



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología

**IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
ATENDIDAS EN LA CASA DE ACOGIDA MARÍA AMOR**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

PSICÓLOGA CLÍNICA

Autora: Ana Gabriela Moncayo Loor

Directora: Magister Cesibel Ochoa Pineda.

Cuenca, Ecuador

2016

DEDICATORIA

Ante todo, quiero dedicarle este trabajo primeramente a Dios por ser mi guía durante todo este proceso académico pero sobre todo por bendecirme en cada paso que he dado para alcanzar mis metas. A mis padres por ser la fuente motivadora para salir adelante y por su apoyo incondicional durante toda mi vida, por enseñarme a creer y confiar en mí para ser una profesional con ética. A mi hermano quien ha sido el pilar de mi vida en cada tropiezo y logro.

A mi directora de tesis, Magister Cesibel Ochoa, quien merece mi cariño, respeto, admiración y gratitud, pues fue la persona que mostró todo su apoyo y paciencia para que este trabajo de investigación finalizara con éxito.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente mis agradecimientos infinitos son para mi Dios; quien me ha mantenido de pie en momentos difíciles y quien nunca me ha abandonado. Por haberme dado la fuerza, sabiduría y paciencia para lograr esta meta.

A mis padres y hermano por enseñarme valores para ser mejor persona y quienes han caminado junto a mí brindándome su apoyo en cada una de mis actividades.

A la Universidad del Azuay, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Escuela de Psicología, por darme la oportunidad de formarme profesionalmente.

Además un agradecimiento especial a la Magister Cesibel Ochoa por la confianza depositada sobre mí, por darme todo su apoyo como directora, esforzándose e impulsándose a la culminación de este trabajo; de igual manera quiero dar mis profundos agradecimientos a los miembros de mi tribunal los maestros Aida Cazar y Leopoldo Rodas quienes aportaron en gran manera en la elaboración de este trabajo, con sus conocimientos.

Finalmente agradezco a todas las mujeres de la Fundación María Amor quienes fueron la inspiración para realizar este trabajo, de igual manera agradezco al equipo de trabajo por el apoyo y conocimiento brindado, por abrirme las puertas para trabajar en la temática de violencia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	11
1. VIOLENCIA Y SUICIDIO.....	11
1.1. Violencia de género	11
1.2. Antecedentes históricos	13
1.3. Legislación de la violencia	17
1.3.1. Legislación ecuatoriana ante la violencia.....	18
1.4. Bases teóricas de la violencia de género.....	19
1.4.1. Definición de violencia.....	19
1.4.2. Tipos de violencia.....	21
1.4.3. Círculo de la violencia.....	23
1.4.4. Causas y factores asociados a la violencia de género.....	24
1.4.5. Factores de riesgo	25
1.4.6. Factores desencadenantes	25

1.4.7.	Efectos de la violencia	26
1.5.	Suicidio	28
1.5.1.	Definición de suicidio.....	28
1.5.2.	Conductas suicidas	29
1.5.3.	Factores de riesgo suicida.....	29
1.5.4.	Tasa de suicidio en nuestra región.....	31
1.6.	La violencia contra la mujer como factor de riesgo suicida	33
CAPÍTULO II		35
2.	METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS	35
2.1.	Método	35
2.1.1.	Diseño.....	35
2.1.2.	Participantes	35
2.1.3.	Criterios de inclusión.....	36
2.1.4.	Criterios de exclusión	36
2.1.5.	Consideraciones éticas.....	37
2.1.6.	Instrumentos de evaluación	37
2.2.	Procedimiento	39
2.3.	Procesamiento de los resultados.....	40
2.4.	Resultados	40
CAPÍTULO III		53
3.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
3.1.	Conclusiones.....	53

3.2. Recomendaciones	54
4. Referencias Bibliográficas	56
5. Anexos.....	61

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Datos descriptivos.....	41
Tabla 2. Datos estadísticos de edad	42
Tabla 3. Frecuencia de tipo de abuso.....	43
Figura N° 1. Tipo de abuso	45
Tabla 4. Tipo de asistencia según los meses de atención	45
Tabla 5. Preguntas de la Escala de riesgo suicida de Plutchik y HM Van, Praga	46
Tabla 6. Tipo de consulta según el mes de realizada.....	48
Figura N° 2. Riesgo de suicidio.....	50
Tabla 7. Prueba de Ji Cuadrado.....	51
Tabla 8. Prueba de Ji Cuadrado.....	52
Tabla 9. Prueba de Ji Cuadrado.....	53

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal conocer cuál es el nivel de riesgo de ideación suicida en 49 mujeres víctimas de violencia que asistieron de noviembre a enero de 2016 a la casa María Amor por atención ambulatoria o de acogida. Es una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, comparativo de corte transversal. Se utilizó la Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa y la Escala de riesgo suicida de Plutchik (1994). El nivel de instrucción y socioeconómico influyen en el maltrato. El riesgo de ideación suicida asciende al 81% de la muestra. Por ello, es urgente un nuevo planteamiento psicosocial hacia las mujeres violentadas para prevenir el suicidio.

Palabras clave: violencia de género, ideación suicida, riesgo suicida, víctima.

ABSTRACT

The main objective of this study was to know what the risk level of suicidal ideation is in 49 women victims of violence who attended *Casa Maria Amor* shelter for outpatient care or foster care from November to January 2016. This is a quantitative, descriptive, comparative cross-section type research. The *Echeburúa* semi-structured interview and the Plutchik (1994) Suicide Risk Scale were conducted with the victims of domestic abuse. Education and socioeconomic levels influence in the abuse. The risk of suicidal ideation in the sample group is 81%. Therefore, it is urgent to present a new psychosocial approach to prevent suicide among women victims of violence.

Keywords: Gender-Based Violence, Suicidal Ideation, Suicide Risk, Victim



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

A través de la experiencia de trabajo de la casa de acogida con mujeres víctimas de violencia de género se pudo observar que es común que estas mujeres lleguen en crisis emocionales debido a su situación de violencia y por tanto se ha visto la necesidad de evaluar el índice de ideación suicida en las mujeres ya que constantemente llega una población de mujeres en situaciones con un alto riesgo de pensamientos suicidas considerando a la violencia de género como uno de esos factores de conductas autolesivas. Además el suicidio está presente en la violencia contra las mujeres, en nuestra sociedad ya que al llegar a la casa de acogida para apoyo emocional debido al círculo de la violencia suelen sentirse desvalorizadas, humilladas, inferiores y poco autónomas para una sobrevivencia y para el cuidado de sus hijos, considerando que uno de los factores de salida a sus problemas es la muerte.

Sin embargo, debido a su importancia, y considerando las dificultades por escasas teóricas, el presente estudio pretende mostrar un índice de mujeres víctimas de violencia que tienen ideación suicida; con el fin de aportar nuevos datos que ayuden la consideración de tratamiento a mujeres víctimas de violencia. Por lo señalado, la presente investigación propuso evaluar el nivel de riesgo de ideación suicida en dichas mujeres que se encuentran acogidas en la casa María Amor o quienes visitan eventualmente de manera ambulatoria para consulta externa, considerando que se realizó un estudio comparativo entre estos dos grupos.

De esta forma en el primer capítulo se realiza una exposición teórica de la violencia de género que respecta definiciones, antecedentes, causas, efectos y sus diferentes factores; del mismo modo, aborda con el tema del suicidio, sus características, conductas autolesivas y factores del mismo. En este marco, se destacan diferentes

autores y organizaciones aliadas a las teorías de género y violencia. Así mismo se destacan estudios sobre el suicidio en nuestra región acotando equivalentes sobre el tema en Latinoamérica y el Ecuador.

En el segundo capítulo, se exponen definiciones y particularidades metodológicas de la investigación, así como el uso de los instrumentos utilizados como lo son la Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa y la Escala de riesgo suicida de Plutchik. Además, en este capítulo se exponen los resultados estadísticos y comparativos que demuestran que las mujeres víctimas de violencia tienen un alto porcentaje de riesgo suicida debido a distintos factores sociodemográficos y externos.

Respecto al tercer capítulo, luego de una ardua revisión metodológica y analizando los resultados, se realizan las debidas conclusiones y recomendaciones acerca del trabajo realizado, obteniendo de cierta manera conclusiones que giran en torno a los principales hallazgos, mientras que con las recomendaciones se espera contribuir con más elementos que permitan controlar los riesgos que existen al trabajar con esta población.

CAPÍTULO I

1. VIOLENCIA Y SUICIDIO

La violencia se presenta en todos los países del mundo, a pesar de diferentes grupos sociales, económicos, religiosos o culturales. Los estudios se basan principalmente en la violencia ejercida por parte del hombre hacia la mujer, debido a que estadísticamente este fenómeno es superior (Moreno, 1999).

Además ésta, comprende también no solo a nivel físico sino también de tipo psicológico, sexual, de aislamiento y control social, que suelen pasar mucho más desapercibidos (Armentia, Caminos, Marín, & Ganzabal, 2012).

