

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

AREA DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS MEDICAS

AREA ESPECIFICA DE CONOCIMIENTO DE PSICOLOGIA



**TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN IGUALDAD DE GÉNERO, INCLUSIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL
DESARROLLO SOSTENIBLE**

**La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: percepciones de los
agentes de salud y de las víctimas**

Línea de Investigación: Población, educación, inclusión social e interculturalidad

AUTORA:

NANCY CAROLINA LÓPEZ VELÁSQUEZ

TUTORES:

Dra. GLADYS MERMA MOLINA

Dr. DIEGO GAVILÁN MARTÍN

León, mayo, 2024

2024: 45/19 ;La patria, La Revolución!

Dedicatoria y Agradecimientos

A mi amado Dios todo poderoso por su infinita misericordia y amor, me permite la vida, sabiduría, salud y fuerzas para llegar hasta este momento de desarrollo profesional.

A mi amada madre Consuelo López, por apoyarme incondicionalmente, amarme, motivarme, guiarme por el camino del bien, por ser un ejemplo de perseverancia, determinación y optimismo.

A mi amado hermano Fredy López por todo su cariño, apoyo, por dedicarme tiempo de calidad y motivarme a seguir en este camino.

A mis docentes, quienes a lo largo de este proceso aportaron sabiduría, conocimiento y motivaron en mi formación profesional. De forma muy especial a la Dra. Gladys Merma Molina y al Dr. Diego Gavilán Martín, quienes con dedicación y profesionalismo estuvieron dándome acompañamiento y apoyo paso a paso en este proceso.

A las y los participantes, por su valioso aporte, con el cual permiten generar conocimiento y reflexión a través de sus percepciones sobre la violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida.

A mis amistades quienes estuvieron presentes directa e indirectamente con su apoyo y motivación.

Resumen

La presente investigación cualitativa desarrollada en el Hospital Nacional San Pedro de Usulután, El Salvador, sistematiza los hallazgos encontrados sobre la violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida, basados en las percepciones de las y los agentes de salud y mujeres víctimas. El estudio permite identificar los tipos de violencia contra la mujer más frecuentes, así como analizar las formas de sobrevivir a la violencia de las mujeres afectadas. También evidencia las necesidades que tienen las y los agentes de salud para mejorar la atención a las mujeres. Es necesario destacar la valoración que las mujeres plantearon sobre la atención recibida de las y los agentes de salud, la cual las ubica entre muy buena a excelente. Aun así, los resultados sugieren una demanda de capacitación continua en cuanto a la violencia contra la mujer y las conductas suicidas. Tomando en cuenta que la violencia hacia las mujeres provoca una afectación que vulnera o perturba la condición saludable en la mujer, el presente estudio permite generar reflexiones sobre los núcleos temáticos brindando un mejor panorama para futuras investigaciones.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
1. Introducción	6
2. Antecedentes	7
3. Justificación	9
4. Planteamiento del problema.....	10
5. Objetivos	11
5.1. Objetivo General.....	11
5.2. Objetivos Específicos:.....	11
6. Marco Teórico.....	12
6.1. Tipos de Violencia	13
6.2. Modalidades de la violencia.....	15
6.3. Modelos explicativos de la violencia contra la mujer.....	17
6.3.1. Modelo ecológico.....	17
6.3.2. Ciclo de la violencia.....	17
6.3.3. La rueda del poder.....	18
6.4. Conducta suicida.....	18
6.5. Conducta suicida y violencia contra la mujer	19
6.6. Teorías explicativas del suicidio.....	20
6.6.1. La Teoría Interpersonal del Suicidio.....	21
6.6.2. Teoría Integrada Motivacional-Volitiva.....	22
6.6.3. Teoría los 3 pasos de la conducta suicida	22
6.7. Factores de vulnerabilidad de la ideación suicida.....	23
6.7.1. Factores genéticos.....	23
6.7.2. Factores físicos.....	23
6.7.3. Factores ambientales.....	24
6.7.4. Desesperanza.....	24
6.7.5. Conducta suicida previa.....	24
7. Diseño metodológico	24
7.1. Tipo de estudio.....	24
7.2. Participantes.....	25
7.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
7.4. Procedimiento	27
7.5. Núcleos temáticos	28

7.6.	Consideraciones éticas	29
8.	Resultados	30
8.1.	Datos sociodemográficos de las y los participantes	30
8.1.1.	Agentes de salud	30
8.1.2.	Mujeres	31
9.	Discusión.....	47
10.	Conclusiones	50
11.	Recomendaciones	51
12.	Referencias.....	52
13.	ANEXOS	56

1. Introducción

La presente investigación analiza la violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida, desde las percepciones de los agentes de salud y de las mujeres víctimas, en el Hospital Nacional San Pedro de Usulután de la ciudad de Usulután, El Salvador.

La violencia contra las mujeres provoca impactos negativos tanto en su salud física, como su salud mental. De hecho, Las Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (OPS/OMS, Violencia contra la mujer, 2022).

Según el informe anual realizado por el Sistema Nacional de Datos, Estadísticas e Información en Violencia contra la Mujer, en El Salvador desde el 2019 al 2022, se han reportado un promedio anual de 23,398 hechos de violencia contra las mujeres. Estos hechos se refieren tanto a homicidios y feminicidios como a la violencia sexual, física, patrimonial, laboral, psicológica y económica, trata de personas y otros delitos contemplados en la Ley especial para una vida libre de violencia para las mujeres (Sistema Nacional de Datos, 2022).

El Salvador ha hecho esfuerzos importantes para visibilizar la violencia contra las mujeres por razón de género como un problema de seguridad pública y los esfuerzos institucionales para erradicarla son notables. En este sentido, el desarrollo de este estudio contribuye a entender de mejor manera las manifestaciones de la violencia patriarcal sobre las mujeres salvadoreñas y permite recopilar evidencia necesaria para idear intervenciones innovadoras y más eficaces para proteger a las víctimas. Para ello, como punto de partida inicial, se plasman los objetivos los cuales son las directrices para dar respuesta y generar conocimiento según los hallazgos encontrados. En

base a todo el proceso investigador, se arriban a las conclusiones y se plantean las recomendaciones pertinentes. Asimismo, se incluyen las referencias bibliográficas y respectivos anexos.

2. Antecedentes

La violencia contra las mujeres ha sido reconocida en los últimos años como una grave vulneración a los derechos humanos, lo que ha llevado a los Estados y a los organismos internacionales a adoptar normas y medidas encaminadas a su erradicación. Por violencia contra las mujeres se entiende cualquier acción u omisión, que basada en su género cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como privado (ISDEMU, 2015).

El Salvador ratificó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención Belém do Pará” mediante el Decreto Legislativo No. 430, de fecha 23 de agosto de 1995, publicado en el Diario Oficial No. 154, Tomo No. 328. Esta Convención obliga al Estado a incluir en su legislación interna normas penales, civiles, administrativas y todas las necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Sistema Nacional de Datos, 2022).

En comparación con 2019, los homicidios de mujeres en 2022 se redujeron en un 84.6 % y un 66.0 % respecto al año anterior. En adición a esto, los feminicidios en 2022 disminuyeron en más de la mitad (53.1 %) del total de 2019, y en una tercera parte (33.8 %) con relación a 2021. Los hechos de violencia sexual y violencia física reportados también se redujeron en 2022 en contraste con los registros de 2021, en un 2.3% y 12.0%, respectivamente (Sistema Nacional de Datos, 2022).

Por otro lado, los casos reportados de violencia patrimonial, laboral y psicológica aumentaron entre 2021 y 2022, sobre la violencia patrimonial, se reportaron 992 casos adicionales, lo que significa un aumento del 14.6 % respecto a 2021. Los casos reportados de violencia laboral y psicológica incrementaron en un 36.2% y 45.2%, respectivamente. Esto pese a que la violencia laboral hace referencia a atenciones que el Estado ha brindado a mujeres por despidos en razón de su género (Sistema Nacional de Datos, 2022).

Por otra parte, el informe de la situación de violencia contra las mujeres, en El Salvador 2022, presentado por la Red Feminista frente a la violencia contra las mujeres, señala que entre enero de 2015 y junio 2021 se registraron al menos 129.382 denuncias por hechos de violencia contra las mujeres (REDFEM, 2022).

En el Hospital Nacional San pedro de Usulután, durante el periodo de 2018 a noviembre de 2022, se brindaron 1,099 atenciones a niñas, adolescentes y mujeres adultas afectadas por algún tipo de violencia, siendo la más frecuente la violencia sexual con un 83.71%. En segundo lugar, la violencia psicológica con un 11.37% y finalmente, un 4.92% violencia física (SIMMOW, 2022).

En El Salvador, durante los años 2017 al 2021, se suicidaron 668 personas. De estas, 200 fueron mujeres las cuales representan un 29.94% del total de suicidio consumado, mientras que solo en el mes de enero 2022 se presentaron 68 suicidios, de los cuales el 47% fueron mujeres (Mayorga, 2022). Por otra parte, en Usulután, en el periodo de 2018 a 2022, un total de 133 entre niñas, adolescentes y mujeres adultas intentaron suicidarse (SIMMOW, 2022).

Es posible que esto se deba, entre otras razones, a los trastornos mentales relacionados con la violencia contra la mujer, como la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias y conducta suicida (Caldwell, 2012).

En el Estudio Multi-país (2005) sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica se encontró que entre el 15-71% de las mujeres han sufrido violencia física y/o sexual por parte de la pareja íntima en algún momento de sus vidas. Según informes entregados por la Organización Mundial de la Salud para el año 2021, más de 640 millones de mujeres (26% de las mujeres de más de 15 años) habrán experimentado violencia en cualquiera de sus expresiones: psicológica, física, sexual o económica. Los estudios muestran que la norma es que las mujeres experimentan diversos tipos de violencia simultáneamente, lo que se ha conocido como el *continuum de violencia* (OMS, 2005).

