIDA

ORDEN	ALTERNATIVA	BREVE	%	POR AMPLIOS PERIODO DE TIEMPO	%	CONTINUO	%	TOTAL
1	20-26	5	24	1	5	0	0	6
2	27-33	7	33	1	5	1	5	9
3	34-40	3	14	2	10	1	5	6
TOTAL								21

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

GRÁFICO N°6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico No. 6 que representan la duración del deseo suicida se encontraron los siguientes resultados:

De las mujeres que experimentaron periodos breves de ideación suicida, siete (7) pertenecen al grupo etario de 27-33 años y representan el 33% de la muestra, siendo este el sector más vulnerable; del resto de la muestra se encontró que el 24% es decir cinco (5) mujeres de 20 a 26 y tres (3) mujeres de 27 -33 ósea el 14 % reflejan la misma duración.

De las mujeres que opinaron acerca de la ideación suicida por amplios periodos de tiempo se encontró dos (2) mujeres del grupo de 34 a 40 años con una representatividad del 10%.

De las mujeres que dijeron que la duración de la idea suicida es continua se encontró que en los grupos etarios de 27 a 33 y de 34 a 40 había una sola representante que equivale el 5 % de la muestra.

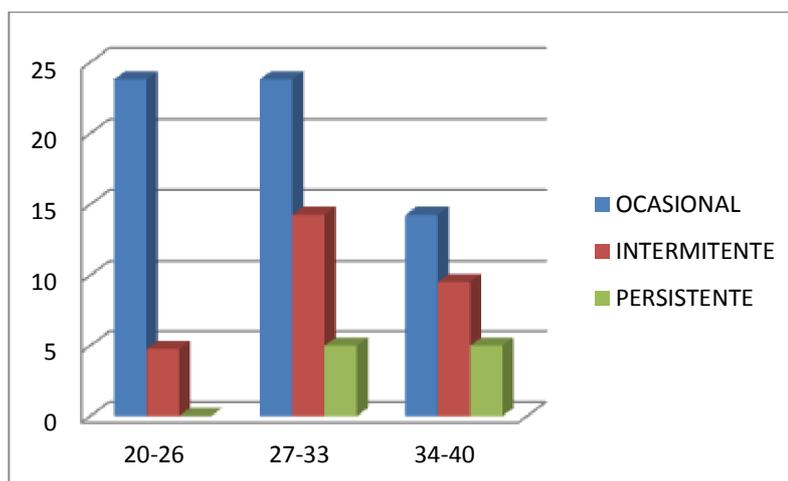
Mientras se tiende a ocultar y negar los síntomas, la duración del deseo suicida puede alargarse. Las mujeres pueden temer que si pide ayuda se descubra su situación, con el consiguiente riesgo hacia sí misma, ya que simplemente pedir ayuda a un médico puede desencadenar más violencia o también romper una relación a la que al principio de los episodios de maltrato se sienten profundamente vinculadas

TABLA N° 7
FRECUENCIA DEL SUICIDIO

ORDEN	ALTERNATIVA	OCASIONAL	%	INTERMITENTE	%	PERSISTENTE	%	TOTAL
1	20-26	5	24	1	5	0	0	6
2	27-33	5	24	3	14	1	5	9
3	34-40	3	14	2	10	1	5	6
TOTAL								21

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

GRÁFICO N°7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico No. 7 que representan la frecuencia del deseo suicida se encontraron los siguientes resultados:

De las mujeres que vivieron periodos ocasionales de ideación suicida, cinco (5) pertenecen a los grupos etarios de 20-25 y al de 27 a 33 años y representan el 24% de la muestra cada uno.

Acerca de la frecuencia de la ideación suicida de manera intermitente se encontraron tres (3) mujeres del grupo de 27 a 33 años con una representatividad del 14%.

En la frecuencia de ideación suicida persistente se localizó una (1) mujer dentro de cada grupo de 27-33 y 34-40 que equivale del 5 % siendo estos los más vulnerables de la ideación suicida.

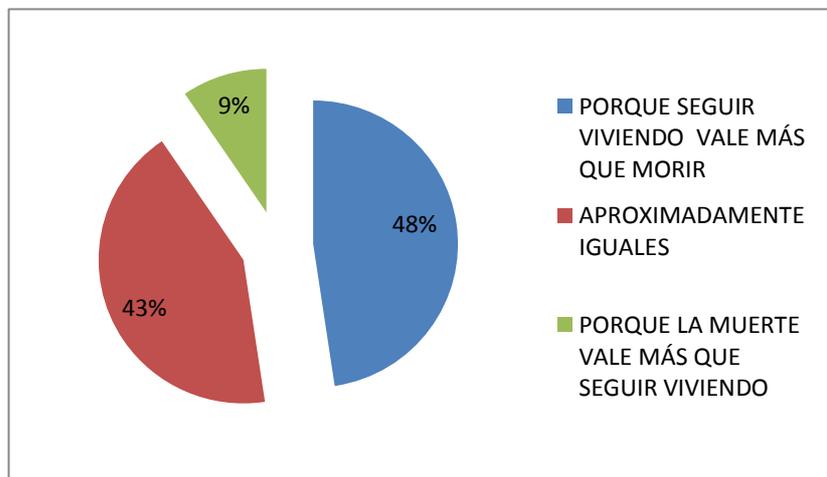
La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con población que no la padece

TABLA N°8
RAZONES PARA VIVIR/MORIR

ORDEN	ALTERNATIVAS	N°	%
1	PORQUE SEGUIR VIVIENDO VALE MÁS QUE MORIR	10	47.6
2	APROXIMADAMENTE IGUALES	9	42.9
3	PORQUE LA MUERTE VALE MÁS QUE SEGUIR VIVIENDO	2	9.5
	TOTAL	21	100

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

GRÁFICO N°8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico No. 8 que representan las razones para vivir o morir diez (10) mujeres o sea 48 % expresaron que seguir viviendo vale más que morir, (dos) 2 mujeres que equivale el 9 % manifestaron que la muerte vale más que seguir viviendo; mientras nueve (9 mujeres) que equivale el 43 % consideraron las dos opciones por igual .

La necesidad de escapar de situaciones dolorosas, unida a la percepción de que la persona no encuentra salida al problema y considera que la muerte es lo único que le causará alivio.