Blanco et al. (2004) refieren que habitualmente, existen diferentes tipos de violencia en una misma relación de pareja. En muchas ocasiones, comienza con conductas de control y desvalorización hacia la mujer. Más adelante, es frecuente la violencia sexual y si no se logran los objetivos de obediencia y sumisión por parte de la mujer, suele pasar a ser física ya que está en completo desequilibrio en cuanto a las relaciones de poder existiendo desigualdad en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a que hoy por hoy ha habido avances en las legislaciones nacionales e internacionales por la lucha de la igualdad de derechos.

1.1. Violencia de género

La palabra género ha sido fundamental para entender cómo son los mecanismos que relacionan a un determinado sexo y cómo las construcciones socioculturales nos definen como hombres y mujeres. Fue utilizada inicialmente en las teorías feministas como oposición al sexo y el objetivo era el de visualizar que la pertenencia a un sexo

determinado no nos hacía hombres y mujeres y que, lo que marcaba las concepciones en torno a los cuerpos no era la determinación biológica que supuestamente daba el sexo sino la cultura (Gallego & García, 2011).

El concepto de género fue propuesto por la antropóloga norteamericana Gayle Rubin en el año de 1976. Los fundamentos teóricos de esta autora pueden explicar cómo las diferencias sexuales van convirtiéndose en desigualdad y de la misma manera han ido creando argumentos de poder entre hombres y mujeres. A partir de esto, se afirma que el dominio masculino, la discriminación hacia las mujeres y el rechazo a sus derechos no obedecen a las características biológicas, sino que son el resultado de las construcciones sociales y culturales de las identidades de género. El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, es una construcción social elaborados por una comunidad en un momento histórico determinado y que incluye los procesos de enseñanza y aprendizaje. Además es una variable de diferentes factores tales como la etnia, edad, cultura, nivel de escolaridad, nivel socio económico, procedencia rural o urbana (García & Cabral, 2015).

Los organismos internacionales han definido género de la siguiente forma:

Conjunto de pautas de conductas o patrones de relaciones asignados a cada sexo en las diferentes culturas. Se utiliza para demarcar las diferencias socioculturales que existen entre hombres y mujeres y que son impuestas por el sistema de organización político, económico, cultural y social, y por lo tanto, son modificables. (Machado & Parra, 2011, p. 4)

Como manifiestan Cabral y García (2015) el problema es, que se trata de un orden social que perturba las diferencias sexuales convirtiéndolas en desigualdades sociales y en oposiciones entre los sexos, desigualdad genérica, por lo que el género se convierten en un contexto de relaciones jerárquicas y desiguales de poder, de control y dominación

del hombre sobre la mujer. Además estos mismos autores señalan que las relaciones desiguales entre hombres y mujeres comienzan a visibilizarse al ser denunciadas, cuestionadas y desmontadas, en principio, por el movimiento feminista y las luchas de las mujeres por la igualdad y defensa de sus derechos, lo cual ha sido una lucha y práctica política, fundamentalmente cuando la acción se orienta a la transformación de las relaciones sociales entre los sexos.

En el marco de la cultura patriarcal, el concepto de dominación masculina se encuentra íntimamente vinculado al de violencia masculina, ya que ésta es el uso de la fuerza como método para la resolución de conflictos interpersonales es legitimada con más frecuencia cuando la emplean los varones, en función de un modelo que se apoya en la supremacía masculina. Por tal manera, se entiende entonces, a la violencia de género, como una agresión hacia las mujeres, quienes desde los antepasados asumían en su imaginario social el rol de una mujer sumisa o desamparada. (García & Cabral, 2015)

1.2. Antecedentes históricos

La violencia de género es un hecho que se da actualmente a nivel mundial, sin embargo históricamente la violación de los derechos de la mujer ha estado presente en todas las culturas y sociedades, considerándose como una contravención a los derechos humanos. Esta situación de violencia se evidencia en un sistema macro y micro social, identificando cierta tipología tales como: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia social, violencia económica y violencia patrimonial (Machado & Parra, 2011).

A través de los estudios realizados por diferentes investigadoras e investigadores, se han podido plantear diferentes conceptos de violencia intrafamiliar basada en el

género, centrándose en los efectos que tiene sobre la víctima, siendo de gran importancia además puesto que, como explica Fernández (2003) es un problema social que tiene múltiples y diferentes dimensiones, considerado como un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos.

Instrumentos internacionales como la convención Belém Do Pará, la Plataforma de acción de Beijing, e incluso la Declaración Universal de los Derechos Humanos, son importantes herramientas para el trabajo contra la discriminación de las mujeres y el uso de las distintas violencias contra ellas. Estos son acuerdos básicos con los cuales diferentes Estados se han comprometido con el fin de dar cumplimiento a sus fines democráticos y por los cuales las mujeres deben tener garantizados el restablecimiento de derechos políticos, sociales, económicos, culturales, civiles, sexuales y reproductivos (Pérez, 2010)

En 1995 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 la declaró como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año que en nuestro país se elaboró el primer Plan de acción contra la Violencia Doméstica (Fernández M. , 2003). Además, la OMS ha dado a conocer un informe mundial sobre violencia y la salud, en el que se presenta como una de las principales causas de muerte y lesiones no mortales en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

De acuerdo con algunas de las investigaciones, la reivindicación de los derechos de la mujer, especialmente de su derecho a la igualdad y a la no discriminación, ha incidido decididamente en el cambio de ciertas visiones del mundo fundadas en patrones patriarcales; por eso ahora se observa mayor sensibilidad frente al tema y mayor

reconocimiento de los hechos violentos que recaen sobre las mujeres (Corsi, Aumann, García, Iturralde, & Monzón, 2013).

En ese marco, en 1994, en nuestro país Ecuador se crearon las primeras Comisarías de la Mujer y la Familia (CMF) como lugares y espacios especializadas en el tema de justicia con un modelo de atención integral a las usuarias, orientado a prevenir, atender, juzgar y sancionar la violencia intrafamiliar, sobre todo la ejercida contra las mujeres en el ámbito de sus relaciones personales y/o afectivas. En 1995 se promulgó la Ley 103 contra la violencia a la mujer y la familia, la misma que permitió que las mujeres que han sido agredidas por su pareja cuenten con una red de apoyo para así acceder a la justicia y de esta manera se sientan protegidas (Labrador, Rincón, & Fernández, 2008)

Hoy en día se cuenta con 29 Unidades Judiciales de Violencia contra la Mujer y la Familia, en 24 cantones de 19 provincias del país, integradas por 79 juezas y jueces de primer nivel especializadas en el tema de violencia y con experiencia laboral sobre la misma, con competencia cantonal, creadas el 15 de julio de 2013 por el Consejo de la Judicatura. En febrero de 2014 se pone en funcionamiento alcanzando el número de 30. Además se cuenta con un modelo de servicio con una serie de definiciones, principios, funciones, protocolos, perfiles profesionales, etc; de tal manera se brinda un servicio de calidad a las víctimas quienes acuden a estos espacios (Camacho, 2014)

Con esa perspectiva, para la ejecución del Plan se conforma una comisión interinstitucional presidida por el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos e integrada por el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Consejo Nacional para la igualdad Intergeneracional y Adolescencia y el Consejo Nacional para la Igualdad de Género (García & Cabral, 2015).

En la misma línea, en el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2009-2013 se incluyeron objetivos con respecto a la violencia de género y además se definieron metas para alcanzar durante este período. Estas son: a) Reducir la violencia contra las mujeres: la física en un 8%, la psicológica en un 5%, y la sexual en un 2%; b) Erradicar la agresión de profesores en escuelas y colegios; c) Alcanzar un 75% de la resolución de las causas penales; y, d) Alcanzar el 60% de eficiencia en las causas penales acumuladas (Camacho, 2014).

Los estudios en el Ecuador sobre la violencia intrafamiliar han sido realizados comúnmente tomando en consideración los datos estadísticos que surgen de las denuncias expuestas por víctimas que acuden a las Comisarías de la Mujer y la Familia. Así mismo, los registros de la Policía Judicial que fueron recopilados en el periodo de tiempo que va desde el 2005 y 2012 dan cuenta de que del 100 % de mujeres que hicieron denuncias por casos de violencia, un porcentaje de 58 puntos indicaron que el agresor era su cónyuge. Por otro lado, un 23% por parte de su conviviente y un 4 % manifestó que la violencia provenía de las acciones de otro de sus familiares (Rodriguez & Cañizares, 2014).

La Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio del Interior presentaron los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres en el que expusieron que a nivel nacional, el 61 % de la población femenina manifestó haber vivido violencia de género; Así mismo, se determinó que 1 de cada 4 mujeres ha experimentado específicamente situaciones de violencia sexual. Además se llegó a la conclusión de que la psicológica es la forma más extendida de violencia entre los casos registrados en el Ecuador, llegando a presentarse un índice de frecuencia de la misma de 53,9 % (Rodriguez & Cañizares, 2014)

Es importante exponer esta clase de datos estadísticos a manera de reconocimiento y visibilización de la problemática social relacionada con la violencia de género y, adicionalmente, resulta fundamental recalcar el hecho que las situaciones de violencia logran progresivamente la anulación de la capacidad de autonomía de quien es víctima, disminuyéndose de esta manera sus potencialidades como ser humanos y su capacidad de ser un miembro funcional a la sociedad. La violencia tiene, como efecto, consecuencias directas sobre la persona maltratada pero también afecta indirectamente el bienestar de los familiares que la rodean y el de la comunidad entera (Ojeda, 2010)

Acurio (2014) en su artículo publicado, menciona datos estadísticos en la cual refiere que:

Seis de cada diez mujeres en el Ecuador son víctimas de algún tipo de violencia, en la ciudad de Cuenca 7 de cada 10; así 1 de cada 4 mujeres en el Ecuador han sido agredidas sexualmente, según lo plantea la última encuesta nacional realizada por el INEC y publicada en marzo del 2013 (...) además que las mujeres que viven violencia se encuentran en edad productiva y reproductiva, lo cual confirma las estadísticas de la Unidad Especializada de Violencia en contra de la Mujer y la Familia en donde se destaca que de los 2279 procesos las mujeres que denuncian están mayoritariamente entre los 18 y 45 años de edad, sin importar nivel social, cultural y/o educacional. (p.102)

1.3. Legislación de la violencia

En los dos últimos decenios, muchos Estados han adoptado o revisado su legislación en materia de violencia contra la mujer. Muchos países todavía no cuentan con disposiciones legislativas que aborden específicamente la violencia contra la mujer, e incluso cuando existe legislación a menudo está limitada en su ámbito de aplicación y

cobertura o no se cumple. El Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer confirmó lo siguiente:

En virtud del derecho internacional y de pactos específicos de derechos humanos, los estados pueden ser responsables de actos privados si no adoptan medidas con la diligencia debida para impedir la violación de los derechos o para investigar y castigar los actos de violencia y proporcionar indemnización (Organización de las Naciones Unidas, 2010, pág. 5)

De forma parecida, la Plataforma de Acción de Beijing, adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la, exhorta a los países miembros de la ONU a establecer sanciones de varios tipo dentro de la legislación y la normativa constitucional para logara, de esta manera, dar una solución en términos de sanción y reparación de daños a las personas víctimas de la violencia de género. Lo que se persigue con esto es aumentar los índices de eficacia en el tratamiento de los casos denunciados de violencia contra la mujer a nivel mundial (Abramo, Valenzuela, & Pollack, 2000).

1.3.1. Legislación ecuatoriana ante la violencia

La Constitución de la República del Ecuador en su Art. 11, Núm. 2; reconoce a todas las personas iguales derechos, deberes y oportunidades y establece que nadie podrá ser discriminado por razones de identidad de género, sexo, orientación sexual, entre otras; a la vez que dispone que toda forma de discriminación sea sancionada por la Ley, además no sólo garantiza los derechos expuestos, sino que prohíbe la publicidad que induzca a la violencia, la discriminación, el sexismo (Art. 19); determina la atención prioritaria a las víctimas de violencia doméstica y sexual (Art. 35); asegura la atención para la mujer adulta mayor víctima de violencia (Art. 36); protección contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o

negligencia que provoque tales situaciones (Art. 46) (Asamblea Nacional Constituyente, 2008),

La Carta Magna también prohíbe toda forma de discriminación, acoso o acto de violencia de cualquier índole, directa o indirecta que afecte a las mujeres en el trabajo; en el sistema educativo (Art. 331). El Código Orgánico Integral Penal (COIP), aprobado en 2013 por la Asamblea Legislativa y publicado mediante Registro Oficial N° 180, del 10 de febrero del 2014, establece que la violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar constituye un delito (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2013).

En el Ecuador, la Ley No.103 contra la violencia a la mujer y a la familia, en su artículo segundo postula una definición sobre violencia intrafamiliar, abarcando bajo esta categoría al conjunto de acciones u omisiones en las que se manifieste algún tipo de maltrato (físico, psicológico o sexual) que haya sido llevado a cabo por alguno de los miembros del núcleo familiar (AA.VV., 2013).

1.4. Bases teóricas de la violencia de género

1.4.1. Definición de violencia

Según lo que postula la Organización de las Naciones Unidas, se define a la violencia de género como aquella acción que es causante de algún tipo de daño. “Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada” (Coddou, Kunstmann, Maturana, Méndez, & Montenegro, 2005, p. 34)

Por su parte, cabe resaltar lo que la Organización Mundial de la Salud entiende como violencia a aquellas acciones en las que se utiliza, de manera intencionada, un

elemento que otorga una ventaja relacional como la fuerza física, el poder, las amenazas, etc. (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Ojeda (2010) manifiesta que las formas de violencia intrafamiliar abarcan aquellas representaciones relacionales de la dinámica en las que se destaca un factor específico: el abuso de poder. Complementariamente se ha determinado que, por lo general, quienes son más vulnerables a experimentar situaciones de violencia son aquellas personas que pertenecen a grupos poblacionales vulnerables como las mujeres, los niños, los adolescentes, los ancianos, etc.

Por otro lado, Salazar et al. (2005) delimitan la expresión “violencia intrafamiliar” en términos que hacen referencia a aquella manifestación de agresión, amenaza u ofensa practicada en contra de la mujer por su pareja, independientemente de su estado civil. Para que la violencia intrafamiliar pueda ser reconocida se debe considerar que su efecto inmediato es el quebrantamiento de la integridad física, psicológica, sexual o patrimonial de la víctima que lo sufre.

En el caso de nuestro sub-continente, la mayor parte de normativa legal emplea la expresión “violencia intrafamiliar” en aquellos casos que hacen referencia fundamentalmente a aquellos actos en los que existe violencia hacia la mujer en el contexto de una relación de pareja. Cabe recalcar que este tipo de situaciones violentas son las más comunes y las más denunciadas ante los organismos de control. Lo importante de recalcar es que la violencia intrafamiliar no hace distinción socio-cultural ni de nivel económico. Puede incluir entre sus manifestaciones, agresiones físicas, como golpes o patadas, relaciones sexuales forzadas, maltratos psíquicos proveniente de un lenguaje verbal, tales como la intimidación y la humillación, y comportamientos controladores, como el aislamiento de una persona de su familia, amigos(as), o también el acceso a bienes económicos u otros tipos de asistencia (Barragán, 2005).

En el Art. 155 del Código Orgánico Integral Penal, se considera violencia “toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar” (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2013, pág. 73).

1.4.2. Tipos de violencia

Mediante diferentes estudios realizados acerca de la violencia, varios autores se han puesto de acuerdo en diferenciar los tipos de violencia (Echeburúa, 1998; Sagot, 2000; Corsi, 2004; Hirigoyen, 2006; Wexler, 2007; Naciones Unidas, 2010; Salazar et al, 2005). Por otro lado, también se enuncian a continuación los tipos de violencia según el Código Integral Penal:

- **Violencia física:** Abarca el conjunto de acciones dirigidas a ocasionar daño o afección física sobre la víctima. Puede considerarse violencia física a manifestaciones como: heridas, hematomas, contusiones, excoriaciones, dislocaciones, quemaduras, pellizcos, pérdida de dientes, empujones o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas. El artículo 156 del COIP determina que la persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause lesiones, será sancionada con las mismas penas previstas para el delito de lesiones aumentadas en un tercio. Art. 159. Contravención de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar: la persona que hiera, lesione o golpee a la mujer o miembros del núcleo familiar, causándole lesiones o incapacidad que no pase de tres días, será sancionada con pena privativa de

libertad de siete a treinta días (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2013).

- **Violencia psicológica:** conducta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer u otro integrante de la familia. Conductas ejercidas en deshonra, descrédito o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes, vigilancia constante, aislamiento, amenaza de alejamiento de los hijos o la privación de medios económicos indispensables. Art. 157. La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones o acciones, será sancionada de la siguiente manera. 1. Si se provoca daño leve que afecte cualquiera de las dimensiones del funcionamiento integral de la persona, en los ámbitos cognoscitivos, afectivos, somáticos, de comportamiento y de relaciones, sin que causen impedimento en el desempeño de sus actividades cotidianas, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días. 2. Si se afecta de manera moderada en cualquiera de las áreas de funcionamiento personal, laboral, escolar, familiar o social que cause perjuicio en el cumplimiento de sus actividades cotidianas y que por tanto requiere de tratamiento especializado en salud mental, será sancionada con pena de seis meses a un año. 3. Si causa un daño psicológico severo que aún con la intervención especializada no se ha logrado revertir, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2013).

- **Violencia sexual:** conducta que amenace o vulnere el derecho de la persona a decidir voluntariamente su sexualidad, comprendida en ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital. Art. 158. La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o un miembro del núcleo familiar, se imponga a otra y la obligue a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas, será sancionada con las penas previstas en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2013).

1.4.3. Círculo de la violencia

La psicóloga de origen norteamericano Leonor Walker en 1978 estableció la teoría que explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal e, implícitamente, la razón por la cual muchas mujeres se quedan atrapadas en sus relaciones violentas. Según su criterio, el círculo de la violencia puede ser subdividido en tres etapas diferentes que se diferencian porque están relacionadas con tiempo e intensidad de violencia distintos (Fernández, González, Ochoa, Gómez, & Guzmán, 2012).

