



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título del Proyecto:

“VIOLENCIA DE GÉNERO E IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES QUE
ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA PERIODO OCTUBRE
2015- MARZO 2016”

Autor:

Jairo Iván Reinoso Aguirre

Tutor:

Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo., Mgs.

Riobamba - Ecuador

2016

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título: “VIOLENCIA DE GÉNERO E IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA PERIODO OCTUBRE 2015- MARZO 2016”, Presentado por: Jairo Iván Reinoso Aguirre y dirigida por: Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo Mgs.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Mayra Castillo
Presidenta del Tribunal



Firma

Ps. Cl. Lilian Granizo
Miembro del Tribunal



Firma

Ps. Cl. Juan Pablo Mazón N., Mgs
Tutor de tesina



Firma

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

“La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, corresponde exclusivamente a: Jairo Iván Reinoso Aguirre, y del Director del proyecto: Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo., Mgs.; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.”



Jairo Iván Reinoso Aguirre

C.I: 0604028837

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por la vida y por poner en mi camino a seres maravillosos como mis padres y mi familia que han estado siempre a mi lado, a la Universidad Nacional de Chimborazo, lugar en el cual me he formado académicamente y a todos quienes de una u otra forma me han ayudado en mi crecimiento como ser humano; a los docentes por las enseñanzas brindadas durante estos años y finalmente agradezco a mi tutor Ps. Cl. Juan Pablo Mazón N., Mgs por las enseñanzas y el tiempo dedicado para la culminación de la investigación.

Jairo Iván Reinoso Aguirre

DEDICATORIA

Sin dudarlo a Dios por guiar mi camino a cada paso que doy y darme sabiduría en cada decisión tomada; a mis padres Iván Reinoso y Elsa Aguirre por brindarme su apoyo incondicional, sus consejos, comprensión e infinito amor, por ser quienes se han esforzado por darme siempre lo mejor en la vida y por dejarme una gran herencia como lo es el estudio, por inculcarme valores y principios que han regido mi vida para ser un hombre de bien, a mi hermana, abuelos, tías y tíos y mi amado sobrino que de una u otra forma han sido parte de esta etapa de mi vida.

Jairo Iván Reinoso Aguirre

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	i
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
MARCO REFERENCIAL	3
1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.2 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS	6
1.5 OBJETIVOS	7
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.6 JUSTIFICACIÓN	8
CAPITULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
2.2.1 VIOLENCIA DE GÉNERO	12
2.2.1.1 HISTORIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	12
2.2.1.2 DEFINICIONES	13
2.2.1.3 VIOLENCIA	14
2.2.1.4 GÉNERO	14

2.2.1.5	LOS ROLES DE GÉNERO	14
2.2.1.6	DATOS Y CIFRAS	15
2.2.1.7	TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	16
2.2.1.8	CICLO DE LA VIOLENCIA	17
2.2.1.9	CAUSA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	18
2.2.1.10	CONSECUENCIAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	19
2.2.1.11	CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	20
2.2.1.12	FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA DE GÉNERO	22
2.2.1.13	MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	23
2.2.2.	IDEACIÓN SUICIDA	25
2.2.2.1	DEFINICIONES	25
2.2.2.2	TEORÍA FENOMENOLÓGICA	25
2.2.2.3	PERSPECTIVA COGNITIVO- CONDUCTUAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA	27
2.2.2.4	FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA	28
2.2.2.5	CAUSAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA	30
2.2.2.6	CONSECUENCIAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA	30
2.2.2.7	FACTORES DE PROTECCIÓN CONTRA LA IDEACIÓN SUICIDA	31
2.2.2.8	CONTEXTO TERAPÉUTICO DE LA IDEACIÓN SUICIDA	32
2.2.3	DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN BASE A LA IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO.	32
2.3	HIPÓTESIS	44
2.4	VARIABLES	44
2.4.1	VARIABLE INDEPENDIENTE	44
2.4.2	VARIABLE DEPENDIENTE	44
2.5	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	44
CAPITULO III		46
MARCO METODOLÓGICO		46
3.1	MARCO METODOLÓGICO	47
3.1.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47

3.1.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	47
3.1.3	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	48
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.3.1	TÉCNICAS	49
3.3.2	INSTRUMENTOS	49
3.4	TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS	51
 CAPITULO IV		52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		52
4.1	RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA PARA DETERMINAR EL TIPO Y LA FRECUENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.	53
4.2	RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI) A MUJERES QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO.	55
4.3	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO ENCONTRADOS Y LA IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA	57
 CAPITULO V		59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		59
5.1	CONCLUSIONES	60
5.2	RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA		62
ANEXOS		68

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N°1	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL TIPO DE VIOLENCIA DE GÉNERO	53
TABLA N°2	ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI) A MUJERES QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	55
TABLA N°3	TIPOS DE VIOLENCIA E IDEACIÓN SUICIDA	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°1 TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA	53
GRÁFICO N° 2 IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	55
GRÁFICO N° 3 TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON PRESENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA.	57

RESUMEN

La presente investigación titulada: “Violencia de género e ideación suicida en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba periodo octubre 2015 - marzo 2016”, tiene por objetivo general: determinar la influencia de la violencia de género en la ideación suicida en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba, con una población de 50 mujeres y con una muestra no probabilística correspondiente a 16 mujeres escogidas por el investigador luego de aplicar la escala de ideación suicida, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La investigación es cuantitativa y no experimental, el tipo de investigación fue descriptiva, transversal y de campo y el nivel de la investigación fue exploratoria. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation SSI) A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman para cuantificar y evaluar los pensamientos suicidas y Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en las mujeres que acuden a la sala de primera acogida; las técnicas para el procesamiento de los datos, fueron analizados mediante la estadística básica en el programa Excel y los resultados fueron representados a través de cuadros y gráficos. Al finalizar la investigación se determinó que 32% de las mujeres que presentan violencia de género tienen ideación suicida y un 68% no la tienen. Con los resultados obtenidos de la investigación, se diseñó el plan de intervención psicológica basándose en la ideación suicida en mujeres que presentan violencia de género, el cual tiene el objetivo de mejorar las intervenciones con las mujeres en la Sala de Primera Acogida.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

Abstract

The following research work is titled "Gender violence and suicidal ideation in women attending the First Reception Room of the Provincial General Teaching Hospital Riobamba, during the period of October 2015 - March 2016". The general objective of this study is to determine the influence of gender violence in the presence of suicidal ideation in women attending the First Reception Room of the Provincial General Teaching Hospital Riobamba, with a population of 50 women and a nonrandom sample corresponding to 16 women chosen by the investigator after applying the scale of suicidal ideation, taking into account the criteria of inclusion and exclusion. The research is quantitative and not experimental, the type of research is descriptive, in transversal field of study and the level of research was exploratory. The techniques and instruments of data collection that were used are as followed: Scale for Suicide Ideation (SSI) A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman, used to quantify and assess suicidal thoughts and a survey to determine the type and the frequency of domestic violence on women attending the First Reception Room; the techniques for processing data were analyzed using basic statistics in Excel where the results were represented through charts and graphs. At the end of the investigation it was determined that 32% of women with gender violence have suicidal ideation and 68% do not. With the results of the investigation, the psychological intervention plan based on suicidal ideation in women with gender violence was designed, which aims to improve interventions with women in the First Reception Room.

Translation of abstract corrected by Mgs. Narcisa Fuertes

Teacher of English at Language Center, Health and Sciences Faculty

April 6th 2016.



INTRODUCCIÓN

Según la ONU (1993) define: “La violencia contra la mujer como, todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Debido a la gran prevalencia de violencia de género en el Ecuador aproximadamente 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia, no se trata de un inconveniente reservado a la intimidad del hogar sino que afecta a toda la sociedad ya que es un problema que no distingue de niveles económicos, escolaridad, situación laboral y lo encontramos presente en todos los contextos sociales, las secuelas psicológicas, sexuales, físicas y socioculturales predominan la salud de la mujer, conduciéndolas a problemas psicológicos como estrés postraumático, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, ansiedad o depresión, en la cual podemos evidenciar ideación suicida y conductas auto líticas.

Así mismo, Beck (1979) define: “La ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento”.

El presente trabajo de investigación fue desarrollado por el interés de determinar la influencia de la violencia de género en la ideación suicida en las mujeres que acuden a la sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba

De esta manera la investigación se enfocó en descubrir de qué forma la violencia de género influye en la presencia ideación suicida en las mujeres que acuden a la sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba: para de acuerdo a los resultados proponer un plan de intervención psicológica en base a la ideación suicida en mujeres que presentan violencia de género.

La presente investigación consta de cinco capítulos, los mismos que se detallan a continuación:

Capítulo I: Contiene el problema de investigación, problematización del problema, formulación del problema, preguntas directrices o problemas derivados, objetivo general, objetivos específicos, justificación.

Capítulo II: Se describe y se detalla el marco teórico que está relacionado con las dos variables de la investigación, antecedentes de la investigación, fundamentación teórica, definición de términos básicos, hipótesis, variables.

Capítulo III: Se menciona el marco metodológico, método, tipo de la investigación, diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de datos.

Capítulo IV: Compuesto por el análisis e interpretación de datos.

Capítulo V: Se describe las conclusiones, recomendaciones, bibliografía utilizada y se adjunta los anexos que incluye los instrumentos utilizados para la investigación.

CAPÍTULO I
MARCO
REFERENCIAL

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente problema surgió mediante la observación clínica realizada durante las prácticas pre-profesionales en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, en las que se pudo estimar una alta concurrencia de mujeres que presentan violencia de género a la sala de primera acogida, ya sea para dar seguimiento a sus casos o para dar inicio al proceso terapéutico legal, ya que en la sala se proporciona la orientación pertinente de acuerdo a cada caso en el ámbito legal, médico y psicológico según las necesidades de cada una de las pacientes, mediante la entrevista clínica se presume la presencia de sintomatología depresiva como: irritabilidad, tristeza, llanto frecuente, disminución de la capacidad para disfrutar y fatiga, por parte de las pacientes que acuden a dicha sala, es por esta razón que he considerado importante realizar un estudio para investigar la posible relación entre Violencia de género e Ideación suicida, tomando en cuenta que en nuestro país no se encontró estudios realizados con respecto a esta problemática sociocultural.

1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

El presente tema está dirigido a mujeres que presentan violencia de género ya que según la OMS (2013) afirma que: “la violencia de género, la violencia física o sexual es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de las mujeres en el mundo, cerca del 35% de todas las mujeres experimentarán actos de violencia ya sea en la relación de pareja o fuera de ella en algún momento de sus vidas. El estudio revela que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo”.

