

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD CIENCIAS DE LA FAMILIA



Una Institución Adventista

VIOLENCIA DE PAREJA E IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES
DE LA INSTITUCION EDUCATIVA ADVENTISTA 28
DE JULIO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2015.

Tesis

Presentada para optar el grado académico de Magister en Ciencias de la
Familia con Mención en Terapia familiar

Por

Ruth Yovanny Velarde Ruiz

Lima, Perú

2015

*Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres de la Institución
Educativa Adventista 28 de julio de la ciudad de Tacna, 2015*

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magister en Ciencias de la
Familia con Mención en Terapia Familiar

JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dra. Erika Inés Alcánta Salinas
Presidenta


Dr. Joel Peña Castillo
Secretario


Dra. Ana Rebecca Espinosa Ríos
Asesora


Dr. Amalio Chico Robles
Vocal

Villa Unión, Ñaña, 19 de noviembre de 2015

DEDICATORIA

A mi esposo, compañero de la vida, por su paciencia, comprensión en las muchas horas de desatención.

A Santiago y Juana, mis padres, quienes desde pequeña me enseñaron lecciones importantes para la vida.

A mis hermanos (Sonia, Sara, Robert, Wilder, Rosa), porque son parte de mí vida, por su ejemplo de perseverancia y lograr mis sueños,

A mis padrinos de boda, Cesar Depaz y Lila, quienes me enseñan a ser mejor cada día con sus sabios consejos y ejemplo de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la vida.

A la Dra. Ana Escobedo, por orientarme en esta investigación.

Al Dr. Joel Peña, a quien admiro, por su profesionalismo y espiritualidad, es un modelo a seguir.

Al Dr. Arnulfo Chico, por sus orientaciones.

A Psic. Wildman Vilca, por su asesoría en la parte estadística.

Al colegio 28 de Julio de Tacna, a la administración por brindarme las facilidades para la investigación.

A mis amigas: Noemí Marca, Inés Vílchez, Ester Chávez, Lourdes Quenta, Hilda Flores, bastón y fuerza en los momentos difíciles.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
ANEXOS.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1 Descripción de la situación problemática.....	1
1.2 . Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Justificación de la investigación.....	5
1.4. Objetivos de la investigación	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	7
1.5. Hipótesis de la investigación	7
1.5.1. Hipótesis general	7
1.5.2. Hipótesis específicas	7
1.6. Variables de la investigación	7
1.6.1 Identificación de variables.....	8
1.6.2 Operacionalización de variables	9
CAPÍTULO II.....	13
FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.1 Antecedentes del problema.....	13
2.1.1. Internacionales	13
2.1.2. Nacionales.....	17
2.2. Marco histórico.....	20
2.2.1 Violencia	20

2.2.2. Ideación suicida.....	23
2.3. Marco teórico.....	23
2.3.1. Violencia de pareja.....	23
2.3.2. Ideación suicida.....	37
2.4. Marco conceptual.....	49
2.4.1. Definición de términos.....	49
CAPÍTULO III.....	52
MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.1. Método de la investigación.....	52
3.1.1 Tipo de investigación	52
3.1.2 Diseños de la investigación	52
3.2. Población y muestra	52
3.2.1 Población	52
3.2.2 Muestra	53
3.3. Delimitación espacial y temporal de la población	53
3.4. Confiabilidad	54
3.5. Instrumentos de la investigación.....	57
3.6. Técnicas de recolección de datos.	60
CAPÍTULO IV	61
PRESENTACION Y ANALISIS	61
DE LOS RESULTADOS	61
4.2. Correlación entre las variables	68
4.3. Discusión de los resultados.....	70
CAPÍTULO V	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1. Conclusiones.....	74
5.2. Recomendaciones.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Estimaciones de consistencia interna del cuestionario de violencia en la pareja</i>	54
Tabla 2. <i>Correlaciones ítem – sub test del cuestionario</i>	55
Tabla 3. <i>Estimaciones de consistencia interna de la escala de ideación suicida</i>	56
Tabla 4. <i>Correlaciones ítem - test de la escala de ideación suicida</i>	57
Tabla 5. <i>Niveles de abuso en la pareja</i>	61
Tabla 6. <i>Nivel de violencia de la pareja según estado civil de las mujeres</i>	64
Tabla 7. <i>Nivel de violencia de la pareja según nivel de instrucción de las mujeres</i>	64
Tabla 8. <i>Pensamiento suicida en mujeres</i>	65
Tabla 9. <i>Pensamiento suicida según estado civil de las mujeres</i>	66
Tabla 10. <i>Pensamiento suicida según nivel de instrucción de las mujeres</i>	67
Tabla 11. <i>Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio</i>	68
Tabla 12. <i>Coeficiente de correlación entre pensamiento suicida y abuso no físico</i>	69
Tabla 13. <i>Coeficiente de correlación entre pensamiento suicida y abuso físico</i>	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°01. Índice de Violencia no física de pareja.....	62
Gráfico N°02. Índice de Violencia física de pareja.....	63

ANEXOS

Anexo 1. Matriz instrumental.....	82
Anexo 2. Matriz de consistencia.....	83
Anexo 3. Índice de abuso en la pareja	86
Anexo 4. Índice de abuso en la pareja (adaptado).....	88
Anexo 5. Cuestionario de escala de pensamientos suicidas.....	90

RESUMEN

La presente investigación busco establecer la relación significativa entre la violencia de pareja e ideación suicida en la mujer de la institución adventista 28 de Julio, Tacna.

El tipo de investigación es descriptivo, cuantitativa, correlacionar ya que ha permitido encontrar la relación entre las variables. Así mismo el diseño de la investigación es no experimental siendo que no se manipulo las variables.

Además esta investigación es de corte transversal puesto que los datos fueron recolectados en un momento y tiempo único, mediante la aplicación de los instrumentos “índice de abuso de pareja “Autor: Hudson y McIntosh (1981) adaptado por la autora e “Ideación suicida” Autor: Aarón Beck (1970) la fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, junto con el instrumento ideación suicida de 20 ítems en la muestra estudiada es de ,957 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad y de manera similar ocurre con las cuatro dimensiones de la escala.

La investigación se realizó a 176 mujeres de dicha institución que cumplieron los criterios, en los resultados se encontró que hay relación significativa entre la violencia de pareja con la ideación suicida en las mujeres evaluadas.

Según el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe una relación significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso no físico es decir cuanto mayor sea la intensidad del abuso no físico mayor será la actitud hacia la muerte en las mujeres evaluadas.

Existe una relación altamente significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso físico ($\rho = ,372, p < 0.01$). Es decir cuanto mayor sea la intensidad del abuso físico (violencia sexual, agresividad, percepción que la pareja actúa como si quisiera matarla, entre otros) mayor será la actitud hacia la muerte en las mujeres evaluadas.

Palabras claves: Violencia de pareja, ideación suicida.

ABSTRACT

The present investigation sought to establish a meaningful relationship between intimate partner violence and suicidal ideation in college women July 28, Tacna.

The research was descriptive, quantitative, correlational because it allowed to find the relationship between variables. Likewise, the research design is not experimental variables being not manipulate. Furthermore this research is cross-cutting since the data were collected at a time and only time, by applying the instruments' index partner abuse "Author: Hudson and McIntosh (1981) and" suicidal ideation "Author: Aaron Beck (1970) the overall reliability of the scale and its size was assessed by calculating the index of internal consistency by Cronbach's Alpha, along with suicidal ideation instrument of 20 items in the sample it is, 957 that can be assessed as an indicator of high reliability and similarly occurs with all four scale dimensions.

The research was conducted in 176 women of that institution that met the criteria; the results found that there are significant relationship between intimate partner violence with suicidal ideation in women evaluated.

According to Spearman's rank correlation coefficient indicates a significant relationship between attitude towards death and not physical abuse that is the higher the intensity of physical abuse no greater positive attitude toward death in women evaluated.

There was a highly significant relationship between attitude toward death and physical abuse ($\rho = .372, p < 0.01$). That is the greater the intensity of

physical abuse (sexual violence, aggression, perception that the couple acts as if he wanted to kill her, among others) the greater the positive attitude toward death in women evaluated.

Keywords: dating violence, suicidal ideation.

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser la violencia contra la mujer por su pareja, un fenómeno ancestral, es reconocido por la sociedad como un problema de salud pública y salud mental.

La violencia familiar, especialmente la ejercida contra la mujer, es reconocida en el Perú como un problema de salud pública y salud mental.

Desde un punto de vista epidemiológico las mujeres son objeto de violencia en todas las edades, independientemente de su condición social y escolaridad y los actos de violencia son ejercidos sobre todo en la casa y principalmente por la pareja. Las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres se manifiestan sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se presentan diversos trastornos, los cuales son producidos por efectos del maltrato, entre estos se encuentran: ansiedad, depresión y conducta suicida (Vásquez, 2007).

El mismo autor señala que las mujeres maltratadas por su pareja presentan con más frecuencia ideación suicida, como parte del cuadro depresivo, estas ideas se convierten en una modalidad clínica del pasaje al acto suicida en este sentido Abbott y colaboradores encontraron en un servicio de emergencias, que las mujeres expuestas a maltrato, realizaron intentos suicidas con más frecuencia que las que no son maltratadas.

La finalidad de la investigación es determinar la relación entre la violencia de pareja e ideación suicida en la mujer. El aporte de este estudio es que alerta sobre un factor a tener en cuenta en la atención a mujeres que sufren de algún tipo de violencia el cual si nos son tratados de manera adecuada su fin puede ser fatal.

El primer capítulo enfatiza planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, así como formulación del problema, justificación e hipótesis. En el segundo capítulo constituye la fundamentación teórica de la investigación donde se profundiza en el tema de la violencia hacia las mujeres por su pareja enfocado con las diversas teorías de ambas variables, los factores influyentes, ciclo de violencia, la que permitió entender con claridad cada variable para describir cuales son los factores de asociación.

El tercer capítulo se plantea el marco metodológico, tipo y diseño de la investigación, se describe las hipótesis. El cuarto capítulo se presenta el análisis de resultados de manera descriptiva y correlacional finalizando con la discusión de dichos resultados, así mismo brindando estrategias para trabajar con las mujeres que son víctimas de maltrato.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema

1.1 Descripción de la situación problemática

Saravia, Mejía, Becerra, y Palomino (2012) afirman que la violencia familiar, especialmente la ejercida contra la mujer, es reconocida en el Perú como un problema de salud pública y salud mental, además de constituir una violación a los derechos humanos, porque atenta contra la integridad física y emocional de las personas. En un estudio de la OMS sobre la violencia contra la mujer infligida por la pareja y la violencia doméstica, realizada en 10 países, se encontró entre 15% (Japón) y 71% (Etiopía y Perú) de mujeres que habían reportado haber sufrido violencia física o sexual de su pareja, y entre 0.3 y 11.5% que refirieron haber sufrido de violencia sexual de alguien que no era su pareja. Entre las mujeres de Perú (24%) de la zona rural, reportaron que su primera experiencia sexual había sido forzada. Según el ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar2010), el 38.4% de mujeres ha pasado por una situación de violencia física y sexual de su compañero o cónyuge, el 21.9% ha experimentado en algún momento situaciones de violencia verbal a través de expresiones humillantes y el 21.1% ha sufrido amenazas del mismo agresor. El feminicidio es el último paso de la violencia contra las mujeres. En el Perú, entre el año 2004 y 2007, se registraron 403 feminicidios, un promedio de 9 mujeres al mes.

Por todo ello, la Ley Nacional de Salud, promulgada en Julio de 1997, establece que la atención a mujeres que han sufrido de algún tipo de maltrato y el maltrato deben ser contabilizados, lo cual traduce dicha situación en una responsabilidad primaria regulada por el Estado. De este modo, se puede definir la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Este hecho es aún más grave cuando se trata de violencia ejercida contra la mujer en estado de gestación. Las conductas violentas pueden consistir en el uso de la fuerza física o psicológica que, por su intensidad y frecuencia, provocan daños; y/o palabras cuyos contenidos humillan, denigran, rechazan, amenazan sistemáticamente o expresan un control que afecta la autonomía de la otra persona; las consecuencias de la violencia física contra la mujer son amplias, desde heridas y golpes, incluso la muerte. Las consecuencias de la violencia psicológica no son menos serias, pues provocan un desgaste emocional y psicológico que va minando la autoestima, el optimismo y la salud mental de las mujeres. En el Estudio Epidemiológico Lima Metropolitano de Salud Mental del año 2002, se encontró que la mujer maltratada tiene alrededor de dos veces el riesgo de padecer de algún trastorno psiquiátrico, incluyendo indicadores suicidas, en comparación con las que no son maltratada (Saravia, Mejía, Becerra, Palomino, 2002).

Así mismo, Moreno (2012) afirma que la violencia de pareja contra la mujer es, con frecuencia, una de las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad de la mujer en diversas culturas. Existe evidencia de las graves consecuencias, directas e indirectas, que ocasiona la violencia de pareja en la salud de la mujer.

También encontró factores asociados de mayor riesgo para violencia por la pareja: la mujer tenga mayor educación que el hombre, la mujer toma las decisiones en pareja y residir dentro del resto de la costa urbana o en la sierra urbana peruana. Por otra parte, la prevalencia de violencia física o sexual contra la mujer por la pareja es alta aunque puede variar según los ámbitos geográficos.

Estudios realizados por (Moreno 2006), en quince sitios ubicados en diez países, dos de ellos en Perú, coinciden en la identificación de una elevada prevalencia de violencia física o sexual de pareja hacia la mujer, que varía entre 15 y 78% entre países e incluso entre diferentes sitios del mismo país. Otros estudios realizados en el Perú por el INEI y el Instituto Nacional de Salud Mental, también muestran esta variación entre los diferentes ámbitos geográficos o áreas de residencia. Las mujeres que informaron violencia física reciente comparadas con las que no, son más jóvenes (mediana de edad 32,1 frente a 33,6 años), con edad más temprana de inicio de relaciones sexuales (mediana de edad 19,3 frente a 20 años) y de primera unión de pareja (mediana de la edad 19,7 frente a 21,4 años).

González, Díaz, Ortiz, González, González (2000) manifiestan que la ideación suicida en sus diferentes formas representa un problema para la salud de cada ciudadano a nivel internacional. En un buen porcentaje de los países, el suicidio se ubica dentro de las diez principales causas de la muerte de manera general y se clasifica entre las tres primeras causas de muerte de las personas de 15 a 34 años de varones. En un estudio a nivel nacional sobre los trastornos mentales entre la población urbana de más de 18 años, se encontró por medio de la Escala CES-D que el 34% había tenido uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio, y entre 10% y 14% de la población había

tenido ideación suicida; esto significa que había pensado que no vale la pena vivir, había deseado dejar de existir o había pensado que más vale morir. Se observó que la ideación suicida había sido más frecuente entre los jóvenes de 18 a 25 años de uno y otro sexo.