Cada fase puede ser identificada como un ciclo distinto de violencia y sus características constan a continuación:

- Primera fase llamada acumulación de la tensión, que se caracteriza por la fácil irritabilidad del agresor.
- La segunda fase o explosión, en ésta el agresor muestra una agresividad incontenible.
- La tercera fase es de calma o reconciliación, en cambio en esta etapa se caracteriza porque el agresor muestra conductas de arrepentimiento y afecto

a la pareja. Al inicio de ésta fase es cuando el agresor acepta ayuda.
(Salazar, Torres, & Rincón, 2005)

1.4.4. Causas y factores asociados a la violencia de género

Ojeda (2010), manifiesta que las causas familiares en donde existe la violencia es el resultado de una serie de disfunciones como la falta de comunicación entre los miembros, la distancia emocional y el desinterés, la incapacidad para manejar conflictos o para hablar de ellos, la escasa o nula capacidad de convivencia, relaciones rígidas y autoritarias, incapacidad de adaptación a situaciones variables, expectativas demasiado rígidas sobre los demás.

Además, se ha determinado con certeza que el origen de la violencia doméstica se encuentra muy fuertemente ligado con la consideración de aspectos socio-culturales y roles predeterminados que marcan las diferencias y las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres. Los patrones culturales de relación, socialización familiar, educaciones formal y los sistemas legales, definen las causas de conducta aceptable para hombres y mujeres, las que son aprendidas desde la edad temprana y reforzadas a través de la presión de los padres, instituciones y medios de comunicación (Ferrer, Bosch, Ramis, & Navarro, 2006).

De acuerdo a un estudio realizado del total de denuncias registradas en México, el 76.5% fueron por violencia física, y un 23.5% por violencia psicológica. Asimismo, 74.4% de los agresores se encontraban ecuanímes, y sólo 24.1% en estado de ebriedad y 1.5% drogados. Para estudiar y comprender la presencia de esta grave situación, durante muchos años se utilizó la teoría del modelo social para explicar la presencia de conductas violentas en una familia. De esta manera, se decía que los cónyuges que provenían de familias violentas reproducían dicho patrón; luego se señaló que las

familias que viven en entornos sociales violentos aprenden y reproducen estos mismos patrones (Medina et al., 2005).

1.4.5. Factores de riesgo

Haciendo una recopilación de una revista Latinoamericana Entendiendo la violencia (2012) se destacan los siguientes factores:

Factores de riesgo personales: Se entienden a aquellas características o manifestaciones propias de las personas, que pueden desencadenar en actos de violencia tanto hacia sí mismo como hacia otras personas.

Factores de riesgo ambientales: Los factores de riesgo en la familia son aquellas características o manifestaciones propias de la vida familiar o de uno o varios miembros que pueden incidir en la ocurrencia de actos violentos tanto hacia sí mismo, como hacia miembros de su familia o comunidad. En los centros educativos con frecuencia se observa características o manifestaciones de niños y jóvenes, que pueden generar hechos violentos. De igual manera, en el barrio o comunidad se observan actos individuales o colectivos de las personas que pueden incidir en la generación de hechos violentos.

1.4.6. Factores desencadenantes

Influyen factores como el sistema de creencias, valores, normas implícitas y explícitas que determinan las relaciones entre las personas y grupos (Echeberúa, 1996).

Dentro de los factores desencadenantes que Ramírez (2006) menciona se encuentran:

- **Factores biológicos y de la historia personal:** se tiene la baja tolerancia a las frustraciones la cual puede estar relacionada con el menor nivel de instrucción y de ingresos, donde es posible que el hambre y la falta de recursos genere reclamos del núcleo familiar hacia el proveedor económico, quien frustrado por su incapacidad de satisfacer necesidades básicas de la familia, puede reaccionar con violencia física e intimidación, y en aquel estado de insatisfacción recae en los hijos (Ramírez, 2006).
- **Factores psicológicos:** la drogadicción e inmadurez psicológica o emocional, favorecen el descontrol de impulsos. El consumo de sustancias psicoactivas habitual produce en el consumidor alteraciones psicológicas (Ramírez, 2006).
- **Factores socioculturales:** diferencias sociales y culturales. Se fundamenta en una relación de autoridad mal ejercida donde con frecuencia es utilizado el castigo con dolor, donde se lleva a cualquiera de los miembros de la familia a actuar más por temor que por respeto; afectando todo el sistema familiar; cuando las parejas no manejan el conflicto por medio del diálogo sino por otros medios como golpes, se crea un ambiente de mucha tensión generando en los hijos modelos con identidad limitadores para enfrentar las dificultades que se le presenten en la vida (Ramírez, 2006).

1.4.7. Efectos de la violencia

La vivencia de una circunstancia de violencia permanente y a través de la repetición de ciclos es una situación compleja y que provoca daños crónicos cuya duración podría ser indefinida. El efecto de la experimentación de violencia tiene alcances que abarcan áreas como la salud física, mental y emocional en las víctimas.

Así mismo, se ha demostrado también que puede significar graves daños en las esferas del desarrollo humano entre las que consta el área cognitiva y de las relaciones sociales y afectivas (Hirigoyen, 2006).

En este sentido, se ha determinado que las mujeres víctimas de violencia que no logran vencer el miedo que les provoca esta situación, se convierten en víctimas que aprenden a vivir con una sensación de angustia y sin expectativas de cambiar su situación. Esto se explica debido a que cuando se vive un estado permanente de violencia, existe una gran probabilidad de que la víctima desarrolle un tipo de alteración psicológica que va dañando de manera progresiva su personalidad. Consecuentemente, se puede manifestar que los síntomas de estrés postraumático son capaces de modificar los esquemas cognitivos de las mujeres (Espinoza et al., 2003).

También se demuestra que la dependencia emocional es el resultado de un proceso prolongado de subordinación y maltrato. Sostienen que muchas de las características de las mujeres víctimas de violencia, hay que contemplarlas más como consecuencia del sufrimiento que causa el maltrato a lo largo del tiempo que como antecedentes de él (Echeburúa, Amor, & Corral, 2002)

Dentro de la temática de violencia de género cabe mencionar que las secuelas vividas en el círculo violencia son más de tipo emocionales psicológicas entre estas es la depresión. Las mujeres maltratadas con depresión generalmente tienen una baja autoestima y son atormentados por ideas de muerte recurrente que, en muchos casos, llegan al suicidio cuando aparece la desesperanza. La sintomatología ansiosa o depresiva es la más habitual en estos casos de violencia, que conlleva una percepción más negativa de sus propias capacidades y cualidades que en momentos de crisis pueden ocasionar vulnerabilidad tales como el de quitarse la vida para no llevar un sufrimiento agotador (Echeburúa & Guerrica, 2011).

Las mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia durante alguna etapa de su ciclo de vida tienden a mostrar apatía, sentimientos de vacío, disminución constante del placer en las actividades, pérdida importante de peso, insomnio, fatiga, disminución en su capacidad de pensar y decidir, ideas suicidas o intentos suicidas, estados de ánimo que nos muestra el elevado impacto en la salud mental de las mujeres (Acurio, 2014).

1.5. Suicidio

1.5.1. Definición de suicidio

La conducta suicida puede ser caracterizada como aquella tendencia de ciertos individuos a ejecutar acciones que van en perjuicio de la propia persona que las ejerce. Existen diferentes grados de cronicidad de las consecuencias de estas acciones y, en el extremo de mayor gravedad se encuentran el intento suicida y el suicidio consumado.

Del intento suicida se pueden derivar dos nociones: en primer lugar, la del individuo que lleva a cabo una autoagresión que conlleva amenaza de muerte, pero su intención no es realmente la de acabar con su vida. En segundo lugar, la del individuo que tiene, en efecto, pretensiones reales de quitarse la vida pero fracasa en el intento una vez realizado el acto (Sarmiento, Sánchez, Vargas, & Álvarez, 2010).

Es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas que se denomina ideación suicida. En el suicidio se detectan los actos fatales o suicidio consumado; los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (Gutiérrez, Contreras, & Orozco, 2006).

1.5.2. Conductas suicidas

Existen conductas para la ocurrencia de un intento suicida tales como la presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, existencia de depresión mayor, sobrevivencia al intento suicida, presagio o amenaza de quitarse la vida, antecedentes familiares de suicidio o de intento, ausencia de apoyo social y familiar, así como la manifestación de impulsividad o ansiedad y hostilidad. Se puede decir que los factores de riesgo son la desesperanza y culpa, depresión mayor, impulsividad, hostilidad, falta de apoyo familiar o social, o ambos, y un previo intento suicida, tuvieron asociación causal con la aparición de la conducta suicida (de Alba, Castellanos, & Sánchez, 2015).

Beck, citado por Sarmiento et al. (2010) ha relacionado la triada negativa de la depresión con el suicidio, acotando en sus bases sobre el pensamiento del individuo que se altera cuando se encuentra dentro del proceso suicida y se tiene una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo.

1.5.3. Factores de riesgo suicida

El riesgo suicida en las mujeres víctimas de violencia es una característica común en los procesos de evaluación, identificado el mismo como mecanismo de afrontamiento ante el elevado nivel de estrés y angustia que las agresiones pueden generar en la vida de la víctima, además que no solo se trata de un alto nivel de estrés o angustia sino también que conlleva a un factor depresivo en las mujeres (Acurio, 2014).