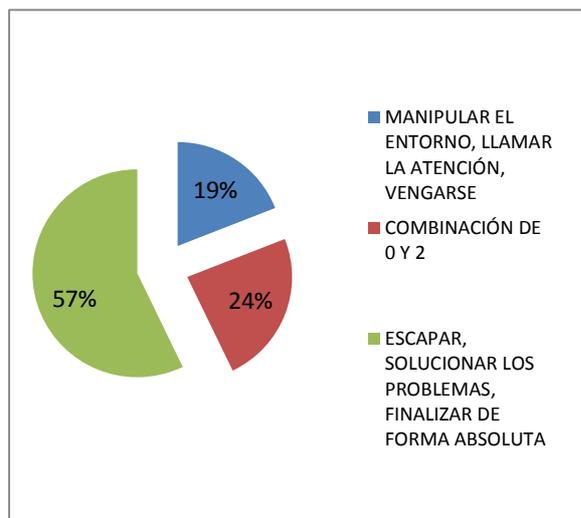
La mayor parte de las que tienen ideas suicidas se encuentran deprimidas. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida de control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación).

TABLA N°9

RAZONES PARA EL INTENTO CONTEMPLADO

GRÁFICO N°9

ORDEN	ALTERNATIVAS	N°	%
1	MANIPULAR EL ENTORNO, LLAMAR LA ATENCIÓN, VENGERSE	4	19.0
2	COMBINACIÓN DE 0 Y 2	5	23.8
3	ESCAPAR, SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS, FINALIZAR DE FORMA ABSOLUTA	12	57.1
	TOTAL	21	100



Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico No. 9 representan las razones para el intento contemplado doce (12) mujeres que representa el 57 % manifestaron que escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta, cuatro (4) mujeres que equivale al 19 % comenta que lo harían para manipula el entorno, llamar la atención, vengarse; mientras que cinco (5) mujeres que corresponde el 24 % pensaron la combinación de las dos opciones.

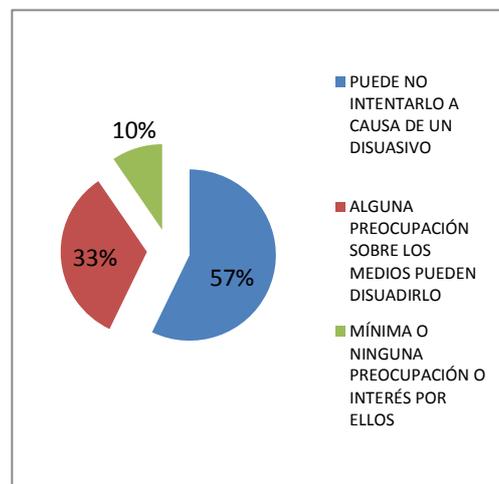
Las investigaciones han encontrado de manera consistente que los pacientes suicidas tiene un pobre desempeño a la hora de generar relevantes y eficaces medios para manejar sus problemas interpersonales. Tales deficiencias en la solución de problemas son más graves en pacientes suicidas aún si se los compara con otros pacientes psiquiátricos pareados por la gravedad de la enfermedad y controlado la covariación del estado de la animo deprimido.

TABLA N° 10

DISUASIVOS PARA UN INTENTO ACTIVO (FAMILIA, RELIGIÓN, IRREVERSIBILIDAD)

GRÁFICO N°10

ORDEN	ALTERNATIVA	N°	%
1	PUEDA NO INTENTARLO A CAUSA DE UN DISUASIVO	12	57
2	ALGUNA PREOCUPACIÓN SOBRE LOS MEDIOS PUEDEN DISUADIRLO	7	33
4	MÍNIMA O NINGUNA PREOCUPACIÓN O INTERÉS POR ELLOS	2	10
	TOTAL	21	100



Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico No. 10 que constituyen los factores disuasivos para el intento activo doce (12) mujeres que representa el 57 % manifestaron no poder intentar activamente el suicidio por su familia, siete (7) mujeres que equivale al 33% explicaron alguna preocupación sobre los medios que pueden evitarlo; sin embargo dos (2) mujer que equivale el 10 % revela una mínima preocupación por la familia.

De igual forma, encontraron que las creencias de responsabilidad hacia la familia y hacia los hijos estuvieron significativamente relacionados con la ausencia de conductas suicidas durante la vida tanto en la población general como en la población clínica.

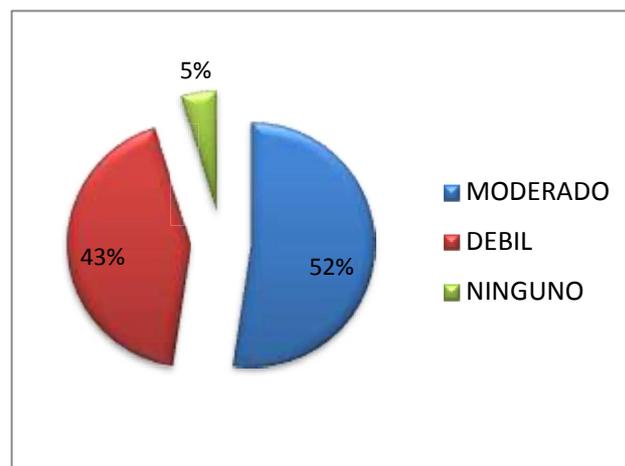
TABLA N°11

Deseo de vivir

GRÁFICO N°11

ORDEN	ALTERNATIVA	N°	%
1	MODERADO	11	52
2	DEBIL	9	43
3	NINGUNO	1	5
TOTAL		21	100

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico No. 11 que constituyen el Deseo de vivir once (11) mujeres que representa el 52 % manifestaron el deseo moderado de vivir, nueve (9) mujeres que equivale al 43% explica del deseo débil de vivir; sin embargo una (1) mujer que simboliza el 5 % explica ningún deseo de vivir.