En el Ecuador 6 de cada 10 mujeres sufren Violencia de Género, el 60,6% de las mujeres ha vivido algún tipo de violencia, la misma que no tiene mayores diferencias entre zonas urbanas y rurales: en la zona urbana el porcentaje es de 61,4% y en la rural 58,7%, tampoco distingue de nivel de escolaridad ya que se pensaría que a mayor educación menor violencia, las estadísticas nos dan a conocer que no existe una gran diferencia entre mujeres que asisten a centros de alfabetización con el 70% y las que poseen estudios superiores con el 50%, además

que el tipo más común es la psicológica con el 53,9% y una de cada cuatro mujeres ha sido violentada sexualmente, el principal agresor es la pareja o ex pareja. (INEC, 2012)

Con respecto a la provincia de Chimborazo, se aprecia que de igual forma que a nivel nacional casi 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género y que constituye el 57,8% de la población. Mientras que la violencia psicológica corresponde al 52,9% de mujeres, la física 36,5%, la patrimonial 14,3%, y finalmente la sexual con 19,4%. (Yina, y otros, 2014)

Tomando en cuenta a las mujeres que presentan violencia de género en la relación de la pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión en comparación con aquellas que no presentaron ningún tipo de violencia. (OMS, 2013), así mismo: él (DSM-IV-TR, 2004) relaciona a la depresión con signos como: la desesperanza, tristeza, disminución del interés en las actividades que antes eran placenteras, la culpabilidad, el llanto frecuente, sentimientos de minusvalía. (Márquez, 2007). Signos que al ser tomados en cuenta, de una u otra manera tienen gran influencia en la aparición de los pensamientos e ideas suicidas; pensamientos cuyo contenido es el hecho de terminar con la propia existencia. (Ceballos & Del Toro, 2008).

La ideación suicida, cuya prevalencia en la población, según algunos autores, fluctúa entre el 10% y el 28 %; y el intento suicida alguna vez en la vida entre el 3% y el 5%. (Botega, y otros, 2005). De esta manera Alcantar (2010) menciona que: “La ideación suicida tiene una significación muy amplia en la cual constan tanto los pensamientos inespecíficos sobre el insuficiente o nulo valor de la propia vida, hasta aquellos pensamientos fijos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas del mismo”.

Las varias causas por las que se da la violencia en nuestro medio son relacionados a los aspectos psicológicos, psicopatológicos y socioculturales. Se acepta la violencia como vía de resolución de conflictos de pareja, el ser testigo o víctima de

violencia en la familia de origen, las distorsiones que las personas tiene sobre sí mismo y los demás individuos exclusivamente su cónyuge, la deficiente salud e higiene mental y emocional de quienes son víctimas y agresores, son factores predisponentes para que se produzca no solo la violencia de genero sino varias repercusiones comprometedoras a la salud e integridad personal. Consecuentemente, la violencia física, psicológica, sexual y patrimonial ejercida por la pareja o ex pareja, tiene secuelas negativas en la salud mental de las mujeres, produciéndose la depresión, la misma que al no ser tratada oportunamente provoca la ideación suicida.

Al revisar las estadísticas de la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba, se ha observado la alta concurrencia de pacientes que en su mayoría son mujeres que presentan violencia de género, en las cuales se evidencia ciertos síntomas depresivos como (llanto fácil, facies de tristeza, pérdida de interés en actividades placenteras, sentimientos de culpa, frustración, sentimientos de minusvalía, etc.), por este motivo se decidió realizar el estudio en el cual se va a investigar la influencia de la violencia de género en la ideación suicida en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La violencia de género influye en la presencia de ideación suicida en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015- marzo 2016?

1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Cómo identificar la violencia de género en las mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba?

- ¿Cómo reconocer la presencia de ideación suicida en las mujeres que presentan violencia de género y que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba?
- ¿Cómo asociar los tipos de violencia de género en las mujeres que presentan ideación suicida en la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba?
- ¿Cómo diseñar un plan de intervención psicológica en base a la ideación suicida en las mujeres que presentan violencia de género en la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de la violencia de género en la ideación suicida en las mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la violencia de género en las mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba
- Reconocer la presencia de ideación suicida en las mujeres que presentan violencia de género y que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Asociar los tipos de violencia de género en las mujeres que presentan ideación suicida en la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Diseñar un plan de intervención psicológica en base a la ideación suicida en las mujeres que presentan violencia de género en la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

1.6. JUSTIFICACIÓN

Según la ONU (1993) define la violencia contra la mujer como: "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

Becker y Beeble (2011) mencionan que: "las consecuencias de la violencia hacia las mujeres puede generar la aparición de múltiples repercusiones en la salud mental, como: abuso de alcohol y drogas, depresión y ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y de culpa, fobias, trastornos de pánico, baja autoestima, estrés postraumático, trastornos psicósomáticos, tabaquismo, conducta suicida y autodestructiva".

En el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Niñez, Adolescencia y Mujeres, parte del reconocimiento de que la violencia basada en la condición de género es un problema que es resultado de las desiguales relaciones de poder que perduran en el marco de sociedades patriarcales y autoritarias. (Yina, y otros, 2014)

Resulta de gran interés y utilidad el establecer la posible relación entre Violencia de género e Ideación Suicida, pues se podrá intervenir de mejor manera y se lograra cumplir con los objetivos terapéuticos planteados a las pacientes.

La originalidad e innovación de esta investigación es de vital trascendencia ya que no existen investigaciones que relacionen la Violencia de género con la Ideación suicida y al realizar esta investigación se proporcionara datos estadísticos reales sobre la realidad de esta problemática sociocultural.

La investigación se justifica ya que a través de la aplicación de la encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en las mujeres que acuden a la sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba y

la escala de Ideación Suicida (SSI) respectivamente para cada una de las variables, se podrá conocer de forma objetiva si la violencia de género influye en la ideación suicida.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, se podrá diseñar un plan de intervención psicológica en base a la ideación suicida en mujeres que presentan violencia de género, la realización de la investigación es factible porque se cuenta con la bibliografía pertinente, autorización y colaboración del personal y autoridades del Hospital Provincial General Docente Riobamba, también con los recursos económicos, materiales y el tiempo requerido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS CON RESPECTO AL PROBLEMA

Mediante la revisión bibliográfica se ha encontrado los siguientes antecedentes en relación a la temática, por separado de cada una de las variables.

- Villalobos (2009), Con respecto a la Investigación realizada encontramos que en la Universidad de Granada, Facultad de psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico con el tema “IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES: FORMULACIÓN Y VALIDACIÓN DEL MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Y SUPERIOR” elaborado por Fredy Hernán Villalobos Galvis 2009. En sus resultados menciona que se valida igualmente la inclusión de los eventos vitales estresantes, la depresión, la desesperanza, la autoestima, el apoyo social, la solución de problemas y las razones para vivir como variables importantes a la hora de predecir las ideas suicidas. Si bien es cierto que algunas variables “menores” no fueron predictores constantes a lo largo de todos los grupos, todas ellas tuvieron participación significativa en la mayoría de los modelos calculados en el estudio.
- Pacheco (2013), Encontramos que en la Universidad de Santander, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Derecho y Ciencias Políticas con el tema “EL FEMINICIDIO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PROVINCIA DE OCAÑA, NORTE DE SANTANDER, ENTRE LOS AÑOS 2004-2011: ANÁLISIS SOCIAL DE LA COMUNIDAD Y LA NORMATIVIDAD IMPERANTE EN COLOMBIA”. Elaborado por Beatriz Eugenia Pacheco Arévalo 2013, en sus conclusiones principales se menciona que, de acuerdo a las estadísticas analizadas, vemos el número de casos que se presentan según el INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA LEGAL, y los pocos que son denunciados ante la Fiscalía General de la Nación, constatando que aún existe un temor por parte de las mujeres a presentar sus denuncias, y que dicho temor puede relacionarse con el sometimiento de nuevo a estas conductas, que las

mantiene en silencio, y que pueden llegar a convertirse con el tiempo en víctimas de feminicidio.

- Delgado & Erazo (2011), En la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias De la Salud, Carrera de Psicología Clínica con el tema “CÓNYUGES AGRESIVOS Y MUJERES MALTRATADAS ATENDIDAS EN LA COMISARIA DE LA FAMILIA DE RIOBAMBA, PERIODO JULIO-SEPTIEMBRE 2011”. Elaborado por Marcelo Raúl Delgado Tenemaza y Fernanda Cecilia Erazo Cunachi, en sus resultados se menciona, es importante resaltar que, tanto el cónyuge agresivo como la mujer maltratada visualizan e interpretan el comportamiento del otro como el deseo de sometimiento de la contra parte, generándose comportamientos patológicos y/o violentos. Siendo primordial establecer que, la mujer maltratada con su comportamiento sumiso se convierte en facilitadora o propiciadora de la agresión de su cónyuge, sin confundir con la tolerancia, sino que, por el contrario, ejemplifica el déficit comunicacional que posee como primer paso para la resolución del conflicto, que genera o dispara, lo que se denomina el ciclo de violencia.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. VIOLENCIA DE GÉNERO

2.2.1.1. HISTORIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia hacia la mujer no es en absoluto un fenómeno nuevo, tiene un innegable antecedente histórico de orden patriarcal, su reconocimiento, su visualización, y, por tanto, el paso de ser considerada de una situación privada a un problema de orden social, sí es relativamente reciente, desde las épocas más remotas se ha mostrado siempre la subordinación de la figura femenina respecto a la masculina. Esta problemática no se ha limitado sólo a concebir la inferioridad de las mujeres, sino que se ha extendido más allá de las fronteras de lo racional, hasta llegar inclusive a presentarse por medio de comportamientos agresivos, que respaldados por el patriarcado y fortalecidos luego por las sociedades posteriores, conforman la ya histórica y universal violencia de género. (Páez, 2011)

La discriminación de la mujer en la sociedad representa la primera forma de explotación existente, incluso antes que la esclavitud. Los hechos que evidencian las desigualdades y discriminaciones hacia la mujer son numerosos y antiquísimos. Algunos datan del año 400 A.C., cuando las leyes de Bizancio establecían que el marido era un Dios al que la mujer debía adorar. Ella debía ocupar un lugar tan insignificante que ni siquiera podía recibir herencia o beneficio alguno. (Bebel, 1879)

Según Beatriz Bordes, en el país la violencia de género empezó a ser denunciada por el movimiento de mujeres en los años setenta. En 1994, vía acuerdo ministerial se crean las primeras Comisarías de la Mujer y la Familia (actuales Unidades Judiciales de Violencia contra la Mujer y la Familia manejadas por el Consejo de la Judicatura), que en el país se constituyeron en los primeros espacios legales que atendieron los problemas de violencia intrafamiliar y que, a su vez, por primera vez le permitieron a la mujer denunciar a su conviviente por agresión, con las comisarías se visibilizó el problema y se dio paso a que, en 1995, se promulgara la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia (Ley 103). (Mejia, 2015)

Por ello desde el año 2007, se trabaja el Programa de Prevención y Atención Integral de la Violencia de Género; que en el 2011 se articuló con el Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA); estableciéndose acciones sinérgicas a nivel gubernamental y la realización simultánea del trabajo de prevención y el de atención integral a las víctimas. (MSP, 2012)

2.2.1.2. DEFINICIONES

- Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada. (ONU, 1993).

- La violencia de género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos de forma sistemática; es una manifestación extrema de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, a las niñas y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como por ejemplo las personas transgéneros, transexuales y los hombres gays entre otras. (MSP, 2014)

2.2.1.3. VIOLENCIA

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 2003)

2.2.1.4. GÉNERO

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. (OMS, 2016)

2.2.1.5. LOS ROLES DE GÉNERO

Según OMS (2015) dice que: “El género se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo”.