Por otro lado, Leal (2009) menciona que el Ministerio de Salud (MINSA) reportó un total de 228 suicidios consumados el año 2002, de los cuales el 63% eran varones. Así mismo, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, informó que el pensamiento suicida tiene una prevalencia de 27,8%, con predominio del sexo femenino.

También Leal (2009) investigó el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán, Lima, a lo largo de un año. Para ello se entrevistó a una muestra de 67 pacientes de ambos sexos. Entre los principales resultados hallados encontró que el 68.6% de los pacientes provenían de hogares de padres separados, 67% declaró su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, 46,27% de los pacientes tuvo como motivación principal conflictos de pareja referidos a discusiones, desengaños amorosos, maltratos físico o psicológico y separaciones. De esta problemática nace la siguiente pregunta de investigación.

1.2 . Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Existe relación significativa entre la violencia de pareja con la ideación suicida en mujeres de la institución educativa adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015?

1.2.2. Problemas específicos

¿Existe relación significativa entre la violencia de pareja con las actitudes hacia la vida, muerte en las mujeres?

¿Existe relación significativa entre la violencia de pareja con los pensamientos, deseos de suicidio en las mujeres?

¿Existe relación significativa entre la violencia de pareja con el intento de suicidio en las mujeres?

¿Existe relación significativa entre la violencia de pareja con la actualización del intento suicida en las mujeres?

1.3. Justificación de la investigación

La violencia contra la mujer representa un problema social grave, producido por factores multicaules interactuantes. Así mismo, las mujeres son las principales víctimas de violencia, porque se encuentran en una posición de desventaja y dependencia del hombre, se constituye así la violencia de género como un problema estructural de nuestras sociedades.

Grupo del Banco Mundial: Igualdad de género es clave para alcanzar los (ODM 2015 Conocido “objetivos del milenio”). Dentro de los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, se encuentra el objetivo tres que hace referencia a la promoción de la equidad de género y la autonomía de la mujer, comprendiendo la equidad entre hombres y mujeres como un objetivo fundamental para el progreso del desarrollo humano. Sin embargo, a pesar del esfuerzo y compromiso en la formulación de leyes y acuerdos para disminuir los índices de violencia hacia las mujeres, éstos incrementan cada día.

Esta investigación es necesaria debido a la gran incidencia de maltrato que sufren las mujeres y su impacto a nivel psicológico y el deterioro en la calidad de

vida, por eso la investigadora en su experiencia de Psicóloga pudo observar a mujeres víctimas de maltrato por sus parejas, esto confirma que la violencia constituye un fenómeno que atenta indiscriminadamente contra la población femenina, convirtiéndose hoy en la principal amenaza para su integridad física y psicológica, tienen mayor riesgo superior al doble de enfermarse y sufrir problemas físicos y psicológicos que las mujeres que no han sido maltratadas, ya que la pareja exige que se quede en casa, no tenga rose social ni familiares y la situación de aislamiento a los que son sometidas las víctimas de malos tratos por su cónyuge, mejor predice la decisión de estas mujeres de acabar su vida, la única solución para sus problemas.

Por otro lado, parece más frecuente el intento de suicidio en las víctimas que, además del maltrato, han sido víctimas de abuso emocionales en la infancia. Esta investigación se justifica también a nivel teórico, porque si bien se han realizado en la ciudad de Tacna varios estudios sobre la violencia de pareja y la violencia familiar en general, como depresión, autoestima, muchos de ellos han tomado en cuenta solamente aspectos generales del mismo, incluyendo tipo de maltrato, frecuencia, duración, consecuencias psicológicas, tratamiento entre otros, son pocos los estudios sobre violencia de pareja y su relación con la ideación suicida.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación significativa entre la violencia de pareja con la ideación suicida en las mujeres de la institución educativa adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015.

1.4.2. Objetivos específicos

Determinar la relación entre la violencia de pareja con las actitudes hacia la vida, muerte en las mujeres.

Determinar la relación entre la violencia de pareja con los pensamientos, deseos de suicidio en las mujeres.

Determinar la relación entre la violencia de pareja con el intento de suicidio en las mujeres.

Determinar la relación entre la violencia de pareja con la actualización del intento suicida en las mujeres.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

H_i La violencia de pareja tiene relación significativa con la ideación suicida en las mujeres de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015.

1.5.2. Hipótesis específicas

H1 Existe relación significativa entre violencia de pareja con las actitudes hacia la vida, muerte en las mujeres.

H2 Existe relación significativa entre violencia de pareja con el área de pensamientos, deseos de suicidio en las mujeres.

H3 Existe relación significativa entre la violencia de pareja con el intento suicida en las mujeres.

H4 Existe relación significativa entre la violencia de pareja con la actualización del intento suicida en las mujeres.

1.6. Variables de la investigación

1.6.1 Identificación de variables

a. Violencia de pareja

Dimensiones

Violencia física

Violencia no física (humillaciones, gritos, enfado si no cumple con sus deseos utilización de palabras degradantes por parte de la pareja)

b. Ideación suicida

Dimensiones

Características de las actitudes hacia la vida, muerte.

Características de los pensamientos, deseos de suicidio

Características del intento.

Actualización del intento.

1.6.2 Operacionalización de variables

VARIABLE: VIOLENCIA DE PAREJA						
TITULO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTOS	VALORACION
Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres de la institución educativa adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015.	Violencia de pareja	Abuso físico	Físico	4. me fuerza a hacer actos sexuales que no me gustan	Índice de abuso en la pareja (IAP; Hudson y McIntosh, 1981). versión española de Cáceres (2002) Adaptado por la investigadora	La corrección del cuestionario será de la siguiente manera. 1=nunca 2=raramente 3=ocasionalmente 4=con frecuencia 5=casi siempre
				7.me golpea o araña		
				13.Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo)		
				18. cree que no debería salir de casa.		
				22.Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.		
				24. Se vuelve agresivo cuando bebe.		
				25. Esta siempre dando órdenes.		
		Abuso no físico	No físico	30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.		
				1.me humilla		
				2. Me exige que obedezca sus caprichos.		
				3. Se irrita si le digo que come, bebe o fuma demasiado.		
				5. Se enfada mucho si no hago lo que quiere cuando él quiere.		
				6. Se muestra celoso y suspicaz con mis amistades.		
				8. Me repite que soy poco atractiva.		
9. Me repite que no podría valerme sin él.						
10. Cree que soy su esclava.						
11. Me insulta o avergüenza delante de otros.						
12. Se enfada mucho si me muestro en desacuerdo con sus puntos de vista.						

				14. No me presta dinero.		
				15. Me repite que soy tonta.		
				16. Me obliga a quedarme en casa si no tengo nada que hacer por ahí.		
				17. Me ha llegado a golpear tan fuerte que llegue a necesitar asistencia médica.		
				19. No es amable conmigo.		
				20. No quiere que salga con mis amigos.		
				21. Me exige tener relaciones sexuales, aunque físicamente esté cansada.		
				26. Me dice cosas que no se pueden aguantar.		
				27. Actúa como un cobarde.		
				28. Le tengo miedo.		
				29. Me trata como si fuera basura, usa palabras como: perra, prostituta, etc.		

VARIABLE: IDEACION SUICIDA

TITULO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTOS	VALORACION
Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres de la institución educativa adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015.	Ideación suicida	Características de las actitudes hacia vida, muerte	actitudes hacia vida, muerte	1. Deseo de vivir.	Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) (1979)	La corrección del cuestionario será de la siguiente manera. Evidencia y No evidencia
				2. Deseo de morir		
				3. Razones para Vivir/Morir.		
				4. Deseos de realizar un intento de suicidio activo.		
				5. Deseo pasivo de suicidio.		
		Características de los pensamientos, deseos de suicidio	actitudes de deseos de suicidio	6. Duración		
				7. Frecuencia		
				8. Actitud hacia los pensamientos/deseos		
				9. Control sobre la acción/deseo de suicidio		
				10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida.		
				11. Razones para pensar/desear el intento suicida.		
		Intento de suicidio	Intento de suicidio	12. Método: especificidad/oportunidad de pensar el intento.		
				13. Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.		
				14. Sensación de "capacidad para llevar a cabo el intento.		
				15. Expectativa/anticipación de un intento real		

		Actualización del intento suicida	Actitudes del intento suicida	17. Nota suicida.		
				18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)		
				19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.		
				20. Intento de suicidio anteriores		

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Antecedentes del problema.

2.1.1. Internacionales

Sánchez (2009) realizó una investigación, en Valencia: España, sobre estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y el sistema inmune de las mujeres, participaron 182 mujeres, 130 víctimas de violencia de pareja y 52 con una relación de pareja sin violencia, a través de un cuestionario se recogió información acerca de la relación de la mujer con el agresor/pareja, se utilizó el cuestionario Duke-UNC (Broadhead y cols., 1988), cuestionario de Apoyo Social Comunitario (Gracia y cols., 2002), para la evaluación del estado de salud física de las mujeres, se utilizó un cuestionario de elaboración propia en el cual se recogía información sobre síntomas físicos, enfermedades físicas y utilización de servicios de salud. Las conclusiones es que las mujeres víctimas de violencia, psicológica y física/psicológica, tenían una edad media de 47 años, siendo el nivel de educación más frecuente el graduado escolar (52,2% y 42,4%, respectivamente). Destaca que el 65,2% de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 72,7% de las víctimas de

violencia física/psicológica se había separado o divorciado del agresor, habiendo cesado la convivencia con él durante el periodo de seguimiento. Si bien, el 30% de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 55% de las víctimas de violencia física, psicológica ya había cesado su convivencia con el agresor.

López (2011) realizó una investigación en Cuba sobre Violencia contra la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Los participantes fueron de 170 mujeres, se utilizó la Escala Dembo-Rubinstein, el Test de Autoestima de Coopersmith, el Cuestionario de Estados de Frustración, el Cuestionario de Modos de Afrontamiento, de Lazarus y Folkman y la Escala de Rotter. Los resultados obtenidos, que los factores no estudiados, tanto en el nivel personalógico (dimensión motivacional y recursos personalógicos); relacional (recepción de apoyo familiar, desempeñó de los roles y acceso y control de los recursos); comunitario (las percepciones, opiniones, argumentos y actuaciones); y sistemas de servicios de salud (recursos materiales y técnicos, las relaciones y el proceso), influyen en la violencia sobre la mujer por su pareja, en nuestro contexto.

Por otro lado, Grijalba (2007) realizó una investigación en Madrid, España sobre mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático, de la muestra total de damas, un 27.2% había experimentado suceso traumático, estresante, además de la violencia doméstica, siendo los traumas más frecuentes, el abuso sexual de un desconocido (10.7%), la muerte traumática de un hijo, familiar o amigo

íntimo (9.7%) y el abuso sexual a manos del propio padre (3.9%) también evidenciaron sucesos traumáticos fueron: intento de homicidio (1%) y acoso sexual (1.9%). Los instrumentos que se utilizó fueron: Ficha de datos socio demográficos, Entrevista Semi estructurada para Víctimas de Violencia Doméstica, Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b). En la muestra total, más de la mitad de las mujeres (58.3%) había recibido maltrato físico, emocional y sexual, un 32% maltrato psicológico y físico y un 9.7% abuso psicológico el malestar psicológico ante estímulos evocan el trauma, los recuerdos intrusivos, la evitación de pensamientos asociados al suceso traumático, el embotamiento afectivo, la sensación de futuro desolador y la dificultad de concentración lo más habituales, frecuentes, presentándose en más de un 80% de las participantes. Los síntomas poco comunes son los flashback, las pesadillas, la amnesia y la evitación de lugares, actividades o conocidos que recuerdan el trauma.

Así mismo, Ramírez (2012) realizó una investigación en la provincia de Bogotá: Colombia, sobre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto, hizo un estudio piloto con 22 puérperas, con damas con posparto normal, con recién nacido vivo y sano, mujeres mayores de edad, estudio de tipo cuantitativo utilizó el instrumento, que responda al objetivo del estudio. Utilizaron el instrumento del índice of spouse abuse (índice de violencia en la pareja), Versión en español, y la Postpartumdepression Screeningscale (Escala de detección sistemática de la depresión post parto, Versión en español).

Se concluyó que la frecuencia de abuso físico son 17% frente a 54 %, que presentaron abuso no físico, esto afirma que en el maltrato psicológico es más frecuente.

Cabe recalcar que la cultura machista hace que los hombres sean celosos con su pareja. Se vio la relación entre las dos variables violencia de pareja y la depresión post parto, se encontró la relación de 0,738, se afirma que guardan relación dichas variables. Se concluyó que el abuso no físico; es decir, emocional, económico, tienen un elevado puntaje. Se encuentra un grupo elevado con sintomatología depresiva, siendo más sensible y teniendo grados de ansiedad, baja autoestima como consecuencia de la violencia.

Por otro lado, Sánchez, Muela, Martínez, García y León (2014) realizaron una investigación sobre variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes de España, se solicitó la participación de forma voluntaria a 93 alumnos de la asignatura Fundamentos de la Medición Psicológica de segundo curso de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad, durante el mes de marzo del año 2010, con edades comprendidas entre 21 y 34 años, los instrumentos evaluados fueron los siguientes Escala de Ideación Suicida de Beck (Suicide Ideation Scale, Beck et al., 1979), adaptada al castellano por Comeche, Díaz y Vallejo (1995). Control de los Impulsos (Ci) del Cuestionario de Personalidad Big Five, Escala de Desesperanza de Beck, Inventario de Depresión de Beck; los resultados de este estudio indican que tanto la depresión como la desesperanza pueden ser predictores muy significativos

de la ideación suicida en universitarios de Psicopedagogía. Lo que está en la línea de un amplio cuerpo de investigaciones que documentan la gran importancia de estas variables como factores de riesgo de suicidio.

2.1.2. Nacionales

Aguinaga (2012) hizo un estudio sobre “Creencias irracionales y conductas en madres víctimas y no víctimas de violencia infligida por la pareja”, en una población de 100 mujeres madres de familia que asisten al Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público sede Lima Norte, y 92 mujeres que no reportan encontrarse en esta condición; aplicó el Inventario de Conducta Racional (Shorkey & Whiteman, 1977) y el Inventario de Conducta Parental.

Los resultados indicaron que existen diferencias significativas en las creencias irracionales, siendo las madres que sufren maltrato tendrían más dificultades para responder de manera racional ante situaciones frustrantes y para reconocer de modo objetivo la situación y sus consecuencias, que aquellas madres que no serían víctimas de maltrato por su pareja.