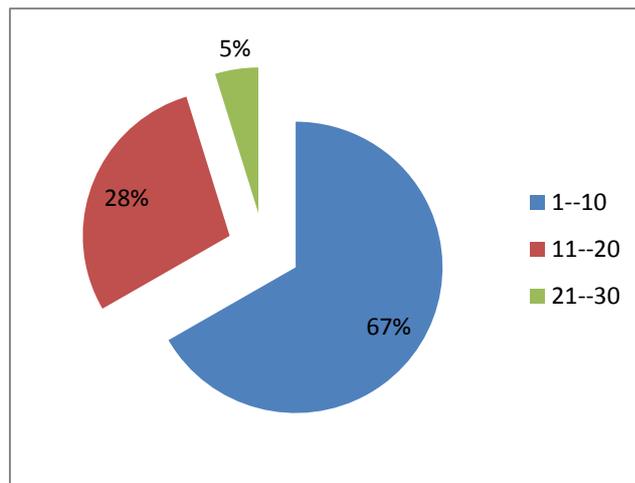
Las creencias de responsabilidad hacia la familia y hacia los hijos estuvieron significativamente relacionados con la ausencia de conductas suicidas durante la vida tanto en la población general como en la población clínica.

TABLA N° 12

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA.

GRÁFICO N° 12

ORDEN	PUNTAJE	N°	%
1	1—10	14	67
2	11—20	6	28
3	21—30	1	5
TOTAL		21	100



Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico No. 12 que constituyen la puntuación de la escala de ideación suicida catorce (14) mujeres (67% de la muestra) obtuvieron el puntaje de 1-10 la cual representa la intensidad leve de la ideación suicida

El comportamiento de la actividad suicida, comprende la autodestrucción total (muerte, la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales de las intenciones de destruirse, depresión e infidelidad y pensamientos de separación, partida, ausencia, consuelo y alivio.

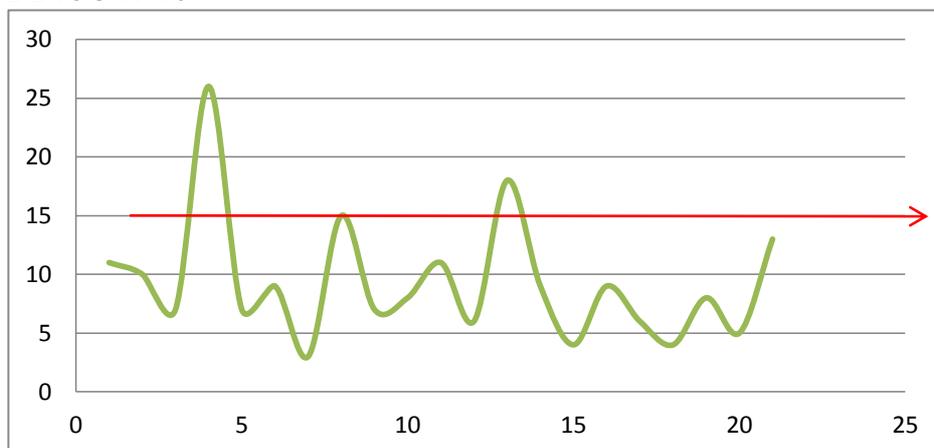
TABLA N° 13

PUNTAJES INDIVIDUALES DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

ORDEN	N°	FRECUENCIA
1	1	11
2	1	10
3	1	7
4	1	26
5	1	7
6	1	9
7	1	3
8	1	15
9	1	7
10	1	8
11	1	11
12	1	6
13	1	18
14	1	9
15	1	4
16	1	9
17	1	6
18	1	4
19	1	8
20	1	5
21	1	13

Fuente: Autores Diana Moreira y Angelo Cadena

GRAFICO N°13



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 13 que analizan la puntuación individual obtenida por las mujeres de la muestra, se observa que existe dos puntajes que superan la media esperada esto es: una (1) mujer que obtuvo un puntaje de 26 y otra de 18, considerado riesgo de cometimiento del acto suicida; por el contrario se encuentra bajo la media el grupo de 19 mujeres con respuestas entre 1 y 17 puntos que han experimentado ideaciones suicidas.

La escala de ideación suicida está diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado.

CAPITULO V

5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Para el desarrollo de la tesis que lleva como título “Ideación suicida en mujeres de 20 a 40 años víctimas de Violencia Intrafamiliar que asisten a la Sala de primera acogida. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta”, se propuso la siguiente hipótesis:

“Si existe violencia intrafamiliar entonces existirá ideación suicida”, misma que se someterá a la comprobación utilizando las siguientes tablas y gráficos:

En la tabla N° 11 que analiza el Deseo de vivir, once (11) mujeres que representa el 52 % manifestaron el deseo moderado de vivir, nueve (9) mujeres que equivale al 43% explica del deseo débil de vivir; sin embargo una (1) mujer que simboliza el 5 % explica ningún deseo de vivir.

En la tabla N° 12 que lleva por título “puntuación total de la escala de ideación suicida” se observa que todas las mujeres de la muestra tuvieron ideación suicida siendo más relevante en 14 mujeres (67%) de la muestra que dijeron experimentar el deseo de terminar con sus vidas, siendo esta de intensidad leve

En la tabla No. 13 que explica la puntuación individual de la escala se observa que existen dos mujeres que superan la media esperada presentando riesgo de suicidio, sin embargo todas las mujeres de la muestra tienen una respuesta positiva en la escala.

Por tanto la hipótesis propuesta se encuentra comprobada positivamente.

5.2.- LOGROS DE OBJETIVOS

Se propusieron los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL.-

“CONOCER LA REALIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA DE LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”.

En la tabla N° 2 que examina los “deseos pasivos de suicidio” se encuentra que once (11) mujeres que representan el 52.3 % de la muestra expresan deseos ambivalentes con respecto a la muerte o la vida.

En la tabla N° 3 que examina la “actitud hacia la ideación” se observa diez (10) mujeres que representan el 47%.62 de la muestra quienes manifiestan rechazo frente a la idea del suicidio, 7 o sea el 33.33% se mostraron indiferentes ante la misma situación, en cambio 4 mujeres que son el 19.05%, aceptaron la posibilidad de cometer este acto.

En la tabla N° 4 que estudia el “sentido de capacidad para llevar adelante el intento” se descubre que once mujeres o el 53% de la muestra manifestaron no tener valor, sentirse débil con miedo o incompetentes, 7 mujeres que equivalen al 33% se mostraron inseguras y tres (3) mujeres que equivalen al 14% están seguras de su valor y capacidad.