Haciendo referencia al sexo y al género, la OMS (2015) manifiesta que: “Si bien la mayoría de las personas nacen de sexo masculino o femenino, se les enseñan los

comportamientos apropiados para varones y mujeres, en especial cómo deben interactuar con otros miembros del mismo sexo o del sexo opuesto en los hogares, las comunidades y los lugares de trabajo, y qué funciones o responsabilidades deben asumir en la sociedad, entendiendo de esta manera que los roles de género son aprendidos e impartidos por la sociedad y el núcleo familiar durante el desarrollo del individuo”.

Según, OMS (2015) : “Cuando las personas no se adaptan a las normas, las relaciones o los roles establecidos en materia de género, suelen ser objeto de estigmatización, prácticas discriminatorias o exclusión social, todas experiencias perjudiciales para la salud”. Podemos manifestar que las discrepancias entre los hombres y las mujeres se encuentran determinadas por la sociedad y no constituyen, en sí mismas, un problema, excepto cuando por algún motivo limitan las oportunidades y sobre todo los recursos necesarios para un adecuado desarrollo del individuo y por lo tanto provocan actos de discriminación y desigualdades que en un futuro pueden acarrear consecuencias negativas para la salud física y psicológica.

2.2.1.6. DATOS Y CIFRAS

Los datos y cifras que se exponen a continuación fueron Obtenidos de OMS (2016):

- La violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.
- Las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.
- Por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja.

- Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.
- Estas formas de violencia pueden dar lugar a problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva y otros problemas de salud, y aumentar la vulnerabilidad al VIH.

2.2.1.6. TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Tomado de, Ley contra la violencia a la mujer y a la familia (1995), actualmente vigente:

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

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 de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.

Violencia sexual: Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Violencia patrimonial: El daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales,

bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las víctimas.

2.2.1.7. CICLO DE LA VIOLENCIA

Fue descrito por primera vez por la antropóloga Leonore Walker en 1979, nos ayuda a entender cómo se reproduce y se mantiene la violencia en la pareja y es un modelo muy utilizado en la actualidad por los profesionales. La autora trabajó en una casa de acogida para mujeres maltratadas y observó que muchas de ellas describían un patrón muy similar, dicho proceso mantiene una forma cíclica que se desarrolla en tres fases, que son las siguientes: fase de acumulación de tensión, fase de agresión y la fase de conciliación y arrepentimiento llamada también “luna de miel”. (Blanco Prieto & Ruiz Jarabo, 2005)

Este ciclo nos trata de explicar por qué varias de las mujeres proceden a retirar las denuncias y no continúan con los procesos legales, ya que disculpan al agresor y continúan en dicho ciclo de violencia.

Fase de acumulación de la tensión: En esta fase los actos o actitudes hostiles hacia la mujer se suceden, produciendo conflictos dentro de la pareja. El maltratador demuestra su violencia de forma verbal y en algunas ocasiones, con agresiones físicas, con cambios repentinos de ánimo, que la mujer no acierta a comprender y que suele justificar, ya que no es consciente del proceso de violencia en el que se encuentra involucrada. De esta forma, la víctima siempre intenta calmar a su pareja, complacerla y no realizar aquello que le moleste, con la creencia de que así evitará los conflictos, e incluso, con la equivocada creencia de que esos conflictos son provocados por ella, en algunas ocasiones. Esta fase seguirá en aumento. (Walker, 1979)

Fase de agresión: En esta fase el maltratador se muestra tal cual es y se producen de forma ya visible los malos tratos, tanto psicológicos, como físicos y/o sexuales. Ya en esta fase se producen estados de ansiedad y temor en la mujer, temores

fundados que suelen conducirla a consultar a alguna amiga, a pedir ayuda o a tomar la decisión de denunciar a su agresor. (Walker, 1979)

Fase de reconciliación: Más conocida como “fase de luna de miel”, tras los episodios violentos, el maltratador suele pedir perdón, se sienten arrepentidos y apenados suelen mostrarse amables y cariñosos, utiliza estrategias de manipulación afectiva como llorar para que estas palabras resulten más creíbles, jura y promete que no volverá a repetirse, que ha explotado por “otros problemas” siempre ajenos a él. (Walker, 1979)

2.2.1.8. CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Según la ONU (2006) menciona las siguientes causas:

- El machismo con el cual se educa a los hombres para el uso constante de la violencia y la fuerza física.
- Los modelos de conducta inculcados desde la niñez a las mujeres para tolerar el maltrato en todas sus formas y su subordinación.
- Valores culturales.
- Experimentar abuso desde la infancia.
- Celos
- Abuso de sustancias.
- Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos.
- Limitadas oportunidades económicas.
- La presencia de disparidades económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres al interior de una relación íntima
- Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o de matrimonio
- El acceso inseguro de las mujeres al control de derechos de propiedad y de tierras.
- Control masculino en la toma de decisiones y respecto a los bienes.

- Uso generalizado de la violencia dentro de la familia o la sociedad para enfrentar los conflictos.

2.2.1.9. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado la OMS en su Informe mundial sobre la violencia y la salud (2003), menciona que:

Consecuencias sobre la salud física:

- Lesiones y dolencias abdominales y torácicas
- Moretones e hinchazón
- Síndromes de dolor crónico
- Discapacidad
- Fibromialgia
- Fracturas
- Trastornos del aparato digestivo
- Síndrome del colon irritable
- Desgarros y abrasiones
- Lesiones oculares
- Carencia de las funciones físicas
- Dolores pélvicos

Consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva:

- Trastornos del aparato genital
- Esterilidad Enfermedad inflamatoria de la pelvis
- Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo
- Disfunción sexual
- Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA
- Aborto practicado en condiciones peligrosas
- Embarazo no deseado
- Menstruaciones irregulares, síndrome premenstrual

Consecuencias sobre la salud mental:

- Abuso de alcohol y otras drogas
- Depresión y ansiedad
- Intentos de suicidio
- Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño
- Sentimientos de vergüenza y culpabilidad
- Fobias y trastorno por pánico
- Inactividad física
- Poca autoestima
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos psicósomáticos
- Hábito de fumar
- Comportamiento suicida y daño auto infligido
- Comportamiento sexual riesgoso

Consecuencias mortales:

- Mortalidad relacionada con el SIDA
- Mortalidad materna
- Homicidio
- Suicidio

2.2.1.10. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El fenómeno de la violencia de género presenta unas características exclusivas que lo diferencian de otros tipos de violencia. Esta violencia, se ejerce de forma rutinaria y cotidianamente en contra de las mujeres, de modo que llega a convertirse en parte de la relación y puede convivir con ellas durante muchos años. (Alberdi & Matas, 2009)

Invisibilidad social

Se produce en su mayoría en el ámbito doméstico, son hechos que se ocultan tanto por parte del agresor, que aprende a golpear en lugares que no son visibles y que no dejan huella, o utiliza la violencia psicológica mediante insultos, gritos, amenazas, descalificaciones y burlas etc.

Las mujeres durante muchos años han sido educadas y socializadas para mantener y cuidar sus relaciones, potenciando en ellas valores y actitudes como la empatía, la comprensión y la sumisión, que fomentan una mayor actitud de tolerancia y las lleva a perdonar los agravios recibidos. En muchas ocasiones estas actitudes dan lugar a justificar el ejercicio de la violencia poniendo como antecedente la presencia de estrés o por problemas de la infancia por parte del agresor y conducen a restar importancia o negar la violencia que se da y se vive en la relación. (Blanco Prieto & Ruiz Jarabo, 2005)

Mecanismo de control y de castigo

Los agresores manejan la violencia como una técnica de castigo o elemento de control hacia la mujer, para de esta manera afirmar su potestad y corregir su conducta, así también se responsabiliza a la mujer de la violencia recibida. La negación es otra característica ya que al ser una conducta rechazada por la sociedad, el agresor se vale de estrategias de afrontamiento para evadir su responsabilidad. (Alberdi & Matas, 2009)

Sentido de culpabilidad

Los agresores por lo general son capaces de neutralizar su sentimiento de culpa, pueden aceptar la violencia pero también pueden justificarla proporcionándole un motivo o una razón que la ocasiono, aseverando que la mujer lo merecía, es la forma en que se deforma la realidad de los hechos, para no hacerse ver como el agresor. Las mujeres que presentan violencia de género experimentan sentimientos como la vergüenza por sufrir los malos tratos, el no ser capaces de protegerse a sí

mismas, creerse que son ellas quienes provocan la violencia, por no saber cómo detenerla, se sienten culpables y también se angustiadas por haber elegido como pareja a un hombre violento o no haber logrado cambiar sus actitudes o por sentirse incapaces de salir de esa relación. Estos sentimientos de culpabilidad, impiden a las mujeres pedir ayuda. (Blanco Prieto & Ruiz Jarabo, 2005)

2.2.1.11. FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Según la ONU (2006), menciona que los siguientes factores pondrían en riesgo de violencia de género a las mujeres:

- **A nivel individual:** asociados tanto a los agresores como a las víctimas, entre ellos, constan los siguientes: haber vivido abusos durante la infancia y/o haber sido testigos de violencia en el hogar; el uso frecuente de alcohol y drogas; pertenecer a una comunidad marginada o excluida; ser de baja condición educacional o económica.
- **En la pareja y la familia:** historia de conflictos conyugales, el control masculino de la riqueza y la autoridad para tomar decisiones de pareja y la presencia de importantes disparidades interpersonales en relación a la condición económica, educacional o de empleo.
- **En la comunidad:** el aislamiento de las mujeres y la falta de apoyo social; las actitudes de la comunidad que permiten y justifican la violencia masculina; y la existencia de altos niveles de carencia de empoderamiento social y económico, en particular la pobreza.
- **En la sociedad:** roles de género que amparan la supremacía masculina y la subordinación femenina, la tolerancia de la violencia como medio y objeto de resolución de conflictos.

- **A nivel del Estado:** las inadecuadas leyes y políticas de prevención y castigo de la violencia, el bajo nivel de conciencia del problema, la sensibilidad de los agentes de la ley, los tribunales de justicia y los encargados de la prestación de los servicios sociales.

2.2.1.12. MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Se ha recurrido a un trabajo expuesto por la psicoterapeuta Yolanda Ruiz (2007) en las jornadas para el fomento de la investigación de la Universidad Jaume I. La autora destaca y describe los siguientes enfoques:

- **Modelo conductual:** entiende que tanto la conducta normal como la anormal es aprendida, de manera que los factores heredados son secundarios. Desde esta perspectiva la víctima es percibida como una persona desequilibrada y es vista como la responsable de originar problemas y por ende la violencia. El agresor, en consecuencia es quien instaura una relación de desequilibrio y de poder acompañada de abusos, las mujeres que presentan violencia van creándose una nueva identidad. El agresor por lo general recurre a un chantaje emocional; se trata de una situación en la que le cuesta ceder cada vez más. El hombre violento es poseedor de una baja autoestima y por eso, busca ejercer el control, sometiéndola al aislamiento. Al mismo tiempo, la mujer cree tener la situación bajo control, sin tomar en cuenta la conducta violenta procedente del hombre; y como procura mantener la relación es incapaz de actuar frente a la violencia e intenta justificar la conducta del hombre violento.
- **Modelo cognitivo:** las cogniciones son formas de expresión verbal como imágenes que están basadas en actitudes o supuestos desarrollados desde experiencias tempranas. Desde este modelo, los esquemas obtienen una mayor relevancia, además de ello se basan en experiencias y son modos de conocer el mundo que nos rodea, en ocasiones los esquemas pueden conducirnos a cometer errores e interpretar la realidad de manera incorrecta. Asimismo, cuando hay

violencia familiar, los hombres violentos se caracterizan por sus distorsiones cognitivas.