Igualmente, la situación es similar en otros países. Así, en un estudio realizado con adolescentes de la Universidad de Colima, México, sobre la violencia doméstica y el riesgo de conducta suicida se encontró que la frecuencia de ideación suicida y de intento suicida resulta muy elevada en el grupo total de estudiantes (15.8 y 7.3% respectivamente) (Espinoza, 2010). Estos datos son coincidentes con los encontrados en China y Uganda. En síntesis, ambas conductas se mostraron con mayor frecuencia en el sexo femenino, tal como ha sido previamente reportado en nuestro contexto de estudio.

3. Justificación

Dada la incidencia grave de casos de violencia contra la mujeres y de la persistencia de comportamientos suicidas entre ellas, la presente investigación denominada “Percepción de la violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida de los agentes de salud y mujeres afectadas por violencia del Hospital Nacional San Pedro de Usulután” puede ser una herramienta que contribuya a la sensibilización sobre el tema a la población que acude a dicho centro hospitalario y a todo el personal. Por ello, los hallazgos encontrados en este estudio podrían ser la

base para futuras investigaciones sobre la temática. Este estudio también puede orientar al personal de salud a crear nuevas estrategias que permitan la prevención de nuevos casos o a intervenir de una manera más eficaz. Con este fin, se planteó la siguiente cuestión de estudio:

¿Qué relación tiene la violencia contra la mujer con la conducta suicida según los agentes de salud y las mujeres afectadas por violencia del Hospital Nacional San Pedro de Usulután?

4. Planteamiento del problema

Desde los tiempos antiguos, a través de la historia, la sociedad fue marcadamente discriminatoria. En todas las etapas evolutivas y culturas, tradicionalmente, se ha establecido al hombre como sinónimo de poder y a la mujer como una subordinada de este, utilizando diversas expresiones o acciones que sirven de camuflaje de la violencia contra las mujeres, tanto en el ámbito público, como también en el privado. Si bien se han dado pasos importantes para cambiar esta discriminación, aún no se ha avanzado lo suficiente.

La violencia contra las mujeres y las niñas sigue siendo preocupante: una de cada tres mujeres se ve afectada por algún tipo de violencia de género y cada 11 minutos una mujer o niña muere asesinada en alguna parte del mundo (ONUMujeres, 2022). Los efectos psicológicos adversos de la violencia, que provocan conductas de riesgo, ya sean intentos suicidas o consumo de sustancias, y que afectan a las mujeres en cualquier etapa de su vida, sigue siendo un obstáculo para alcanzar el desarrollo y disfrute a plenitud de la vida.

En base a ello, en El Salvador se ha avanzado en establecer leyes especiales en favor de la mujer, así como transversalizar con dichas leyes, las normativas, políticas y planes institucionales, las cuales orientan a brindar una atención con calidad y calidez humana, pero aún falta mucho para alcanzar una igualdad real entre hombres y mujeres, por lo que se debe seguir trabajando con énfasis en la

sensibilización sobre el tema. En Usulután (El Salvador), en los últimos 5 años se han brindado 1,099 atenciones a niñas, adolescentes y mujeres adultas que han sido afectadas por algún tipo de violencia, en el mismo periodo se atendieron a 133 quienes intentaron suicidarse (SIMMOW, 2022).

Lo expuesto en los párrafos precedentes muestra la pertinencia del desarrollo de la presente investigación, teniendo en cuenta la experiencia de las y los agentes de salud en atención a estos casos, así como la percepción que tienen las mujeres víctimas acerca del tema. Se considera que este estudio puede ser útil para comprender con mayor claridad esta grave problemática e intervenir de manera más eficaz.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General

Investigar la percepción de las y los agentes de salud y las mujeres afectadas por violencia, sobre la violencia contra la mujer y la relación con la conducta suicida, en el Hospital Nacional San Pedro (Usulután. El Salvador).

5.2. Objetivos Específicos

Identificar los tipos de violencia contra la mujer más frecuentes, desde la perspectiva de los agentes de salud y de las mujeres afectadas por violencia.

Analizar la percepción que tiene el personal de salud y las mujeres afectadas por violencia sobre la violencia contra la mujer y la relación con la conducta suicida.

Conocer las formas de sobrevivir a la violencia de las mujeres afectadas.

Indagar las necesidades que tienen los agentes de salud para mejorar la atención a las mujeres que son víctimas de violencia.

6. Marco Teórico

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (OPS, 2022).

Por su parte, la violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control (Organización Panamericana de la Salud, 2022). Asimismo, la violencia contra las mujeres y las niñas es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo. Se producen muchos casos cada día en todos los rincones del planeta. Este tipo de violencia tiene graves consecuencias físicas, económicas y psicológicas sobre las mujeres y las niñas, tanto a corto como a largo plazo, al impedirles participar plenamente y en pie de igualdad en la sociedad (ONU, 2023).

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres en todas sus formas son importantes. Los estudios han relacionado la violencia con una amplia gama de problemas de salud física, sexual, reproductiva y mental, que van desde las muertes hasta los traumatismos que requieren tratamiento de urgencia, pasando por los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y los problemas ginecológicos, así como las enfermedades mentales y la adopción de comportamientos poco saludables que pueden aumentar el riesgo en el desarrollo no saludable de la mujer. Asimismo, la violencia afecta a los hijos, familias y comunidades de las mujeres que

sufren. La exposición a la violencia en el hogar o ser testigo de ella no solo afectan la salud emocional y el comportamiento, sino que también puede aumentar los riesgos de que un niño sufra o cometa violencia más adelante en su vida (OPS/OMS, 2023). En este sentido, la violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. De media, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja. Igualmente, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. Estas formas de violencia pueden dar lugar a problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva y otros problemas de salud. (OPS/OMS, 2023)

6.1. Tipos de Violencia

La Ley Especial para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, en El Salvador, en su artículo 9 tipifica y define la violencia contra la mujer de la siguiente manera (Salvador, 2011):

Violencia Económica: es toda acción u omisión de la persona agresora, que afecta la supervivencia económica de la mujer, la cual se manifiesta a través de actos encaminados a limitar, controlar o impedir el ingreso de sus percepciones económicas.

Violencia Femenicida: es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que conllevan a la impunidad social o del Estado, pudiendo culminar en feminicidio y en otras formas de muerte violenta de mujeres.

Violencia Física: es toda conducta que directa o indirectamente, está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico contra la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer, los ejercidos por la persona agresora en su entorno familiar, social o laboral.

Violencia Psicológica y Emocional: es toda conducta directa o indirecta que ocasione daño emocional, disminuya el autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer; ya sea que esta conducta sea verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, mediante amenazas, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, y cualquier alteración en su salud que se desencadene en la distorsión del concepto de sí misma, del valor como persona, de la visión del mundo o de las propias capacidades afectivas, ejercidas en cualquier tipo de relación.

Violencia Patrimonial: son las acciones, omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la mujer; incluyéndose los daños a los bienes comunes o propios mediante la transformación, sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación, retención de objetos, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales. En consecuencia, serán nulos los actos de alzamiento, simulación de enajenación de los bienes muebles o inmuebles; cualquiera que sea el régimen patrimonial del matrimonio, incluyéndose el de la unión no matrimonial.

Violencia Sexual: es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de

contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima.

Violencia Simbólica: son mensajes, valores, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

6.2. Modalidades de la violencia

Asimismo, la ley especial para una vida libre de violencia para las mujeres, establece en su artículo 10 que las modalidades de la violencia contra la mujer son las siguientes (Salvador, 2011):

Violencia Comunitaria: toda acción u omisión abusiva que a partir de actos individuales o colectivos transgreden los derechos fundamentales de la mujer y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión.

Violencia Institucional: es toda acción u omisión abusiva de cualquier servidor público, que discrimine o tenga como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y disfrute de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres; así como la que pretenda obstaculizar u obstaculice el acceso de las mujeres al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia conceptualizadas en esta ley.

Violencia Laboral: son acciones u omisiones contra las mujeres, ejercidas en forma repetida y que se mantiene en el tiempo en los centros de trabajo públicos o privados, que constituyan agresiones físicas o psicológicas atentatorias a su integridad, dignidad personal y profesional, que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, o que quebranten el derecho a igual salario por igual trabajo.

También la ley especial para una vida libre de violencia para las mujeres en su artículo 48 hace referencia al Suicidio Femicida por Inducción o Ayuda estableciendo que quien indujere a una mujer al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, valiéndose de cualquiera de las siguientes circunstancias, será sancionado con prisión de cinco a siete años:

Que le preceda cualquiera de los tipos o modalidades de violencia contemplados en la presente ley o en cualquier otra ley.

Que el denunciado se haya aprovechado de cualquier situación de riesgo o condición física o psíquica en que se encontrare la víctima, por haberse ejercido contra ésta, cualquiera de los tipos o modalidades de violencia contemplados en la presente o en cualquier otra ley.

Que el inductor se haya aprovechado de la superioridad generada por las relaciones preexistentes o existentes entre él y la víctima.

Asimismo, según la ONU (2006), los siguientes factores pondrían en riesgo de violencia de género a las mujeres:

A nivel individual: asociados tanto a los agresores como a las víctimas. Entre ellos, constan los siguientes: haber vivido abusos durante la infancia y/o haber sido testigos de violencia en el hogar; el uso frecuente de alcohol y drogas; pertenecer a una comunidad marginada o excluida; ser de baja condición educacional o económica.

En la pareja y la familia: historia de conflictos conyugales, el control masculino de la riqueza y la autoridad para tomar decisiones de pareja y la presencia de importantes disparidades interpersonales en relación a la condición económica, educacional o de empleo.

En la comunidad: el aislamiento de las mujeres y la falta de apoyo social; las actitudes de la comunidad que permiten y justifican la violencia masculina; y la existencia de altos niveles de carencia de empoderamiento social y económico, en particular la pobreza.

En la sociedad: roles de género que amparan la supremacía masculina y la subordinación femenina, la tolerancia de la violencia como medio y objeto de resolución de conflictos.