Por su parte, la Teoría del Estrés plantea que una de las manifestaciones de la presencia de riesgo suicida en pacientes o individuos sin tratamiento, ante la experimentación de situaciones de presión, es la exposición de trastornos del estado de

ánimo. La violencia doméstica es, efectivamente, un evento o circunstancia estresante que provoca este tipo de manifestaciones (Labrador, Rincón, & Fernández, 2008)

Por otro lado, los trastornos depresivos frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, es importante saber cuánto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores tales como la violencia de género, que frecuentemente se asocian con depresión en mujeres (Echeburúa et, al., 2012)

Echeburúa y Guerrica (2011) han manifestado que el desarrollo de un cuadro depresivo en mujeres que son víctimas de violencia puede entenderse si se toma en consideración los aportes tanto de la Teoría del Estrés cuanto de la Teoría Cognitiva de la Depresión. Se destaca que el riesgo de desarrollar depresión es especialmente crónico cuando se inicia o finaliza la situación de violencia debido a que en estas fases se experimenta un retardo en la actividad psicomotora que bloquea la ejecución de acciones de defensa.

En cambio, Labrador et al., citados por Acurio (2014), confirman que la teoría cognitiva de la depresión “es análoga a la desesperanza aprendida y que en la medida que la persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirán sin que pueda evitarlos, desarrollará depresión, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas, tendiendo verse a sí misma como perdedora” situación que se presenta en las víctimas de violencia quienes se mantienen sometidas a las críticas, humillaciones y desvalorizaciones constantes de su agresor.

La ausencia de apoyo social y familiar, situaciones disfuncionales intrafamiliar, conflictos que generen ambientes vulnerables o agresivos, son los principales factores de riesgo en la conducta suicida. Esto puede estar dado por dos mecanismos: en primer lugar, el sujeto puede sentir que no es necesario o útil dentro del grupo social o familiar;

y en segundo lugar, con su aislamiento reduce las posibilidades de recibir apoyo y ver a la conducta suicida como una solución. También 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 (Pavez, Santander, Carranza, & Vera, 2009).

1.5.4. Tasa de suicidio en nuestra región

En el 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes. En el continente americano el suicidio ha alcanzado grandes proporciones durante los últimos decenios, por lo que se ha convertido en una importante preocupación de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos una persona se quita la vida en algún lugar del mundo mientras que alrededor de 900 mil suicidios se producen en personas entre 15 y 44 años. Ecuador ocupa el cuarto lugar en tasas de suicidios entre los países de América Latina, con el 13,1 por cada 100 mil habitantes; en el 2012 la tasa de suicidios femeninos en Ecuador disminuyó 8 puntos, mientras que los suicidios masculinos aumentaron 9%. Es la segunda causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 29 años a nivel mundial, porque esta edad es más vulnerable a un comportamiento impulsivo (AA.VV., 2013) .

El índice de suicidio en la provincia del Azuay ha aumentado entre los años 1.994 y 2008. Los casos se registran principalmente en el rango de 15 a 35 años de edad, pero se dan en todos los estratos sociales y económicos. En la ciudad de Cuenca; entre las principales causas del suicidio están la ruptura de la familia debido a la migración; la violencia intrafamiliar expresada en maltratos físico, psicológico y sexual; y la depresión. Según Adriana Peralta, Psicóloga del Ministerio de Salud Pública de la

ciudad de Cuenca, recalca además que quienes deciden suicidarse, del 100% de adolescentes el 80% son mujeres que lo intentan y el 20% son hombres que lo consiguen (Crespo, 2014)

El porcentaje de ideación o intentos suicidas (44%) señala un grave problema no frecuentemente considerado, resaltando la necesidad de evaluar y prevenir este riesgo. Otros trabajos ya habían señalado que un 32,5% de las mujeres habían planeado suicidarse durante la relación abusiva en el círculo de la violencia, pero han sido datos menos considerados. En consecuencia, no sólo la prevención, atención y protección debe ir dirigida a evitar un posible homicidio, sino a detectar y evitar el suicidio (Encinas, Fernández, & Rincón, 2010).

Según Golding, citado por Echeburúa et al. (2012), la tasa de prevalencia de tendencias suicidas puede alcanzar hasta el 17% de las mujeres afectadas, es decir, una de cada seis, que está muy por encima de la media de la población normativa

Del estudio realizado sobre femicidio realizado en Cuenca entre los años 2005 y 2007 y publicado en el año 2010 por la Comisión de Transición por la Igualdad de Género, de los 18 casos identificados y estudiados debido a mortalidad, 11 fueron femicidios, siendo el factor de riesgo el hecho de ser mujer, reportándose aproximadamente 235 femicidios, en lo que lleva del 2014 en el Ecuador. En el mismo estudio se identificó de los 75 casos levantados en donde el resultado era el deceso de mujeres, 19 de ellos eran suicidios, pero existía en estas mujeres situaciones de violencia intrafamiliar o abuso sexual (Acurio, 2014).

1.6. La violencia contra la mujer como factor de riesgo suicida

En estudios realizados en Latinoamérica, la violencia es la causa de un cuarto de todos los intentos de suicidio realizados por la mujer. Cabe mencionar que una figura agresiva y prepotente es fronteriza a la violencia física, verbal, emocional y psicológica para cualquier miembro de la familia; estas actitudes de agresión provocan secuelas muy serias en la que se precipitan consecuencias tales como ideaciones suicidas o intentos de suicidio (Oblitas, 2009).

El desamparo y la desesperanza vividos por las mujeres maltratadas hacen más probable la aparición de ideas o de intentos de suicidio. El sufrimiento experimentado, así como la percepción de ausencia de salidas, llevan a muchas víctimas a sentirse atrapadas en la relación. Por ello, no es extraño que una de cada cuatro mujeres que lleva a cabo un intento de suicidio sea o haya sido víctima de maltrato. Entonces, así; el comportamiento suicida se extiende a mujeres que están sufriendo violencia de género, que no encuentran otra salida, hundidas en la desesperanza y en la angustia. Además, afecta a sus hijos e hijas que sufren la exposición a la violencia de género (Polanco & Rodríguez, 2010).

Las mujeres que son víctimas de violencia tienen ideación o intentos suicida debido a la desvalorización generada por el maltrato, la dificultad para tomar decisiones, y medir daños físicos y verbales dentro del círculo de la violencia; además problemas para reconocer los aspectos positivos de su personalidad y un bajo autoestima que conlleva a que acepten la violencia ejercida a ellas como parte de su vida. Algunos trabajos ya han señalado que un 32,5% de las mujeres habían planeado suicidarse durante la relación abusiva en el círculo de la violencia. En consecuencia, no sólo la prevención, atención y

protección debe ir dirigida a evitar un posible homicidio, sino a detectar y evitar el suicidio (Encinas et, al., 2010).

Para Stark y Flitcraf, citados por Labrado et al. (2008), los malos tratos son la causa del 25% de los intentos de suicidio en mujeres. Como se ha planteado anteriormente, el suicidio y las ideas suicidas constituyen para las mujeres una única alternativa para romper los círculos de violencia, ya que muchas de ellas a pesar de haber interpuesto denuncias en más de una ocasión vuelven a mantener relaciones de violencia ante las presiones sociales, afectivas y en la mayoría de los casos económicas.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS

En este capítulo se explicará la investigación realizada en un periodo establecido donde se describe el diseño, tipo de participantes, población, muestra, los criterios de inclusión y algunas consideraciones éticas. También se especifica a los instrumentos de evaluación que se ha utilizado tales como: Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1994), Escala de riesgo suicida de Plutchik y HM Van, Praga (1994), con los que se evaluaron las variables. Para finalizar, el capítulo, se exponen los resultados obtenidos luego del procesamiento de la información.

2.1. Método

2.1.1. Diseño

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, comparativo de corte transversal. El tratamiento de datos se lo hizo con el programa SPSS versión 22.

2.1.2. Participantes

El lugar donde se realizó el estudio fue en la casa de acogida María Amor en donde se seleccionó a toda la población como la más adecuada para el estudio; así las participantes fueron todas las mujeres registradas en la casa de acogida María Amor siendo este un total de 49 usuarias por un periodo trimestral. En razón de que la cantidad de mujeres víctimas de violencia que llegan cada mes a la casa María Amor

representa un numero variable de 15 a 20 mujeres, la muestra estuvo constituida por dos grupos: todas las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que llegaron a la casa María Amor para consulta externa de manera ambulatoria y el otro grupo fue constituido por las mujeres que se encuentran acogidas; tomando en cuenta que el periodo de estudio se lo realizó a partir del mes de Noviembre y se culminó en el mes de Enero.

Las participantes para este estudio también cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los mismos que se enumeran a continuación.

2.1.3. Criterios de inclusión

- Mujeres víctimas de violencia que se encuentren en la casa de acogida María Amor y aquellas que asisten a consulta externa de manera ambulatoria.
- Mujeres adolescentes o adultas que hayan iniciado procesos terapéuticos en la casa de acogida.

2.1.4. Criterios de exclusión

- Mujeres que asisten a la casa María Amor por información más no por atención.
- Niñas menores de 12 años.
- Mujeres que no sean víctimas de violencia.
- Quienes no acepten de manera voluntaria que se les aplique los instrumentos de estudio.