- **Modelo psicodinámico:** piensa en el hombre dominado por fuerzas instintivas, realizando sus logros como lo más significativo. Estos hombres son incapaces de expresar sus sentimientos, de hablar de sí mismos y de asumir la responsabilidad de sus actos, presentándose ellos como víctimas, desviando la conversación, atribuyendo a la pareja las consecuencias.
- **Modelo interaccional comunicacional:** se centra en cambiar patrones de interacción interpersonal. Se toma en cuenta a la familia como un sistema en constante transformación que se adapta a las exigencias sociales. En este sentido existen fases en la evolución de una familia, entre las que se encuentra el modelo de patriarcal, caracterizado por el poder y la autoridad que busca tener el hombre, y la mujer se dedica a la crianza de los hijos y a los que trabajos domésticos. Cuando este modelo patriarcal se consolida, es fácil encontrar conductas de violencia emocional y aislamiento social por parte del hombre hacía la mujer.
- **Modelo interactivo de la violencia:** aborda como factores implicados en la violencia la vulnerabilidad de la familia, el estrés, los recursos económicos, educativos, psicológicos, los valores y normas del contexto sociocultural, factores familiares como la adaptabilidad, los niveles de comunicación, la cohesión familiar.
- **Modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar:** desde este acercamiento, la conducta violenta tiene una estrecha relación con actitudes de hostilidad, con estados emocionales como la ira, trastornos de personalidad, la presencia de componentes precipitantes como el consumo de sustancias y la percepción de vulnerabilidad con el refuerzo de conductas violentas hacia los agresores.

2.2.2. IDEACIÓN SUICIDA

2.2.2.1. DEFINICIONES

- Según Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) definen la ideación suicida como: “ los planes, ideas o pensamientos de una persona acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo, 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”
- De acuerdo a Moron (1987) define la ideación suicida como: “una representación mental del acto, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse”.

2.2.2.2. TEORÍA FENOMENOLÓGICA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Shneidman quien es el principal exponente de este enfoque, sugiere dos conceptos para explicar la ocurrencia de la conducta suicida al igual que rasgos comunes de los individuos suicidas, citado por (Villardón, 1993)

Describe algunas características que son iguales en todo acto suicida, son las siguientes:

- El propósito del suicidio es buscar una solución.
- El objetivo es el cese de la conciencia.
- El estresor son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción es la indefensión-desesperanza.

- El estado cognoscitivo es la ambivalencia.
- El estado perceptual común en el suicidio es la constricción, es decir que la persona solo percibe una posibilidad ante los problemas.
- El acto interpersonal es la comunicación de la intención.
- El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Asimismo plantea que la persona suicida típica presenta todas o la mayor parte de las siguientes características:

- Deseo consciente o inconsciente de vivir y de morir.
- Sentimientos de desesperación, impotencia y de imposibilidad de hacer frente a los problemas.
- Sentimientos de agotamiento físico o psicológico unido o separado con malestar físico como insomnio, anorexia, y síntomas psicósomáticos.
- Sentimientos intensos de ansiedad, depresión, rabia, culpa o enojo imposibles de mitigar.
- Sentimientos de caos y desorganización, con incapacidad para reestablecer el orden.
- Estados de ánimo fluctuantes, pasando de gran agitación a una gran apatía y retraimiento.
- Reducción del campo cognitivo, disfunciones cognitivas y baja asertividad, incapacidad para considerar alternativas y limitación de posibilidades.
- Pérdida de interés por las actividades normales, como las sexuales, profesionales y las recreativas.
- Pobre percepción de apoyo social y carencia de un confidente íntimo.
- Sentimientos de desesperanza sostenidos y con conciencia de estos, así como ausencia de un proyecto de vida.

2.2.2.3. PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Cualquier individuo que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. También, en esta definición se envuelven los pensamientos que insinúan la falta de valor de la propia vida, pretensiones de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto mortal. Este término es necesario desemparejarlo de conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que presume la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. (Burns, 1990)

De esta manera Beck, Steer y Ranieri (1988) plantean que:

“Los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo característico, que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras particulares las que estipulan 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 acrecientan la probabilidad del deseo de muerte y su intensidad. 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”.

Beck (1979) quien en su obra *Terapia Cognitiva de la depresión* expone que: “toda la sintomatología depresiva va surgiendo progresivamente desde los patrones cognitivos distorsionados a través de la Tríada Cognitiva”, que está compuesta por:

- Visión negativa de sí mismo.
- Tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa.
- Visión negativa acerca del mundo.

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.

El concepto de Beck (1979) : “parte desde el enfoque de la terapia racional emotiva, el cual hace referencia al comportamiento suicida y su relación con la depresión, el individuo crea categorías mentales en función de experiencias vividas, las cuales estructuran y orientan la conducta del sujeto, por lo cual si esta conducta es desadaptada, el individuo percibe una imagen distorsionada de la realidad, conceptualizaciones que se implementan como puntos de vista negativos sobre sí mismo, su entorno y el futuro”.

2.2.2.4. FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA.

Existen varias causas que pueden incrementar la vulnerabilidad de una persona al desarrollo de ideas suicidas según el Hospital San Juan Capistrano (2016), las siguientes nociones ampliamente aceptadas entre los profesionales especializados en el campo de la salud mental explican cómo y por qué una persona puede desarrollar este tipo de pensamientos inadaptados:

- **Factores genéticos:** Aunque las ideas suicidas en sí no se heredan, los padecimientos de salud mental que las causan pueden ser heredados de nuestros padres biológicos. La probabilidad de que una persona tenga ideas suicidas puede depender de sus antecedentes genéticos si existe el factor de una enfermedad mental y esto es especialmente cierto cuando hay antecedentes familiares de depresión, trastorno bipolar y ansiedad. Este tipo de predisposición genética infiere que las ideas suicidas pueden heredarse inadvertidamente.
- **Factores físicos:** Los investigadores han determinado que las personas que tienen ideación suicida presentan un desequilibrio en los neurotransmisores del cerebro. Estos neurotransmisores tienen la función de transmitir mensajes por todo el cuerpo, además de regular las emociones y los estados de ánimo. Si los

neurotransmisores no han llegado a la homeostasis, el estado de ánimo de la persona puede desestabilizarse, lo que pudiera propiciar el diagnóstico de una enfermedad mental. Cuando este es el caso, es posible que la persona presente ideas suicidas si dicha enfermedad incluye la ideación suicida como un síntoma.

- **Factores ambientales:** Hay varias influencias ambientales que pueden causar que una persona desarrolle síntomas de un padecimiento de salud mental, particularmente las ideas suicidas. Aquellas personas que experimentan un estrés continuo, son víctimas de un crimen, padecen de abuso y/o abandono o pierden a un ser querido debido al suicidio pueden deprimirse y pensar potencialmente en su propia muerte.
- **Desesperanza:** La desesperanza es definida como actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentra asociado con la conducta suicida. Beck (1988) menciona que: “la desesperanza es un factor de riesgo para el suicidio”.
En tanto que, Ramírez (2006) cita a Mondragón (1998) que manifiesta que: “los pacientes con altos niveles de desesperanza, tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida en comparación con quienes tienen niveles bajos, esto se debe a que se ha relacionado a la conducta suicida con características cognoscitivas como la rigidez”.
González Forteza C. (1996) propone que: “la ideación suicida y el intento suicida se acrecientan cuando un individuo con baja capacidad de afrontamiento o rigidez cognoscitiva, experimenta circunstancias estresantes que le producen desesperanza”.
- **Conducta suicida previa:** La existencia de antecedentes personales de intentos suicida en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el meta-análisis de Harris y Barraclough, encuentran que las personas con intentos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general. (Harris & Barraclough, 2003)

2.2.2.5. CAUSAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Al momento de analizar las posibles causas de la ideación suicida debemos tomar en cuenta que existe una amplia lista de opciones a las cuales se podría acudir para entender el comportamiento humano y dependen de la perspectiva desde la cual nos centremos para asignarle un significado puntual. Todos estos puntos de vista merecen una especial consideración a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida.

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han recalado algunos factores importantes que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y la conducta suicida. Las personas suicidas conservan una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos) (Beck A. , Rush, Shaw, & Emery, 1979)

Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede disminuir la percepción de resolución de problemas y conduce a un estado de desesperanza, elevando así la posibilidad de suicidio. Una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones (especialmente de frustración o rechazo), el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto con la valoración de que tal opción no es posible y de la falta de recursos para aliviar tal crisis. Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas. (Palmer, 2007).

2.2.2.6. CONSECUENCIAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Las consecuencias que se exponen a continuación fueron tomadas del Hospital San Juan Capestrano (2016) menciona que: “Si las ideas suicidas persisten por mucho tiempo, es probable que la persona las lleve a cabo mediante un proceso de

pensamiento inadaptado, las personas que luchan contra las ideas suicidas y no reciben la ayuda son más propensas a intentar el suicidio”.

Consecuencias:

- Cicatrices o daños permanentes en los tejidos
- Conductas autolesivas recurrentes
- Daños en el cerebro
- Parálisis
- Estado de coma
- Hemorragia
- Huesos rotos
- Daños en los órganos o insuficiencia orgánica
- Muerte prematura debido a un acto suicida.

2.2.2.7. FACTORES DE PROTECCIÓN CONTRA LA IDEACION SUICIDA.

Jiménez (2012) menciona que los factores de protección servirán para favorecer y ser utilizados en la intervención:

- Presencia de habilidades de comunicación.
- Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa.
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas.
- Tener confianza en uno mismo.
- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad.
- Creencias religiosas.
- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta.
- Apoyo social de calidad y consistencia.

2.2.2.8. CONTEXTO TERAPÉUTICO DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Según Jiménez (2012):

“Los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados de forma directa ni tampoco aparecen como motivo de consulta por parte de los pacientes. Estas ideas suelen mostrarse de diferentes formas en un rango comunicacional más explícito (verbal y no verbal). Es recomendable pensar en la posibilidad de que el cliente niegue la ideación suicida cuando se realice el abordaje psicológico para de esta forma evitar que se descubra su plan, por temor a que el terapeuta interceda de forma directa o por el hecho de provocar ansiedad en el terapeuta o porque crea que la relación terapéutica se verá afectada por dicho acontecimiento. También el paciente puede sentir cierto alivio transitorio en la consulta del terapeuta al expresar abiertamente sus ideas con el fin de recibir la ayuda necesaria”.

2.2.3. DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN BASE A LA IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO.