Todo esto indica que la realidad de las mujeres víctimas de violencia es que la idea o la ideación suicida es constante aunque se muestren temerosas, ambivalentes, débiles para llegar a la ejecución del mismo por lo que se comprueba el objetivo general.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.-

“ANALIZAR LA CASUÍSTICA DE MUJER VÍCTIMAS DE VIOLENCIA QUE ACUDE A LA SALA DE ACOGIDA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO”.

En la tabla N° 1 que muestra los resultado de la escala de ideación suicida se puede observar que de la muestra obtenida que el deseo de vivir versus morir es ambivalente, que la mayoría (95,2 %) no intentaría activamente llevar a cabo el suicido por razones como sus hijos y familia; ninguna mujer contemplo una preparación para el acto del suicidio como escribir testamento o contratar una póliza de seguros y el 95.2 % de las mujeres reveló las ideas abiertamente acerca de la ideación suicida.

En cuanto a la edad de ocurrencia de la violencia en las mujeres, la tabla N° 5 analiza “edades de las mujeres víctimas de violencia”, se observa que el mayor número de mujeres víctimas de violencia se encuentran en el grupo de 31 a 35 años que equivale el 28 % de la muestra, ligeramente mayor que los otros grupos etarios.

Todo comprueba que la violencia está presente en todos los grupos de edad analizados.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.-

“COMPARAR SI EXISTE MAYOR ÍNDICE DE IDEA SUICIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE MAYOR O MENOR EDAD”

En la tabla N° 6 se estudia la duración del deseo suicida se encontró que las mujeres que experimentaron periodos breves de ideación suicida, 7 siete pertenecen al grupo etario de 27-33 años, sin embargo en la ideación suicida

por amplios periodos de tiempo se encontró 2 mujeres del grupo de 34 a 40 años con una representatividad del 10%. Mientras que la duración de la idea suicida continua se encontró grupos etarios de 27 a 33 y de 34 a 40 había una sola representante que equivale el 5 % de la muestra.

En la tabla No. 7 que representa la frecuencia del deseo suicida se encontraron que las mujeres que vivieron periodos ocasionales de ideación suicida, 5 cinco pertenecen a los grupos etarios de 20-25 y al de 27 a 33 años y representan el 24% de la muestra cada uno, mientras que en la frecuencia de la ideación suicida intermitente se encontraron 3 tres mujeres del grupo de 27 a 33 años con una representatividad del 14%, y en la frecuencia de ideación suicida persistente se localizaron 1 una mujer dentro de cada grupo de 27-33 y 34-40 que equivale del 5 % siendo estos los más vulnerables de la ideación suicida.

Todo esto revela que las mujeres víctimas de violencia que pertenecen al grupo de edades de 27-33 experimentaron periodos breves de ideación suicida, por lo que se demuestra que con respecto a la a la frecuencia de la ideación suicida se encuentra igual prevalencia en los grupos de 20 -25 y 26-30 años.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.-

“EVIDENCIAR COMO EL MALTRATO PREDISPONE LA IDEACIÓN SUICIDA”

En la tabla N° 8 que representan las razones para vivir o morir diez (10) mujeres o sea 48 % expresaron que seguir viviendo vale más que morir, (dos) 2 mujeres que equivale el 9 % manifestaron que la muerte vale más que seguir viviendo.

En la tabla N° 9 que representa las razones para el intento contemplado doce (12) mujeres que representa el 57 % manifestaron que escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta.

En la tabla N° 10 que constituye los factores disuasivos para el intento activo doce (12) mujeres que representa el 57 % manifestaron no poder intentar activamente el suicidio por su familia.

Todo comprueba que la violencia predispone para la ideación suicida, las mujeres expresaron que aunque desearían morir o lo piensan, vivir vale más que morir y que no podrían intentar activamente el suicidio por su familia

CAPITULO VI

6.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- CONCLUSIONES

- ❖ Las mujeres que son víctimas de violencia Intrafamiliar constituyen un grupo vulnerable frente a la ideación suicida, la responsabilidad de los hijos y la familia es el motivo por el cual se frena el acto del suicidio consumado.
- ❖ Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar dan mayor énfasis a todos los aspectos negativos de la vida y los positivos los pasan de largo sino tuvieran importancia alguna.
- ❖ La ideación suicida puede estar presente en cualquier etapa de la mujer que vive violencia.
- ❖ La depresión, la desesperanza, la autoestima pobre o disminuida por la violencia pueden conducir a la ideación suicida.
- ❖ Las razones para vivir a menudo no son suficientes para detener el pensamiento suicida, aunque la familia representa un puntal importante para que el acto no se lleve a cabo.

6.2 RECOMENDACIONES

- ❖ Proporcionar a la mujer herramientas psicológicas de manera que desarrolle las habilidades para superar la situación en crisis que dio lugar a la ideación suicida.
- ❖ Capacitar a la familia para que se reconozca a tiempo la violencia intrafamiliar, antes de que traiga consecuencias en la calidad de vida de los miembros.
- ❖ Proponer un grupo de apoyo a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano.
- ❖ Concientizar a la comunidad acerca de las consecuencias de la Violencia Intrafamiliar y como esta afecta el diario vivir.
- ❖ Capacitar a los estudiantes de Psicología en su año de internado en la atención de la violencia con un enfoque de género y derechos que les permita atender los casos de manera acertada.

CAPITULO VII

7.- PROPUESTA

7.1.- DATOS INFORMATIVOS

7.1.1 TITULO DE LA PROPUESTA

“IMPLEMENTAR UN GRUPO DE APOYO A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ASISTEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO”.

7.1.2 INTRODUCCIÓN

La violencia ejercida contra la mujer es un elemento que contribuye a la desigualdad de género.

Es importante no perder de vista que en una etapa determinada del ciclo de violencia de género cuando la mujer acude en busca de asistencia legal y apoyo emocional, por lo que es preciso aprovechar ese momento para motivarlas a participar en los grupos de apoyo.

En un principio de la formación de los grupos de apoyo es que la participación de las mujeres sea voluntaria; se debe estimular su integración al trabajo grupal lo más rápidamente pero sin presión, respetando su individualidad y toma de decisiones.

En la Sala de primera acogida del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, de acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de ideación suicida se pudo apreciar que el índice afectado en esta población es de relevancia para Proponer un grupo de apoyo a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

dirigido con la finalidad de mejorar su estilo y calidad de vida; es por ello que se vio la necesidad de plantear este grupo de apoyo para que las mujeres tomen conciencia del daño emocional.