2.1.5. Consideraciones éticas

A todas las participantes quienes formaron parte de este estudio se les informó de manera verbal sobre esta investigación, además de que dentro de la institución se aplica una serie de fichas clínicas por lo que se adjuntó los instrumentos utilizados en este estudio como parte de la aplicación que se utiliza en la primera intervención con las mujeres que asisten a la casa de acogida, dándoles a conocer la relevancia del estudio y la reserva de la información tanto al equipo de trabajo de la institución como a las mujeres participantes, de este modo quienes formaron parte de este estudio lo hicieron de manera absolutamente voluntaria.

2.1.6. Instrumentos de evaluación

Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Saucal

La entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico fue estructurada en el año de 1994 por algunos autores: Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Saucal. Sirve para obtener perfiles y estadísticas sociodemográficas de cada una de las mujeres que han sido víctimas de violencia y se evidencia resultados de manera cualitativa, además está formado por preguntas cerradas y abiertas que consta de 33 ítems. Esta entrevista es de fácil aplicación tanto en el espacio clínico como investigativo. La aplicación de esta entrevista es individual y colectiva, y su duración varía entre 10 y 15 minutos aproximadamente (Echeburúa & Corral, 1999).

La entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico es un instrumento muy útil que permite evaluar la historia de victimización y las circunstancias más recientes del maltrato, así como la percepción de amenaza a la vida.

Además también se evalúan las características sociodemográficas, los antecedentes psicopatológicos, el estado de salud y, por último, las medidas legales y las fuentes de apoyo social y familiar existentes.

Escala de riesgo suicida de Plutchik y HM Van, Praga

La escala de riesgo suicida fue diseñada por Plutchik en 1994 con objeto de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. En nuestro medio ha sido validada por Rubio y cols en el año de 1998 en versión española. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta dicotómica SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1 y cada respuesta negativa 0 puntos, con un rango de posibles puntuaciones totales entre 0 y 15. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza. Según los autores cuanto mayor sea la puntuación mayor es el riesgo. Resulta fácil y rápida de administrar en un tiempo de 2 minutos aproximadamente. Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68%. En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para discriminar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes (Martínez, Romero , Rey, & Cañón, 2011). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna. En cuanto a la fiabilidad la consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach). En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era

de 0,89. En cuanto a la validez en la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%. En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido. El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales (Rubio, y otros, 1998).

2.2. Procedimiento

Fase 1: Se determinó las pruebas más adecuadas para el diagnóstico primeramente, se aplicó la entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca. Se aplicó a todas las mujeres quienes llegaron a la casa María Amor (asistencia ambulatoria y de acogida) por un período trimestral: a partir del mes de noviembre y culminando en enero de 2016.

Fase 2: se realizó, la identificación de los niveles de riesgo suicida a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, el mismo que se les aplicó a las mujeres después de haber culminado con la entrevista semiestructurada.

Fase 3: se crea una base de datos para el tratamiento de los mismos y se realiza la elaboración de resultados.

Fase 4: Posteriormente, se compararon los resultados para identificar si hay diferencias entre los dos grupos de mujeres, tanto entre las mujeres de acogida y las mujeres ambulatorias.

Fase 5: Finalmente se comparan resultados de los instrumentos utilizados en la fase 1 y se identifican diferencias de cada grupo de manera trimestral.

2.3. Procesamiento de los resultados

Los dos reactivos fueron aplicados a un número de 49 participantes (muestreo no probabilístico) 15 de ellas son acogidas y 34 son ambulatorias. Cada uno de los cuestionarios fue tabulado y procesado en el Software Estadístico SPSS 22.

Los datos socio demográficos se presentan mediante tablas y gráficos descriptivos a los que se agrega el valor de significación estadística de Chi-cuadrado para Bondad de Ajuste para demostrar la representatividad de la muestra, mientras que los resultados inferenciales se los hizo mediante la media, el error estándar y los intervalos de confianza al 95% .

El primer paso realizado para cada cuestionario fue comprobar la existencia de normalidad en la distribución de la muestra. Al no haber comprobado que existen diferencias significativas en la distribución muestral, las diferencias significativas entre uno y otro se interpretan siempre que el valor p sea inferior a 0,05, es decir que, el nivel de error máximo aceptado es del 5% para manifestar que son significativamente diferentes unos de otros.

2.4. Resultados

A continuación se presenta los resultados descriptivos que configuran la parte sociodemográfica de la muestra.

Tabla 1. Datos descriptivos

Variable	Descripción	N	%
Tipo de consulta	Externa	34	69,4
	Acogida	15	30,6
Estado civil	Soltera	2	4,1
	Convivencia con pareja estable	16	32,7
	Casada	18	36,7
	Separada	11	22,4
	Divorciada	1	2,0
	En trámite de separación	1	2,0
Rango de edad	Entre 18 y 21 años	8	16,3
	Entre 22 y 25 años	10	20,4
	Entre 26 y 29 años	13	26,5
	Entre 30 y 33 años	7	14,3
	Entre 34 y 37 años	3	6,1
	Entre 38 y 41 años	4	8,2
	Entre 42 y 45 años	2	4,1
	Entre 46 y 49 años	2	4,1
Número de hijos	Ninguno	7	14,3
	Un hijo	13	26,5
	Dos hijos	18	36,7
	Tres hijos	6	12,2
	Cuatro hijos	3	6,1
	Cinco hijos	1	2,0
	Seis hijos	1	2,0
Nivel socioeconómico	Media	29	59,2
	Baja	20	40,8
Nivel de instrucción	Lee y escribe	11	22,4
	EGB	23	46,9
	BUP/COU	9	18,4
	Universitarios	4	8,2
	Otros	2	4,1

Tabla 2. Datos estadísticos de edad

N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
49	18	49	28,90	7,822

La Tabla 1 recoge información descriptiva de las usuarias que asisten a la Fundación María Amor. En el tipo de consulta, casi el 70 % (unas 34 mujeres) pertenece al grupo de usuarias externas, mientras que el 30 % (15 mujeres) al grupo de acogidas. En los referente al estado civil, el 37 % (unas 18 mujeres) representa a mujeres casadas, el 33 % (16 mujeres) convive con su pareja y el 22 % es del grupo de separadas. El rango de edad con mayor número de mujeres es el que está entre 26 y 29 años con el 27 %, seguido del grupo de mujeres entre 22 y 25 años con un porcentaje de 20 % (10 mujeres), y el grupo de entre 18 y 21 años con el 16 % (8 mujeres); los rangos restantes presentaron una frecuencia baja, En cuanto al número de hijos, la mayoría de las mujeres tiene dos hijos (casi el 37 %, representando a unas 18 mujeres), seguido por el grupo de mujeres que tiene un hijo (25 % que representa a unas 13 mujeres); el 14,3% (7 mujeres) de mujeres no tiene hijos, y el 12 % (6 mujeres) tiene tres hijos. En nivel socioeconómico, se ve que la mayoría es de clase media con porcentaje de 59 % (29 mujeres), y el 41 % restante (unas 20 mujeres) es de clase baja; las otras opciones de estratificación no fueron escogidas por las usuarias. En cuanto al nivel de instrucción de las usuarias casi el 47 % de ellas han estudiado una Educación Básica General (23 mujeres); el 22% (11 mujeres) solo leen y escriben las mismas que no han asistido a la primaria; el 18 % (9 mujeres) se han instruido en el bachillerato Unificado Polivalente o Curso de Orientación Universitaria; el 8% (4 mujeres) representa a quienes han

obtenido un título universitario; el 4 % restante (2 mujeres) no han estudiado ninguna de las alternativas anteriores pero si han participado de alguna otra rama académica.

Al ser las pacientes en su mayoría externas, es conocido el nivel de riesgo que tienen, aunque existe la posibilidad de que su seguimiento se interrumpa, ya que se dan casos en los que ellas dejan de asistir a las consultas. La mayoría de mujeres son casadas o conviven con su agresor refleja la realidad asociada al maltrato de las mujeres, por lo cual salir del círculo de la violencia les es más difícil al vivir con un potencial agresor. Las usuarias que asisten a la fundación en su mayoría son jóvenes que están entre los 22 y 29 años, que suman casi el 47 % del total. Se evidencia que las mujeres que buscan ayuda son de bajos recursos y que no tienen las suficientes redes de apoyo como sucede con las mujeres de clases alta que cuentan con estas. Además se observa que en un grado de similitud con el nivel socioeconómico; en nivel de instrucción también es de poca preparación académica ya que la mayoría de mujeres víctimas de violencia por diferentes motivos no han culminado su etapa escolar si no que se han preparado a un nivel básico.

En la tabla 2, la media de la edad de las participantes varía entre los 28 y 29 años, por un lado se encuentran aquellos que tienen entre 18 años representando el mínimo de edad y en el extremo opuesto que es 49 años.