A continuación se presenta el plan de intervención psicológica el cual se diseñó en base a las necesidades y carencias que se ha podido observar en la atención a las pacientes con ideación suicida y que presentan violencia de género en la sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

El enfoque Cognitivo – Conductual se considera que los individuos nacemos con una herencia y un determinado temperamento, los cuales interactúan con el entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se concibe en un sentido vasto, abarcando conductas visibles, sentimientos, emociones y sobre todo los pensamientos. (IMPsicologa, 2003)

El siguiente plan de intervención está constituido por 16 sesiones, se efectuarán de manera grupal a las mujeres con ideación suicida que presentan violencia de género; el plan se divide en sesiones que se llevaran a cabo en 4 meses; dando lugar a una sesión por semana la misma que tendrá una duración de 60 minutos.

Sesión 1

Objetivo:

- Establecer el contrato terapéutico y una alianza terapéutica.
- Pactar con las pacientes el compromiso a no realizar ningún intento de suicidio o autolesión mediante un “contrato terapéutico”
- Establecer las normas de funcionamiento del grupo, haciendo hincapié en la confidencialidad de lo tratado en las sesiones.
- Crear la cohesión de grupo y plantear las metas comunes para trabajar.
- Introducción a la terapia cognitiva

Técnica

- Dinámica de presentación: mi expectativa. (definir el nombre, motivación y esperanzas del grupo).
- Escucha empática
- Entrevista

Actividad

- Presentación de los integrantes y el terapeuta.
- El terapeuta pondrá en conocimiento del grupo su función y los objetivos.
- Fijar una serie de reglas entre las participantes, para un buen funcionamiento.
- Explicación de los conceptos cognitivo conductuales.
- Explicación de la asociación entre emoción y pensamientos.
- Explicar como un cambio en el pensamiento produce un cambio en la emoción y la conducta.

Sesión 2

Objetivo:

- Confirmar el nivel de riesgo de ideación suicida para asegurar la supervivencia de las integrantes.
- Prevenir que tales pensamientos se materialicen en una conducta suicida

- Realizar un árbol de decisiones

Técnica

- Entrevista
- Escucha empática
- Análisis funcional de la ideación suicida

Actividad

- Se realizara una tabla de valoración de ideación suicida (riesgo alto, riesgo medio alto, riesgo medio, riesgo bajo) para empezar a tratar con los integrantes problemas subyacentes a la ideación suicida.
- Posteriormente se realizara un árbol de decisiones (pautas de actuación) para el control inicial del riesgo de suicidio.
- Se realizara evaluaciones para valorar la aparición e intensidad de los pensamientos suicidas, culpa y apoyos que percibe para proporcionar feedback y la orientación pertinente al caso.

Sesión 3

Objetivo:

- Fomentar la expresión de sentimientos y emociones.
- Proporcionar comprensión y apoyo.

Técnica:

- Técnica de presentación: un elogio.
- Dinámica de socialización: “mis sentimientos”.

Actividad:

- Se realizara la técnica del elogio haciendo un sorteo para que participen todas las pacientes y puedan socializar de mejor maneras con sus compañeras.

- Las participantes pensarán en un día cualquiera y escribirán en una hoja, los estados de ánimo y sentimientos que recuerden haber tenido ese día, con el fin de reflexionar acerca de:

¿Cuántos de los estados de ánimo que han enumerado están relacionados con sentimientos positivos y cuántos están más cercanos a los negativos?

¿Qué tipo de sentimientos prevalece en su lista?

¿Cuáles son los sentimientos más repetidos?

¿A qué puede ser debido?

¿Cuáles faltan?

¿Por qué?

Sesión 4

Objetivo:

- Generar alternativas para resolución de conflictos.
- Conocer mejor a las integrantes del grupo.

Técnica:

- Técnicas de presentación: presentación cruzada.
- Ensayo conductual y rol playing.
- Técnicas para modificar imágenes-imaginación de estrategias de afrontamiento.

Actividad:

- Se solicitara a una de las pacientes que presente a una de su compañeras dando a conocer sus nombres y una cualidad que la defina y así sucesivamente hasta presentar a todas las compañeras.
- Se pide la elección de una escena que quieran representar. Si hay varias se realiza votación para seleccionar la más solicitada. En las mujeres maltratadas suelen surgir escenas en las que existe dificultad para poner límites a las exigencias del agresor. Son frecuentes situaciones de miedo escénico, dudas, incertidumbre.

Es muy importante transmitir que lo esencial no es hacerlo bien ni reproducir los hechos históricos ocurrido de forma veraz sino la transmisión de como ellas lo recuerdan, hay que tener especial cuidado con mujeres maltratadas que decidan realizar la inversión de roles con su agresor, ya que puede reforzar el proceso de identificación, justificación y fusión con el mismo.

- Pedirle a las pacientes otra posible resolución de la escena, ¿qué le hubiera gustado decirle? ¿cómo le hubiera gustado actuar?

Sesión 5

Objetivo:

- Detección de los pensamientos automáticos.
- Identificación de las distorsiones cognitivas

Técnica:

- Reestructuración cognitiva
- Entrevista
- Escucha empática

Actividad:

- Se realizara mediante la observación clínica y se tomara un reactivo a las pacientes para poder identificar su distorsiones cognitivas y se trabajara con los grupos de pacientes que presentan similares distorsiones y se socializar en cómo afecta dicha distorsión y la forma en que se deberá modificarla mediante la reestructuración cognitiva.
- Se llevara a cabo un dialogo acerca del concepto de la técnica de reestructuración cognitiva, posteriormente se identificará los pensamientos distorsionados en cada integrante, se las evaluara el contenido del mismo y se proseguirá a la búsqueda de pensamientos alternativos.

Sesión 6

Objetivo:

- Proporcionar métodos para aliviar los pensamientos suicidas, sentimientos de tristeza y desesperación.

Técnica:

- Técnicas para aliviar los síntomas afectivos.
- Procedimientos para reducir la tristeza.

Actividad:

- Se utilizara métodos como la distracción para aliviar la tristeza y utilizar la misma como señal para llevar a cabo actividades que las distraigan tales como realizar ejercicios físicos, tareas que implican actividad física, métodos distractores, procedimientos específicos de coping para hacer frente a las situaciones problemáticas.
- Restringir las manifestaciones de infelicidad mediante la limitación de verbalizaciones externas e internas para reducir su percepción de incapacidad y catastrofismo.

Sesión 7

Objetivo:

- Analizar los componentes de la depresión.
- Identificar estados emocionales depresivos.

Técnica:

- Psicoeducación en depresión
- Escucha empática
- Entrevista

Actividad:

- Se explicara a las participantes las causas y efectos de la depresión, sus tipos, además de ello se explicara de qué forma combatirla.

Sesión 8

Objetivo:

- Registrar las cogniciones de las integrantes.

Técnica:

- Entrenamiento en observación y registro de cogniciones.
- Psicoeducación

Actividad:

- Definir qué se entiende por cognición.
- Luego mostrar mediante ejemplos la relación entre cognición, sentimiento y conducta, mostrar la existencia de cogniciones en las integrantes basándose en los acontecimientos recientes de las mismas y que se den cuenta del papel que las cogniciones desempeñan en la depresión.
- Se asignara una tarea de registrar sus cogniciones y posteriormente se revisara los registros y se proporcionara retroalimentación.

Sesión 9

Objetivo:

- Detectar los pensamientos negativos.

Técnicas:

- Técnicas para modificación de imágenes- parada de imágenes
- Entrenamiento en desafío de pensamientos negativos.

Actividad:

- El procedimiento consiste en interrumpir el pensamiento negativo, bien mediante el uso de una orden verbal (decirse a sí mismo "para" o "alto").
- Esta técnica se centra en que los pacientes aprendan a desarrollar argumentos que reduzcan la intensidad y validez de los pensamientos negativos.

Sesión 10

Objetivo:

- Incrementar el ritmo de actividad diario del paciente, su sentido de competencia y su capacidad de disfrute.

Técnica:

- Programa de actividades (dominio-agrado)
- Asignación de tareas graduales
- Práctica de ensayo cognitivo

Actividad:

- Planificar con las integrantes una serie de actividades para ocupar su tiempo y contrarrestar la escasa motivación, inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio y de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute.
- Se trata de que las pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, empezando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr, siguiendo progresivamente con actividades cada vez más complejas y objetivos más difíciles. De este modo, se instaura y mantiene en los pacientes la idea de sí mismos como personas útiles y capaces.
- La última técnica consiste en pedirle a las integrantes que imaginen sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea.

Sesión 11

Objetivo:

- Conocer que es la violencia de género.
- Analizar los estereotipos románticos en la relación de pareja.

Técnica:

- Psicoeducación
- Dinámica de socialización: “mi testimonio”

Actividad:

- Explicar el ciclo de la violencia en pareja.
- Decodificar los mitos y sesgos que presentan las integrantes al momento de analizar elementos de la pareja (amor, celos, respeto, roles, límites).
- Recapitulación y reflexión acerca de lo aprendido en la sesión.

Sesión 12**Objetivo:**

- Reconstruir la identidad y autoestima de los integrantes.

Técnica:

- Psicoeducación
- Decir el nombre y una razón por lo que es importante vivir.
- Autoregistro de características personales.
- Dinámica de socialización: “mis deseos”.

Actividad:

- Indicar los componentes de la autoestima; ideas, creencias, percepciones, valores sentimientos, intenciones, decisiones.
- Describir características personales positivas y negativas, con refuerzo de los positivos y relativización de los negativos de uno mismo en una hoja y posteriormente socializarlas al grupo.
- Cada participante escribe en un papel uno o varios deseos a corto plazo (mi deseo, que tengo, que necesito).

Sesión 13**Objetivo:**

- Desarrollar competencias comunicativas y de relación interpersonal.

Técnica:

- Entrenamiento asertivo
- Expresar sentimientos positivos y negativos.

Actividad:

- Las pacientes aprenderán a manejar con éxito sus conflictos interpersonales y se expresara de modo adecuado a cada situación, aprender a decir no, manejo de la crítica, distintos estilos de respuesta, la pasiva, la agresiva y la asertiva, mediante dramatización con las compañeras de grupo de situaciones personales en las cuales no sabe cómo manejarse de forma correcta.

Sesión 14**Objetivo:**

- Asimilar a defender la propia autonomía en las relaciones de pareja.
- Aprender a responder a mensajes abusivos

Técnica:

- Dinámica de socialización: “me comprometo”.
- Dinámica de dramatización: “respuestas asertivas”.

Actividad:

- Cada participante escribirá individualmente en una hoja los aspectos que desearía cambiar respecto al control, a las fantasías románticas, al cambio que han vivido desde que no están con su expareja... y qué aspectos deben potenciar. Una vez hecho esto, cada una de ellas lo explicará en voz alta para que el resto pueda aportar sus ideas y se refuerce el proceso de cambio que quieren conseguir.
- Se escribirá distintas situaciones en las que se reflejen una persona abusiva y la víctima. Las integrantes formarán parejas y extraerán un papel para representarlo
- Las pacientes deberán responder de manera que deje claro lo que quiere decir en cada situación para que no se vuelva a dar.

Sesión 15

Objetivo:

- Tomar conciencia de la necesidad de tener un proyecto personal.
- Diagnosticar elementos que imposibilitan construir sus proyectos de vida.

Técnica:

- Dinámica de socialización: “mi proyecto de vida”.
- Entrenamiento en solución de problemas.

Actividad:

- Se dividirá el grupo en parejas donde cada mujer contará a su compañera diversos aspectos de su vida, siguiendo los siguientes puntos:

Estado actual, edad. ¿Cómo te ves dentro de 5 años?