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

6.3. Modelos explicativos de la violencia contra la mujer

6.3.1. Modelo ecológico

En este modelo (Bronfenbrenner, 1987) se reconoce los contextos inmediatos en los que se desenvuelven las mujeres que han sido víctimas (familia, relación de pareja, trabajo, escuela y comunidad) y cómo en dicha interacción se van perpetuando estereotipos patriarcales y/o machistas que promueven relaciones asimétricas de poder o violencia en sus distintas manifestaciones (física, psicológica, sexual, económica, etc.). El modelo ecológico de Bronfenbrenner implica como estándar mínimo tener en cuenta los apoyos sociales de que disponen las mujeres, considerando sus necesidades y sus estilos familiares. Estos aspectos deben ser considerados en los programas de prevención e intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja, de modo de abordar integralmente todos los factores de riesgo que pueden estar presentes en una relación de pareja. Esto implica levantar alertas tempranas, sensibilizar a la red comunitaria y a los propios afectados de manera de interrumpir de manera temprana y oportuna cualquier tipo de violencia (Chile, 2021).

6.3.2. Ciclo de la violencia

En este modelo, se explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal y la razón por la que muchas mujeres se quedan atrapadas en dicha relación de violencia (Walker, 1978). Este ciclo

está compuesto por tres fases distintas que varían en el tiempo e intensidad: (1) acumulación de tensiones; (2) incidente agudo o explosión y (3) tregua amorosa o “luna de miel”.

Landerburguer (1989) identifica cuatro etapas de la violencia de pareja que caracterizan las experiencias de mujeres que habrían sufrido maltrato conyugal: (1) etapa de entrega; (2) etapa de aguante; (3) etapa de desenganche; y (4) etapa de recuperación.

6.3.3. La rueda del poder

El modelo de Duluth (2019) es específico para las manifestaciones de violencia masculina contra las mujeres en el contexto de relaciones íntimas. Como su nombre lo indica, este modelo abarca distintas manifestaciones de violencia, en el que se incorpora la dimensión psicológica considerando conductas verbales, actitudes y roles como comportamientos y/o tácticas para que el hombre gane poder y control sobre sus parejas. De acuerdo con el modelo de Duluth, existen estrategias de poder y control, en las cuales se incluyen: violencia o abuso físico, intimidación, abuso emocional, conductas destinadas a generar aislamiento, uso de justificaciones y minimizaciones, negación y transferencias de culpa, abuso sexual (desde la coerción a la violación), manipulación a través de los hijos/as y desigualdad en las actividades de crianza y cuidado, privilegios masculinos en las tareas del hogar, abuso económico, y uso de coerción y amenazas. A través de estas conductas y actitudes, el hombre mantiene la relación asimétrica y de subordinación de su pareja, generando con ello un estado basal de manipulación, sumisión y temor en la mujer, como un modo de vida en el que cotidianamente se limita su actuar (Chile, 2021).

6.4. Conducta suicida

Para Shneidman (1996), quien es como el padre de la suicidología moderna, establece que el suicidio es producto del dolor psicológico, psíquico o mental, experimentado por la persona cuando este es percibido como intolerable, inescapable e interminable. Los estados afectivos

negativos previos al suicidio (por ejemplo, rabia, culpa, vergüenza, angustia, depresión, desesperanza, sensación de vacío) son relevantes en la medida que se relacionan a un sufrimiento psíquico intolerable. Si tales emociones y experiencias negativas se vuelven una experiencia generalizada de sufrimiento, la persona puede intentar escapar a través del suicidio. El dolor psíquico se origina en la frustración de necesidades psicológicas básicas e idiosincráticas, que por distintas razones son centrales para el funcionamiento y cuya frustración no puede ser tolerada (Chamorro, 2021).

6.5. Conducta suicida y violencia contra la mujer

Estudios poblacionales muestran que las personas que han experimentado violencia de pareja tienen dos veces más probabilidades de tener ideación suicida y tres veces más probabilidades de intentar suicidarse que quienes no han experimentado violencia de pareja; y que un tercio de las mujeres que intentan suicidarse han experimentado violencia de pareja en el último año (McManus, 2022). Otras investigaciones señalan que hasta el 20% de las mujeres víctimas de violencia intentaron suicidarse (Brignone, 2018).

La investigación sobre el suicidio ha permitido generar diversos modelos teóricos. El modelo general de vulnerabilidad estrés aplicado al suicidio (Turecki, 2019) afirma que el riesgo suicida se genera por la interacción de aspectos biológicos, psicopatológicos, psicológicos y ambientales tempranos, los cuales generan en la persona un nivel de vulnerabilidad individual al estrés; frente al cual ciertos eventos estresantes, como el experimentar violencia intrafamiliar o de pareja, pueden desbordar los recursos personales de afrontamiento, desencadenando procesos psicopatológicos como depresión, desesperanza, abuso agudo de sustancias entre otros. Estos originan, finalmente, una crisis con conducta suicida. Para Beck, los planes, ideas o pensamientos de una persona acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo, plantea

que la ideación suicida es como una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas, situaciones o eventos que no se pueden soportar (Inostroza, 2022).

De acuerdo con la Teoría del suicidio de Beck (Wenzel, 2008), personas que tienen desesperanza sobre los eventos negativos que experimentan desarrollan depresión, lo que hace más probable que vean el suicidio como una forma de salir de problemas. De hecho, dentro de los esquemas cognitivos suicidas están la desesperanza crónica y la percepción de no poder soportar su situación vital. Estos esquemas, al ser activados por el estrés crónico de la violencia, generarían desesperanza, que a su vez llevaría a ideación suicida. En momentos de crisis suicida, las personas tendrían distorsiones cognitivas que dificultan salir de los pensamientos suicidas y buscar otras formas de solucionar sus problemas, gatillando agitación, visión de túnel y desesperación, conduciendo en muchos casos al acto suicida como única solución viable. Diferentes estudios muestran que aquellas mujeres que experimentaron violencia eran menos propensas a comportamientos suicidas si tenían niveles más altos de esperanza, indicando con esto que la esperanza o desesperanza puede ser una variable mediadora o moderadora de comportamientos suicida (Inostroza, 2022).

6.6. Teorías explicativas del suicidio

En los últimos años ha surgido un grupo de teorías que permiten comprender mejor la relevancia de la violencia como factor de riesgo para el suicidio. Estas son las Teorías del Marco “ideación a la acción”, como la Teoría Interpersonal del Suicidio (Carrasco, 2021; Joiner, 2005), la Teoría Integrada Motivacional-Volitiva (O'Connor, 2011), Teoría los Tres Pasos (Klonsky 2015), las cuales intentan dar cuenta de las discrepancias entre las prevalencias entre ideación suicida, e intento de suicidio y suicidio consumado; donde la ideación es mucho más frecuente que los intentos suicidas y el suicidio. Los autores plantean que, para que existan estas diferencias de

prevalencia en los distintos tipos de conducta suicida, estas deben corresponder a fenómenos con algún grado de diferencia.

6.6.1. La Teoría Interpersonal del Suicidio

En su teoría, Thomas Joiner (2005) plantea que los casos más graves de pensamientos suicidas surgen de la interacción de dos estados psicológicos profundos, el primero es el sentirse ajeno a cualquier grupo o comunidad, conocido como la pertenencia frustrada y el segundo es la percepción de ser una carga para los demás. Estas experiencias, particularmente cuando están impregnadas de desesperanza, crean o propician el desarrollo de ideaciones suicidas.

Esta teoría resalta la importancia de los vínculos interpersonales y el sentido de integración social en la salud mental. La pertenencia frustrada no se refiere simplemente a estar solo; se trata de la falta percibida de relaciones significativas y de apoyo, lo que puede conducir a una dolorosa sensación de aislamiento y alienación. Por otro lado, la percepción de ser una carga implica sentir que la propia existencia representa un peso para los demás, ya sea emocional, financiero o de otro tipo, exacerbando los sentimientos de inutilidad y desvalor personal. Asimismo, que una persona no cometerá suicidio a menos que tenga tanto: 1) deseo de suicidarse, como 2) capacidad para realizar conducta suicida letal (Van Orden, 2011).

El deseo suicida surge de una necesidad de pertenencia insatisfecha junto a la percepción de sentirse una carga para los otros -ambos aspectos generados por la vivencia de maltrato-, lo que generaría primero desesperanza y luego deseo o ideación suicida.

La capacidad para realizar conducta suicida letal, por su parte, considera los componentes: a) ausencia de miedo a morir y b) alta tolerancia al dolor físico. Esta capacidad surge de la habituación generada por exposición repetida a experiencias dolorosas o que inducen miedo, como la violencia contra la mujer; habituación que lograría quebrantar el instinto básico de supervivencia

de los seres humanos. Así, las mujeres que viven violencia tienen todos los componentes que aumentan el riesgo para realizar un acto suicida letal (Inostroza, 2022).

6.6.2. Teoría Integrada Motivacional-Volitiva

O'Connor (2011), en su teoría, permite comprender el proceso completo y de todas sus fases, las cuales son tanto motivacionales como volitivas. Primeramente, encontramos la fase pre motivacional, la cual describe una serie de premisas que hacen que la persona sea vulnerable a desarrollar la conducta suicida. Esta fase incluye tres factores desencadenantes a la hora de desarrollar la conducta suicida: la diátesis, el contexto social (ambiente) y las situaciones y eventos vitales. La diátesis hace referencia a la predisposición a desarrollar una conducta (por ejemplo, la disminución de la neurotransmisión serotoninérgica es uno de los factores de vulnerabilidad para el comportamiento suicida). El contexto social es definido como el lugar donde se mueve la persona, los elementos de apego y las circunstancias vividas del propio individuo, donde destaca el impacto de los cambios sociales como, por ejemplo, una recesión económica. Por último, las situaciones y eventos vitales harían alusión a cualquier acontecimiento negativo en cualquier etapa de la vida del individuo (Montes, 2021).

6.6.3. Teoría de los tres pasos de la conducta suicida

Klonsky, en su teoría, describe las condiciones bajo las cuales se producen el deseo de suicidio y los intentos de suicidio. Se ofrece como una teoría parsimoniosa que explica el suicidio en términos de sólo cuatro factores: dolor, desesperanza, conexión y capacidad para el suicidio (Klonsky, 2021).