Tabla 3. Frecuencia de tipo de abuso

Tipo de abuso	Físico	Psicológico	Sexual
Número de mujeres	37	33	17

Tipo de abuso

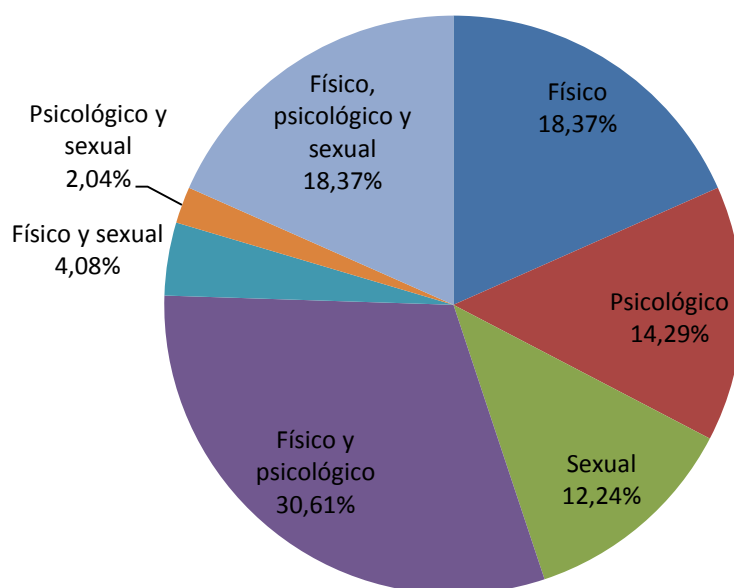


Figura N° 1. Tipo de abuso

La tabla 3 corresponde a la frecuencia de tipo de abuso, respuesta que fue de opción múltiple para las usuarias, se observa que 37 mujeres sufren de violencia física, 33 de abuso psicológico y 17 de abuso sexual. En la figura N°. 1 se presentan estos datos, donde se ve que la violencia física y psicológica al mismo tiempo representa más del 30 % de las mujeres, seguido por la violencia física, psicológica y sexual a la vez que da un 18%, y únicamente violencia física 18%, seguido de la psicológica con 14% y la violencia sexual con el 12%.

Casi la mitad de las mujeres que reciben violencia física reciben a la vez psicológica y en menor medida violencia sexual, cuando una agresión física se evidencia que derivan de la violencia psicológica.

Tabla 4. Tipo de asistencia según los meses de atención

Mes	Tipo				Total	%
	Externa	%	Acogida			
Noviembre 2015	15	30,61	5	10,2	20	40,82
Diciembre 2015	10	20,41	3	6,12	13	26,53
Enero 2016	9	18,37	7	14,29	16	32,65
Total	34	69,39	15	30,61	49	100

En la tabla 4 se presenta que en tres meses seguidos una muestra de 49 mujeres tanto externas como acogidas, siendo así en el mes de noviembre un total de atención de mujeres externas que representa el 30 %, mientras que de acogidas un 10 %; en el mes de diciembre se brinda atención a más del 20 % de mujeres de consulta ambulatoria y de mujeres que se acogen representa un total del 6 %; y en el mes de enero asisten el 18 % de mujeres externas y un 14 % de mujeres que se acogen en la fundación.

A comparación de los meses de noviembre y enero, en diciembre hay menor atención a mujeres ambulatorias, así como menor número de acogidas, lo cual hace suponer que debido a que diciembre es un mes estacional por la época para muchas familias, se deduce en este mes, que las mujeres entran a una fase de reconciliación según el círculo de la violencia; en el mes de enero las mujeres vuelven a caer en una fase de tensión, queriendo salir del círculo de violencia, por ello hay mayor número de acogidas en este mes.

A continuación, se presentan las preguntas de la escala de riesgo suicida, se exponen las 15 preguntas debido a que ellas se encuentran agrupadas por dos grupos: respuesta SI y NO. Se agrupa además a las 49 mujeres sin separación alguna tanto entre las usuarias ambulatorias y las acogidas.

Tabla 5. Preguntas de la Escala de riesgo suicida de Plutchik y HM Van, Praga

Ítem relacionado con el test	Sí		No	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	22	44,90 %	49	55,10 %
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	33	67,35 %	16	32,65 %
¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	32	65,31 %	17	34,69 %
¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	23	46,94 %	26	53,06 %
¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	30	61,22 %	19	38,78 %
¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	35	71,43 %	14	28,57 %
¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	24	48,98 %	25	51,02 %
¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	35	71,43 %	14	28,57 %
¿Está deprimido/a ahora?	35	71,43 %	14	28,57 %
¿Está Ud, separado/a, divorciado/a o viudo/a?	33	67,35 %	16	32,65 %
¿Sabe si alguien de sus familia ha intentado suicidarse alguna vez?	23	46,94 %	26	53,06 %
¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	27	55,10 %	22	44,90 %
¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	24	48,98 %	25	51,02 %
¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	18	36,73 %	31	63,27 %
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	19	38,78 %	30	61,22 %

En lo que respecta la tabla 5 puede manifestarse que existen porcentajes mayores al 50 % de respuestas afirmativas en contraste con las negativas, es decir, existen varios síntomas de riesgo suicida. Los porcentajes más altos entre las entrevistadas que contestaron afirmativamente se encuentran entre quienes dicen sentirse fracasadas y con

ganas de abandonarlo todo y quienes dicen sentirse deprimidos, obteniendo en estas dos repuestas un porcentaje de 71,63 puntos respectivamente. Quienes dijeron haber expresado sus sentimientos suicidas, por otro lado, alcanzaron porcentajes bajos en tanto frecuencias: solo el 36,73 % dijo haber comentado a alguien este sentimiento.

Siendo así con estos resultados dados de la escala aplicada, se interpreta que la mayoría de mujeres a quienes se aplicó este reactivo contestan SI a casi todas las preguntas, comprobándose de esta manera que existe un riesgo suicida en ellas.

Tabla 6. Tipo de consulta según el mes de realizada

	Noviembre de 2015				Diciembre de 2015				Enero de 2016			
	Tipo de consulta				Tipo de consulta				Tipo de consulta			
	Externa		Acogida		Externa		Acogida		Externa		Acogida	
	Frecuen- cia	Porcen- taje	Frecuen- cia	Porcen- taje	Frecuen- cia	Porcen- taje	Frecuen- cia	Porcen- taje	Frecuen- cia	Porcen- taje	Frecuen- cia	Porcen- taje
Hay riesgo de suicidio	12	85,71	5	100	6	60	3	100	6	66,67	7	100
No hay riesgo de suicidio	2	14,29	0	0	4	40	0	0	3	33,33	0	0
Total	14	100	5	100	10	100	3	100	9	100	7	100

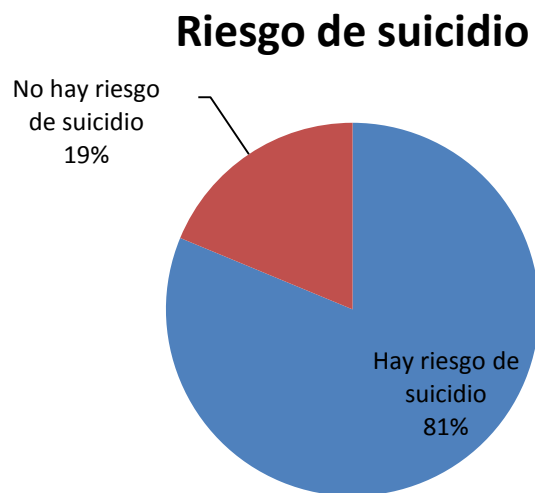


Figura N° 2. Riesgo de suicidio

De acuerdo a la Tabla 6 y Figura 2, se obtienen datos significativos y cuantitativos sobre el exponente del riesgo que existe en cuanto a una ideación suicida o intento de suicido, no se ha dividido en dos grupos como las anteriores tablas ya que si bien es cierto no existe variabilidad en cuanto a los resultados de la escala aplicados tanto a las mujeres que se acogieron y a las mujeres que asisten de manera ambulatoria.

Se entiende dichos resultados que el riesgo suicida en las mujeres víctimas de violencia es de un 81 %.

A continuación se presenta una tabla de contingencia en cuanto a la relación existente entre dos variables que se destacan para la determinación de ciertos factores de la violencia que puede influir o no con el riesgo suicida.

**Tabla 7. Prueba de Ji cuadrado ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?
¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?**

		¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
		Si	No	Total
¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?	Si	10	16	26
	No	9	14	23
Total		19	30	49

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	,002 ^a	1	,962

En la tabla 7 se realiza la prueba de Ji cuadrado en donde, al ser el valor p menor al nivel de significancia de 0.05, el resultado sí es significativo, por tanto existe asociación entre estas dos variables.

Quiere decir que las experiencias de maltrato en la familia de origen es uno de los factores que influyen en las ideaciones o intentos suicidas, lo que se explica que se puede evidenciar que hay algún tipo de daño psicológico propio del pasado con sus familias en estas mujeres que sufren de violencia.

Tabla 8. Prueba de Ji Cuadrado ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir? ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

		¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
		Si	No	Total
¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	Si	7	15	22
	No	12	15	27
Total		19	30	49

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	,814 ^a	1	,367

En la tabla 8 se realiza la prueba de Ji cuadrado en donde, al ser el valor p mayor al nivel de significancia de 0.05, el resultado no es significativo, por tanto no existe asociación entre estas dos variables.

**Tabla 9. Prueba de Ji cuadrado ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? *
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?**

		¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
		Si	No	Total
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	Si	12	21	33
	No	7	9	16
Total		19	30	49

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	,248 ^a	1	,619

En la tabla 9 se realiza la prueba de Ji cuadrado en donde, al ser el valor p mayor al nivel de significancia de 0.05, el resultado no es significativo, por tanto no existe asociación entre estas dos variables.