¿Qué es para ti el trabajo? ¿Qué quieres conseguir respecto al trabajo?

¿Y a la familia? ¿Salud?

¿Qué te aportará el conseguir lo propuesto anteriormente respecto a salud, familia?

¿Cómo te sentirás? ¿Qué valores habrás alcanzado?

- Una vez finalizado, alguna voluntaria contará en gran grupo sus objetivos y los valores que le van a aportar.
- Se utilizara el entrenamiento de solución de problemas para diagnosticar los elementos que pueden estar impidiendo la realización de un proyecto de vida mediante una clara orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, realizar una toma de decisiones y finalmente poner en práctica y verificación de la soluciones.

Sesión 16

Objetivo:

- Analizar con el grupo los progresos alcanzados

- Evaluación de logros en los integrantes.

Técnica:

- Lluvia de ideas
- Autorregistro de logros

Actividad:

- Dar a conocer por cada una de las integrantes el impacto de la intervención y cómo perciben la repercusión de la terapéutica aplicada en su conducta.
- Socializar entre las pacientes los logros que han visto en sus compañeras para mejorar la autoestima y que se puedan reforzar los logros individuales y grupales.
- Recalcar los aspectos positivos que se aprendió a lo largo de las terapias y consolidar cada una de las metas propuestas al inicio de la terapia.
- Clausura de grupo por los participantes durante el desarrollo del plan de intervención.

2.3. HIPÓTESIS

La violencia de género influye en la presencia de ideación suicida en las mujeres que acuden a la Sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba periodo octubre 2015-marzo 2016.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable independiente

- Violencia de género

2.4.2. Variable dependiente

- Ideación suicida

2.5. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Los siguientes términos fueron tomados del “Diccionario de Psicología” de Natalia Consuegra Anaya (2010, págs. 3, 45, 46, 68, 95, 130, 147, 153, 154, 159, 176), que permitió definir con mayor precisión, claridad y confiabilidad, los distintos términos desconocidos en la investigación.

A continuación se describirá cada uno de ellos con su respectiva fuente:

1. Acogida.- Protección y cuidado que ofrece una persona a quien necesita ayuda o refugio.

2. Cognición.- Valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. / Pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. Según Beck, en el sistema de cogniciones de las personas se pueden diferenciar.

3. Depresión.- Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, con manifestaciones en las esferas somáticas (trastornos psicomotores, del apetito, del sueño, fatiga) y cognitiva (trastornos de la atención, apatía, abulia, angustia severa, temores irracionales, hipocondrías, pensamientos obsesivos e ideación suicida).

4. Enfermedad mental.- Proceso que resulta de un intento fallido del sujeto de adaptarse activamente a la realidad y de enfrentar y resolver las ansiedades básicas, y, en especial, el núcleo depresivo patogenético universal.

5. Género.- Red de creencias, rasgos de la personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintivos.

6. Identidad de género.- La forma en que una persona se identifica como perteneciente a uno u otro sexo. Incluye tres facetas: percepción individual de ser hombre o mujer, rol sexual y la orientación sexual.

7. Pensamientos suicidas.- Conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte.

8. Suicidio.- El resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida. El acto puede ser provocado por huir una situación, el duelo, castigo, crimen, venganza, chantaje, sacrificio, etc.

9. Violencia.- Toda acción u omisión que, causando daño físico, emocional o sexual a una persona, vulnera sus derechos y le impida el pleno desarrollo de sus potencialidades.

10. Patriarcal.- una situación de distribución desigual del poder entre hombres y mujeres en la cual los varones tendrían preeminencia en uno o varios aspectos, tales como la determinación de las líneas de descendencia, los derechos de primogenitura, la autonomía personal en las relaciones sociales, la participación en el espacio público, político o religiosos, o la atribución de estatus a las distintas ocupaciones de hombres y mujeres determinadas por la división sexual del trabajo.

CAPÍTULO III
MARCO
METODOLÓGICO

3.1. MARCO METODOLÓGICO.

3.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- **Cuantitativa:** Debido a que se realizó un estudio estadístico de las variables independiente Violencia de género y dependiente Ideación suicida a través de la encuesta y la escala respectivamente, que me permitió conseguir los resultados numéricos de la investigación.
- **No experimental:** Se ocupó el modelo no experimental, ya que se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad, también no se manipulo deliberadamente las variables, para una posterior investigación.

3.1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Descriptiva:** El propósito es describir situaciones y eventos, explicar como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Se mide las variables por separado cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. Requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder.
- **Transversal:** Porque que se realizó en un tiempo determinado, octubre 2015 – marzo 2016, con una duración de 6 meses de estudio.
- **De Campo:** Esta investigación se realizara en la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba, se centrara en hacer el estudio donde el fenómeno se da de manera natural, de este modo se buscara conseguir la situación lo más real posible.

3.1.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

- **Exploratoria:** Ya que es considerada como el primer acercamiento científico a un problema. Se la utiliza cuando este aún no ha sido suficientemente estudiado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población**

La Población corresponde a 50 mujeres que presentan violencia de género y acuden por primera vez a la Sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

- **Muestra**

La muestra es no probabilística, ya que no se utilizó ninguna fórmula estadística esta fue seleccionada de acuerdo al criterio del investigador, fueron seleccionadas en función de la presencia de ideación suicida luego de la aplicación del reactivo. La muestra corresponde a 16 mujeres.

Se utilizó los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterio de inclusión:

- Pacientes mujeres de 17 años en adelante.
- Mujeres que presentan Violencia de Género y acuden por primera vez a la sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Luego de la aplicación de la Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género y la Escala de Ideación Suicida (SSI) a las 50 mujeres que presentan violencia de género, 16 escalas fueron validadas para la investigación.

Criterio de exclusión:

- Pacientes menores de 17 años de edad.
- Mujeres que presentan violencia de género y acuden a seguimiento psicológico.
- Después de aplicar la Escala de Ideación Suicida (SSI), se determinó que 34 mujeres que presentan violencia de género serán excluidas porque no presentan Ideación Suicida.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnicas.

- **Reactivo psicológico:** Es un instrumento cuyo objeto es medir o evaluar una característica psicológica específica, o rasgos generales de la personalidad de un individuo.

3.3.2. Instrumentos.

- **Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en las mujeres que acuden a la sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba. (Anexo 1)**

Diseñada por Jairo Reinoso, egresado de Psicología Clínica, tomando como base la ficha única de registro de violencia intrafamiliar y de género del ministerio de salud pública, es una encuesta constituida por 11 ítems de selección múltiple, en los cuales se evalúa las características de la agresión, la frecuencia de la agresión, tipo de agresión, relación con el agresor, razones por las cuales se dio la agresión. Esta encuesta tiene como objetivo recopilar la mayor cantidad de información acerca de la agresión, tal como se lo realiza con la ficha.

Consigna: Se pide a la paciente que lea detenidamente cada una de las preguntas de la encuesta y que responda de la manera más honesta posible con una (x) en relación a su situación actual.

Valoración: Se tomara en cuenta cada una de las respuestas de las pacientes para poder determinar las características del tipo de violencia y su frecuencia.

- **Escala de Ideación Suicida (SSI) (A.T. Beck, Kovacs, A. Weissman) (Anexo 2).**

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck en 1979 para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

Consigna: Es una escala de 19 ítems que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

Valoración: El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 ítems.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.

Fuente: (Beck, Kovacs, & Weissman, Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psycho, 1979)

- **Consentimiento informado (Anexo 3)**

El consentimiento informado en el área clínica en investigativa tiene que entenderse como la aceptación por parte del paciente, competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica.

Se realizó el consentimiento informado para explicar a cada una de las pacientes el objetivo de la investigación y el porqué de la aplicación de la encuesta y la escala respectivamente.

3.4. TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Los resultados obtenidos de la Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia y la Escala de Ideación Suicida (SSI) fueron analizados mediante la estadística básica en el programa Microsoft Excel; los resultados fueron representados a través de cuadros y gráficos estadísticos, para posteriormente elaborar las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
DATOS

4.1. Resultados de la aplicación de la Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

TABLA N°1
Encuesta para determinar el tipo de violencia de género

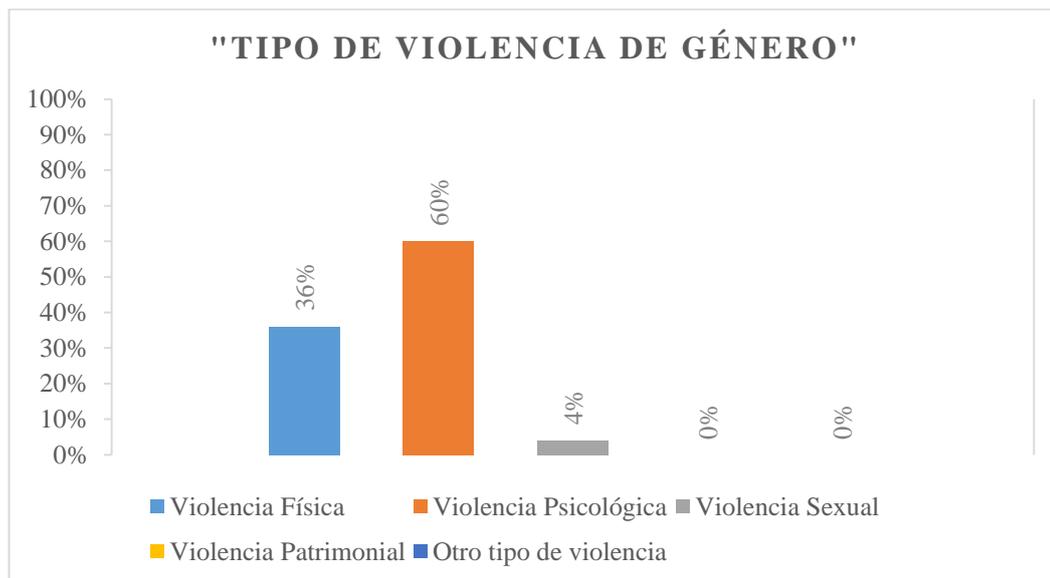
TIPO DE VIOLENCIA DE GENERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
VIOLENCIA FÍSICA	18	36%
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	30	60%
VIOLENCIA SEXUAL	2	4%
VIOLENCIA PATRIMONIAL	0	0%
OTRO TIPO DE VIOLENCIA	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Jairo Reinoso

GRAFICO N°1

“Tipos de violencia de género en mujeres que acuden a la sala de primera acogida”.



Fuente: Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Jairo Reinoso

Análisis

A la población total de mujeres que presentan violencia de género y acuden a la Sala de primera acogida se aplicó la encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género a un total de 50 mujeres, correspondiente al 100% de la población, de las cuales 30 mujeres presentan Violencia Psicológica equivalente al 60%, 18 mujeres presentan Violencia Física equivalente al 36% y 2 mujeres Violencia Sexual equivalente al 4% y 0% patrimonial y de otro tipo.

Interpretación

Según el INEC se conoce que a nivel nacional el tipo de violencia más recurrente en mujeres es la Psicológica seguido por la violencia Física posteriormente la violencia Sexual y finalmente la violencia Patrimonial.