6.7. Factores de vulnerabilidad de la ideación suicida

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

6.7.1. Factores genéticos

Aunque las ideas suicidas en sí no se heredan, los padecimientos de salud mental que las causan pueden ser heredados de nuestros padres biológicos. La probabilidad de que una persona tenga ideas suicidas puede depender de sus antecedentes genéticos si existe el factor de una enfermedad mental y esto es especialmente cierto cuando hay antecedentes familiares de depresión, trastorno bipolar y ansiedad. Este tipo de predisposición genética infiere que las ideas suicidas pueden heredarse inadvertidamente (Capestrano, 2016).

6.7.2. Factores físicos

Los investigadores han determinado que las personas que tienen ideación suicida presentan un desequilibrio en los neurotransmisores del cerebro. Estos neurotransmisores tienen la función de transmitir mensajes por todo el cuerpo, además de regular las emociones y los estados de ánimo. Si los neurotransmisores no han llegado a la homeostasis, el estado de ánimo de la persona puede desestabilizarse, lo que pudiera propiciar el diagnóstico de una enfermedad mental. Cuando este es el caso, es posible que la persona presente ideas suicidas si dicha enfermedad incluye la ideación suicida como un síntoma (Capestrano, 2016).

6.7.3. Factores ambientales

Hay varias influencias ambientales que pueden causar que una persona desarrolle síntomas de un padecimiento de salud mental, particularmente las ideas suicidas. Aquellas personas que experimentan un estrés continuo son víctimas de un crimen, padecen de abuso y/o abandono o pierden a un ser querido debido al suicidio pueden deprimirse y pensar potencialmente en su propia muerte.

6.7.4. Desesperanza

La desesperanza es definida como actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentra asociado con la conducta suicida. Beck (1988) menciona que: “la desesperanza es un factor de riesgo para el suicidio”. González (1996), por su parte, propone que “la ideación suicida y el intento suicida se acrecientan cuando un individuo con baja capacidad de afrontamiento o rigidez cognoscitiva, experimenta circunstancias estresantes que le producen desesperanza”.

6.7.5. Conducta suicida previa

La existencia de antecedentes personales de intentos suicida en el pasado es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.

7. Diseño metodológico

7.1. Tipo de estudio

La presente investigación ha sido desarrollada bajo el paradigma cualitativo, debido a que se tomó de base la interpretación de las ideas que tienen los agentes de salud y las mujeres afectadas

por violencia. Dicho enfoque es el más indicado para lograr los objetivos propuestos, ya que se centra en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de las y los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto (Sampieri, 2010).

7.2. Participantes

En la presente investigación participaron 20 personas, de las cuales 10 son agentes de salud (5 mujeres y 5 hombres), quienes contaban con experiencia en la atención hospitalaria y emergencia de personas que consultan por ser víctimas de violencia. Asimismo, 10 mujeres quienes fueron afectadas por violencia. En la Tabla 1 se detallan los criterios de inclusión para cada participante.

Tabla 1.
Criterios de inclusión de las y los participantes

Criterios de Inclusión	
➤ Agentes de salud de las disciplinas	Profesionales de medicina, psicología, enfermería, jurídico y otra disciplina con experiencia en atención a casos de mujeres víctimas de violencia que acuden al hospital San Pedro.
➤ Mujeres	Mujeres afectadas por violencia que acudieron a una consulta en el Hospital San Pedro.

7.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó la entrevista semi estructurada, basada en una guía de preguntas para recopilar información sociodemográfica y 7 preguntas específicas que abordan las dos variables en estudio (Sampieri, 2010).

Dicha entrevista contenía las siguientes preguntas:

1. Desde su punto de vista, ¿Qué es la violencia contra las mujeres?

2. ¿Cuál es su experiencia en la atención de mujeres afectadas por violencia de género?
3. ¿Cuáles son los tipos de violencia contra la mujer que más ha atendido en su desempeño profesional en este hospital? Explique
4. ¿Cómo definiría una conducta suicida?
5. ¿Ha identificado indicadores de suicidio en las mujeres afectadas por la violencia de género? ¿Cuáles? Explique
6. ¿Cómo afrontó usted esta situación desde su puesto de trabajo?, Explique
7. ¿Qué necesidades tiene Usted para atender mejor y de manera más efectiva a las mujeres que son víctimas de violencia y que tienen pensamientos suicidas?

También se desarrollaron dos grupos focales en los que participaron mujeres afectadas por violencia de género. En este caso, se planteó una entrevista con 7 preguntas detalladas a continuación:

1. Desde su punto de vista, ¿Qué es violencia contra la mujer?
2. ¿Ha sufrido alguna vez violencia de género? explique de quien, de que tipo y con que frecuencia.
3. ¿Qué tipo de pensamientos, sentimientos y comportamientos tiene o ha tenido a raíz de sufrir violencia de género?
4. ¿Durante el tiempo que ha sufrido violencia de género ha tenido experiencias de conductas de suicidio?
5. ¿Tiene apoyo de sus familiares o amistades para superar esta situación? ¿Quiénes y como le ayudan?
6. ¿Como le atendieron los agentes de salud de este hospital cuando acudió para ser atendida por haber sido víctima de violencia?
7. ¿Como valoraría la atención de los agentes de salud de este hospital? Explique

7.4. Procedimiento

Es importante mencionar que a los agentes de salud se le aplicó una entrevista semi estructurada, de forma individual. Para ello, la dirección del hospital sugirió personal que cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente, se contactó a con cada uno de ellos para solicitar su participación. En primer momento, se les explicó los objetivos del estudio, además se les brindo el consentimiento informado y se solicitó su autorización para grabar la entrevista.

Para la recolección de datos de las mujeres víctimas, se utilizó grupo focal, los cuales consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos. Creswell (2005) sugiere que el tamaño de los grupos varía dependiendo del tema: tres a cinco personas cuando se expresan emociones profundas o temas complejos como es el caso del presente estudio (Sampieri, 2010).

Por lo tanto, se determinó que el número de participantes para cada grupo serían 5 mujeres en cada uno. Se desarrollaron 2 sesiones con aproximado de 90 minutos cada una. La primera sesión se destinó para la presentación de generalidades de la investigación y el llenado del consentimiento informado de las participantes y acuerdos para la próxima sesión. La segunda sesión fue destinada para la entrevista grupal. Asimismo, se determinó que las participantes que cumplían con el perfil de mujeres afectadas por violencia fueran elegidas entre las que acudieron a una consulta en el Hospital San Pedro.

A través de la unidad de Salud mental del hospital se conoció que llevan grupos de auto ayuda para mujeres víctimas de violencia, por lo que se convocó a dichas mujeres para invitarlas a participar en la presente investigación. Se organizaron las sesiones, las cuales se desarrollaron en un espacio proporcionado por el hospital, que era confortable y adecuado para las sesiones.

Durante la primera sesión, se realizó la presentación de la finalidad de la investigación y la autorización del consentimiento informado. Además, se creó un clima de confianza; durante la

segunda sesión se desarrolló la entrevista grupal, facilitando la interacción de cada una de las mujeres. Cabe mencionar que las sesiones fueron grabadas.

El estudio se desarrolló en 5 etapas, las cuales se detallan a continuación.

Etapa 1. Se elaboró la propuesta del tema de investigación para su aprobación.

Etapa 2. Elaboración del proyecto de investigación.

Etapa 3. Se presentó el diseño del estudio, para su debida aprobación en el Programa de la Maestría.

Etapa 4. Visita y contacto con autoridades del Hospital Nacional San Pedro de Usulután para socializar el protocolo de investigación; asimismo, solicitar el permiso para la ejecución del estudio.

Etapa 5: Ejecución de la investigación.

- Aplicación de instrumentos a participantes.
- Recolección de información.
- Análisis de datos.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- Elaboración de documento final.

7.5. Núcleos temáticos

En el presente estudio se analizan dos núcleos: el primero es la violencia contra la mujer y el segundo es la conducta suicida.

Análisis de datos

Se efectuó el análisis del contenido, ya que permitió el procesamiento de información acumulada en categorías codificadas de variables que permiten el análisis del problema motivo de la investigación.

Específicamente, en primer lugar, se realizó una revisión inductiva del contenido de las narrativas de las y los participantes, para determinar las conexiones entre las preguntas y los núcleos temáticos de esta investigación. Prosiguiendo a la creación de los códigos, inmersos en las categorías específicas. De manera que se diseñó un mapa de códigos definitivo. Dicho análisis se realizó siguiendo el marco de interpretación del programa Aquad 7 (Huber & Günter, 2013).

7.6. Consideraciones éticas

En el desarrollo del estudio, en todo momento se tuvieron en cuenta los criterios éticos para la investigación de la Declaración de Helsinki (AMM, 2008), tales como la privacidad y confidencialidad, y el carácter anónimo de los datos recopilados. Asimismo, el protocolo de la investigación se envió, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación del Hospital.

Se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las personas que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Como ya señalamos, antes de responder a las preguntas de las entrevistas, los/as participantes manifestaron el consentimiento informado.