Así mismo, Guzmán (2012) realizó un estudio de ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio, Lima, Perú, la población bajo estudio la conforman los adolescentes de 14 a 18 años que habitan en la zona de Lima-Este (distritos de El Agustino, Santa Anita, San Juan de Lurigancho, Ate-Vitarte, la Victoria, la Molina, Lurigancho y Chosica, principalmente), pertenecientes a un nivel socioeconómico C y D, han tenido un intento de suicidio. Los instrumentos que se utilizaron fueron entrevista y observación Inventario de Personalidad

de Eysenck (EPI-Forma B). Cuestionario que explora las Ideas Irracionales: las conclusiones fueron que los adolescentes con intento de suicidio presentan una mayor cantidad de ideas irracionales en comparación con los adolescentes que no han realizado tales intentos. Existen diferencias de género en las muestras clínicas con una mayor presencia de ideas irracionales en las mujeres, quienes también presentan en mayor medida que sus pares masculinos la siguiente idea irracional específica: los adolescentes con intento de suicidio no presentan características diferenciales en sus dimensiones de la personalidad en comparación con los adolescentes que no han cometido tales intentos. Los mayores niveles en N (Tendencia hacia la inestabilidad) y menores niveles en E (Tendencia hacia la introversión), obtenidos por los primeros, no llegaron a diferenciarse de modo significativo de los alcanzados por los segundos. Ambos grupos de adolescentes alcanzan puntajes promedios en N y E que los enmarcan dentro del temperamento Melancólico.

Cáceres, Santiago, Almeida, Solano (2013) realizaron una investigación: *Prevalencia y factores asociados del pensamiento de suicidio en estudiantes de ciencias de la salud*, de Ica (Perú) que son de las facultades de Ciencias de la Salud (Medicina Humana, Enfermería, Odontología, Farmacia y Bioquímica y Biología). La muestra fue de 337 estudiantes, dicha investigación se hizo por entrevista de manera personal y luego, los test psicométricos: APGAR familiar, Test de Depresión de Zung y la Escala de Autoestima Autor: Rosenberg se quería evaluar las características emocionales, se determinó a 337 estudiantes universitarios

de la facultad de ciencias de la salud, 67 (19,9%) de la facultad de medicina, 68 (20,2%) de la facultad de ciencias de enfermería. En ellos, la prevalencia del intento de suicidio fue 8,31%. Su nivel promedio de intentos de sucedido fue $1,61 \pm 0,26$ y la edad promedio del primer intento. Un alto índice de antecedentes de intento de suicidio se encontró en las facultades de Farmacia y Bioquímica (7; 11,1%) y en la facultad de Odontología (8; 10,3%), seguidas de la facultad de Ciencias-Biología (6; 9,8%) y de Enfermería (5; 7,4%). La menor frecuencia se halló en la facultad de Medicina (2; 3,0%).

Respecto del sexo, se puede observar que el 8,7% de hombres había intentado suicidarse, mientras 16 (8,0%) alumnas lo habían intentado. En sus conclusiones, afirman que no hay relación significativa entre el intento de suicidio y género ($p=0,830$).

En esta investigación se concluyó que los problemas familiares son uno de los síntomas asociados al intento de suicidio, ya que el estado anémico que manifiesta por dichos problemas cada vez más se va acentuando.

Leal (2009) realizó una investigación: *Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de lima metropolitana y su relación con factores socio demográficos, laborales y Psicológicos*. Esta investigación se realizó en 111 médicos de los distintos establecimientos de Lima, se utilizó la encuesta que contiene preguntas socio-demográfica y laboral, y un cuestionario relacionado a la tendencia suicida, como también satisfacción de la vida, estrés.

En una de sus conclusiones en cuanto a su estado civil los médicos convivientes tienen mayor tendencia suicida, en cuanto a los separados se concluyó menos tendencia suicida. En cuanto a médicos que tiene a cargo como hijos o sobrinos más de 5 su puntuación a la tendencia suicida tienen una alto índice suicida.

Por otro lado, los médicos con nombramiento presentan una tendencia suicida una manera elevada, a diferencia de los que son contratados.

2.2. Marco histórico

2.2.1 Violencia

La violencia contra la mujer es una situación que se presenta a diario en todos los países, clases sociales y culturas, este fenómeno ha sido abordado entre los años 70 y 80 en comité y asambleas destinadas al análisis de la violencia que afecta a la mujer, y la violencia contra la mujer en el seno de la familia. En diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. En 1994, la Organización Panamericana de la Salud realizó una revisión de 26 trabajos de 20 países, se encontró que el rango de violencia doméstica, está entre 20 y 75% de mujeres violentadas, con grandes diferencias por país y tipo de población estudiada (en área urbana y rural). En 1995, la Organización de Naciones Unidas establece, entre sus objetivos estratégicos, la lucha por la violencia contra las mujeres. En 1996, la Organización Mundial de la Salud en la 49ª. Asamblea Mundial de la

salud, mediante la resolución 49.25 declara la violencia contra la mujer como un problema de salud pública (Ramírez, 2012)

López (2011) en su investigación afirma que las Naciones Unidas declararon en 1991 que la violencia sobre la mujer era producto de la organización Social, estructurada sobre la base de la desigualdad.

La violencia contra la mujer en la dinámica familiar no es un fenómeno nuevo, tiene raíces históricas, no posee barrera cultural ni social y afecta a un gran número de mujeres alrededor del mundo. En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, la violencia contra la mujer fue considerada una de las doce esferas de especial preocupación que debe ser solucionada por parte de los gobiernos, la comunidad internacional y la sociedad civil.

López (2011) afirma que el maltrato contra la mujer por su pareja ha sido un problema universal en el tiempo y en el espacio. La historia de la humanidad es la historia de las repetidas vejaciones y usurpaciones del hombre sobre la mujer. El problema del maltrato conyugal fue recogido en documentos tan antiguos como la Biblia. Una búsqueda en documentos de los siglos XVII y XVIII revela las denuncias de mujeres por haber recibido malos tratos de sus esposos. Así lo reveló Cobbe, en 1870, quien identificó cuán extendido estaba este problema en Bristol, Gran Bretaña recibió la primera denuncia que se tiene, en Cuba fue realizada por María Pérez, en Lagunilla, actual provincia de Matanzas, en 1819 (Mary Wollstonecraft es considerada, convencionalmente, como la primera persona que vinculó que la situación subordinada de la mujer en la sociedad tiene su basamento en

la cultura y así lo plasmó en su artículo “Vindication of the rights of woman”, que traducido al español es vindicación de los derechos de la mujer, en 1792 lo que la hizo pasar a la posteridad y Francisco de Goya, en 1796, el primero en dibujarla, lo que da fe de lo ancestral del problema. El tema sale a la luz pública el siglo XVIII, gracias al ímpetu de los movimientos feministas que luchan por su eliminación y a la llegada de mujeres maltratadas a las instituciones de salud.

En un estudio de investigación, López sostiene que la violencia en las relaciones sentimentales adolescentes es un fenómeno en sí mismo que, no obstante, puede actuar como factor de riesgo para la violencia marital, quedando la importancia de su estudio justificada por tres motivos principales.

Primero, como se ha mencionado, porque, pese a todo, los informes retrospectivos de mujeres maltratadas apuntan que generalmente se habían producido comportamientos violentos leves durante las primeras fases de la relación, siendo, por tanto, factor de riesgo para la violencia marital; segundo, porque la comprensión general de la violencia en pareja podría pasar por la comprensión de la violencia en los inicios de este tipo de relación sentimental; y tercero, porque durante esta etapa del ciclo vital y dada la intensidad con la que se viven las experiencias sentimentales, la aparición de fenómenos de violencia puede llegar a tener graves consecuencias para la salud física y emocional en los implicados en ella.

2.2.2. Ideación suicida

Para Mancilla (2005), la palabra suicidio viene del latín sui “de sí mismo” y caedere “matar”, apareció hace un poco más de doscientos años. Es el abad Desfontaines, en el “suplemento de diccionario de Trevoux”, publicado en 1752, que lo emplea por primera vez, luego Voltaire lo universalizó. Fue en seguida retomado por los enciclopedistas, pero se tuvo que esperar hasta el siglo XIX, ávido de conocimientos científicos, para que su estudio sea verdaderamente abordado. Así en sentido etimológico, el concepto de la palabra suicidio sería la muerte de una persona provocada por sí mismo.

Así también durante la antigüedad clásica, el suicidio de personas con enfermedades incurables era visto como una necesidad, prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, en Roma sólo se penaba el suicidio irracional, el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba el suicidio provocado por la impaciencia del dolor o la enfermedad, ya que decían que se debía al cansancio de la vida, la locura o el miedo al deshonor. En la Grecia antigua al cadáver se le amputaba la mano con la que se había cometido el acto suicida y se enterraba en un sitio alejado, sin ceremonias fúnebres.

2.3. Marco teórico

2.3.1. Violencia de pareja

La OMS (2002) da el concepto de violencia: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones”. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Blanco, Ruiz, Jarabob, Vinuesac, García (2004) definen: “la violencia contra las mujeres se denomina también violencia de género, porque es la que ejercen los hombres para asegurarse los privilegios que la cultura les ha otorgado y que el rol asignado a las damas les proporciona: ser atendidos y cuidados material y emocionalmente, tener una posición dominante en la sociedad más poder derecho. La violencia de pareja en el 98% de los casos la ejercen los varones contra las mujeres. Por tanto, aunque habitualmente la violencia se considera un problema de mujeres, no es un problema “de” ellas sino “para” ellas; en realidad, y fundamentalmente, es un problema de la cultura masculina/patriarcal.”

2.3.1.1 Teorías que explican la presencia de la violencia

En la **teoría del aprendizaje social**, Bandura, (1973) enseña que a través de la observación de una conducta llevada a cabo por un modelo admirado (aprendizaje observacional) se adquieren las habilidades

necesarias para imitarlo y llevarla a cabo. La probabilidad de imitar un comportamiento aumenta cuando éste recibe un refuerzo positivo y, además, el modelo es percibido como alguien superior en edad o grado, en inteligencia, o en status y reconocimiento social; es decir, cuando es admirado de algún modo por quien imita la conducta indicaba que en una sociedad moderna se reconocen tres fuentes principales de comportamientos agresivos que podrían actuar como modelos observables: la familia, como contexto principal de modelamiento y refuerzo de conductas agresivas; el contexto cultural, entendido como la red de sistemas sociales y micro contextos en que se inserta el individuo; y los modelos simbólicos, ofrecidos generalmente por los medios de comunicación a través de imágenes o palabras. Por lo tanto, la violencia en las parejas en gran porcentaje son por los modelos de sus padres que han tenido en su infancia y plasmaran en su nuevo hogar así se producirá violencia (Aroca, Montolío, Moreno, Alba, 2012).

En **la teoría feminista**, Walter(1989) señala que los hombres son educados en un modelo social que les lleva a interiorizar valores de competitividad, agresión o dominancia, a no poder expresar sentimientos y emociones como el dolor o el miedo, y a mostrarse fuertes, autónomos y poco comunicativos, mientras que las mujeres son socializadas: pasivas, complacientes, cooperativas, atentas al cuidado y necesidades de los otros y poco comunicativas en la expresión de comportamientos agresivos (Wekerle y Wolfe, 1999 citado por Walker), de manera que, trasladado a la relación de pareja, esta aceptación e identificación con los roles

tradicionales de género se traducen en una mayor tolerancia y expresión de la perpetración de la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer. La violencia contra la mujer es un acto de opresión, una forma de legitimar el control y la posición de dominancia del hombre; en definitiva, como el resultado de una estructuración social que normaliza el desequilibrio de poder, siendo el hombre el que domina y la mujer la dominada aun hoy, los valores de la sociedad tradicional y patriarcal impactan de manera profunda en los jóvenes, siendo utilizados para explicar determinados comportamientos sexuales o para justificar la conducta de los chicos en situaciones coercitivas o violentas, interfiriendo en la capacidad de las chicas para negociar por una relación de igualdad y para identificar y hablar de sus experiencias sobre violencia, control o coerción.

En la **teoría biológica**, Llorens (2014) explica que la violencia es la respuesta de supervivencia de un individuo u organismo a su medio ambiente. Este autor explica que la violencia de género en la pareja es parte de la estructura biológica del hombre, pues el hombre ha desarrollado su agresividad para sobrevivir.

Otra crítica planteada por este teórico hacia la corriente biológica, es el hecho de que no explica por qué algunos hombres a pesar de ser físicamente fuertes no son violentos en el hogar.

Por otro lado, en **la Teoría Generacional**, Dutton y Golant (citados por Llorens, 2014) sostienen que existen algunas características individuales que constituyen un factor de riesgo para que las personas ejerzan la violencia contra la pareja. Según ellos, la interacción de los

siguientes factores contribuyen a que un hombre maltrate a su compañera: el rechazo y el maltrato del padre, el apego inseguro a la madre y la influencia de la cultura machista. El primero recae en el hecho de ser rechazado por el progenitor, lo cual moldearía en adelante la personalidad del hombre que maltrata. Con ello, explican que las investigaciones sobre el pasado de hombres agresores han demostrado que la mayoría ha sufrido malos tratos físicos y emocionales del padre y eso influye en la manera de interaccionar con la pareja.

El segundo factor se refiere a la relación inicial de un hombre con su madre, influye en el desarrollo de la personalidad violenta. El proceso de individuación, en el cual la separación del bebé de su madre le brinda la consciencia de que puede actuar sin ayuda. Sin embargo, en la siguiente fase, el niño expresa la necesidad de acercarse a su madre para poder compartir sus nuevos descubrimientos. Dicha fase de acercamiento se caracteriza por el deseo de unirse con la persona que ama mientras siente miedo de que ésta lo absorba. En realidad, disfruta su autonomía, pero se da cuenta de que depende de su madre y no puede perderla. En tales circunstancias, la capacidad que tiene el niño para tolerar la separación de su madre está condicionada por la representación interna que haya desarrollado de ella. En cambio, la incapacidad de consolarse aumenta la tensión y la ansiedad en las personas que no establecieron la constancia del objeto. Teniendo en cuenta esos puntos, la hipótesis es que hubo un fallo en esta etapa de separación, individuación por el hecho de que la madre no atendiera las necesidades que demandaba su hijo. Para estos

autores, los hombres maltratadores muestran más probabilidades de depender de una relación y de sentir ansiedad ante la separación y la cercanía. Por lo que es probable que busquen parejas sobre las cuales puedan ejercer un control a través del cual manejen la experiencia infantil de un acercamiento fallido.

En la **Teoría sistémica**, Perrone y Nanini (citados por Alencar, Rodríguez, 2012) consideran que “la violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno interaccional”. La violencia es resultado de la organización dinámica familiar, cuyos miembros presentan dificultades en las relaciones, tanto de comunicación, como en cuanto a las habilidades sociales.