Tomando en cuenta los datos emitidos por el INEC y al analizar los datos recopilados en la investigación en la sala de primera acogida podemos observar que en las mujeres que acuden existe una mayor tendencia a padecer Violencia Psicológica ya que esta es una de las más prevalentes y recurrentes en este servicio, está constituida de una serie de componentes como: el miedo, insultos, control, amenazas, improperios, agresiones verbales, limitación de la libertad, de la autonomía y vulneración de los derechos, en segundo lugar encontramos la Violencia Física que después de convertirse en una dinámica constante entre las pacientes y el agresor, es denunciada ya que en sus inicios es tomada como algo normal en la relación de pareja, las agresiones físicas se repiten en el transcurso del tiempo, con menor o mayor frecuencia, la violencia sexual la encontramos con menor incidencia, tomándola como casos aislados, son pocas las denuncias que se dan de este tipo pero sin restarle importancia ya que es uno de los tipos de violencia a los cuales se ven más expuestas las mujeres por el contexto biológico y socio-cultural.

4.2. Resultados de la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) a mujeres que presentan violencia de género.

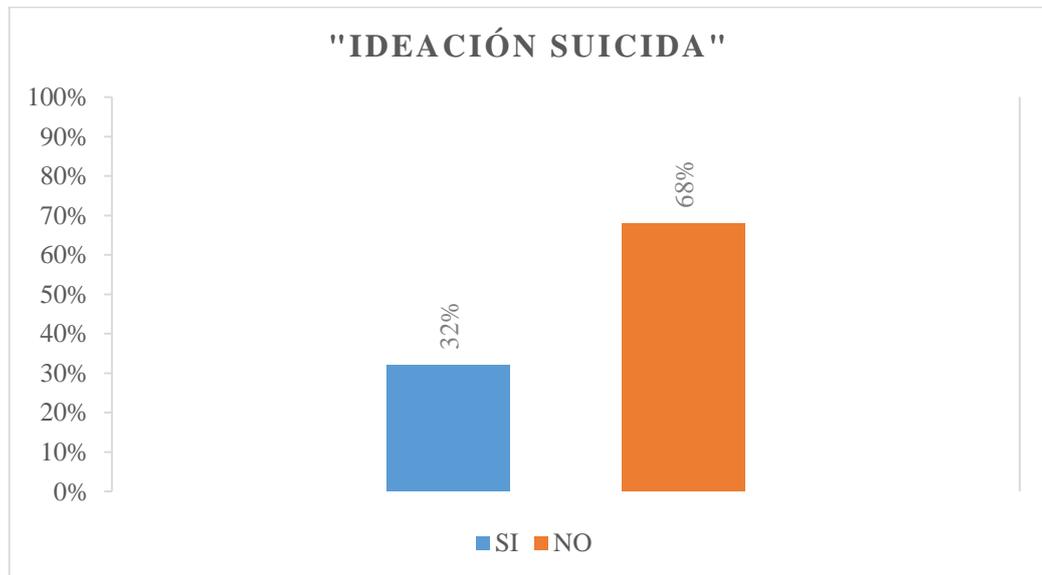
TABLA N°2
Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) a mujeres que presentan violencia de género.

IDEACIÓN SUICIDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	16	32%
NO	34	68%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), aplicada a las mujeres víctimas de violencia de género.

Elaborado por: Jairo Reinoso

GRAFICO N°2
“Ideación Suicida en mujeres que presentan violencia de género”



Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), aplicada a las mujeres víctimas de violencia de género.

Elaborado por: Jairo Reinoso

Análisis

Posterior a la aplicación de la escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) y calificación de la misma, de una población de 50 mujeres que presentan violencia de género que es el 100%, arrojó los siguientes resultados: con la mayor población de 34 mujeres que corresponde al 68% no presentan ideación suicida y con 16 mujeres que corresponde al 32% si presentan ideación suicida.

Interpretación

En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres. (Moscicki, 1995).

Por lo tanto al conocer el porcentaje de mujeres que si tienen ideación suicida, se evidencia que no es un alto índice, pero se comprueba que la violencia de genero sí influye en la aparición de ideación suicida, para comprender por qué se dio la ideación suicida en estas mujeres se deberá entender y determinar los factores desencadenantes y mantenedores que la generaron, en el caso mayoritario de mujeres en las que no se evidencia ideación suicida debemos tomar en cuenta que podrían presentar otros problemas psicológicos los cuales no son objeto de estudio en esta investigación, además de los factores protectores personales como personalidad, autoestima y sobre todo redes de apoyo que influyen en las consecuencias de la violencia de genero.

4.3. Análisis comparativo de los resultados de los tipos de violencia de género encontrados y la ideación suicida en mujeres que acuden a la Sala de Primera Acogida

TABLA N°3
“Tipos de violencia e Ideación suicida.”

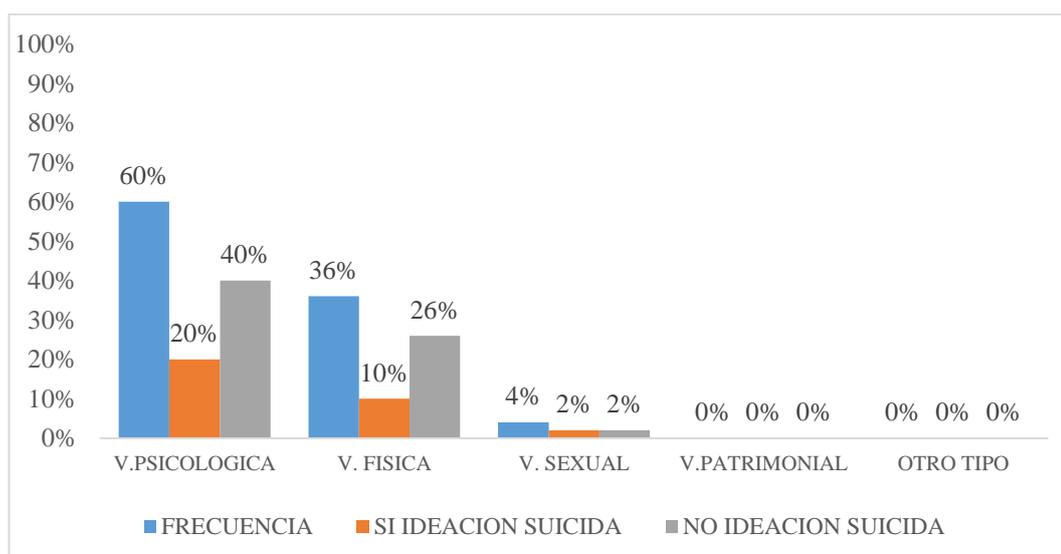
TIPOS DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IDEACIÓN SUICIDA			
			SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE
V.PSICOLOGICA	30	60%	10	20%	20	40%
V. FISICA	18	36%	5	10%	13	26%
V. SEXUAL	2	4%	1	2%	1	2%
V.PATRIMONIAL	0	0%	0	0%	0	0%
OTRO TIPO	0	0%	0	0%	0	0%
SUBTOTAL	0	100%	16	32%	34	68%
TOTAL	50	100%	50		100%	

Fuente: Resultados de los tipos de violencia de genero encontrados y la presencia de ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de género que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Jairo Reinoso

GRAFICO N°3

“Tipos de violencia de genero con presencia de Ideación suicida”.



Fuente: Resultados de los tipos de violencia de genero encontrados y la presencia de ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de género que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Elaborado por: Jairo Reinoso

Análisis

De las 50 mujeres que presentan violencia de género y que corresponde al 100% podemos evidenciar que: 10 mujeres equivalentes al 20% presentan mayor prevalencia de Ideación suicida ya que han sufrido Violencia Psicológica y 40% no presentan Ideación suicida, 5 mujeres equivalentes al 10% presentan Ideación suicida ya que han sufrido Violencia Física y 26% no presenta Ideación suicida, 1 mujer equivalente al 2% presenta Ideación suicida ya que ha sufrido Violencia Sexual y 2% no presenta Ideación suicida, 0% presentan Violencia Patrimonial y 0% otro tipo de violencia.

Interpretación

Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tienen problemas psicológicos moderados o graves. Y además dentro de la población de mujeres maltratadas existen diferencias significativas tomando en cuenta por ejemplo el tipo de maltrato al que han estado expuestas. (Lorente, 2001)

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto podemos confirmar que las mujeres que presentan violencia de género se ven expuestas a padecer algún tipo de problema psicológico, se evidencia que el tipo de violencia que genera mayor ideación suicida en las mujeres es la psicológica, seguida por la física y por último la violencia sexual, dejando de lado la violencia patrimonial que no se evidenció en las pacientes, debemos comprender que la violencia de género no solo provoca Ideación Suicida como ya lo hemos palpado, esta problemática tiene varios componentes como consecuencias y debemos tomar en cuenta el porcentaje de pacientes que no presentaron Ideación suicida ya que ese grupo mayoritario puede haber presentado otros problemas psicológicos como: ansiedad, estrés postraumático, trastornos alimenticios, alteraciones del sueño, depresión que podría desencadenar en conductas suicidas al no ser identificadas a tiempo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación he podido llegar a las siguientes conclusiones:

- Mediante la aplicación de la encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en las mujeres que acuden a la sala primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba aplicada a 50 mujeres, se ha podido identificar que el tipo de violencia más frecuente es la Psicológica con un 60%, seguida de violencia Física con 36%, y por último con un 4% violencia Sexual, 0% de violencia Patrimonial y 0% de Otro tipo de violencia, dando así un total del 100%.
- Después de aplicar la escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) a las mujeres que presentan violencia de género, se ha podido reconocer que un 32% de mujeres tienen ideación suicida y un 68% no la tienen, tomando en cuenta que el objetivo de la investigación es evidenciar la ideación suicida, se debe enfatizar que podría existir otros problemas psicológicos que no han sido objeto en la investigación.
- Al asociar el resultado obtenido de la encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en las mujeres que acuden a la Sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba con la Escala de ideación suicida de Beck (SSI), encontramos que 20% de las mujeres que presentan Violencia Psicológica tienen Ideación suicida y 40% no tienen Ideación suicida, 10% de mujeres que presentan Violencia Física tienen Ideación suicida y 26% no tienen Ideación suicida, 2% de mujeres que presentan Violencia Sexual tienen Ideación suicida y 2% no la tienen, 0% de mujeres presenta Violencia Patrimonial y 0% presentan Otro tipo de Violencia, dando así un total del 100%.
- Se diseñó un Plan de Intervención psicológica en base a la Ideación suicida en mujeres que presentan violencia de género, con el fin de disminuir dichos pensamientos y fortalecer su esfera cognitiva para generar bienestar y lograr una adecuada adherencia al tratamiento multidisciplinario.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Sala de primera acogida, realizar talleres para la población general que acude a las instalaciones del Hospital Provincial General Docente Riobamba en las que se tratara temas concernientes a la prevención de la violencia de género para concientizar a los usuarios acerca de los derechos y como evitar su vulneración.
- Se recomienda al Hospital Provincial General Docente Riobamba implementar un profesional psicoterapeuta o psicólogo clínico adicional en la Sala de primera acogida ya que existe una demanda creciente de pacientes, y no pueden ser atendidos con la inmediatez que sus casos lo ameritan.
- En los casos de pacientes en los cuales se evidencia problemas que pueden afectar su integridad, se recomienda realizar la derivación a otros profesionales de Salud Mental, como psiquiatría de ser necesario, el trabajo en estos casos es integral y multidisciplinario, también se debería reevaluar periódicamente a las pacientes que presentan Ideación suicida, para poder verificar que están realizando el tratamiento de forma adecuada y sobre todo para salvaguardar su integridad y la de sus familiares.
- Sería de gran utilidad para las mujeres que presentan violencia de genero de cualquier tipo, que se cree un grupo de apoyo, para fortalecer sus redes y de esta manera que puedan compartir sus experiencias con personas que han vivido o están viviendo circunstancias parecidas o iguales a las de ellas.