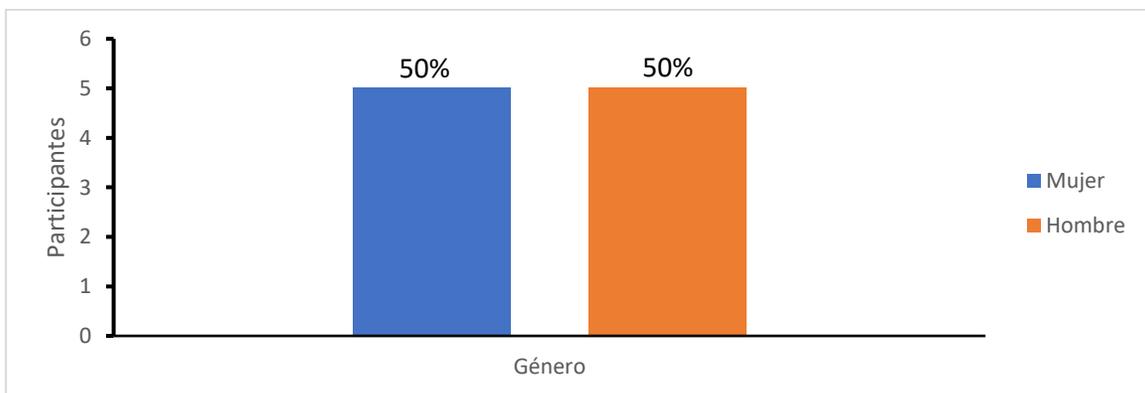
8. Resultados

8.1. Datos sociodemográficos de las y los participantes

8.1.1. Agentes de salud

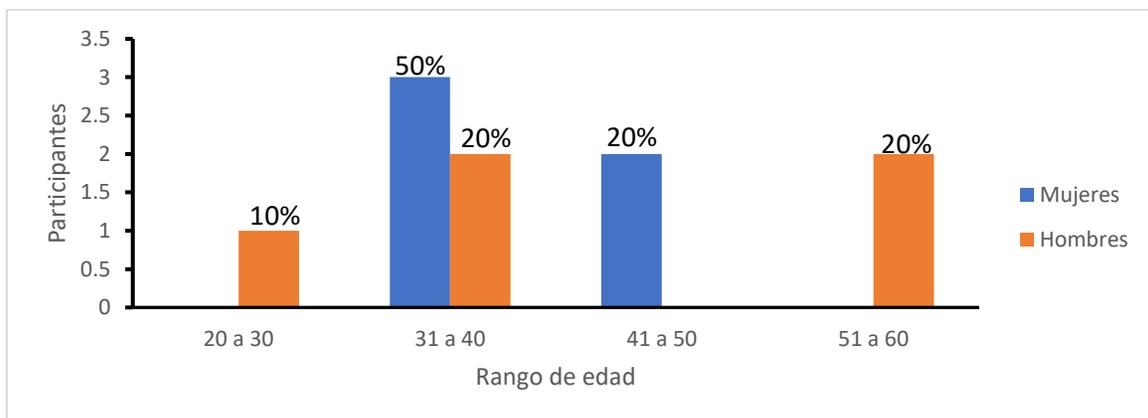
En el Gráfico 1, se refleja que el 50% de agentes de salud participantes fueron del género mujer, mientras que el otro 50% fueron hombres.

Gráfico 1. Género



En el Gráfico 2 se refleja de las y los participantes agentes de salud el 10% están en el rango de 20 a 30 años, un 50% en el rango de 31 a 40 años, mientras que un 20% en el rango de 41 a 50 años y el 20% en un rango de 51 a 60 años de edad.

Gráfico 2. Edad



8.1.2. Mujeres

En el Gráfico 3, se refleja que el 100% de las participantes víctimas fueron mujeres.

Gráfico 3. Género

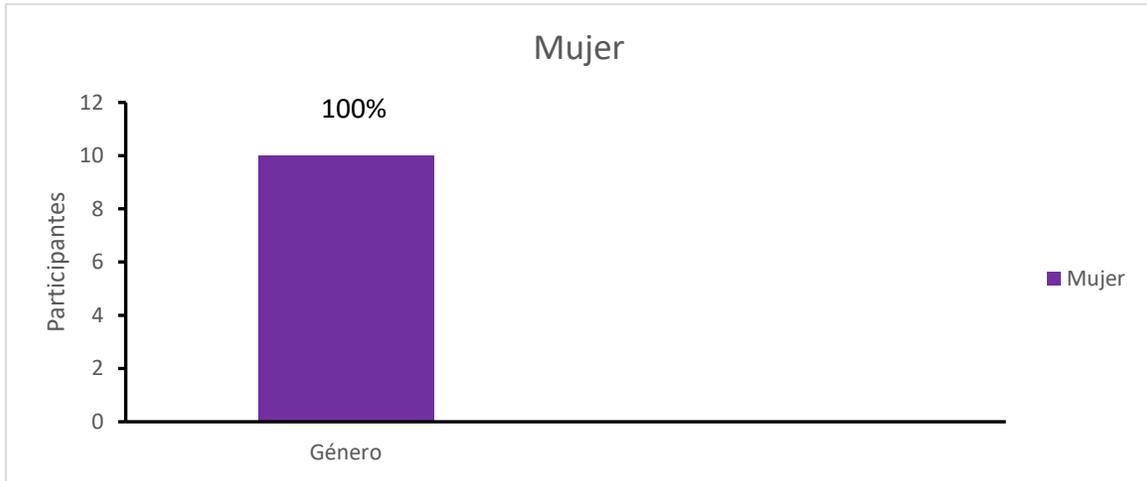
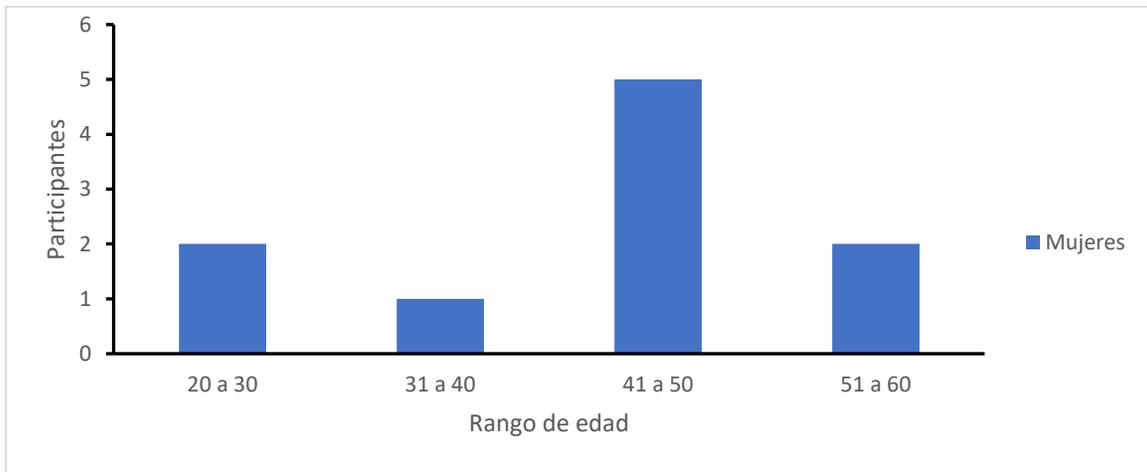


Gráfico 4. Edad

En el Gráfico 4 se refleja de las mujeres participantes, el 20% están en el rango de 20 a 30 años, un 10% en el rango de 31 a 40 años, mientras que un 50% en el rango de 41 a 50 años y el 20% en un rango de 51 a 60 años de edad.



A partir de las narrativas de los/as participantes, se elaboró un mapa de categorías, códigos y subcódigos que se presentan en las siguientes tablas.

En la Tabla 2 se refleja las categorías, los códigos y subcódigos resultados de las respuestas de las y los agentes de salud sobre la violencia contra las mujeres y la conducta suicida. Además, se refleja la frecuencia que cada código o subcódigo se presentó en las narrativas de las y los participantes.

Tabla 2.

Resultados de las percepciones de los agentes de salud

CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS DE LAS ENTREVISTAS					Frecuencia			
Cuestiones investigación	Temática	Preguntas de la entrevista	Categoría	Códigos y subcódigos	Códigos	F	Subcódigos	F
¿Qué relación tiene la violencia contra la mujer con la conducta suicida según los agentes de salud y las mujeres afectadas por violencia del Hospital Nacional San Pedro de Usulután durante enero	La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: percepciones de los agentes de salud y de las víctimas	1. Desde su punto de vista, ¿qué es la violencia contra las mujeres?	1.1. Violencia contra la mujer	1.1.1. Acción de daño 1.1.2. Omisión 1.1.3. Conducta inapropiada 1.1.4. Agresión 1.1.5. Vulneración 1.1.6. Discriminación 1.1.7. Daño 1.1.7.1. Psicológico 1.1.7.2. Físico 1.1.7.3. Sexual 1.1.7.4. Moral	Acción de daño Omisión Conducta inapropiada Agresión Vulneración Discriminación Daño	2 1 2 5 4 6 8	Psicológico Físico Sexual Moral	8 7 7 2
		2. ¿Cuál es su experiencia en la atención de mujeres afectadas por	2.1. Experiencia en la atención a víctimas de VG	2.1.1. Casos de violencia de género 2.1.2. Casos de mujeres con intento suicida	Casos de violencia de género Casos de mujeres con intento suicida	10 7		

a junio del 2023?		<p>violencia de género?</p> <p>3. ¿Cuáles son los tipos de violencia contra la mujer que más ha atendido en su desempeño profesional en este hospital?</p> <p>4. ¿Cómo definiría una conducta suicida?</p> <p>5. ¿Ha identificado indicadores de suicidio en las mujeres afectadas por la violencia de género?</p>	<p>3.1. Tipos de violencia más atendidos</p> <p>4.1. Conducta Suicida</p> <p>5.1. Indicadores de suicidio</p>	<p>3.1.1. Violencia sexual</p> <p>3.1.2. Violencia física</p> <p>3.1.3. Violencia Psicológica</p> <p>3.1.4. Violencia doméstica</p> <p>4.1.1. Conducta fija o premeditada</p> <p>4.1.2. Emociones negativas</p> <p>4.1.3. Pensamientos de hacerse daño</p> <p>4.1.4. Atentar contra la vida</p> <p>4.1.5. Autolesiones</p> <p>4.1.6. Quitarse la vida</p> <p>4.1.7. Ambiente hostil o intolerable</p> <p>5.1.1. Deseos de quitarse la vida</p> <p>5.1.2. Depresión</p> <p>5.1.3. Autolesiones</p> <p>5.1.4. Ingesta de insecticidas</p> <p>5.1.5. Ideas de desesperanza</p> <p>5.1.6. Ideas de vacío</p> <p>5.1.7. Ideas de soledad</p> <p>5.1.8. Sentimientos de inferioridad</p> <p>5.1.9. Sentimientos de culpa</p> <p>5.1.10. Angustia psicológica</p>	<p>Violencia sexual</p> <p>Violencia física</p> <p>Violencia Psicológica</p> <p>Violencia doméstica</p> <p>Conducta fija o premeditada</p> <p>Emociones negativas</p> <p>Pensamientos de hacerse daño</p> <p>Atentar contra la vida</p> <p>Autolesiones</p> <p>Quitarse la vida</p> <p>Ambiente hostil o intolerable</p> <p>Deseos de quitarse la vida</p> <p>Depresión</p> <p>Autolesiones</p> <p>Ingesta de insecticidas</p> <p>Ideas de desesperanza</p> <p>Ideas de vacío</p> <p>Ideas de soledad</p> <p>Sentimientos de inferioridad</p>	<p>10</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>7</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>5</p> <p>3</p>		
-------------------	--	--	---	--	---	--	--	--