7.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

El conocimiento de la problemática que tratamos y la aplicación eficiente de los recursos disponibles permitirá optimizar la respuesta y avanzar en la detección, así como adecuar la atención a las mujeres para que dispongan de los medios necesarios que les permitan poner fin a la situación en la que se encuentran como consecuencia de la violencia de género.

En la investigación realizada en la Sala de primera acogida del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano corresponde a la problemática de la violencia intrafamiliar mismo que es propiciado por el esposo, después de cumplir con el trabajo investigativo de las mujeres de 20 a 40 años que son víctimas de violencia intrafamiliar viven situaciones poco favorables, convirtiéndose así en una problemática en tema de interés en nuestro estudio y que trae consigo consecuencias inadecuadas lo cual perjudica su estilo de vida.

Dentro de población de mujeres que acuden de la Sala de acogida del Hospital Rodríguez Zambrano no se ha realizado investigación alguna sobre la Violencia Intrafamiliar por lo tanto no se ha realizado propuestas en el que se puedan trabajar, con mujeres lo que ha desarrollado un índice de violencia intrafamiliar, lo cual es un problema en nuestra sociedad.

La propuesta de un grupo de apoyo se dio en primera instancia en la Fundación Río Manta con el equipo técnico UMAVI (unidad modelo de atención y prevención en contra la violencia a la mujer) a las víctimas que llevan un proceso psicológico para así mejorar su estilo de vida.

7.3.- OBJETIVOS

7.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Diseñar estrategias de contención colectiva para intervenir en la relación de violencia favoreciendo redes afectivas de apoyo.

7.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer psicológicamente a las mujeres que van a participar en el taller para disminuir el aislamiento emocional y social de las mujeres víctimas de violencia
- Contribuir a la prevención de las manifestaciones conductuales de violencia para promover la igualdad de género
- Enseñar estrategias de valoración para mejorar la autoestima.

7.4.-JUSTIFICACIÓN

La Violencia de género es un tema de mucho valor y que poca gente le da la importancia que se le debería dar, ya que en casa y en la familia es donde se aprenden las bases del conocimiento, la educación y los valores fundamentales que nos ayudaran a poder formar parte de una sociedad.

La presente propuesta se quiere llevar acabo un taller psicológico en donde se quiere llegar a instruir a las mujeres para poder mejorar el estilo de vida que han llevado durante el periodo de la violencia ya que esta es un etapa en donde se va a trabajar mucho y darles el apoyo necesario para que puedan salir adelante

Se necesita inculcar que la violencia intrafamiliar no lleva a nada bueno más que a dar problemas, a causar disfunción intrafamiliar y social, y ahí es donde se refleja que tenemos una sociedad maltratada, habiendo crímenes como homicidios, terrorismo, violaciones y agresiones sin respeto a la vida ajena. En los últimos años debido a la falta de conciencia de los ciudadanos, comprender e identificar puede ser a simple vista lo que está pasando, hasta con una simple palabra puede causar daño a una persona.

7.5.-FUNDAMENTACIÓN

Para las mujeres que viven una relación de violencia intrafamiliar es clave la intervención de grupo. El grupo presenta una importante función en el desarrollo de la identidad del yo, proceso vital para las mujeres que viven violencia en sus relaciones de pareja. La dinámica del grupo posibilita la identificación de los elementos justificadores y normalizadores de la violencia.

El grupo por lo tanto, se centra en lograr una nueva reestructuración cognitiva y afectiva de este mundo interno que en algún momento, a través de las situaciones de violencia reiteradas se fueron organizando de manera patológica y dañina.

Es así como el trabajo con los mitos se hace tan relevante en la intervención grupal, donde explícita o implícitamente se identifica el sentido de la incorporación de creencias de una realidad social que valida las relaciones de abuso y poder, analizando las actitudes y creencias propias que permiten la aceptación de este tipo de relaciones.

En el contexto de violencia, generalmente la mujer no tiene oportunidad de conocer otra realidad u otras dinámicas de relaciones alternativas a la violencia, situación que a través del grupo se va desintegrando y abriendo paso a nuevas realidades y oportunidades de cuestionamiento y de formas

de relación más sanas, rompiendo con esta especie de “entrenamiento intensivo” como se le ha llamado en extensa bibliografía, donde quien ejerce violencia se encarga de agudizar el papel pasivo estereotipado de la mujer en la sociedad.

Esta situación impide además que las mujeres se formen otra imagen de sí mismas, la que estaría débilmente basada en logros aislados o en ocasiones en que tuvieron la capacidad de enfrentar el problema. Las mujeres evalúan su autoestima desde la autonegación y de la instrumentalización, es decir, priorizando lo que son para los otros antes de lo que son para sí mismas. Una de las grandes consecuencias de la violencia hacia la mujer dentro de sus relaciones de pareja es la adopción de un estilo de vida de víctima, caracterizado por sentimientos de impotencia y de conducta pasiva.

A través del grupo de intervención en violencia, se desarrolla la capacidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el objetivo de generar novedades que resignifiquen la posición de la mujer en la dinámica de la violencia y eliminen la sensación de entrapamiento en la cual se encuentra.

El grupo facilita la identificación. Todas las mujeres viven una misma problemática. Generalmente esto genera confianza, empatía, solidaridad y apoyo mutuo, condiciones básicas para la contención grupal.

7.6 METODOLOGIA PLAN DE ACCIÓN.

SESIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DINÁMICA	CIERRE
1.- Historia Personal Tiempo: 120 min	General un espacio de intercambio de experiencia.	Se presentan las/los facilitadoras(os) y las participantes. Se inicia la presentación pidiendo que escojan un objeto que las represente y que se presenten a través del objeto.	Se solicita que las participantes hagan un dibujo de su familia de origen eligiendo un momento significativo y lo presenten como una fotografía, luego presentan la fotografía y preguntar	Cierre de energía.- Se solicita a las participantes que formen un círculo y tomando contacto con sus manos, se invita a que con los ojos cerrados se contacten con la otra persona
2.- Historia de Violencia	Compartir sus historias de violencia y generar retroalimentación de sus experiencias	Se les pide a las personas que realicen la reconstrucción cronológica de su historia de relación.	Se invita a realizar un ejercicio de conexión a través de un relato que las contacta con los inicios de la vida de pareja, desde la formalización del vínculo o inicio de convivencia, hasta hoy.	Se solicita a las participantes que se acerquen formando un círculo y tomando contacto con sus manos, teniendo la mano derecha con la palma hacia arriba, recibiendo de la compañera desde su mano izquierda, la cual da a la siguiente participante y así sucesivamente, propiciando el reconocimiento y un mayor acercamiento. Se despide la sesión.