La violencia representa la rigidez del sistema de creencias, el cual codifica las diferencias como amenazas en lugar de acomodar creativamente las informaciones sobre su entorno que sean incompatibles con su modo de ver el mundo. De ahí que se deba conocer la lógica de pensamiento y de conducta del agresor y de la víctima, para promover un cambio en su sistema de creencias, pues una vez hayan modificado su visión del mundo, podrán cambiar su conducta en relación con la otra persona.

En la **teoría Perspectiva de género**, Ferrández, Cantera (2007, citados por Alencar, 2012) coinciden al señalar que la perspectiva de género se preocupa del análisis de cuestiones culturales y sociales, concibiendo la violencia masculina contra las mujeres como un abuso de poder en una estructura social que favorece que los hombres agredan a las

mujeres y que privilegia los elementos masculinos sobre los femeninos. El término patriarcado que concibe a la mujer como el objeto de control y dominio de un sistema social masculino y opresivo. Por lo tanto, la lógica patriarcal concibe la violencia como pauta de domesticación y amansamiento de la mujer. De esta descripción, cabe destacar que el maltrato está relacionado con el control, no por el hecho de perderlo, sino por ejercerlo para dominar a la mujer maltratada. Hay que reconocer, desde luego, que el concepto de control tiene relación con la elección del objetivo, que es agredir a la mujer en privado, pues no pegan a otras personas en la calle cuando se enfadan con ellas.

Mullender (citado por Alencar, 2012) afirma que la mirada feminista critica las postulaciones que afirman que los hombres se vuelven violentos debido a las presiones sociales (pobreza, desempleo, explotación, mala calidad de vida, pues defiende el hecho de que siempre sean los hombres que agreden a las mujeres, cuando estas son iguales a nivel social.

2.3.1.2 El ciclo de la violencia en la pareja

La psicóloga norteamericana, Walker (1978) estableció la teoría que explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal y la razón por la cual muchas mujeres se quedan atrapadas en dicha relación violenta de pareja. Este ciclo está compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja, y es denominado por la autora t“Ciclo de la Violencia”: Detectar la violencia, física y/o emocional, que sufre otra persona es generalmente más fácil si nos preocupamos de observar y escuchar.

a. Acumulación de tensiones. Durante esta fase ocurren incidentes menores de agresión que van creando un clima de temor e inseguridad en la mujer, a partir de que su marido o compañero se enoja por cualquier motivo, le grita o la amenaza. En general, el comportamiento de la mujer es de negación y racionalización de lo ocurrido que se expresa en la justificación del comportamiento de su pareja, no se defiende, se muestra pasiva y casi convencida de que no existe salida; por lo tanto, no realiza ningún esfuerzo para cambiar su situación. Su estado emocional es tan precario que puede llevarla a frecuentes estados depresivos y de ansiedad que la incapacitan para valorar lo que está sucediendo, porque su energía está puesta en evitar un daño mayor.

b. Incidente agudo. Las tensiones son descargadas a través de golpes, empujones, o maltrato psicológico excesivo. En esta fase, ambos operan con una pérdida de control y con gran nivel de destructividad de parte del hombre contra la mujer, el primero comienza por querer enseñarle una lección a su mujer, sin intención de causarle daño y se detiene solamente cuando piensa que ella aprendió la lección. Ella es golpeada y experimenta incertidumbre acerca de lo que sobrevendrá; enfrenta de forma anticipada la casi certeza de que será golpeada gravemente, por lo que cualquier acto o palabra que ella realice para tratar de detener el incidente agudo y como una forma de salir de la angustia que sobreviene ante lo incierto de la relación, tiene efecto de provocación sobre la agresividad del hombre.

c. Tregua amorosa. Viene inmediatamente después de terminar el incidente de violencia aguda, al que le sigue un período de relativa calma.

El comportamiento de parte del hombre es extremadamente cariñoso, amable, con muestras de arrepentimiento, pide perdón, promete no volver a golpearla bajo la condición de que la mujer no provoque su enojo. Con estos gestos inusuales de cariño, el hombre da muestras de que ha ido demasiado lejos, pretende compensar a la mujer y convencer a las personas informadas de lo sucedido que su arrepentimiento es sincero. Esta fase generalmente se acorta o desaparece con el tiempo cuando se agudizan los episodios violentos. Así mismo, en este momento es cuando la mujer abandona cualquier iniciativa que haya considerado tomar para poner límite a la situación violenta en que vive. La ambivalencia afectiva de su pareja provoca en la mujer un profundo estado de confusión y distorsión de la realidad. Muestra apego a las vivencias de amor, se siente culpable si esta crisis la lleva al rompimiento del matrimonio, se percibe a sí misma como la responsable del bienestar emocional de su pareja.

Para Walker, el patrón cíclico de la violencia se aplica a muchas, aunque no a todas las mujeres que sufren maltrato y agrega que el período de tiempo cuando ocurre el incidente agudo de violencia varía en cada relación de pareja y a veces dentro de una misma relación determinada. La teoría del Ciclo de la Violencia ayuda a explicar por qué muchas mujeres aguantan violencia durante muchos años; muestra que la violencia generalmente no es constante en la relación de pareja, porque va acompañada frecuentemente por actitudes de arrepentimiento y cariño que contrastan marcadamente con el lado violento del hombre. Por su parte, las mujeres, deseosas del fin de la violencia en su vida conyugal sin necesidad

de dejar la relación, caen fácilmente en la fantasía de creerse amadas por su pareja y que éste nunca más volverá a golpearlas. Es hasta cuando el ciclo de violencia se repite en numerosas ocasiones, la mujer comienza a perder la confianza en las promesas amorosas de su marido; es en este momento cuando ella logra reconocer el carácter abusivo y degradante de la relación de pareja y cuando se plantea la posibilidad de buscar ayuda para romper el ciclo de violencia.

2.3.1.3. Las etapas de la violencia

Según Walker, (1978) las etapas de la violencia en la pareja son:

a. Primera etapa. La entrega, al inicio una mujer busca una relación positiva y significativa. Ella proyecta en su compañero cualidades que quisiera que tuviera. Si él la maltrata, tiende a justificar sus actos, y a creer que él terminará el abuso si ella logra satisfacerlo.

b. Segunda etapa. El aguante, en esta etapa, la mujer se resigna a la violencia. Posiblemente trata de fijarse en los aspectos más positivos de la relación, para minimizar el abuso. Modifica su propio comportamiento como un esfuerzo para alcanzar algún nivel de control sobre la situación (por ejemplo, saliendo temprano del trabajo, evitar visitar amigas o evitando hacer algo que podría ser motivo de enojo en su pareja). En parte se siente culpable por el abuso y trata de esconder su realidad a las demás personas. Se siente atrapada en la relación y sin posibilidades de salir.

Esta es la etapa cuando ocurren con mayor frecuencia las experiencias que describe Leonore Walker como el “Ciclo de la violencia”

Abarca tres fases: acumulación de tensiones, incidente agudo de maltrato, la tregua amorosa.

c. Tercera etapa. El desenganche, en esta etapa la mujer comienza a identificarse como una mujer maltratada. Una vez que logra poner nombre a su experiencia puede buscar ayuda. Ahora puede estar desesperada por salir, pero puede temer por su vida o la de sus hijos e hijas. Su miedo y la cólera la pueden impulsar a salir de la relación. El salir es un proceso que puede requerir varios intentos antes de conseguirlo exitosamente. La mujer comienza a reconocer actitudes y comportamientos de su pareja como actos de violencia, y, en consecuencia, rechaza cualquier actitud (ya sea positiva o negativa), ya no soporta nada que venga de él.

d. Cuarta etapa. La recuperación, el trauma de la mujer no termina con salir de la relación. Normalmente pasa por un proceso de luto por la pérdida de la relación y una búsqueda de sentido a la vida. Trata de entender lo que su compañero le hizo, y, por otro lado, porque se quedó en la relación todo ese tiempo.

2.3.1.4. Secuelas de la violencia hacia la mujer en la relación de pareja

Blanco et al (2004), durante los años ochenta y noventa, han llevado a cabo investigaciones que demuestran que el hecho de estar sometida a una relación de violencia tiene graves secuelas en la salud de la mujer, a corto y a largo plazo. La mujer maltratada presenta numerosos síntomas físicos y psicosomáticos, síntomas de sufrimiento psíquico (disminución de su autoestima, ansiedad y depresión, fundamentalmente), además de las lesiones físicas. El estrés crónico que implica el maltrato favorece la

aparición de diferentes enfermedades y empeora las existentes. Es decir, los síntomas físicos, que muchas veces son crónicos e inespecíficos (cefaleas cansancio, dolores de espalda, etc.), aparecen entremezclados con los psíquicos.

Por otro lado, Blazquea (2010) describe en las secuelas generales las mujeres que han sido víctimas de maltrato por su pareja presentan mayor número de enfermedades y consumen más ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos; en otros casos tratan de refugiarse en el alcohol y drogas así mismo tienen relación con su estilo de vida: comportamiento perjudiciales para la salud: tabaquismo, comportamiento sexuales arriesgados, inactividad física, abuso de psicofármacos. Para la investigadora, la enfermedad asociada al maltrato es el estrés postraumático, luego la depresión, ansiedad.

Consecuencias de la violencia física: en esta área cabe mencionar que es claro que se trata de maltrato físico, las consecuencias dependen de una manera importante que si la agresión es reciente y está en una fase aguda. Al principio de la relación, algunas mujeres, para justificar lo sucedido, tienden a buscar explicaciones en lo social y en otras cosas, como alcohol, problemas laborales, económicos, etc.

Consecuencias de la violencia psíquica. En el DSM-IV el trastorno por estrés postraumático.

2.3.1.5. Dimensiones de la violencia

Según Hudon y McIntosh (citado por Ramírez, 2012) clasifica en abuso físico y abuso no físico.

Abuso físico. Es todo acto de agresión intencional de manera repetida en la que se usa alguna parte del cuerpo, también se usa algún objeto, arma para causar daño a la integridad física de la mujer con el propósito de sometimiento y/o control y un patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas cuyas formas de expresión pueden ser negar las necesidades sexuales y afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales que no son de su agrado, pueden generar dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio para la pareja y que generen daño.

Abuso no físico. En esta área el patrón consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, intimidaciones, amenazas, provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad. Esta es otra forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente. Incluye el manejo del dinero, cuentas, de todos los recursos por parte del hombre.

2.3.1.6. Violencia de pareja y la Biblia.

Desde un punto de vista de la Biblia, el problema de la violencia lo considera como un problema moral. Tanto la lucha por el poder, como el uso de la violencia son más que manifestaciones del egoísmo humano, de su naturaleza caída.

En el libro de Génesis 1:26-28, dice: “entonces dijo Dios: Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y señoree en los peces del mar, en las aves de los cielos, en las bestias, en toda la tierra, y en todo animal que se arrastra sobre la tierra. Y creó Dios al hombre a su

imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó. Y los bendijo Dios, y les dijo: Fructificad y multiplicaos; llenad la tierra, y sojuzgadla, y señoread en los peces del mar, en las aves de los cielos, y en todas las bestias que se mueven sobre la tierra”.

La Biblia condena categóricamente la violencia de cualquier tipo y sobre todo en el ámbito de la familia. Dios creó la familia para que sean un pedacito de cielo en la tierra.

La Biblia en Proverbios 22:24,25 enfatiza que se evite el compañerismo con las personas que tienen cólera y arrebatos de furia para no familiarizarse en sus sendas. La violencia es una serie debilidad, refleja la falta de control. A caso contrario la persona pacífica, tiene una fuerza interior la Biblia afirma: aquel que controla su carácter es mejor que héroe de guerra (Prov. 16:32).

Así mismo la Biblia enfatiza la importancia del hombre como protector no como agresor. Maridos, amad a vuestras mujeres, así como Cristo amó a la iglesia, y se entregó a sí mismo por ella (Ef. 5:25).

Así también los maridos deben amar a sus mujeres (Ef. 5:28).
Hablando del papel que el marido debe desempeñar en la familia, Elena de White dice:

El Señor ha constituido al esposo como cabeza de la esposa para que la proteja; él es el vínculo de la familia, el que une sus miembros, así como Cristo es cabeza de la iglesia y Salvador del cuerpo místico. Todo esposo que asevera amar a Dios debe estudiar cuidadosamente lo que Dios requiere de él en el puesto que ocupa. La autoridad de Cristo se ejerce con sabiduría, con toda bondad y amabilidad; así también ejerza su poder el esposo e imite la gran Cabeza de la iglesia. El Señor desea que su pueblo revele en sus hogares el orden y la armonía que prevalecen en las cortes celestiales (Consejos sobre salud, p. 100)

2.3.2. Ideación suicida

En **la niñez**, Pérez (1999) analiza que el intento de suicidio junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas.

Desgraciadamente existen muchos textos que sólo tienen en cuenta estos dos aspectos, los que, por demás, son los más graves, y no otros que detectándolos y tomándolos en consideración de forma oportuna, evitarían que ambas ocurrieran.

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

Ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- ✓ El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme", etcétera).
- ✓ La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- ✓ La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- ✓ La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").

- ✓ La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida. Sumamente grave.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada, se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. Se considera que el intento es más frecuente en los jóvenes, en el sexo femenino, y los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas. El suicidio consumado abarca todos aquellos actos lesivos auto infligidos con resultado de muerte. Son más frecuentes en adultos y ancianos, en el sexo masculino, y los métodos preferidos son los llamados duros o violentos, como las armas de fuego, el ahorcamiento, el fuego, etcétera.

Por otro lado, Casullo (2005) aborda investigaciones en la literatura contemporánea sobre comportamientos suicidas desde una triple categorización:

1. Ideaciones suicidas. Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio

de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney y col. citados por Casullo., 2005).

2. Parasuicidios. Comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal, pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.

3. Suicidios. Incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 se refiere al acto suicida como la lesión a sí mismo con diversos grados de intención mortal y de conciencia del motivo. Suicidio es entonces una autoagresión con resultados mortales. De este concepto se derivan los siguientes tipos de suicidio:

a. El consumado. Se refiere al hecho de una persona que atenta contra su vida y muere.

b. El intento de suicidio. Hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva, pero no morir.

c. El suicidio frustrado. Se trata del momento en que una persona toma la decisión de quitarse la vida, pero, en última instancia, busca ayuda, con la intención de salir adelante.

d. El gesto suicida. Este concepto nos habla de señales físicas o verbales, que da una persona y que en conjunto establece una probabilidad de llegar a atentar contra su vida.