				5.1.11. Aislamiento	Sentimientos de culpa			
				5.1.12. Falta de proyecto de vida	Angustia psicológica	2		
				5.1.13. Antecedentes de intentos de suicidio	Aislamiento	4		
					Falta de proyecto de vida	3		
					Antecedentes de intentos de suicidio	4		
						10		
		6. ¿Cómo afrontó usted esta situación desde su puesto de trabajo?	6.1. Formas de afrontar	6.1.1. Atención multidisciplinaria.	Atención multidisciplinaria.			
				6.1.1.1. Protocolo de atención.			Protocolo de atención	10
				6.1.1.2. Referencia a GAA.			Referencia a GAA.	10
				6.1.1.3. Seguimiento			Seguimiento	10
		7. ¿Qué necesidades tiene Usted para atender mejor y de manera más efectiva a las mujeres que son víctimas de violencia y que tienen pensamientos suicidas?	7.1. Necesidades para dar atención efectiva	7.1.1. Capacitación	Capacitación	3		
				7.1.2. Educación continua	Educación continua	5		
				7.1.3. Más ayuda psicológica	Más ayuda psicológica	4		
				7.1.4. Ayuda de la sociedad para identificar personas con riesgo	Ayuda de la sociedad para identificar personas con riesgo	7		
				7.1.5. Recurso humano	Recurso humano	10		
				7.1.6. Fondos para salud mental	Fondos para salud mental	7		
				7.1.7. Sensibilización	Sensibilización	6		
				7.1.8. Prevención de violencia	Prevención de violencia	10		

En la Tabla 3, Se refleja el mapa de categorías, códigos y subcódigos resultados de las respuestas brindadas por los grupos focales en los que participaron mujeres víctimas de violencia, sobre la violencia contra las mujeres y la conducta suicida. Además, se muestra la frecuencia que cada código o subcódigo.

Tabla 3.

Resultados de las percepciones de las mujeres, víctimas de violencia (grupos focales)

CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS DE LOS CUESTIONARIOS A GRUPOS FOCALES					Frecuencia					
Cuestiones investigación	Temática	Preguntas de la entrevista	Categoría	Códigos y subcódigos	Códigos	F	Subcódigos	F		
¿Qué relación tiene la violencia contra la mujer con la conducta suicida según los agentes de salud y las mujeres afectadas por violencia del Hospital Nacional San Pedro de Usulután durante enero a junio del 2023?	La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: percepciones de los agentes de salud y de las víctimas	1. ¿Desde su punto de vista, ¿Qué es violencia contra la mujer? 2. ¿Ha sufrido alguna vez violencia de genero? explique de quien, de que tipo y con que frecuencia	1.1. Violencia contra la mujer 2.1. Tipo y frecuencia	1.1.1. Agresión	Agresión	7	5 años	6		
				1.1.2. Maltrato	Maltrato	7				
				1.1.3. Privación	Privación	5				
				1.1.4. Gritos	Gritos	7				
				1.1.5. Insultos	Insultos	6				
				1.1.6. Golpes	Golpes	7				
				1.1.7. Dolor emocional	Dolor emocional	6				
				1.1.8. Acto que vulnera los derechos humanos	Violencia física y psicológica	8				
				1.1.9. Menosprecio	Abuso sexual	9				
				1.1.10. Violencia económica	Acoso	1				
				1.1.11. feminicidio						
				2.1.1. Violencia física y psicológica	Abuso sexual	8			Ex pareja Compañeros de trabajo Otros	6
				2.1.1.1 5 años	Acoso	2				
				2.1.2. Abuso sexual	Violencia física y psicológica	7				
2.1.3. Acoso										
2.1.4. Violencia física y psicológica										
2.1.4.1. Ex pareja										
2.1.4.2. Compañeros de trabajo										

		3. ¿Qué tipo de pensamientos, sentimientos y comportamientos tiene o ha tenido a raíz de sufrir violencia de genero?	3.1. Tipo pensamientos, sentimientos y comportamientos.	3.1.1. Ideas de quitarme la vida 3.1.2. Me sentía inútil, no valía nada. 3.1.3. Me sentía lo peor del mundo 3.1.4. Me sentía discriminada 3.1.5. La vida no vale nada 3.1.6. No vale la pena vivir 3.1.7. Ninguna razón para seguir viviendo	Ideas de quitarme la vida Me sentía inútil, no valía nada. Me sentía lo peor del mundo Me sentía discriminada La vida no vale nada No vale la pena vivir Ninguna razón para seguir viviendo	8 3 4 5 7 7 6		
		4. ¿Durante el tiempo que ha sufrido violencia de genero ha tenido conductas de suicidio?	4.1 Conductas de suicidio.	4.1.1. Intente quitarme la vida 4.1.1.1. Tome 20 acetaminofén 4.1.1.2. Lazo en el cuello 4.1.1.3. Tome insecticida 4.1.1.4. Corte las venas 4.1.2. Cruce la calle de una forma insegura	Intente quitarme la vida Cruce la calle de una forma insegura	7 1	Tome 20 acetaminofén Lazo en el cuello Tome insecticida Corte las venas	1 3 3 1
		5. ¿Tiene apoyo de sus familiares o amistades para superar esta situación? ¿Quiénes y como le ayudan?	5.1. Apoyo de familiares	5.1.1. Madre 5.1.1.1. Consejos 5.1.2. Hermana 5.1.3. Hijos 5.1.4. Compañera de trabajo 5.1.4.1 Tiempo 5.1.4.2. Motivación 5.1.5. Familia 5.1.5.1. Identificando comportamiento 5.1.6. Amiga	Madre Hermana. Hijos Compañera de trabajo Familia . Amiga	4 2 2 1 1	Consejos Tiempo Motivación Identificando comportamiento Acompañamiento	4 1 1 1 1

		6. ¿Como le atendieron los agentes de salud de este hospital cuando acudió para ser atendida por haber sido víctima de violencia?		5.1.6.1. Acompañamiento		1		
			6.1. Atención recibida de los agentes de salud	5.1.7. Promotora de salud	Promotora de salud	1		
				6.1.1. Colaboradores	Colaboradores	2		
				6.1.2. Amabilidad y empatía	Amabilidad y empatía	1		
				6.1.3. No juzgan	No juzgan	2		
				6.1.4. Sentir importante y protegida	Sentir importante y protegida	4		
				6.1.5. Tuvieron mucha paciencia	Tuvieron mucha paciencia	3		
				6.1.6. Diligentes	Diligentes	8	Responsabilidad	9
			7.1. Valoración de la atención.	6.1.7. Comprensión	Comprensión	7	Profesionalismo	9
		7. ¿Como valoraría la atención de los agentes de salud de este hospital? Explique		6.1.8. Esperanza para seguir viviendo	Esperanza para seguir viviendo	9		
				7.1.1. Excelente	Excelente	9		
				7.1.1.1. Responsabilidad		1		
				7.1.1.2. Profesionalismo		4		
				7.1.2. Muy buena	Muy buena			
				7.1.3. Permite ayudar a otras mujeres	Permite ayudar a otras mujeres			

A continuación, se explican los resultados en términos de Frecuencia Absoluta (FA) y Porcentaje de Frecuencia Absoluta (%AF).

Temática 1. La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: percepciones de los agentes de salud

En la Tabla 4 se evidencia que hay un alto porcentaje de presencia de narrativas que consideran que la violencia contra la mujer es un daño psicológico (%FA=80), seguido del daño sexual y físico (%FA=70). Igualmente, prevalece la idea de que la violencia contra mujeres un tipo de discriminación (%FA=60) y una agresión (%FA=50). Finalmente, son pocas las opiniones que señalan que es un acto de omisión (%FA=10).

Tabla 4.

Violencia contra la mujer

Códigos	Frecuencia		Subcódigos	FA	%FA
	FA	%FA			
Daño			Psicológico	8	80%
			Sexual	7	70%
			Físico	7	70%
			Moral	2	20%
Discriminación	6	60%			
Agresión	5	50%			
Vulneración	4	40%			
Acción	2	20%			
Conducta Inapropiada	2	20%			
Omisión	1	10%			
Total	20			24	

La siguiente narrativa refleja el conocimiento que tiene un agente de salud con relación a la violencia de género:

La violencia contra la mujer es toda acción u omisión que vulnere los derechos de una mujer en cualquier etapa de la vida, causando daño físico, psicológico, sexual, económico, entre otros, puede ser en la familia, su comunidad o en el trabajo. PP8

En la Tabla 5 se refleja que el (%FA=100) de las y los profesionales de la salud en estudio manifiestan tener experiencia en la atención a víctimas de violencia de género, mientras que el (%FA=70) manifestaron tener experiencia en casos de mujeres con intentos de suicidio.

Tabla 5.

Experiencia en la atención a víctimas de violencia de género

Frecuencia		
Códigos	FA	%FA
Casos de violencia de género	10	100%
Casos de mujeres con intento suicida	7	70%
Total	17	

Al respecto, un participante señala:

Desafortunadamente y es lamentable conocer qué existe tanta violencia afuera y se evidencia en estos casos donde hay muchas mujeres y niñas, qué han pasado un trauma tanto psicológico, físico. PP5.

En la Tabla 6, se muestra la frecuencia y sus porcentajes del tipo de violencia más atendidos por agentes de salud. En primera posición la violencia sexual con un (%FA=100) siguiendo la violencia física y psicológica con un (%FA=80) y, por último, con un porcentaje menor del (%FA=20) se refleja la violencia doméstica.

Tabla 6.