<p>3.- Manifestaciones de Violencia</p>	<p>Reconocer las formas en que se manifiesta el abuso en la relación de violencia</p>	<p>Se pide a las participantes que compartan con el grupo, qué les aportó la sesión anterior, en qué utilizaron esos nuevos descubrimientos de ellas mismas. Se trabaja en una ronda de relatos.</p>	<p>Se reparte una hoja a cada participante en la que se encuentra por un lado la pregunta ¿Qué me agrade? Y por el otro lado, ¿Cómo agradeo yo?</p>	<p>Se invita a las persona a que se regale a sí misma, imaginariamente, algo que se puedan proporcionar, desde sus recursos, sus habilidades, considerando sus necesidades</p>
<p>4.- El Ciclo de Violencia</p>	<p>Identificar las conductas y emociones de ellas y sus parejas en la vivencia del ciclo de violencia.</p>	<p>Se solicita a las participantes que compartan con el grupo, su estado en esta semana, cómo la han vivido, más allá de los hechos acontecidos, que se puedan referir a ellas en esas circunstancias.</p> <p>Se estimula que el grupo pueda entregar sus propias experiencias de situaciones de crisis y que se despliegue un espacio de contención y fortalecimiento de la consultante</p>	<p>Se inicia con una relajación, para luego realizar un ejercicio de imaginaria que las contacta con el último episodio de agresión, ubicándolas en el lugar y en la situación vivida</p>	<p>Cada participante, y por turnos, le pide a su compañera de la derecha y le regala alguna característica, habilidad, recurso o aspecto personal que reconozcan en si mismas o en su compañera, para avanzar en el proceso de detención de la violencia en sus vidas.</p>

<p>5.- Emociones y Sentimientos</p>	<p>Conocer y reconocer sus sentimientos y emociones, en relación con diferentes situaciones.</p>	<p>Se inicia con una relajación. Centrarse en su cuerpo por medio de la respiración, para luego tomar contacto con los puntos de apoyo. Se realiza la imaginería "El Reflejo", llevándolas a visualizar un mundo de sensaciones desde la experiencia de vivenciar</p>	<p>Se entrega a cada persona una hoja para la reflexión individual a través de completar varias frases, luego se comparte su reflexión personal, ubicando el sentimiento con el que más les costó contactarse.</p>	<p>De pie se forma un círculo tomándose de las manos, cada persona coge la mano de la compañera, se contactan con la energía que es traspasada de mano en mano. Luego de un rato soltarse las manos para juntarlas en el centro de su pecho en señal de cobijarse la energía a sí misma.</p>
<p>6.- Mitos en relación con la pareja y la violencia</p>	<p>Crear conciencia de las creencias que se tienen respecto a la pareja</p>	<p>Se sientan las participantes en parejas, una frente a la otra y con los ojos cerrados, comenzarán a contactarse con su propio cuerpo. Las participantes identificarán y elegirán una emoción que estén sintiendo en este momento, tocando a la compañera de enfrente, expresarán esa emoción con sus manos y se realiza una rueda para expresar cómo se sintieron haciendo el ejercicio.</p>	<p>Se entrega al grupo la Flor de Mitos, referida a creencias culturales en relación con las relaciones de pareja, se comienza por el lado derecho de la Flor cada mujer irá eligiendo un pétalo, sin ver su contenido, el que deberá leer al grupo y contestar desde su propia experiencia y creencia.</p>	<p>De pie se forma un círculo tomándose de las manos, cada persona coge la mano de la compañera, se contactan con la energía que es traspasada de mano en mano. Luego de un rato soltarse las manos para juntarlas en el centro de su pecho en señal de cobijarse la energía a sí misma.</p>

<p>7.- Ser Mujer, Ser Hombre: Roles y Violencia</p>	<p>Reflexionar acerca de las características de los roles de género que favorecen el ejercicio de la violencia y su mantención en la relación de pareja.</p>	<p>Se pide a las participantes que compartan con el grupo, cómo vienen hoy, resumiendo lo acontecido en la semana. Se trabaja en una ronda de relatos.</p>	<p>Se le pide a cada integrante que elabore un listado en la hoja de dos columnas, anotando en la primera de ellas las características físicas, psicológicas y sociales de las mujeres y en la otra columna, la de los hombres.</p>	<p>Se le pide a cada participante que elijan algún aspecto, dimensión o contenido de la sesión que ellas quisieran llevarse para aplicar, aprender o potenciar respecto de en la nueva narración de sí misma.</p>
<p>8.- Mis Cualidades</p>	<p>Favorecer el reconocimiento de las cualidades positivas de las participantes.</p>	<p>Se solicita a cada participante que comparta las emociones y sentimientos que han vivido durante la semana. Se les pide que evalúen la sesión anterior a través de unas preguntas</p>	<p>Se les solicita a las participantes que hagan un listado de características positivas y otro listado de características negativas de sí mismas, luego cada una comparte con la compañera, las características que más le costaron reconocer y por qué</p>	<p>Las participantes caminan ocupando todo el espacio de la sala y a cada compañera le dice lo que le gusta de ella. Hay que tratar de que todas tengan la oportunidad de decirle algo a cada una.</p>