BIBLIOGRAFIA

- Alberdi, I., & Matas, N. (2009). *La violencia domestica*. España.
- Alcantar, I. (2010). <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx>. Obtenido de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf
- Bebel, A. (1879). *La mujer en el socialismo*. Madrid: Akal.
- Beck, A., & Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, inc.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). *Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psycho.*
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Gary, E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A., Steer, R., & Ranieri, W. (1988). *Scale for Suicide Ideation, Psychometric properties*. Journal of Clinical Psychology.
- Becker, D., & Beeble, S. &. (2011). <http://eprints.ucm.es>. Obtenido de <http://eprints.ucm.es/28942/1/T35895.pdf>
- Blanco Prieto, P., & Ruiz Jarabo, C. (2005). *La violencia contra las mujeres. Prevencion y deteccion*. España: Diaz de Santos.
- Botega, J., Gomes, D., Volk da Silva, S., Carlos, D. S., Rapeli, B., Cecconi, P., & Stefanello, S. (2005). www.scielo.br. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400011
- Burns, D. (1990). *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós.
- Ceballos, G., & Del Toro, J. (2008). *Cartilla para la prevención del suicidio*. Santa Marta: Unimagdalena.

- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: ECOE EDICIONES.
- Delgado, M., & Erazo, F. (2011). *Cónyuges agresivos y mujeres maltratadas atendidas en la comisaria de la familia de Riobamba*. Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias De la Salud, Carrera de Psicología Clínica. Riobamba.
- DSM-IV-TR. (2004). Barcelona: Masson.
- Gonzalez, C. (1996). *www.redalyc.org*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29115206.pdf>
- Harris, E., & Barraclough, B. (2003). Suicide as an outcome for mental disorders, A meta-analysis. *Br J Psychiatry. Revista futuros*, 170-171.
- Hospital San Juan Capestrano. (10 de Marzo de 2016). *www.sanjuancapestrano.com*. Obtenido de <http://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/pensamiento-suicida/sintomas-efectos>
- IMPsicologa. (24 de Octubre de 2003). *www.impsicologa.com*. Obtenido de <http://www.impsicologa.com/#!%C2%BFEn-qu%C3%A9-consiste-la-terapia-cognitivoconductual/c1z99/48892521-546F-4BB9-84FB-9C8540E5FB5B>
- INEC. (19 de Marzo de 2012). <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/sitio_violencia/boletin.pdf
- Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., & Pérez, Í. (2012). *www.uam.es*. Obtenido de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Ley contra la violencia a la mujer y a la familia. (29 de Noviembre de 1995). *www.cepal.org*. Obtenido de http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesViolencia/ECU/1995_ECU_Ley103.pdf

- Lorente, A. (2001). *Mi marido me pega lo normal: Agresión a la mujer : realidades y mitos*. Barcelona: Ares y Mares.
- Márquez, D. J. (2007). *Perspectiva Biofísica, Neurofísica Cuántica Molecular del suicidio*. En: *El suicidio y su prevención: Academia Nacional de Medicina. Primera Edición*. Bogotá.
- Mejia, D. (08 de Marzo de 2015). <http://www.eluniverso.com>. Obtenido de <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/03/08/nota/4630861/machismo-sigue-sosteniendo-violencia-genero>
- Mondragón, L., Saltijera, M., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). www.uade.inpsiquiatria.edu. Obtenido de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf
- Moron, P. (1987). *El suicidio*. Mexico: Cruz.
- Moscicki, E. (1995). *Epidemiology of Suicidal Behavior*. USA: Blackwell Publishing Ltd.
- MSP. (23 de Noviembre de 2012). <http://www.salud.gob.ec>. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/no-a-la-violencia-contras-las-mujeres-msp-brinda-atencion-especializada-en-salas-de-primera-acogida/>
- MSP. (Diciembre de 2014). *Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género*. Quito: HealthEditor Cia. Ltda. Obtenido de <http://somosalud.msp.gob.ec/>
- OMS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: World report on violence and health.
- OMS. (20 de Junio de 2013). <http://www.who.int>. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

- OMS. (20 de Junio de 2013). *www.who.int*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
- OMS. (01 de Marzo de 2016). *www.who.int*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- OMS. (2016). *www.who.int*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- ONU. (20 de Diciembre de 1993). <http://www.ohchr.org>. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- ONU. (6 de Julio de 2006). *www.ceipaz.org*. Obtenido de <http://www.ceipaz.org/images/contenido/Estudio%20a%20fondo%20sobre%20todas%20las%20formas%20de%20violencia%20contra%20la%20mujer.pdf>
- ONU. (2006). *www.endvawnow.org*. Obtenido de <http://www.endvawnow.org/es/articles/300-causas-factores-de-riesgo-y-de-proteccion.html>
- ONU. (Agosto de 2015). *www.who.int*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
- Pacheco, B. (2013). *EL FEMINICIDIO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PROVINCIA DE OCAÑA, NORTE DE SANTANDER, ENTRE LOS AÑOS 2004-2011: ANÁLISIS SOCIAL DE LA COMUNIDAD Y LA NORMATIVIDAD IMPERANTE EN COLOMBIA*. Universidad de Santander, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela Derecho. Santander-Ocaña.
- Páez, L. (Febrero de 2011). *www.eumed.net*. Obtenido de www.eumed.net/rev/cccss/11/
- Palmer, S. (2007). *Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention*. . New York: Routledge.

- Ramirez, N. (2006). *www.uade.inpsiquiatria.edu*. Obtenido de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf
- Ruiz, Y. (2007). *http://repositori.uji.es*. Obtenido de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78453/forum_2007_18.pdf.txt;jsessionid=0B54232937036394621CBB8F0902D32D?sequence=3
- Villalobos, F. (2009). *IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES: FORMULACIÓN Y VALIDACIÓN DEL MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Y SUPERIOR*. Universidad de Granada, Facultad de psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Granada.
- Villardón, G. (1993). *El pensamiento de suicidio en el adolescente*. España: Instituto de Ciencias de la Educación. Obtenido de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf
- Walker, L. (1979). *The Battered Women*. Nueva York: Harper and Row Publishers, Inc.
- Yina, Q., Serrano, J., Rosero, J., Pizani, M., Jose, P., & Gallardo, C. (2014). *http://www.elmachismoesviolencia.gob.ec*. Obtenido de <http://www.elmachismoesviolencia.gob.ec/investigaciones/chimborazo.pdf>

ANEXOS

(ANEXO 1)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género en las mujeres que acuden a la sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba periodo octubre 2015-marzo 2016.

Datos Sociodemográficos	
Edad:	Vivienda:
Escolaridad:	Servicios básicos:
Estado civil:	Ocupación:

Por favor, lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con una x las respuestas que Ud. considere acorde a su situación actual.

¿Sabe Ud. que es la violencia de género?

Sí__ No__

1.- ¿Actualmente Ud. es víctima de violencia?

Sí__ No__

2.- ¿Qué tipo de violencia ejercen sobre Ud.?

Física__ Psicológica__ Sexual__ Patrimonial__ Otra__

3.- ¿Con que frecuencia es Ud. víctima de violencia?

A diario___ Semanalmente___ Mensualmente___ Otros___

4.- ¿Cuáles son los motivos que le llevan a ejercer violencia sobre Ud.?

Influencia de celos___ Alcoholismo o uso de drogas___
Machismo_

Factores económicos___ Racismo___ Hizo algo para provocarle___

Perdida momentánea del control___ Otros ___

5.- ¿Desde hace cuánto tiempo es Ud. víctima de violencia?

Dos meses___ Tres meses___ Seis meses___

Más de seis meses___ Otro___

6.- Ud. fue violentada con:

Palabras___ Cuerpo___ Arma blanca___ Objeto pesado___

Otros: _____

7.- ¿Qué relación tiene Ud. con el agresor?

Familiar___ Cónyuge___ Conviviente___

Novio___ Jefe___ Compañero de Trabajo___

Otro_____

8.- ¿Cuándo crees que comienzan las primeras agresiones en la pareja?

Noviazgo___ Después del matrimonio___ Tras tener los hijos___

Al independizarse los hijos___

9.- ¿Si se tienen hijas/os, hay que aguantar los malos tratos por el bien de las niñas/as?

Acuerdo___

Desacuerdo___

10.- ¿Cuál cree Ud. que es el rol del hombre en la sociedad?

Sustento económico familiar___ Protección de la familia___

Crianza de hijos___ Cuidado del hogar___

11.- ¿Cuál cree Ud. que es el rol de la mujer en la sociedad?

Sustento económico familiar___ Protección de la familia___

Crianza de hijos___ Cuidado del hogar___

(ANEXO 2)

ESCALA DE IDEACION SUICIDA (SSI)	
1. <i>Deseo de vivir</i>	0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i>	0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i>	0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i>	0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i>	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. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i>	0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i>	0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i>	0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i>	0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i>	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. <i>Razones para el intento contemplado</i>	0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

<p>12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i></p> <p>0. No considerado</p> <p>1. Considerado, pero detalles no calculados</p> <p>2. Detalles calculados/bien formulados</p>
<p>13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i></p> <p>0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad</p> <p>1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa</p> <p>2. Método y oportunidad accesibles</p> <p>2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto</p>
<p>14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i></p> <p>0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente</p> <p>1. Inseguridad sobre su valor</p> <p>2. Seguros de su valor, capacidad</p>
<p>15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i></p> <p>0. No</p> <p>1. Incierto</p> <p>2. Sí</p>
<p>16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)</p> <p>2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)</p>
<p>17. <i>Nota suicida</i></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada</p> <p>2. Nota terminada</p>
<p>18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos</p> <p>2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales</p>
<p>19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i></p> <p>0. Reveló las ideas abiertamente</p> <p>1. Frenó lo que estaba expresando</p> <p>2. Intentó engañar, ocultar, mentir</p>

(ANEXO 3)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

A los __ días del mes de _____ del 201_, Yo, (nombres completos) __
_____ identificada(o) con la cédula de
ciudadanía número _____-una vez informada(o) sobre la finalidad con que se
manejarán los resultados de los procedimientos que se van a realizar, para uso único y
exclusivo de investigación académica universitaria; otorgo de manera libre, voluntaria y
sin coacción alguna el consentimiento para:

1. La aplicación de la escala de ideación suicida (SSI).
2. La aplicación de encuesta para determinar el tipo y la frecuencia de violencia de género.

OBSERVACIONES: _____

Declaro que he entendido el presente documento y como constancia de ello firmo.

FIRMA: _____

Cédula de identidad o Pasaporte: _____