Tipos de violencia más atendidos

Frecuencia		
Códigos	FA	%FA
Violencia sexual	10	100%
Violencia física	8	80%
Violencia Psicológica	8	80%
Violencia doméstica	2	20%
Total	28	

En la Tabla 7, se observa que los agentes de salud definen la conducta suicida como causar la muerte de uno mismo o quitarse la vida (%FA=100). También prevalece la idea de atentar contra la vida o terminar con su existencia (%FA=90). Un (%FA=80) lo asocian con pensamientos de hacerse daño, a un ambiente hostil o intolerable, mientras que el (%FA=50) incluyen autolesiones y otro porcentaje menor mencionan también emociones negativas y conducta fija o premeditada.

Tabla 7.

Conducta Suicida

Frecuencia		
Códigos	FA	%FA
Muerte	10	100%
Quitarse la vida	10	100%
Atentar contra la vida	9	90%
Terminar con su existencia	9	90%
Pensamientos de hacerse daño	8	80%
Ambiente hostil o intolerable.	8	80%
Autolesiones	5	50%
Emociones negativas	3	30%
Conducta fija o premeditada	2	20%
Total	64	

La siguiente narrativa contiene las percepciones de los/as agentes de salud sobre la conducta suicida:

Son conductas de las personas que se originan desde la idea, el pensamiento, la planeación e intento de suicidio, debido a que viven en un ambiente hostil o intolerable. PP8

Las y los agentes de salud mencionan que han identificado indicadores de suicidio en las mujeres afectadas por la violencia de género. La totalidad de participantes manifestó el indicador de deseos de quitarse la vida, seguido de un (%FA=70) que señala que la ingesta de insecticida, mientras que un grupo (%FA=50) manifiesta las autolesiones y sentimientos de inferioridad. Asimismo, un porcentaje considerable (%FA=40) identificaron depresión, ideas de desesperanza, aislamiento y antecedentes de intentos de suicidio. Otro grupo (%FA=30) incluyó ideas de vacío, sentimientos de culpa, falta de proyecto de vida y un grupo más pequeño (%FA=20) mencionó como indicador la angustia psicológica. Estos indicadores se reflejan en la Tabla 8.

Tabla 8.

Indicadores de suicidio

Códigos	Frecuencia	
	FA	%FA
Deseos de quitarse la vida	10	100%
Ingesta de insecticidas	7	70%
Autolesiones	5	50%
Sentimientos de inferioridad	5	50%
Depresión	4	40%
Ideas de desesperanza	4	40%
Aislamiento	4	40%
Antecedentes de intentos de suicidio	4	40%
Ideas de vacío	3	30%
Ideas de soledad	3	30%
Sentimientos de culpa	3	30%
Falta de proyecto de vida	3	30%
Angustia psicológica	2	20%
Total	57	

Sí, Por ejemplo, el primer indicador es en los cambios en el estado de ánimo que conllevan a que la mujer se deprima, historias diagnósticas de los episodios depresivos, pues se encuentran las ideas de menos valía las ideas de desesperanza, las ideas de vacío, las ideas de soledad que luego en el desarrollo de las depresiones, se convierte en idea de muerte. PP6

En la Tabla 9, se evidencia que el (%FA=100) de las y los agentes de salud afrontaron mediante la atención multidisciplinaria, aplicando protocolos de atención, refiriendo a GAA (grupos de autoayuda para mujeres víctimas de violencia) y realizando el seguimiento de casos.

Tabla 9.

Formas de afrontar

Códigos	Frecuencia				
	FA	%FA	Subcódigos	FA	%FA
Atención multidisciplinaria	10	100%	Protocolo de atención	10	100%
			Referencia a GAA	10	100%
			Seguimiento	10	100%
Total	10			30	

La siguiente narrativa explicita los hallazgos:

Se aborda a través de la intervención multidisciplinaria, logrando estabilizar a la víctima de su condición emocional, de esta manera reducir el impacto psicológico que puede afectar de manera drástica la salud mental de las mujeres. PP10

En la Tabla 10, se observan las necesidades que las y los agentes de salud consideran para dar atención efectiva. Un grupo de ellos (%FA=100) considera como necesidad recurso humano y prevención de violencia. Algunos/as participantes (%FA=70) consideran necesario ayuda de la sociedad para identificar personas con riesgo, asimismo, demandan fondos para salud mental. Por otra parte, otro grupo (%FA=60) considera necesario la sensibilización, un grupo (%FA=50) educación continua, seguido de quienes (%FA=40) mencionaron como necesidad más ayuda psicológica. Finalmente, un porcentaje menor señaló la necesidad de una mayor capacitación (%FA=30).

Tabla 10.

Necesidades para dar atención efectiva

Frecuencia		
Códigos	FA	%FA
Recurso humano	10	100%
Prevención de violencia	10	100%
Ayuda de la sociedad para identificar personas con riesgo	7	70%
Fondos para salud mental	7	70%
Sensibilización	6	60%
Educación continua	5	50%
Más ayuda psicológica	4	40%
Capacitación	3	30%
Total	52	

En la Tabla 11 se muestra que un porcentaje alto (%FA=90) de las mujeres participantes consideran a la violencia contra la mujer como abuso sexual, violencia física y psicológica, un grupo (%FA=70) incluye agresión, maltrato, gritos, golpes, un (%FA=60) insultos, dolor emocional, mientras que otras mujeres (%FA=50) mencionaron privación. Finalmente, algunas de ellas se refirieron al acoso (%FA=10).

Temática 2. La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: percepciones de las mujeres víctimas.

Tabla 11.

Violencia contra la mujer

Frecuencia		
Códigos	FA	%FA
Abuso sexual.	9	90%
Violencia física y psicológica	8	80%
Agresión	7	70%
Maltrato	7	70%
Gritos	7	70%
Golpes	7	70%
Insultos	6	60%
Dolor emocional	6	60%
Privación	5	50%
Acoso	1	10%
Total	63	

Así, una víctima señala:

Es una situación en la que uno se siente sometida y que piensa que nunca va a superar, es difícil y doloroso emocionalmente. G1MP2

En la Tabla 12, se refleja la frecuencia de respuestas por las mujeres participantes en cuanto al tipo y frecuencia de la violencia, un grupo de mujeres (%FA=80) indicó de tipo sexual, otras participantes (%FA=70) mencionaron violencia física y psicológica, mientras que algunas de ellas hicieron referencia al acoso (%FA=20). Otro grupo de participantes señaló que la violencia se perpetró por ex pareja (%FA=60), un grupo (%FA=20) por otros y algunas de ellas (%FA=10) por compañeros de trabajo. Además, otras mujeres (%FA=60) mencionaron estar expuestas a la violencia por un tiempo de 5 años.

Tabla 12.

Tipo y tiempo

Códigos	Frecuencia		Subcódigos	Frecuencia	
	FA	%FA		FA	%FA
Abuso sexual	8	80%	Ex pareja	6	60%
Violencia física y psicológica	7	70%	Otros	2	20%
Acoso	2	20%	Compañeros de trabajo	1	10%
Tiempo			5 años	6	60%
Total	17			15	

La siguiente narrativa muestra la violencia a la que fue sometida una participante:

A mí me abusaron sexualmente 3 hombres que hasta hoy nunca supe quiénes son, de eso quedé embarazada, ha sido difícil. Hoy mi bebé tiene casi 7 meses, estoy tratando de ser buena madre con ella, no es fácil. G1MP3

En la Tabla 13 se refleja que un grupo significativo (%FA=80) de las mujeres participantes presentaron ideas de quitarse la vida, mientras algunas de ellas (%FA=70) mencionan que tenían pensamientos tales como la vida no valen nada o no vale la pena vivir, un grupo (%FA=60) manifestó que no tenía ninguna razón para seguir viviendo. También hubo quienes se sentía discriminadas (%FA=50), y quienes se sentían lo peor del mundo (%FA=40), y que no valían para nada (%FA=30).

Tabla 13.

Tipo pensamientos, sentimientos y comportamientos

Códigos	Frecuencia	
	FA	%FA
Ideas de quitarme la vida	8	80%
La vida no vale nada	7	70%
No vale la pena vivir	7	70%
Ninguna razón para seguir viviendo	6	60%
Me sentía discriminada	5	50%
Me sentía lo peor del mundo	4	40%
Me sentía inútil, no valía nada	3	30%
Total	40	

Con mucha frecuencia tenía ideas de quitarme la vida y a veces me sentía inútil, que era buena para nada ya que pensaba que solo él me quiere y que ningún otro hombre pondría o quisiera un compromiso conmigo, me miraba fea, sentía que era lo peor del mundo. G1MP2

En la Tabla 14, se refleja la frecuencia y porcentaje de las conductas de suicidio que las participantes presentaron durante el tiempo que han sufrido violencia de género. Hubo una presencia importante de narrativas (%FA=70) que mencionaron conducta de intento de quitarse la vida, un grupo (%FA=10) cruzó la calle de una forma insegura, algunas de ellas (%FA=30) utilizaron un lazo en el cuello, otro grupo (%FA=30) tomó insecticida, algunas (%FA=10) tomaron 20 acetaminofén y otro grupo (%FA=10) manifestaron haberse cortado las venas.

Tabla 14.

Conductas de suicidio

Códigos	Subcódigos	FA	%FA
Intente quitarme la vida	Lazo en el cuello	3	30%
	Tomé insecticida	3	30%
	Tomé 20 acetaminofén	1	10%
	Corté las venas	1	10%
	Crucé la calle de forma insegura	1	10%
Total		9	

La siguiente narrativa refleja los hallazgos:

Cuando estaba embarazada pensaba mucho en quitarme la vida porque pensaba que no valía nada. Después del embarazo esos pensamientos fueron más seguidos, una vez puse un lazo y ya decidida a colgarme vi a la niña acostadita y no tuve valor. Desde entonces he venido luchando con esos pensamientos, aunque tomo pastillas y eso me ha ayudado un poco, pero a veces se me presentan esos pensamientos. G1MP3

En la Tabla 15 se refleja, según las respuestas de las participantes, que un grupo de mujeres (%FA=40) recibió apoyo de la madre, otras (%FA=20) de la hermana e hijos y algunas de ellas de (%FA=10) compañeras de trabajo, familia, amiga, promotora de salud. Asimismo, las participantes

(%FA=40) mencionaron que recibieron consejos, y un grupo (%FA=10) destacó la importancia del tiempo, motivación, identificando comportamiento y acompañamiento.