<p>9.-</p> <p>Límites y Conducta Asertiva</p>	<p>Experimentar la necesidad de desarrollar límites personales (corporales, relacionales, afectivos) y de las emociones que se experimentan en su transgresión.</p>	<p>Se pide a las participantes que compartan con el grupo, como vienen hoy y resumiendo lo acontecido en la semana. Se trabaja en una ronda de relatos</p>	<p>Se les indica a las participantes que se junten en parejas, se les pide que se paren frente a frente y se les indica que por turno, una participante se quede en un lugar fijo y la otra le indique que se vaya acercando de frente, mirándose a los ojos, hasta que la participante que se ha quedado quieta, detiene a su compañera y ésta se queda quieta, luego se coloca una marca con cinta adhesiva, indicando la distancia con la cual la participante puede tolerar la distancia de la compañera y se marca en el suelo juntando todas las marcas hasta formar un círculo,</p>	<p>Se forma un círculo con todas las participantes.</p> <p>Se solicita que cada una pueda visualizar (Imagen) en el círculo la personal ideal. Que serían los límites personales corporales y emocionales que las hacen sentir cómodas.</p>
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>10.- Toma de Decisiones</p>	<p>Reconocer la importancia de tomar decisiones autónomas.</p>	<p>Se les solicita a las participantes que compartan aquellos aspectos positivos de ellas que durante la semana pudieron expresar.</p>	<p>Se realiza relajación a través de la respiración y el contacto corporal. Luego se desarrolla la imagería</p>	<p>Se les pide a las participantes que ubiquen una característica personal en un papel. El grupo tira al posillo de agua los papelitos en señal de darle vida para hacer crecer esos recuerdos que nos permiten tomar decisiones.</p>
<p>11.- Evaluación de mi proceso</p>	<p>Evaluar el proceso personal de desarrollo hasta el momento</p>	<p>Se estimula una retroalimentación grupal</p>	<p>Se entrega a cada mujer una hoja para la evaluación, luego se realiza in diagnostico grupal del estado de las relaciones de violencia que están viviendo.</p>	<p>Se reparte un globo de color a cada mujer, se lo llena simbólicamente de energía positiva y en pareja las mujeres intercambian sus globos en señal de comunicación.</p>

CUADRO N° 4 PLAN DE ACCIÓN DE LA PROPUESTA
Elaborado por: Angelo Cadena y Diana Moreira

7.7 ADMINISTRACIÓN

MARCO ADMINISTRATIVO

	CRONOGRAMA	CALENDARIO 2013-2014			
N°	Sesiones	MAYO	JUN	JUL	AGOS
1	Historia Personal	X			
2	Historia de la Violencia	X			
3	Manifestaciones de la violencia	X			
4	El ciclo de la violencia		X		
5	Emociones y Sentimientos		X		
6	Mitos en relación con la pareja y la violencia		X		
7	Ser mujer y se hombre: Roles y violencia.			X	
8	Mis cualidades			X	
9	Límites y conductas asertivas			X	
10	Toma de decisiones				X
11	Evaluación de mi proceso				X

CUADRO N° 5 MARCO ADMINISTRATIVO

Elaborado por: Angelo Cadena y Diana Moreira

PRESUPUESTO

Egresos

Computadora	60
Grabadora	60
Hojas	30
Bolígrafo	10
Marcadores	20
Fomix	20
CD	5
Fotocopias	30
Transporte	40
Alimentación	30
Teléfono	60
Total	365

CUADRO N°6 PRESUPUESTO
Elaborado por: Angelo Cadena y Diana Moreira

7.6 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Totas las sesiones tienen sus propios objetivos, actividades que deben adecuarse a las participantes, se pueden definir 3 etapas principales: comienzo, desarrollo y cierre.

Cada 3 sesiones se les toma una evaluación queriendo así verificar el proceso terapéutico del grupo para poder reconocer las dificultades personales y su relación de violencia.

El proceso de evaluación es una instancia que considera la realización de una sesión individual con cada participante una vez terminadas las 11 sesiones. En esta sesión se desarrolla una entrevista de evaluación.

CAPITULO VIII

8.1 BIBLIOGRAFÍA

*Beck. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. (1980)

*Constitución del Ecuador. (2008). www.asambleanacional.gov.ec

*Convención de BELEM DO PARA. convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. (9 de JUNIO de 1994).

Obtenido de www.comisiondetransicion.gob.ec

*convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación *contra la mujer*. (3 de Septiembre de 1981).

Obtenido de www.ministeriodelinterior.gob.ec

*Coria. *Los laberintos del éxito*. Buenos Aires: Paidós. (1992).

*Dovrov Y Thorell. Translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. En *Reasons for living*. Nordic Journal of Psychiatry. (2004).

*Echeburúa, E. *Manual de violencia Familiar*. España. (2006).

*Gascon, P. *Depresión en las mujeres maltratadas.*, (diciembre de 2003).
<http://www.palomagascon.com/articulo.php?idarticulo=18>

*Gorria M. *Primer estudio sobre el suicidio y violencia de género* .
(septiembre de 2006)

<http://mungiagorria.blogcindario.com/2006/09/00100-primer-estudio-sobre-el-suicidio-y-violencia-de-genero-el-81-de-las-mujeres-maltratadas-ha-intent.html>.

*Herrera, F. Z. *Introducción a la Psicología una visión científico humanista* Pearson Educación. Mexico (2008).

*Inec. *Encuesta nacional de relación familiares y violencia de género contra la mujer*. (15 de diciembre de 2011).

http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/presentacionazuay.pdf

*Ley 103. *Ley contra la violencia a la mujer y a la familia* (1995). Obtenido de www.derechoecuador.com

*Linehan. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (1983).

*Luis bonino. *Micromachismo, la violencia invisible en la pareja*. Madrid. (1999).

*Martorell, J. L. *Psicoterapia escuelas y conceptos básicos*. Ediciones piramide Madrid (2010).

*Mejia, R. *Violencia familiar*. (2002).

De http://residenciamg.150m.com/saludmujer/violencia_familiar.htm

*Naciones Unidas, conferencia de Viena . *Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género* . Madrid Instituto canario de igualdad (1993).

*O'leary, K.. Psychological abuse. En A. v. *violence, violence and victims*. (1999)

*Onu. *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Ginebra: Naciones Unidas. (1994).

*Ortiz, T. *Judicial.*, Ocho de cada diez mujeres son víctimas de violencia (Noviembre de 2011).

http://www.eltelegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=21766&Itemid=17

*Pollock Y Williams. Problem-solving and suicidal behavior. En *Suicide and Life. Threatening Behavior.* (1998).

*Prieto, P. B. *La violencia contra las mujeres: prevención y detección.* España: Díaz de Santos (2004).

*Sanchez, C. *La mayoría de mujeres maltratadas ha pensado en suicidarse.* (octubre de 2010).

<http://www.amecopress.net/spip.php?article5000>

*Sarasua y Zubizarreta. *Violencia en la pareja.* Malaga: Aljibe. (2000).