CAPÍTULO III

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez analizado los resultados obtenidos en este estudio se exponen las conclusiones y recomendaciones que se dan luego de haber finalizado esta tesis.

3.1. Conclusiones

- Si bien a nivel general no se hayan podido evidenciar diferencias significativas, en aspectos específicos sí se advierten diferencias entre los grupos de estudio en este caso el grupo de mujeres acogidas y mujeres de consulta ambulatoria.
- Se ha comprobado que existe ideación suicida en mujeres víctimas de violencia ya que el índice de la prevalencia suicida en estas mujeres es de un alto riesgo. En este sentido, le llega a afectar emocionalmente la violencia vivida que su principal método de huida es el de quitarse la vida.
- Otro aspecto importante que se pudo destacar es que el riesgo suicida prevalece no solo en las mujeres que han huido de sus hogares sino también en las mujeres que aún no han salido de su círculo de violencia y asisten de manera ambulatoria.
- Se aprecia que uno de los exponentes de los factores de riesgo en las mujeres que tienen ideación suicida es el hecho de haber vivido violencia de género a temprana edad, considerando que el potencial de riesgo es alto en cuanto a la carencia de redes de apoyo.
- Además se evidencia que el nivel socioeconómico y el nivel de instrucción son los principales factores que afectan a las mujeres víctimas de violencia quienes

no poseen suficientes recursos para salir de este círculo violento por lo que les conlleva a no solo quitarse la vida por su situación intrafamiliar sino además por su situación poco generadora de recursos y de autorrealización escolar.

- Se deriva ciertos factores poco protectores a estas mujeres quienes tienen un riesgo alto de quitarse la vida, considerando que la medicación, la falta de redes de apoyo, los escasos recursos, su perfil sociodemográfico, etc., no son facilitadores de prevenir situaciones de riesgo.
- Generalmente, quienes la padecen son los grupos vulnerables, determinados por el género al que pertenecen o por la edad que tienen.
- Las mujeres en situaciones de mayor riesgo son aquellas que han sido testigos o víctimas de violencia en su infancia, que sufren o han sufrido aislamiento social, que son dependientes económicamente y poseen un bajo nivel educativo.

3.2. Recomendaciones

- Todas las mujeres víctimas de violencia requieren de apoyo terapéutico, pero este tiene que estar enfocado no únicamente en un proceso de sanación al círculo violento, sino también de prevención al mecanismo de huida y escape como lo es el suicidio. Para ello es recomendable crear o asistir a grupos de ayuda en los que se encuentren personas que han salido de este círculo y quienes han decidido valorar la vida sin la necesidad de depender de un hombre.
- También será de gran ayuda trabajar en la autoestima de las pacientes, así como fomentar el uso de estrategias de prevención de la violencia y, sobre todo, evitar consecuencias graves a largo plazo, como depresión, ansiedad y entre otros

síntomas que conlleven a una ideación suicida; al final esto disminuirá el índice de mujeres que se suicidan esporádicamente.

- En cuanto a la escala de riesgo suicida, sería factible que se aplique a todas las mujeres víctimas de violencia que asisten a los diferentes espacios de redes de apoyo en la ciudad, de esta manera se puede trabajar en psicoterapia y prevenir esta situación de ideación suicida, motivándolas y acreditando además psicoeducación acerca del círculo de la violencia y cómo salir de esta.

4. Referencias Bibliográficas

- AA.VV. (3 de Julio de 2013). Datos sobre el suicidio en Cuenca. *La Tarde*. Obtenido de <http://www.latarde.com.ec/2013/07/03/datos-sobre-suicidios-en-cuenca/>
- AA.VV. (2013). *Legislación sobre violencia contra la mujer y la familia*. Quito.
- Abramo, L., Valenzuela, M., & Pollack, M. (2000). *Equidad de género en el mundo del trabajo en América Latina: Avances y desafíos cinco años después de Beijing*. Lima: Oficina Internacional del Trabajo.
- Acurio, G. (2014). El suicidio como desencadenante mortal de la violencia contra las mujeres. *Pser-Integrativo*.
- Armentia, J., Caminos, J., Marín, F., & Ganzabal, M. (2012). *El tratamiento de las muertes violentas en la prensa vasca. ETA, violencia de género y siniestralidad laboral*. Leioa: Servicio Editorial UPV/EHU.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Gaceta Constitucional.
- Asamblea Nacional Cosntituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Gaceta Constituyente.
- Barragán, F. (2005). Educación, adolescencia y vioencia de género: les amours finis sent un jour. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 11(1).
- Blanco, P., Ruiz, C., Garcia, L., & García, M. M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*.
- Camacho, G. (2014). *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador*. Quito: El Telégrafo.

- Coddou, F., Kunstmann, G., Maturana, H., Méndez, C., & Montenegro, H. (2005).
Violencia en sus distintos ámbitos de expresión. En *Violencia de género*.
Madrid: Dolmen Ediciones.
- Corsi, J., Aumann, V., García, I., Iturralde, C., & Monzón, I. (2013). *Fundamentos
teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos
Aires: Paidós.
- Crespo, M. R. (28 de Mayo de 2014). Suicidios. *El Mercurio*, pág. A3.
- de Alba, M., Castellanos, A., & Sánchez, L. (2015). Riesgo Suicida y Síntomas
Depresivos en Padres de Hijos con Enfermedad Neuromuscular. *Acta de
Investigación Psicológica*, 1872-1880.
- Echeburúa, E. (1996). *Personalidades Violentas*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de
los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25.
- Echeburúa, E., & Guerrica, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso
sexual infantil intra-familiar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*,
19(2), 469.
- Echeburúa, E., Amor, P., & Corral, P. (2002). *Mujeres maltratadas en convivencia
prolongada con el agresor: variables relevantes*.
- Echeburúa, E., Amor, P., & Corral, P. (2012). Mujeres maltratadas en convivencia
prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 1(2), 135-
150.
- Encinas, F., Fernández, M., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de
mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Entendiendo la violencia. (2012). *Jóvenes y prevención de la violencia*, 10, 11.

- Espinoza, H., Hernández, B., Campero, L., Walker, D., Reynoso, S., & Langer, A. (2003). Muertes maternas por aborto y por violencia en México: Narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. *Revista Perinatal Reproducción Humana*, 17(4), 193-204.
- Fernández, I., González, H., Ochoa, D., Gómez, M., & Guzmán, F. (2012). El estudio de la violencia: un tema emergente de salud. Aproximaciones teóricas y su magnitud. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2(3).
- Fernández, M. (2003). *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Ferrer, V., Bosch, E., Ramis, M., & Navarro, C. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de Psicología*, 22(2), 251-259.
- Gallego, M., & García, L. (2011). Experiencias exitosas. Mujeres que han roto el ciclo de la violencia. *Programa Integral contra la Violencia de Género*.
- García, C., & Cabral, C. (2015). Socioantropología de la Violencia de Género. *La Ventana*.
- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 66-74.
- Hirigoyen, M. (2006). *Mujeres maltratadas*. Barcelona: Paidós.
- Labrador, J., Rincón, P., & Fernández, M. (2008). *Manual práctico. Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Machado, M., & Parra, M. (2011). Violencia de Género. *Silogismo*.
- Martínez, E., Romero, M., Rey, N., & Cañón, W. (2011). Riesgo de suicidio en jóvenes universitarios de Bucaramanga. *Cuidarte*, 184.

- Medina, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J., & Fleiz, C. (2005).
Prevalencia de sucesos violentos y de trastornos por estrés postraumático en la
población mexicana. *Salud pública de México*, 47(1), 8-21.
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2013). *Código Orgánico Integral
Penal*. Quito: Registro Oficial.
- Moreno, F. (1999). La Violencia en la Pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Oblitas, B. (2009). Machismo y violencia contra la mujer. *Investigaciones Sociales*,
301.
- Ojeda, L. (2010). *Violencia, delincuencia e inseguridad en el Ecuador*. Quito:
Universidad Alfredo Pérez Guerrero.
- Organización de las Naciones Unidas. (2010). Marco Jurídico y de Política a Escala
Internacional y Regional. En *Legislación sobre la violencia contra la mujer*.
Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Informe Mundial sobre la Violencia y
la Salud*. Washington, D.C.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera, P. (2009). Factores de riesgo familiares
asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastornos depresivos.
Revista Médica de Chile, 226-233.
- Pérez, P. (2010). Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política.
- Polanco, V., & Rodríguez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores
de riesgo psicosociales. *Medisan*, 14(8), 1054.
- Ramírez, C. (2006). El impacto del maltrato en los niños y las niñas en Colombia.
Revista Infancia, Adolescencia y Familia, 1(2), 281-301.

- Rodriguez, M., & Cañizares, M. (2014). *Memoria prospectiva en niños y niñas víctimas de violencia*.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M., & Marín, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. . *Arch Neurobiol*, 61(2):143-52.
- Salazar, T., Torres, E., & Rincón, V. (2005). Violencia en la Pareja. *Capítulo Criminológico*, 33(1).
- Salud, O. P. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.
- Sarmiento, Z., Sánchez, S., Vargas, I., & Álvarez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *Medisan*.

5. Anexos