2.3.2.1. Factores de riesgo según la etapa del ciclo vital

a. En la niñez, Pérez (1999) argumenta que en esta etapa el niño disfrute de una vida emocional saludable; sin embargo, no siempre es así, hay factores de riesgo que hace que el niño en algún momento de su vida tenga ideas suicidas, hay que detectarlas a tiempo principalmente en dinámica familiar principalmente indagando si fue un embarazo planificado, la edad de los padre ya que si han tenido al niño en su adolescencia no tenían sentido de responsabilidad con el menor, también caso contrario si los padres son muy adultos están agotados físicamente para dar atención necesaria al menor desde la sobreprotección hasta el exceso de permisividad. La personalidad de los progenitores es de enorme importancia en el riesgo suicida de su menor hijo si padecen un trastorno de la misma, sobre todo las antisociales o emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Asimismo, ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos.

Las características psicológicas del menor que pueden realizar un acto suicida, son: la disforia, la agresividad y la hostilidad, como manifestaciones de un trastorno del control de los impulsos. Pueden ser niños con pobre tolerancia a las frustraciones, incapaces de prorrogar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos

suicidas previos, manipuladores, que asumen papeles de víctima; celos de los hermanos, susceptibles, rencorosos. Pueden expresar ideas de morir o suicidas. Otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas; tímidos, con pobre autoestima, pasivos, etcétera.

El clima emocional en el cual convive el menor es importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico al niño o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un factor desencadenante para la realización de un acto suicida.

Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez, se encuentran:

- ✓ Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido).
- ✓ Problemas con las relaciones paterno-filiales.
- ✓ Problemas escolares
- ✓ Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- ✓ Búsqueda de afecto y atención.
- ✓ Agredir a otros.
- ✓ Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.

b. En la adolescencia. La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones. Es útil también que el adolescente, que aún no ha conformado plenamente su personalidad, desarrolle características que le sirvan como

tampón contra el comportamiento suicida. También hay que tener en cuenta las variaciones en el comportamiento escolar, como las dificultades en el rendimiento habitual, las fugas o deserción escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros y profesores, la presencia del fenómeno trajín-trajinador con otros compañeros de estudio, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación de determinados regímenes escolares o militares (becas, servicio militar). En el hogar además de los factores de riesgo mencionados en la niñez, hay que tener en cuenta aquellos que lo abandonan de manera permanente antes de los 15 años; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, hogar disfuncional.

En el aspecto social, el riesgo suicida puede incrementarse por los medios de difusión masiva, la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, arma de fuego, un episodio depresivo, la presencia de sentimiento de soledad, baja autoestima, humillaciones (Pérez, 1999).

c. En la adultez, los factores de riesgo suicida en la adultez estarán conformados por los que se arrastran experiencias traumáticas desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida. Entre los factores de riesgo en el adulto es necesario mencionar en un lugar preferencial el alcoholismo.

En la adultez generalmente se padecen determinadas enfermedades que, aunque no son privativas de esta etapa de la vida, hay que tenerlas en cuenta cuando coexisten con otros factores de riesgo.

En la mujer, el síndrome premenstrual, con los cambios hormonales que trae consigo, y la menopausia, a la que se añaden factores socio-psicoculturales (independencia de hijos, pérdida de belleza física y de la capacidad de procrear, imposibilidad de realizar deseos frustrados, competencias de nuevas generaciones, etcétera), pueden, junto a otros factores de riesgo asociados, precipitar un acto suicida.

El desempleo, sobre todo en el primer año, puede ser un factor predisponente, así como el fracaso en el ejercicio de una profesión, lo cual se mide por la insatisfacción laboral (actitud) y por la falta de éxito (realización).

Otra condición que hay que valorar en el riesgo suicida de un adulto, es haber realizado previamente un intento o un suicidio frustrado, entendiendo como tal aquel que no tuvo éxito en sus propósitos sólo por un error de cálculo o por otro accidente (Perez,1999).

2.3.2.2. Teorías que explican sobre el suicidio

Rivera, Gracia y Montes (1990) analizan las principales teorías que intentan dar una explicación coherente al fenómeno suicida. Los autores exponen las críticas más frecuentes que reciben estos modelos teóricos.

Las teorías sociológicas consideran que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, como realidades exteriores al individuo. De esta forma, la tasa de suicidio no puede ser explicada por

motivaciones individuales. Es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos. Hipotetiza que todos los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista.

El Suicidio egoísta, donde existe un trastorno en la integración en la colectividad social y un exceso de individualización de la persona, se produce siempre que se da una desintegración de las estructuras sociales.

Suicidio altruista, aquí el yo no sé pertenece, se confunde con otra cosa que no es uno, que está situado fuera de sí mismo.

Suicidio anómico, depende de un fallo o dislocación de los valores sociales que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida.

Suicidio fatalista, se caracteriza por una excesiva reglamentación, es el que cometen los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado.

Así mismo, las **teorías psicoanalíticas del suicidio** sus principales formulaciones teóricas relacionadas con el sustrato intrapsíquico del suicidio derivan de Freud y sus discípulos (Litman, citado por Rodríguez, Glez, Rivera, Gracia y Montes (1990) sus aportaciones más relevantes de la obra de Freud son:

La idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y la asociación de la agresividad, y, por tanto, del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar

constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

Los autores consideran, a diferencia de estas doctrinas freudianas, que las formas distorsionadas del desarrollo nacen de trastornos provocados culturalmente (religión, política, figuras paternas) en el desarrollo del niño, produciendo así un desarrollo neurótico. De esta forma aparecen actitudes que, tarde o temprano, inducen a un proceso de “angustia básica”. A medida de que el niño se esfuerza por vencer su angustia básica puede desarrollar sentimientos de superioridad. Se produce, así, un tipo de fracaso del desarrollo del yo, una disparidad entre el desarrollo del yo idealizado y del verdadero yo, dando lugar a lo que Horney (1950) denominó como “alienación del yo”.

Las **Teorías biológico-genéticas** hay muchas investigaciones que hablan cuanto influye la depresión y el suicidio los autores encontraron riesgo significativamente más alto de suicidio en las familias de los pacientes depresivos y maniacos que habían cometido suicidio, que en los familiares de aquellos que no lo habían cometido.

Van Praag et al (1979, citados por Rivera, Gracia y Montes, 1990) encontraron una incidencia creciente de enfermedad depresiva en familiares de pacientes con bajo de ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA) al compararlos con familiares de pacientes normales en ácido 5-hidroxindolacético (5-HIAA). Este indicador de la vulnerabilidad a padecer una depresión, ha sido puesto de manifiesto por los cuales observaron que sujetos sanos con historial familiar de enfermedad depresiva tienen más

bajo el ácido 5-hidroxiindolacético (5- HIAA) que sujetos sanos sin tal historial. También los estudios preliminares, con gemelos, apoyan estos hallazgos. Es importante tener presente que no todas las depresiones llevan al suicidio, sino solamente aquéllas en las cuales la actividad inhibitoria serotoninérgica es deficitaria, se distingue dos tipos de depresión: una “agitada” con déficit de la actividad inhibitoria serotoninérgica, implica un elevado riesgo de suicidio; otra “anérgica”, con insuficiencia funcional del sistema impulsor noradrenérgico que requiere un tratamiento antidepresivo totalmente diverso al que se aplica al primer caso. En esta perspectiva, la administración descontrolada de antidepresivos desinhibitorios es un factor suicidógeno.

La teoría Psicológica según estudios durante años ha concluido que no hay personalidad suicida; sin embargo, tienen características comunes como:

En los **Factores vulnerables** son las bases sobre la cual crece y se instala la crisis suicida, se encuentran algunos rasgos de personalidad perfeccionista, la impulsividad o la desesperanza.

En los **Factores predisponentes** se caracterizan debido a su presencia hacen más probable la conducta e ideación suicida, algunos rasgos de personalidad puede influenciar su estilo cognitivo y conductuales, como la baja autoestima, dificultades en sus relaciones sociales y su poca habilidad a resolver conflictos.

En los **factores precipitantes** determinan el momento y la forma que determina la conducta suicida (Alonso, 1990).

2.3.2.3. Dimensiones de la ideación suicida

Según Beck (1979, citado por Castellos, Soza, 2014) existen 4 indicadores:

a. Actitudes hacia la vida, muerte: entre las especies vivas, el ser humano es la única especie quien implica todo un ritual funerario completo y cargado de simbolismo, la única que ha podido creer y que a menudo, todavía cree en la supervivencia y renacimiento de los difuntos, en definitivo, la única para la cual la muerte biológica, mejor conocida como la muerte natural, se ve constantemente desbordada como un hecho de cultura. Las actitudes cambian con el tiempo, al partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales, es que se reflejan los temores, esperanzas, expectativas, conciencia comunitaria y muerte individual.

b. Pensamientos, deseos suicidas: en esta área la persona puede presentar algunos de los síntomas de depresión por motivos estresantes de su vida siente, que no puede enfrentar estos acontecimientos personales que son insoportables en su momento.

c. Características del intento: es la disposición que la persona se ha esquemático para realizar o poner marcha, ejecutar de querer quitarse la vida, porque siente, piensa que no puede más, la única solución es la muerte.

d. Actualización del intento: en esta área, la persona manifiesta que el sentimiento, pensamiento, conducta, no tienen expectativas favorables en su futuro y que frecuentemente siendo su estado emocional que planifica

el acto suicida, dejando escrito alguno de ellos su motivo, también su propuesta de un método con el que va llevar a cabo una conducta suicida.

La ideación suicida se caracteriza por pensamientos intrusivos y repetitivos de que sería mejor para la persona si ya no viviera. El pensar en el suicidio no es lo mismo que la planificación para el suicidio con la intención y los medios para llevarlo a cabo. La palabra “Suicidio” como tal no aparece en la Biblia, pero sí podemos encontrar en las Escrituras algunas historias de personas que tomaron la decisión de suicidarse; es decir, eligieron acabar voluntariamente con sus propias vidas de una u otra forma. Por ejemplo, los evangelios relatan la historia de un hombre llamado Judas que luego de traicionar a su maestro y sin poder resolver el problema causado, sin entender plenamente el plan del perdón Divino, no encontró salida y se suicidio.

También en el libro de 1er libro de Reyes se narra la historia de otro hombre llamado Elías, deseaba la muerte. Es increíble ver la historia de un hombre de Dios que confiaba en él y que tenía herramientas de solución para su problema, pero aun así aparecieron las ideas suicidas en su mente, entonces Dios lo ayudó en la terapia y no se quitó la vida, retomó la esperanza de vida y continuó viviendo y sirviendo a Dios.

En el Libro de 1 Samuel 31:4 Saúl, después de ser seriamente herido en batalla, se suicidó al ver lo que el Rey había hecho, su escudero se echó sobre su espalda, y murió con él (vers. 5)” esto fue motivado por el temor a lo que el enemigo haría con ellos. Se puede concluir que el miedo a perder el poder que era lo que más sobrevaloraban en la vida.

Zimri llegó a ser rey luego de un golpe de estado, pero al notar que el pueblo no lo apoyaba, "se metió en el palacio de la casa real, y prendió fuego a la casa consigo", suicidándose (1 Rey. 16:18).

Después de un terremoto, el carcelero de Filipos llegó a la conclusión de que los prisioneros habían escapado, y lleno de temor intentó suicidarse, pero Pablo lo convenció de que no lo hiciera (Hechos 16:26-28).

A todo el mundo se le ha dado la oportunidad de conocer a Dios y cada uno debe decidir qué hacer con este conocimiento. Los que lo rechazan a él y sus valores, a menudo sienten que la vida no es digna de ser vivida y quieren acabar con la suya. Sin embargo, no todo suicidio es el resultado de rechazar a Dios. Hay otros factores sobre los cuales uno pierde el control, como el estrés, la soledad, la traición, la vergüenza, el bullying, la depresión, las enfermedades mentales o las enfermedades terminales.

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Definición de términos

Según la Guía Práctica Clínica (2012) define:

Maltrato físico: comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Las conductas de agresión más frecuente son erosiones, escoriaciones, cortes y mordiscos.

Maltrato psicológico: la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual: cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer con violencia, intimidación, amenaza, o coacción, con independencia de que la agresión se produzca por su pareja o por otras personas.

Violencia: del latín violentia, la violencia es la cualidad de violento o la acción y efecto de violentar o violentarse. Lo violento, por su parte, es aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo; se ejecuta con fuerza, ímpetu o brusquedad; o se hace contra el gusto o la voluntad de uno mismo.

Abuso: es la acción y efecto de abusar. Este verbo supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien, según detalla el diccionario de la Real Academia Española (RAE).

Abuso no físico: se define “El patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad. Esta es otra forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, las propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte del hombre”.

Suicidio consumado: se refiere al hecho de una persona que atenta contra su vida y muere.

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.

Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la **intención de matarse**. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad.

Intento de suicidio: hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva pero no morir.

Suicidio frustrado: es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

Suicidio: muerte auto infligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto provocarse la muerte.

Suicidio consumado: se refiere al hecho de una persona que atenta contra su vida y muere.

CAPÍTULO III

MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método de la investigación

3.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación fue descriptivo, cuantitativa, correlacional, ya que ha permitido encontrar la relación entre las variables de la violencia de pareja con la ideación suicida en las mujeres de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015.

3.1.2 Diseños de la investigación

Así mismo, el diseño de la investigación es no experimental, porque pretende observar los fenómenos, tales como se presentan en su contexto natural, sin intentar manipular intencionalmente alguna variable. Además esta investigación es de corte trasversal, puesto que los datos fueron recolectados en un momento y tiempo único (Hernández, 2006).

3.2. Población y muestra

3.2.1 Población

Para el presente estudio se tomó en cuenta como población a las 180 mujeres que son madres de familia de la Institución Adventista 28 de Julio. Se define a la población como no probabilístico, dado que es una técnica de muestreo que se recogen, en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados.

Las características sociales que forman parte del contexto de la población de estudio, se puede deducir que las madres de familia provienen de diferentes grupos étnicos, con un nivel socioeconómico bajo, promedio y alto, con madres de nivel académico de primaria, secundaria completa y superior.

3.2.2 Muestra

El tipo de muestra es por conveniencia, porque la cantidad seleccionada es accesible para la investigadora (Tapia, 2000).

Criterios de inclusión

Género femenino entre 22- 55 años de edad

Estado civil: casado, conviviente, separadas con hijos

Que sean madres de la Institución adventista de la ciudad de Tacna.

Criterios de exclusión

Mujeres que sean menores de 22 años de edad y mayores de 55 años de edad.

3.3. Delimitación espacial y temporal de la población

La investigación se realizó en la institución educativa 28 de Julio de la ciudad de Tacna, Perú, 2015. En los meses de junio y julio del presente

año. La recolección de la información fue de 40 minutos para ambos instrumentos.

3.3.1 Limitaciones

En esta área, una de nuestras limitaciones es que no fueron evaluadas 4 mujeres sus razones fueron: la falta de disponibilidad por motivos de trabajo, analfabeta.