*Serra. *Physical violence in the couple relationship* . Obtenido de Family Process. (1993).

*Suarez Ruiz, P. A. *Metodología de la Investigación: Diseños y Técnicas* (pág. 157). Santa Fe De Bogota (2001)

*Walker. Psychology and domestic violence around the world. En American Psychology. (1999).

*Walker L. *The Battered Women.* New York: Harper y Row, Publishers. (1979).

ANEXOS



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL ESCUELA DE
PSICOLOGIA MENCION CLINICA

ESCALA DE IDEACION SUICIDA (SCALE FOR SUICIDE
IDEATION, SSI, BECK, KOVACS Y WEISSMAN, 1979)



Escala dirigida a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de 20 a 40 años que asisten a la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano

Objetivos: Determinar el grado de ideación suicida en mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar.

DATOS GENERALES

N° de historia clínica:

Edad:

1. Deseo de vivir

0. Moderado a fuerte

1. Débil

2. Ninguno

2. Deseo de morir

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir

0. Porque seguir viviendo vale más que morir

1. Aproximadamente iguales

2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. Deseo de intentar activamente el suicidio

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado a fuerte

5. Deseos pasivos de suicidio

0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida

1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad

2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia la ideación/deseo

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. Razones para el intento contemplado

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)

- 0. No considerado
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados/bien formulados

13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)

- 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
- 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
- 2. Método y oportunidad accesibles
- 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento

0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente

1. Inseguridad sobre su valor

2. Seguros de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual

0. No

1. Incierto

2. Sí

16. Preparación actual para el intento contemplado

0. Ninguna

1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)

2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. Nota suicida

0. Ninguna

1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada

2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)

0. Ninguno

1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos

2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

0. Reveló las ideas abiertamente

1. Frenó lo que estaba expresando

2. Intentó engañar, ocultar, mentir



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

MENCIÓN CLÍNICA

GUÍA DE OBSERVACIÓN



Guía de observación dirigida a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de 20 a 40 años que asisten a la sala de primera acogida del Hospital Rodríguez Zambrano

Objetivos: Obtener información necesaria sobre las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

DATOS GENERALES

N° de historia clínica:

Edad:

Estado civil:

Soltera Casada Unión libre

Motivo de consulta:



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
FTS-EPS-12-2012



Control de tutoría de Dirección de Tesis

Título del Trabajo: IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ASISTEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA, HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA.

Estudiante No 1: Cadena Lucio Angelo Alberto.

Estudiante No 2: Moreira Calle Diana Carolina.

Director de Tesis: Dr. Oswaldo Zambrano Quinde.

Sesión de tutoría No. 1					
Fecha:	08/Nov/2012	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
- Revisión de Tema - Formato de Tesis					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 2					
Fecha:	15/Nov/2012	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
- Planteamiento del problema - Exposición de los objetivos.					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 3					
Fecha:	22/Nov/2012	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
- Preguntas directrices					

<ul style="list-style-type: none"> - Formulación del problema - Delimitación de contenido 		
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director

Sesión de tutoría No. 4					
Fecha:	29/Nov/2012	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de Justificación - Formulación de hipótesis - Revisión del capítulo I 					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 5					
Fecha:	06/Dic/2012	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de la Investigación - Fundamentación Legal. 					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 6					
Fecha:	13/Dic/2012	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de material para marco teórico. 					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 7					
Fecha:	17/Dic/2012	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del marco teórico 					

- Señalamiento de las variables Dependiente e Independiente.		
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director

Sesión de tutoría No. 8					
Fecha:	10/Enero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
- Revisión del capítulo II					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2		Firma Director		

Sesión de tutoría No. 9					
Fecha:	17/Enero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
- Revisión de Metodología - Nivel o tipo de Investigación					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2		Firma Director		

Sesión de tutoría No. 10					
Fecha:	24/Enero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	19H00
Trabajo Realizado					
- Revisión de técnicas - Instrumentos de Investigación					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2		Firma Director		

Sesión de tutoría No. 11					
Fecha:	31/Enero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
- Revisión del capítulo III.					

Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director
------------------------	------------------------	----------------

Sesión de tutoría No. 12					
Fecha:	07/Febrero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	19H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de resultados - Test de Beck (depresión) 					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No. 13					
Fecha:	14/Febrero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de resultados 					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No. 14					
Fecha:	21/Febrero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Tabulación de los resultados 					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No. 15					
Fecha:	28/Febrero/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del capítulo IV 					

Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director
------------------------	------------------------	----------------

Sesión de tutoría No. 16					
Fecha:	04/Marzo/2013	Hora Inicio:	08H00	Hora Final:	11H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Comprobación de hipótesis - Verificación de objetivos general. 					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No. 17					
Fecha:	06/Marzo/2013	Hora Inicio:	08H00	Hora Final:	11H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Verificación de objetivos específicos 					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No. 18					
Fecha:	08/Marzo/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	17H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de conclusiones y recomendación 					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No. 19					
Fecha:	11/Marzo/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de la propuesta - Antecedentes y objetivos. 					

Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director
------------------------	------------------------	----------------

Sesión de tutoría No.					20
Fecha:	12/Marzo/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
- Elaboración de la fundamentación y plan de acción					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No.					21
Fecha:	15/Marzo/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
- Revisión del capítulo VII					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No.					22
Fecha:	19/Marzo/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
- Anexos - Bibliografía					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No.					23
Fecha:	21/Marzo/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
- Revisión de normas APA.					
Firma Estudiante No. 1	Firma Estudiante No. 2	Firma Director			

Sesión de tutoría No. 24					
Fecha:	26/Marzo/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	19H00
Trabajo Realizado					
- Revisión y lectura de la tesis					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 25					
Fecha:	02/Abril/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	19H00
Trabajo Realizado					
- Final de la primera corrección					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 26					
Fecha:	04/Abril/2013	Hora Inicio:	09H00	Hora Final:	11H00
Trabajo Realizado					
- Corrección de la propuesta					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No. 27					
Fecha:	11/Abril/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	19H00
Trabajo Realizado					
- Corrección (disminución de marco teórico)					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Sesión de tutoría No.					28
Fecha:	13/ Abril/2013	Hora Inicio:	15H00	Hora Final:	18H00
Trabajo Realizado					
- Revisión de tesis					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director	

Fecha de Entrega Informe: _____