3.4. Confiabilidad

Fiabilidad de la escala

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 1 permite apreciar que la consistencia interna global del cuestionario (19 ítems) en la muestra estudiada es de ,96 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. De manera similar ocurre con las dimensiones de la prueba

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna del cuestionario de violencia en la pareja

Violencia de la pareja	Nº de ítems	Alpha
Abuso no físico	12	,955
Apego físico	7	,896

Validez del cuestionario de violencia en la pareja

En la tabla 2, se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de ítem – sub test. Como se observa los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que el cuestionario presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de los ítems y la dimensión a la que corresponde son fuertes en su mayoría, además de ser altamente significativos; estos datos evidencian la existencia de validez de constructo del instrumento.

Tabla 2

Correlaciones ítem – sub test del cuestionario

Ítems	Abuso físico	
	R	P
p1	,862**	,000
p2	,837**	,003
p5	,846**	,003
p10	,853**	,000
p12	,874**	,000
p14	,570**	,000
p19	,759**	,000
p22	,888**	,000
p25	,755**	,000
p26	,873**	,000
p28	,827**	,000
p29	,897**	,000

Validez de la escala

En la tabla 4 se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de sub test – test. Como se observa en la tabla 4, los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son fuertes, además de ser altamente significativos; estos datos evidencian la existencia de validez de constructo del instrumento.

Tabla 4

Correlaciones ítem - test de la escala de ideación suicida

Dimensiones	Test	
	R	P
Actitud hacia la muerte	,925**	,000
Pensamiento suicida	,941**	,000
Proyecto suicida	,866**	,000
Actualización del intento suicida	,807**	,000

3.5. Instrumentos de la investigación

La investigadora solicitó la participación de las madres del Colegio 28 de Julio de Tacna mediante plática informativa sobre el motivo y fines de estudio, garantizando la confidencialidad de la información, así mismo con consentimiento del Director de dicha institución educativa.

Posteriormente se procedió a explicar el llenado de ficha de identificación de nombre en siglas de manera individual, se realiza dichos datos: edad, estado civil, religión, grado de instrucción, nivel

socioeconómico, procedencia, dicha investigación fue por la misma investigadora, quien explica de manera clara y precisa, a cada participante. Se realizó con los siguientes instrumentos:

a) Índice de abuso en la pareja (IAP); Hudson y McIntosh, (1981).

Adaptado por la investigadora ver Anexo 3.

El nombre original de instrumento es Index of spouse abuse, (EEUU Hudson y Mcintosh1981). La administración de este instrumento es individual y colectiva, su aplicación entre las edades de 18 hasta 70 años.

Descripción de la prueba. La escala contiene 30 ítems que pueden ser contestados oralmente o de forma escrita aproximadamente entre 5 a 10 minutos. Cada uno de los ítems presenta una conducta de la pareja hacia la mujer, la mujer a su vez debe indicar la frecuencia de cada una de estas conductas, es una escala tipo Likert de 1 a 5 siendo uno “nunca, dos “rara vez”, tres “algunas veces, cuatro “frecuentemente y 5 “muy frecuentemente”. Cada ítem representa un peso o valor ponderal.

La sub escala de abuso físico: 8 ítems

La sub escala de abuso no físico: 22 ítems.

Este instrumento fue desarrollado en el propósito de evaluar la gravedad del abuso físico y no físico sufrido por la mujer, a manos de su pareja, sus ítems, que describen conductas o interacciones maritales que reflejan diferentes grados de abuso.

Los autores aislaron dos dimensiones (abuso físico y no físico), alcanzando valores de consistencia interna para el coeficiente alfa

superiores a 0.90. Para la presente investigación, este instrumento fue adaptado por la investigadora (ver instrumento en el anexo 3)

En esta investigación, la investigadora adaptó el instrumento titulado “cuestionario de violencia”.

b) Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) (1979)

Descripción

Es una escala hetero aplicada, elaborada por Beck (1979), para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. La escala de Ideación Suicida, puede administrarse de manera individual o colectiva, consta de 18 ítems, de las cuales su puntuación oscila entre 0, 1 y 2. Posee 4 dimensiones: actitud hacia la vida, muerte, pensamientos/deseos suicidas, proyecto de intento suicida, desesperanza. Está formada por una parte objetiva: ítems del 1 al 8 que explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio. Una parte subjetiva: ítems del 9 al 15, la cual valora las expectativas durante la tentativa. Y otros aspectos: ítems del 16 al 18, que evalúa la situación de llevar a cabo un intento de suicidio.

Interpretación de la prueba. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 – 2, la suma

total va a ser de acuerdo con la sumatoria de los valores asignados por cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación.

Confiabilidad del instrumento. En cuanto a la confiabilidad utilizaron el Índice de Consistencia Interna Alpha de Cronbach (mediante el método de las varianzas de los ítems), obteniendo 0.79, lo que coincide con Beck (2004); la consistencia interna de la escala era de 0.82, coincide con Eugenio y Zelada (0.79) siendo su consistencia interna elevado es de 0.79. De igual manera se encuentra consistencia interna por dimensiones. Por lo tanto, el instrumento es confiable.

Este instrumento que se utilizó fue porque se han utilizado diversas investigaciones en Latinoamérica, además se corrobora su fiabilidad y validez.

3.6. Técnicas de recolección de datos.

Se aplicó la encuesta escrita y para el análisis estadístico se utilizaron el software estadístico SPSS versión 22 windows, una vez recolectada la información se transfirió a la matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis de correlación.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS

DE LOS RESULTADOS

3.7. Análisis descriptivo

Nivel de abuso en la pareja

Tabla 5

Índice de abuso de la pareja

Índice de la pareja	Bajo/No sufre		Moderado		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Abuso no físico	84	47.7%	39	22.2%	53	30.1%
Abuso físico	127	72.2%	22	12.5%	27	15.3%

Se aprecia en la tabla 5 que un grupo importante de mujeres presenta un nivel alto de abuso no físico (30.1%); es decir, en este grupo con frecuencia o casi siempre hay humillaciones, gritos, enfado si no cumple con sus deseos, utilización de palabras degradantes de la pareja y existe un miedo a que la pareja le golpee (ver figura 1). Además se observa que si bien la mayoría de las mujeres no sufre o se presenta en muy pocas

ocasiones (72.2%), existe un 15.3% que sufre un nivel violencia física alto; es decir, estas mujeres con frecuencia sufren violencia sexual, agresividad y percepción que la pareja actúa como si quisiera matarla (ver figura 2)

Grafico 1

Índice de violencia no física de la pareja

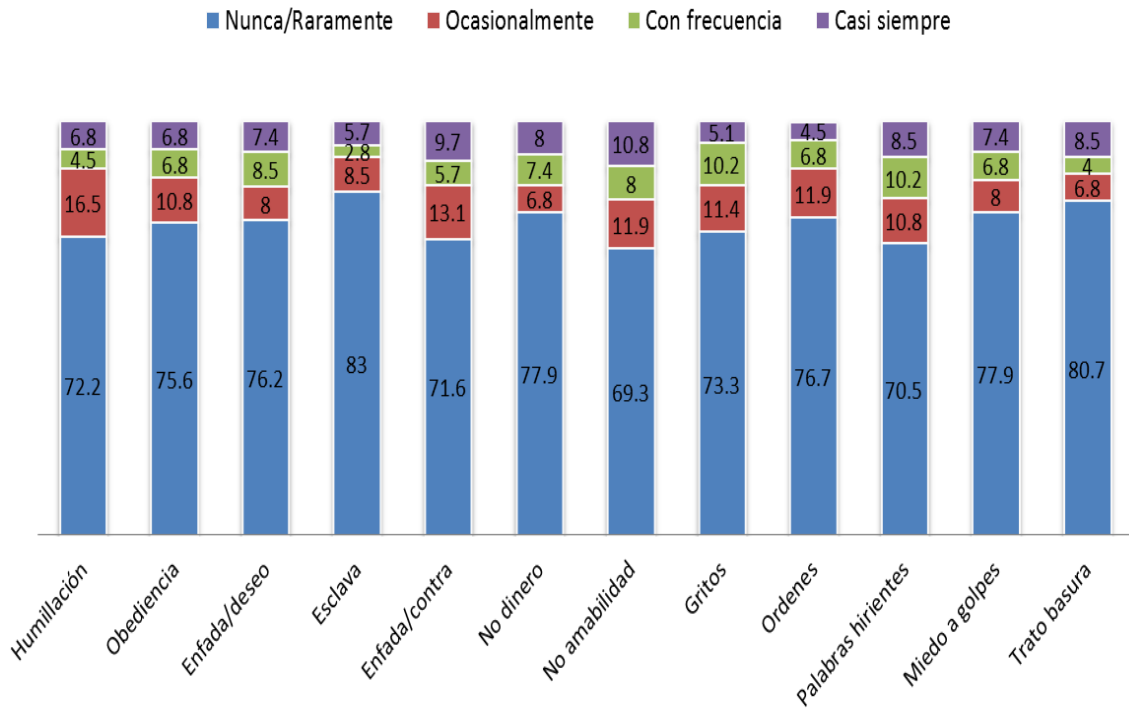
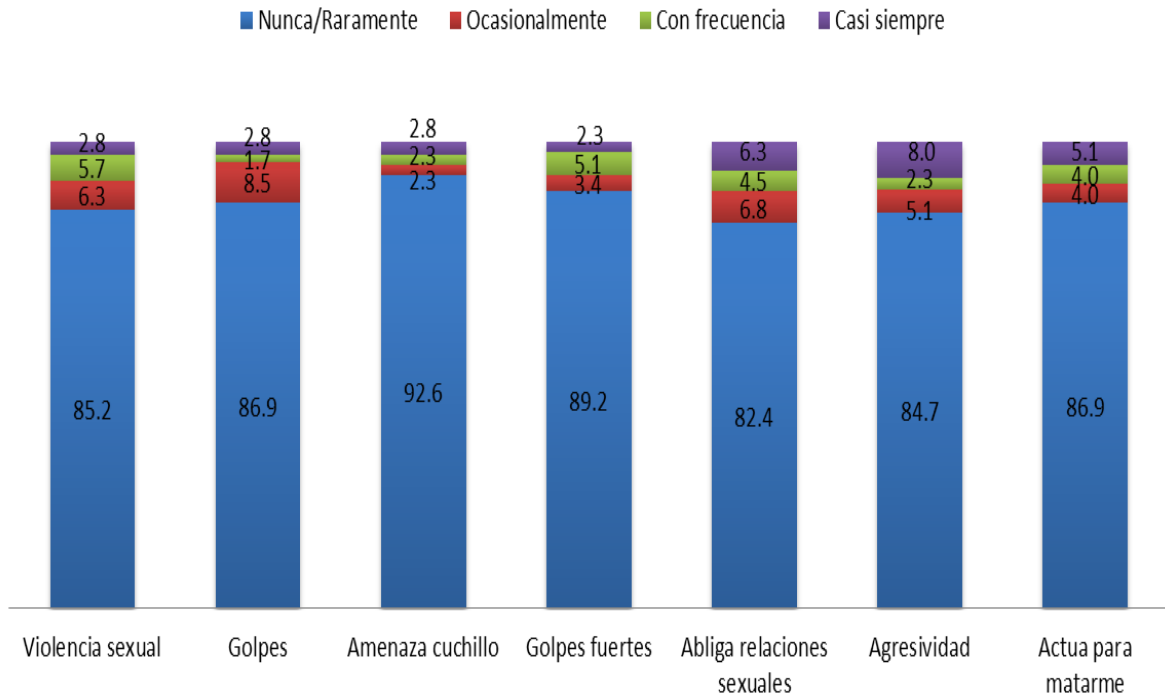


Grafico 2

Índice de violencia física de la pareja



Nivel a abuso según estado civil

La tabla 6 permite observar que en las mujeres casadas hay un grupo importante que sufre violencia no física (29.5%), y de manera similar ocurre con las mujeres que conviven con sus parejas (27.2%). Además se aprecia que hay más mujeres casadas que tienen un nivel alto de violencia física (17.9%) a diferencia de las mujeres que conviven (9.9%).

Tabla 6

Nivel de violencia de la pareja según estado civil de las mujeres

Índice de violencia en la pareja	Estado civil*					
	Casado		Conviviente		Separado	
	N	%	N	%	N	%
Violencia no física						
Bajo/No sufre	34	43.6%	43	53.1%	7	41.2%
Moderado	21	26.9%	16	19.8%	2	11.8%
Alto	23	29.5%	22	27.2%	8	47.1%
Violencia física						
Bajo/No sufre	55	70.5%	61	75.3%	11	64.7%
Moderado	9	11.5%	12	14.8%	1	5.9%
Alto	14	17.9%	8	9.9%	5	29.4%

* Casada=78; conviviente=81; separada=17

Nivel de abuso según grado de instrucción

La tabla 7 permite observar que tanto las mujeres con estudio secundario y superior tienen un grupo significativo de sufre un nivel alto de violencia no física (33.3% y 28.8% respectivamente). Con respecto a la violencia física, la mayoría de las mujeres no sufre o se da muy pocas veces independientemente del nivel de instrucción.

Tabla 7

Nivel de violencia de la pareja según nivel de instrucción de las mujeres

Índice de violencia en la pareja	Nivel de instrucción*					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	N	%	N	%	N	%
Violencia no física						
Bajo/No sufre	9	56.2%	43	48.4%	32	43.8%
Moderado	4	25%	15	17.2%	20	27.4%
Alto	3	18.8%	29	33.3%	21	28.8%
Violencia física						
Bajo/No sufre	13	81.2%	61	70.1%	53	72.6%
Moderado	2	12.5%	10	11.5%	10	13.7%
Alto	1	6.2%	16	18.4%	10	13.7%

* Primaria=16; secundaria=87; superior=73

4.1.2. Análisis descriptivo de pensamiento suicida

Se observa en la tabla 8 que el 30.7% de las mujeres evidencia una elevada actitud hacia la muerte; es decir, tienen un deseo débil de vivir, fuerte deseo de morir y dejarían la vida o la muerte a la suerte. De manera similar ocurre con el pensamiento suicida y solo el 69.3% no evidencia un pensamiento suicida. Con respecto al proyecto suicida y actualización del intento la gran mayoría no evidencia conductas en esta área (83% y 84.7% respectivamente).

Tabla 8

Pensamiento suicida en mujeres

Ideación suicida	No evidencia		Evidencia	
	N	%	N	%
Actitud a la muerte	120	68.2%	56	30.7%
Pensamiento suicida	122	69.3%	54	30.7%
Proyecto suicida	146	83%	30	17%
Actualización del intento	149	84.7%	27	15.3%

4.1.3. Pensamiento suicida según datos sociodemográficos

Pensamiento suicida según estado civil de las mujeres

Se aprecia en la tabla 9 que la mayoría de los casados y convivientes no evidencian una elevada actitud hacia la muerte (70.5% y 69.1% respectivamente); no obstante, en las mujeres que conviven el 30.9% presenta una elevada actitud hacia la muerte. De manera similar ocurre con el pensamiento suicida y el proyecto suicida. Cabe resaltar que el 15.4% de las casadas presenta algunas características que propicien el intento suicida, siendo una tendencia que se repite en los demás grupos.

Tabla 9

Pensamiento suicida según estado civil de las mujeres

Ideación suicida	Estado civil*					
	Casada		Conviviente		Separada	
	n	%	N	%	N	%
Actitud hacia la muerte						
No evidencia	55	70.5%	56	69.1%	9	52.9%
Evidencia	23	29.5%	25	30.9%	8	47.1%
Pensamiento suicida						
No evidencia	56	71.8%	58	71.6%	8	47.1%
Evidencia	22	28.2%	23	28.4%	9	52.9%
Proyecto suicida						
No evidencia	66	84.6%	67	82.7%	13	76.5%
Evidencia	12	15.4%	14	17.3%	4	23.5%
Actualización del intento						
No evidencia	66	84.6%	71	87.7%	12	70.6%
Evidencia	12	15.4%	10	12.3%	5	29.4%

* Casada=78; conviviente=81; separada=17

Pensamiento suicida según nivel de instrucción de las mujeres

Se aprecia en la tabla 10 que el 35.6% y el 30.1% de las mujeres evidencian una elevada actitud hacia la muerte que pasa por un deseo de morir ya activo o pasivo. La misma tendencia se observa en el pensamiento suicida y el proyecto suicida (32.2% y 32.9% respectivamente); no obstante, en actualización del intento solo el 16% (en promedio) de las mujeres con secundaria y superior evidencian indicios para cometer suicidio.

Tabla 10

Pensamiento suicida según nivel de instrucción de las mujeres

Ideación suicida	Nivel de Instrucción*					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	n	%	N	%	N	%
Actitud hacia la muerte						
No evidencia	13	81.2%	56	64.4%	51	69.9%
Evidencia	3	18.8%	31	35.6%	22	30.1%
Pensamiento suicida						
No evidencia	14	87.5%	59	67.8%	49	67.1%
Evidencia	2	12.5%	28	32.2%	24	32.9%
Proyecto suicida						
No evidencia	14	87.5%	68	78.2%	64	87.7%
Evidencia	2	12.5%	19	21.8%	9	12.3%
Actualización del intento						
No evidencia	15	93.8%	73	83.9%	61	83.6%
Evidencia	1	6.2%	14	16.1%	12	16.4%

* Primaria=16; secundaria=87; superior=73

4.1.4. Prueba de normalidad

Con el propósito de realizar los análisis estadísticos y contrastar las hipótesis planteadas, se ha procedido a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido, la tabla 6 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov, Smirnov (K-S). Como se observa, los datos correspondientes a las 2 variables y sus dimensiones no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadística no paramétrica.

Tabla 11

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio

Instrumentos	VARIABLES	Media	D.E.	K-S	P
	Actitud hacia la muerte	1.84	2.77	4.93	.000
Ideación suicida	Pensamiento suicida	1.57	2.66	5.28	.000
	Proyecto suicida	.89	1.88	5.79	.000
	Actualización del intento suicida	.74	1.9	6.09	.000
Violencia en la pareja	Abuso no físico	11.05	12.27	2.43	.000
	Abuso físico	3.57	5.69	3.52	.000

4.2. Correlación entre las variables

4.2.1. Correlación entre abuso no físico y pensamiento suicida

En la tabla 12 se aprecia que el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe una relación altamente significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso no físico ($\rho = ,425$, $p < 0.01$). Es decir, cuanto mayor sea el abuso no físico mayor será la actitud hacia la muerte en las mujeres evaluadas. También ocurre lo mismo entre el pensamiento suicida y el abuso no físico (humillaciones, gritos, enfado si no cumple con sus deseos, utilización de palabras degradantes por parte de la pareja, entre otros). De manera similar, ocurre con las demás dimensiones de pensamiento suicida.

Tabla 12

Coefficiente de correlación entre pensamiento suicida y abuso no físico

Ideación suicida	Abuso no físico	
	Rho	P
Actitud hacia la muerte	,425**	,000
Pensamiento suicida	,427**	,000
Proyecto suicida	,365**	,000
Actualización del intento suicida	,373**	,000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

4.2.2. Contratación de hipótesis

Correlación entre abuso físico y pensamiento suicida

En la tabla 13 se aprecia que el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe una relación significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso físico ($\rho = ,372, p < 0.01$). Es decir, cuanto mayor sea la intensidad del abuso físico (violencia sexual, agresividad, percepción que la pareja actúa como si quisiera matarla, entre otros) mayor actitud hacia la muerte en las mujeres evaluadas. También ocurre lo mismo entre el pensamiento suicida y el abuso no físico. Con respecto a la dimensión de proyecto suicida (características del intento) se observa que existe una relación significativa y baja con el abuso físico ($\rho = ,299, p < 0.01$).

Tabla 13

Coeficiente de correlación entre pensamiento suicida y abuso físico

Ideación suicida	Abuso físico	
	Rho	P
Actitud hacia la muerte	,372**	,000
Pensamiento suicida	,356**	,000
Proyecto suicida	,299**	,000
Actualización del intento suicida	,280**	,000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

4.3. Discusión de los resultados

El objetivo principal del presente trabajo de investigación es determinar su relación de violencia de pareja con la ideación suicida en las mujeres de la institución adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna 2015, los resultados manifiestan que si existen relación significativa entre las variables, esto se puede explicar cuanto mayor sea la intensidad del abuso físico (violencia sexual, agresividad, percepción que la pareja actúa como si quisiera matarla, entre otros) mayor actitud hacia la muerte en las mujeres evaluadas. También ocurre lo mismo entre el pensamiento suicida y el abuso no físico (patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad) el pensamiento suicida es mayor en las mujeres evaluadas; es decir, han tenido deseos de quitarse la vida.

Estos resultados confirman lo hallado por Ramírez (2012) en su investigación: Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el posparto, la investigación arroja que existe una relación entre el abuso no físico y la depresión postparto, en donde a mayor puntaje en la subescala de abuso no físico, también hay un incremento en el puntaje de depresión; esto quiere decir que hay una tendencia a incrementar el comportamiento entre variables. A mayor abuso no físico se presenta más depresión en el post parto, siendo más sensible y teniendo grado de ansiedad, baja autoestima como consecuencia de la violencia. Por otro lado, en España, Sánchez, Muela, Martínez, García, León (2014) en su investigación “variables psicológicas asociadas a la ideación suicida” en estudiantes de 93 alumnos con edades comprendidas entre 21-34 años, en la cual sus resultados indican que tanto la depresión como la desesperanza pueden ser predictores muy significativo de la ideación suicida. Ellos afirman que la desesperanza y la depresión son robustos predictores de suicidio, también por el intenso estrés asociado a situaciones adversas a la que están expuestos.

En cuanto a los objetivos específicos podemos decir:

La violencia de pareja tiene relación significativa con las actitudes hacia la vida, muerte en las mujeres del colegio adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna 2015, los resultados manifiestan que los casados un 29.5%, conviviente un 30.9%, separado 47.1% presentan una elevada actitud hacia la muerte. Este hallazgo puede relacionarse con Aguinaga (2012) en su investigación titulada “*Creencias irracionales y conductas en*

madres víctimas y no víctimas de violencia infligida por la pareja. En esta investigación, los resultados indican diferencias significativas en las creencias irracionales de un grupo de madres de familia, víctimas de violencia infligida por su pareja en comparación a otro grupo de madres no víctimas de violencia infligida por su pareja. Las madres que sufren maltrato tendrían más dificultades para responder de manera racional ante situaciones frustrantes y para reconocer de modo objetivo y sus consecuencias. Otra diferencia en las creencias irracionales de ambos grupos de estudio, se centra en la mayor Necesidad de Aprobación y en la mayor tendencia a sentirse trastornadas por la evaluación negativa de los demás que presentan las madres que reportan maltratos de sus parejas. La necesidad de aprobación de una mujer víctima de maltrato de su pareja podría estar basada en su baja autoestima. Así mismo, la mujer víctima de maltrato tiene un pobre auto concepto y bajo nivel de auto eficacia esto hace que tenga pocos recursos de soporte y afronte. También los resultados de esta investigación afirma que la mujer maltratada por su pareja puede predispones síndrome de ansiedad y depresión.

Los resultados manifiestan que el 29.55% presenta pensamiento suicida, como resultado de la violencia por su pareja. Según Pérez (1999) con los factores de riesgo suicida en la adultez estarán conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida, también el síndrome premenstrual, con los cambios hormonales que trae consigo, y la menopausia, a la que se añaden factores socio-psicoculturales (independencia de hijos, pérdida de

belleza física y de la capacidad de procrear, imposibilidad de realizar deseos frustrados, competencias de nuevas generaciones, etcétera), pueden, junto a otros factores de riesgo asociados, precipitar un acto suicida.

Se encontró un 15.4 en mujeres casadas, en cuanto la violencia de pareja su relación con el intento de suicidio y actualización del intento suicida. Por otro lado, Leal (2009) en su investigación de “tendencia suicida en una muestra de médicos varones de lima metropolitana” encontró la prevalencia vida del intento de suicidio de los médicos encuetados fue de 14.4%. La niñez, al igual que en la ideación suicida, constituye la etapa de vida donde ocurrió mayor el porcentaje de actos suicida (10.8%) seguido por la adolescencia (9%) y en los estudios de pregrado (4.5%). Por otro lado, el porcentaje de la ocurrencia del intento suicida últimamente (3.6%). Según el estado civil, se halló que el grupo de médicos en situación de conviviente obtuvo una mayor tendencia suicida, quienes son divorciados obtuvieron menos niveles de tendencia suicida. Los médicos que tienen a cargo más de 5 personas obtuvieron una mayor puntuación de tendencia suicida en comparación quienes tenían menor número de personas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Respecto al objetivo general se encontró que hay relación significativa entre la violencia de pareja con la ideación suicida en las mujeres de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015.

Se puede concluir, según los objetivos específicos, que existe una relación significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso no físico ($\rho=,425$, $p < 0.01$); es decir, cuanto mayor sea la intensidad del abuso no físico en las mujeres evaluadas, tienen una elevada actitud hacia la muerte.

Igualmente existe una relación altamente significativa entre el pensamiento suicida, proyecto suicida, actualización del intento suicida y el abuso no físico (humillaciones, gritos, enfado) sino cumple con sus deseos, utilización de palabras degradantes por parte de su pareja; es decir, cuanto mejor sea el abuso no físico, mejor actitud positiva hacia la muerte.

Existe una relación altamente significativa entre actitud hacia la muerte y el abuso físico ($\rho = ,372$, $p < 0.01$). Es decir, cuanto mayor sea el abuso físico (violencia sexual, agresividad, percepción que la pareja actúa como si quisiera matarla, entre otros) mayor actitud hacia la muerte en las

mujeres evaluadas. También ocurre lo mismo entre el pensamiento suicida y el abuso no físico. Con respecto a la dimensión de proyecto suicida (características del intento) se observa que existe una relación significativa y baja con el abuso físico ($\rho = ,299, p < 0.01$).

Los resultados confirman que las mujeres con estudio secundario y superior tienen un grupo significativo que sufre un nivel alto de violencia no física (33.3% y 28.8%). Con respecto a la violencia física, la mayoría de las mujeres no sufre o se da muy pocas veces independientemente del nivel de instrucción.

5.2. Recomendaciones

Al finalizar el presente trabajo de investigación se propone las siguientes recomendaciones:

Debido a la importancia de prevenir la violencia en nuestra sociedad es indispensable realizar talleres de ambas variables como de violencia e ideación suicida a las madres del colegio, con el propósito de mejorar su valía personal y disminuir la ideación suicida, recuperar la confianza en sus percepciones y juicio.

Se recomienda mantener una actitud de alerta en las mujeres con riesgo de suicidio elevado, es importante derivar con especialistas: Psiquiatría, Psicología, para ir mejorando su calidad de vida.

Hacer entrega del informe con los resultados obtenidos de la investigación a la administración de dicha institución, para tomar medidas preventivas, como capacitar a los tutores de aula pueda brindar soporte emocional.

Incentivar a la población educativa mediante afiches, usando slogan: *“no te calles, “busca ayuda”, “no más violencia de género”, etc.*, para incentivar a buscar ayuda, desarrollar las habilidades para ampliar las redes de apoyo.

Mejorar la relación de pareja, aumentar sus habilidades de comunicación y de solución de problema.

Realizar un seguimiento de su respectivo tratamiento, con el propósito de disminuir las ideaciones suicidas y mejorar sus relaciones interpersonales para que busquen ayuda.

Desde un enfoque preventivo integral, los hombres deberían ser sujetos de sensibilización y prevención, implicándolos tanto en la igualdad como en la lucha contra la violencia a la pareja, esto se podría realizar a través de talleres titulado “Manejo asertivo del enojo”, cuyos agresores puedan identificar sus sentimientos, pensamientos y actitudes respecto a su enojo a través de la auto-observación, debe considerarse tres aspectos fundamentales.

1. Área cognitiva, de reestructuración cognitiva de ideas, pensamientos y distorsiones en relación a la figura de la mujer y al uso de la violencia.
2. Área conductual, con técnicas de manejo del control de los impulsos y técnicas de relajación.
3. Área emocional, con el reconocimiento de emociones de uno mismo y del otro, expresión adecuada y comunicación emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguinaga, A. (2012). *Creencias irracionales y conductas en madres víctimas y no víctimas de violencia infligida por la pareja*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Alencar, R. y Rodríguez, L. (2012). *Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica*, Barcelona.
- Alonso, L. (2003). *Terapia Psicológica de la conducta suicida*” Curso: 2º, Madrid.
- Aroca, C., Montolío, M., Moreno, C. y Alba, J. (2012). *La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental*. Revista Complutense de Educación, España.
- Berna, A. (2013). “*Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral*”. Universidad César Vallejo, Lima.
- Blanco, P., Ruiz, C.,García, L. y García, M. (2004). *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*.Gaceta Sanitaria, Barcelona.
- Blazquea, M. (2010). *Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Guía práctica clínica. Murcia, España.
- Blazquez, M. y Moreno, J. (2008). *El maltrato psicológico en la pareja*. Boletín de Psicología, No. 113, marzo, 2015.
- Cáceres, F., Solano, R., Santiago, F. y Almeida, J. (2013). *Prevalencia y factores asociados del intento de suicidio en estudiantes de ciencias de la salud*. Rev. méd panacea, Ica.
- Castellanos, R. y Sosa, F. (2013). *Ideación suicida entre pacientes con vih y Pacientes con tbc de los distritos de pueblo nuevo y de ferreñafe*. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.
- Casullo, M. (2005). *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Técnicas y procesos de evaluación psicológica*, Buenos Aires.
- Gómez, C., Murad, R. y Calderón, M. (2013). *Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia*.
- González, M., Díaz, A., Ortiz, S., Gonzales, C. y Gonzales, J. (2000). *Características psicométricas de la Escala de Ideación*

Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental* V. 23, No. 2, abril del 2000.

- Grijalba, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático empírica de un programa de tratamiento*. Tesis de Maestría, Universidad Complutense de Madrid.
- Grupo del Banco Mundial. (2015). *Igualdad de género es clave para alcanzar los ODM. Camino a la Igualdad de Género, México*.
- Guía Práctica Clínica. (2010). "Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía Práctica clínica, España.
- Guzmán, P. (2012). *Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio*. Tesis de Magister. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Hernández, S. (2006). *Metodología de la investigación*. México.
- INEI. (2013). "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima.
- Leal, R. (2009). *Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de lima metropolitana*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- Llorens, A. (2014). *Cultura, familia y violencia de género: la perpetuación de la violencia contra las mujeres*. Tesis de Maestría. Universitat Jaume.
- López, L. (2011). *Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral*.
- Mansilla, F. (2005). *La conducta suicida y su prevención. Programa, guía de prevención de la conducta suicida*.
- Moreno, E. (2012). *Revista peruana de medicina experimental y salud pública Segundo*. Ministerio de la Salud, Lima.
- Mosquera, A. (2003). *Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizan. Trabajo de investigación para especialidad en Psiquiatría*. Universidad Mayor de San Marcos, Lima.
- Ohoran, A. (2003). *Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General*. *Rev Biomed* 2004; 15:207-213, México.
- OSM. (2002). *Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario*. Unidad de apoyo a la investigación, España.

- OSM. (2005). Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Unidad de apoyo a la investigación, España.
- Pagán, A., Parrilla, C., y Parrilla, S. M. (1990). Comportamiento suicida en niños/as y adolescentes. Boletín Académico de Médicos de Familia de Puerto Rico.
- Pérez, A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr, Cuba.
- Ramírez, E. (2012). Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. Tesis Maestría. Universidad Nacional de Colombia.
- Rey, C. (2002). Rasgos socio demográficos e historia de maltrato en la familia de origen, de un grupo de hombres que han ejercido violencia hacia su pareja y de un grupo de mujeres víctimas de éste tipo de violencia. Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psicología.
- Rivera, Gracia, y Montes. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Cátedras de Psiquiatría y Psicología Médica, España.
- Salazar, D. y Vinet, E. (2010). Mediación y Violencia de Pareja. Revista de derecho, Chile.
- Sánchez, D., Muela, J., Martínez, y García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy investiga, España.
- Sánchez, L., Cruz, P, y Pagan, C. (2004). El suicidio es un serio problema de salud mental y una problemática social que cada día va en aumento en Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico.
- Sánchez, S. (2009). España-Valencia realizó una investigación sobre estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y el sistema inmune de las mujeres. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, España.
- Santa Biblia Versión reina Valera. (1960).
- Saravia, J., Mejía, M., Becerra, S., y Palomino, A. (2012). Violencia física contra la mujer durante el embarazo: Prevalencia y factores asociados. Revista peruana de epidemiología issn. Revista Peruana de Epidemiología, Lima.
- Sierra, J., Ortega, V. y Gutiérrez, J. (2007). Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española del Index of

Spouse Abus. Boletín de Psicología, No. 91, Noviembre 2007, 83-96, El Salvador.

Socorro, M., Díaz, M, Ortiz, S, Gonzales, C. y González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental V. 23, No. 2, abril del 2000

Solano R., Santiago, F., Cáceres, F. y Almeida, J. (2013). Prevalencia y factores asociados del intento de suicidio en estudiantes de ciencias de la salud. Salud Mental V. 23, No. 2, abril, México.

Tapia, M. (2000). Metodología de la investigación. Ingeniera en gestión Informática, Santiago.

Vásquez, M. (2007). Relación entre violencia y depresión en las mujeres.

Rev. De Neuro-Psiquiat. 70(1-4), Bolivia.

Viejo, C. y Ortega, R. (2012). Un Estudio sobre la Violencia en las Parejas Sentimentales de los Jóvenes Andaluces. Tesis doctoral Universidad de Córdoba, España.

Zúñiga, G. (2013). Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí. Periódicos electrónicos en Psicología, México.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ INSTRUMENTAL

MATRIZ INSTRUMENTAL

TITULO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACION	INSTRUMENTOS
Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres, de la institución educativa adventista 28 de julio de la ciudad de Tacna, 2015?	Violencia de pareja	Físico	Físico	Mujeres de la institución Adventista de Tacna 2015.	Índice de abuso en la pareja (IAP; Hudson y McIntosh, 1981). versión española de Cáceres (2002) Adaptado por la investigadora
		No física	No físico		
	Ideación suicida	Actitudes hacia la vida/muerte	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo de vivir - Deseo de morir - Razones para vivir/morir - Intento de suicidio activo/pasivo. 		Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) (1979) Adaptado por Eugenio y Zelada (2011)-Lima.
		Pensamientos/ deseos de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> - Duración - Frecuencia - Pensamientos/deseos - Deseo suicida - Detienen la tentativa suicida - Desear el intento suicida 		
		Características del intento	<ul style="list-style-type: none"> - Método/ oportunidad, disponibilidad para el intento. - Capacidad para llevar a cabo. - Expectativa/anticipación de un intento real. 		

		Actualización del intento	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación - Nota suicida - Acciones finales - Encubrimiento - Anteriores intentos. 		
--	--	---------------------------	--	--	--

ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION
Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres de la institución educativa adventista 28 de Julio de la ciudad de Tacna, 2015.	GENERAL ¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja con la ideación suicida en mujeres de las instituciones educativas adventistas de Tacna 2015?	GENERAL Determinar la relación entre la violencia de pareja con la ideación suicida en las mujeres de las instituciones educativas adventistas de Tacna 2015?	GENERAL H_i La violencia de pareja tiene una relación directa significativa con la ideación suicida en las mujeres de las instituciones educativas adventistas de Tacna 2015?	Tipo de investigación: Descriptiva, cuantitativa, correlacional Diseño No experimental de corte transversal
	ESPECIFICO 1. ¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja con las actitudes hacia la vida/muerte en las mujeres?	ESPECIFICO 1. Determinar la relación entre la violencia de pareja con las actitudes hacia la vida, muerte en las mujeres	ESPECIFICO H₁ La violencia de pareja tiene una relación directa y significativa con las actitudes hacia la vida/muerte en las mujeres.	
	2. ¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja con los pensamientos / deseos de suicidio en las mujeres?	1. Determinar la relación entre la violencia de pareja con los pensamientos , deseos de suicidio en las mujeres	H₂ La violencia de pareja tiene una relación directa y significativa con los pensamientos, deseos de suicidio en las mujeres.	

	3. ¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja con el intento de suicidio en las mujeres?	2. Determinar la relación entre la violencia de pareja con el intento de suicidio en las mujeres	H ₃ La violencia de pareja tiene una relación directa y significativa con el intento de suicidio en las mujeres	
	4. ¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja con la actualización del intento suicida en las mujeres?	3. Determinar la relación entre la violencia de pareja con la actualización del intento suicida en las mujeres	H ₄ La violencia conyugal tiene una relación directa y significativa con la actualización del intento en las mujeres?	

ANEXO 3. ÍNDICE DE ABUSO EN LA PAREJA

Índice de Abuso en la Pareja (IAP; Hudson y McIntosh, 1981). Se emplea la versión española de Cáceres (2002)

Nombres _____ y _____ Apellidos: _____

Marque con una X el número que corresponda a su respuesta:

1. Edad del encuestado:

22-27 años (1) 28-33 años (2) 34-39 años (3)
40-45 años (4) 46-50 años (5) 51-55 años (6)

2. Estado civil : Casado (1) Conviviente (2)

3. Religión: Adventista (1) católico (2) otro (3)

4. Grado de instrucción:

Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3)

5. Nivel socioeconómico:

Nivel bajo (1) Nivel promedio (2) Nivel alto (3)

6. Procedencia del encuestado:

Costa (1) Sierra (2) Selva (3) Extranjero (4)

Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año, y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo tanto no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas detenidamente, marcando con una X la respuesta que considere más adecuada para usted.

Versión española del índice de abuso en la pareja de Hudson y McIntosh (1981).

1 = Nunca 2 = Raramente 3 = Ocasionalmente 4 = Con frecuencia 5 = Casi siempre.

ITEMS VALORACION

Cada pregunta empieza con la frase **mi pareja**:

ITEMS	VALORACION
1. Me humilla	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Me exige que obedezca a sus caprichos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Se irrita si le digo que come, bebe o fuma demasiado	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Me fuerza a hacer actos sexuales que no me gustan.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Se enfada mucho si no hago lo que quiere cuando él quiere.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Se muestra celoso y suspicaz con mis amistades.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Me golpea o araña.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Me repite que soy poco atractiva.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Me repite que no podría valerme sin él.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Se cree que soy su esclava.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Me insulta o avergüenza delante de otros.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Se enfada mucho si me muestro en desacuerdo con sus puntos de vista.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. Me amenaza con un arma o cuchillo.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. No me presta dinero.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
15. Me repite que soy tonta.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
16. Me obliga a quedarme en casa si no tengo nada que hacer por ahí.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
17. Me ha llegado a golpear tan fuerte que llegué a necesitar asistencia médica.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. Cree que no debiera salir de casa o asistir a reuniones, cursos,...	1 – 2 – 3 – 4 – 5
19. No es amable conmigo.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
20. No quiere que salga con mis amigas.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
21. Me exige relaciones sexuales, aunque esté cansada.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
22. Me grita continuamente.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
23. Me da golpes en la cara y en la cabeza.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
24. Se vuelve agresivo cuando bebe.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
25. Está siempre dando órdenes.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
26. Me dice cosas que no se pueden aguantar.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
27. Actúa como un cobarde conmigo.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
28. Le tengo miedo.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
29. Me trata como si fuera basura.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
30. Actúa como si fuera a matarme.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

ANEXO 4. ÍNDICE DE ABUSO EN LA PAREJA (ADAPTADO)

Marque con una X el número que corresponda a su respuesta:

1. Edad del encuestado

22-27 años (1) 28-33 años (2) 34-39 años (3)
 40-45 años (4) 46-50 años (5) 51-55 años (6)

2. Estado civil Casado (1) Conviviente (2) separada(3)

3. Religión Adventista (1) católico (2) otro (3)

4. Grado de instrucción

Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3)

5. Nivel socioeconómico

Nivel bajo (1) Nivel promedio (2) Nivel alto (3)

6. Procedencia del encuestado

Costa (1) Sierra (2) Selva (3)
 Extranjero (4)

Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año, y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo tanto no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas detenidamente, marcando con una X la respuesta que considere más adecuada para usted.

Versión española del índice de abuso en la pareja de Hudson y McIntosh (1981).
1 = Nunca 2 = Raramente 3 = Ocasionalmente 4 = Con frecuencia 5 = Casi siempre.

Mi pareja:

ITEMS	VALORACION
1. Me humilla	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Me exige que obedezca a sus caprichos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Se irrita si le digo que come, bebe o fuma demasiado	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Me fuerza a hacer actos sexuales que no me gustan.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Se enfada mucho si no hago lo que quiere cuando él quiere.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Se muestra celoso y suspicaz con mis amistades.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Me golpea o araña.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Me repite que soy poco atractiva.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Me repite que no podría valerme sin él.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Se cree que soy su esclava.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Me insulta o avergüenza delante de otros.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Se enfada mucho si me muestro en desacuerdo con sus puntos de vista.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. Me amenaza con un arma o cuchillo.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. No me presta dinero.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
15. Me repite que soy tonta.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
16. Me obliga a quedarme en casa si no tengo nada que hacer.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

17. Me ha llegado a golpear tan fuerte que llegué a necesitar asistencia médica.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. Cree que no debiera salir de casa o asistir a reuniones, cursos,...	1 – 2 – 3 – 4 – 5
19. No es amable conmigo.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
20. No quiere que salga con mis amigas.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
21. Me exige tener relaciones sexuales, aunque físicamente esté cansada.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
22. Me grita continuamente.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
23. Me da golpes en la cara y en la cabeza.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
24. Se vuelve agresivo cuando esta ebrio.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
25. Está siempre dando órdenes.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
26. Me dice palabras que me hacen sentir menospreciada y desprotegida no las puedo aguantar.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
27. Actúa como un cobarde porque sabe que soy frágil.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
28. Tengo miedo que me golpee.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
29. Me trata como si fuera basura, usa palabras como: perra, prostituta, etc	1 – 2 – 3 – 4 – 5
30. Actúa como si quisiera matarme.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

CUESTIONARIO ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

Nombre: _____

Fecha: _____

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir.

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco (Débil).
- 2. Ninguno (No tiene).

2. Deseo de morir.

- 0. Ninguno (No tiene).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

3. Razones para Vivir/Morir.

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual).
- 2. Morir supera a vivir.

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

5. Deseo pasivo de suicidio.

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración.

- 0. Breves, periodos pasajeros.
- 1. Periodos largos.
- 2. Continuos (Crónicos), casi continuos.

7. Frecuencia.

- 0. Rara, ocasionalmente.
- 1. Intermitente.
- 2. Persistentes y continuos

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.

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

9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.

- 0. Tiene sentido de control.
- 1. Inseguridad de control
- 2. No tiene sentido de control

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
- 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
- 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida.

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
- 1. Combinación de 0-2.
- 2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.

- 0. Sin considerar.
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
- 2. Detalles elaborados / bien formulados. Entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Anales,

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.

- 0. Método no disponible, no oportunidad.
- 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- 2. Método y oportunidad disponible
- 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
- 1. No está seguro de tener valor.
- 2. Está seguro de tener valor.

15. Expectativa/ anticipación de un intento real.

- 0. No.
- 1. Sin seguridad, sin claridad.
- 2. Sí.

IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación real.

- 0. Ninguna.
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa.

17. Nota Suicida.

- 0. Ninguna.
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.

2. Escrita. Terminada

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).

0. No.
1. Sólo pensados, arreglos parciales.
2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.

0. Revela las ideas abiertamente.
1. Revela las ideas con reservas.
2. Encubre, engaña, miente.

20. Intento de suicidio Anteriores.

0. No.
1. Uno.
2. Más de uno