Tabla 15.

Apoyo para superar la situación

Códigos	Frecuencia		Subcódigos	Frecuencia	
	FA	%FA		FA	%FA
Madre	4	40%	Consejos	4	40%
Hermana	2	20%	Tiempo	1	10%
Hijos	2	20%	Motivación	1	10%
Compañera de trabajo	1	10%	Identificando comportamiento	1	10%
Familia	1	10%	Acompañamiento	1	10%
Amiga.	1	10%			
Promotora de salud	1	10%			
Total	12			8	

En la Tabla 16 se refleja lo manifestado por las participantes en cuanto a la atención recibida por los agentes de salud. Hubo una presencia considerable de narrativas (%FA=40) que indicaron que los/as agentes de salud fueron colaboradores, otras señalaron (%FA=20) la amabilidad, empatía, no juzgan, un grupo (%FA=10) indicó que les habían hecho sentirse importantes y protegidas, que los/as agentes de salud tuvieron mucha paciencia, diligentes, comprensión esperanza para seguir viviendo, un grupo (%FA=90) también destacó su responsabilidad y profesionalismo.

Tabla 16.

Atención recibida de los agentes de salud

Códigos	Frecuencia		Subcódigos	Frecuencia	
	FA	%FA		FA	%FA
Colaboradores	2	20%	Responsabilidad.	9	90%
			Profesionalismo	9	90%
Amabilidad y empatía	1	10%			
No juzgan	2	20%			
Sentir importante y protegida	4	40%			
Tuvieron mucha paciencia	3	30%			
Diligentes	8	80%			
Comprensión	7	70%			
Esperanza para seguir viviendo	9	90%			
Total	34			18	

En la Tabla 17 se refleja la frecuencia y porcentaje de la valoración que las mujeres participantes realizaron referente a la atención recibida por los agentes de salud. Hay una presencia importante (%FA=90) de quienes indicaron que la atención u excelente, otro grupo (%FA=40) señaló que permite ayudar a otras mujeres y también manifestaron que la atención fue muy buena (%FA=10).

Tabla 17.

Valoración de la atención.

Frecuencia		
Códigos	FA	%FA
Excelente	9	90%
Permite ayudar a otras mujeres	4	40%
Muy buena	1	10%
Total	14	

9. Discusión

La presente investigación abordó la percepción de la violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida que tienen los agentes de salud del Hospital Nacional San Pedro Usulután, tomando en cuenta la experiencia en atención a estos casos. Asimismo, se indagó la percepción que tienen sobre la problemática las mujeres víctimas, lo cual permitió comprender mejor la situación.

En cuanto a la violencia contra la mujer, es considerada por los y las participantes como acción, omisión o conducta inapropiada que agrede, vulnera, discrimina y que provoca daño, ya sea de forma psicológica, física, sexual o moral, incluyendo actos que vulnera los derechos humanos, menosprecio, golpes, violencia económica, maltrato, privación, gritos, insultos, dolor emocional, hasta llegar al feminicidio.

En la investigación fue pertinente identificar los tipos de violencia contra la mujer más frecuentes, según resultados tanto de la percepción de las y los agentes de salud, así como la percepción de las mujeres, quienes reflejaron que la violencia sexual es la más frecuente. Esto contrasta con las estadísticas descritas sobre este tipo de violencia, valorando el periodo entre 2018 a 2022, en el Hospital San Pedro de Usulután en El Salvador, donde dicha violencia fue la más atendida directamente en mujeres, en comparativo con otro tipo de violencia. Por otra parte, las y los agentes de salud, así como las mujeres coinciden e indican que existen otros tipos de violencia tales como la violencia física y la violencia psicológica, dentro de estas visibilizan subcódigos tales como agresión, maltrato, privación, gritos, insultos, golpes y dolor emocional.

La percepción de las y los participantes en cuanto a la conducta suicida fue considerada como una conducta fija o premeditada, que incluyen emociones negativas, pensamientos de hacerse daño, autolesiones, que llevan a quitarse la vida, influyendo el ambiente hostil o intolerable para la persona. Dentro de los relatos se destaca, víctimas quienes manifestaban que “con mucha frecuencia tenía ideas de quitarme la vida y a veces me sentía inútil, que era buena para nada ya que pensaba que solo él (ex pareja) me quiere y que ningún otro hombre pondría o quisiera un compromiso conmigo; me miraba fea, sentía que era lo peor del mundo” (G1MP1). Para Beck, los planes, ideas o pensamientos de una persona acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo, plantea que la ideación suicida es como una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas, situaciones o eventos que no se pueden soportar. Por lo tanto, para la mujer víctima, más que terminar con su propia existencia, la intencionalidad suicida es poner un final a su sufrimiento emocional y psicológico provocado por la violencia experimentada.

Todas las mujeres participantes manifestaron que durante el tiempo que sufrieron violencia de género tuvieron conductas de suicidio, a nivel de ideas de suicidio, mientras que muchas de

ellas, ejercieron intentos de suicidio. En cuanto a los agentes de salud relatan que han identificado indicadores de suicidio en las mujeres afectadas por la violencia de género, tales como manifestaciones de deseos de quitarse la vida, depresión, en las víctimas se observan autolesiones, ingesta de insecticidas, ideas de desesperanza, ideas de vacío, ideas de soledad, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa, angustia psicológica, aislamiento, falta de proyecto de vida, y antecedentes de intentos de suicidio. Por lo que, según la percepción tanto de los agentes de salud como las mujeres víctimas, la violencia contra la mujer se relaciona con las conductas suicidas, de tal manera que pueden llevar a la víctima a terminar con su misma existencia.

Las mujeres afectadas por violencia manifestaron tener apoyo de sus familias, amistades, promotora de salud, compañeras de trabajo, quienes brindaron desde acompañamiento, hasta referir al hospital para su debida atención. Esto da la pauta de reconocer que las redes de apoyo son esenciales para afrontar la violencia contra la mujer.

Según los hallazgos en la presente investigación, dentro de las necesidades que tienen los agentes de salud para mejorar la atención a las mujeres víctimas, es necesario más capacitación en cuanto a la violencia contra la mujer y la conducta suicida, de manera que sea una educación continua, también más ayuda psicológica., ayuda de la sociedad para identificar personas con riesgo, recurso humano, así como fondos para salud mental, y sensibilización sobre la prevención de violencia.

Asimismo, se encontró que la percepción de las mujeres sobre cómo le atendieron los y las agentes de salud del hospital San Pedro de Usulután cuando acudieron para ser atendida por haber sido víctima de violencia fue positiva ya que consideraron que la atención fue diligente. Al respecto, una mujer relata: “Me atendieron con mucha amabilidad y empatía, no lo juzgan a una y eso es lo bonito, sentí que me comprendían lo que yo estaba sufriendo, me tuvieron mucha

paciencia...Sentí apoyo en el personal que me atendió. Me dieron esperanzas para seguir viviendo.
(G2MP2)

También dieron su valoración sobre la atención de los agentes de salud de este hospital, de muy buena a excelente ya que su desempeño fue con mucha responsabilidad, mucho profesionalismo, la experiencia en el hospital permite ayudar a otras mujeres que están sufriendo violencia.

10. Conclusiones

Las y los participantes consideran la violencia contra la mujer como conducta inapropiada que agrede, discrimina y/o que provoca daño ya sea de forma psicológica, física, sexual o moral, incluyendo actos que vulneran los derechos humanos, menosprecio, golpes, violencia económica, maltrato, privación, gritos, insultos, dolor emocional, hasta llegar al feminicidio. En cuanto a la percepción sobre la conducta suicida, la consideraron como una conducta fija o premeditada, que incluyen emociones negativas, pensamientos de hacerse daño, autolesiones, que llevan a quitarse la vida, influyendo el ambiente hostil o intolerable para la persona.

Según los hallazgos, se identificó que los tipos de violencia contra la mujer más frecuentes, desde la perspectiva de los agentes de salud y las mujeres afectadas por violencia, son en primer lugar violencia sexual, siguiendo la violencia física, también violencia psicológica.

Tanto las y los agentes de salud como las mujeres víctimas, perciben que la violencia contra la mujer se relaciona con las conductas suicidas, de tal manera que pueden llevar a la víctima a terminar con su misma existencia a causa de la violencia.

Las mujeres afectadas por violencia manifestaron tener apoyo de sus familias, amistades, promotora de salud, compañeras de trabajo, quienes brindaron desde acompañamiento, hasta

referir al hospital para su debida atención, por lo que las redes de apoyo son esenciales para afrontar y sobrevivir a la violencia.

Según la percepción de las y los agentes de salud, dentro de las necesidades que tienen para mejorar la atención a las mujeres víctimas, es necesario más capacitación sobre violencia contra la mujer y suicidio, de manera que sea una educación continua, también más ayuda psicológica., ayuda de la sociedad para identificar personas con riesgo, necesidad de más recurso humano, así mismos fondos para salud mental, y sensibilización sobre la prevención de violencia y el suicidio.

La valoración recibida por parte de las mujeres víctimas participantes en esta investigación sobre la atención de las y los agentes de salud del hospital San Pedro de Usulután, El Salvador es de muy buena a excelente; sin embargo, aún hay una demanda de formación continua para el fortalecimiento de capacidades técnicas de las y los agentes de salud de dicho hospital.

11. Recomendaciones

A las y los agentes de salud fortalecer sus competencias técnicas a través de capacitación continua sobre el abordaje en la atención de violencia contra las mujeres y las conductas suicidas. Así mismo ejecutar acciones de sensibilización sobre la prevención de la violencia contra la mujer.

A la sociedad, apoyar y promover acciones de prevención de violencia contra la mujer y las conductas suicidas.

A las familias, fortalecer las redes de apoyo para que las mujeres integrantes de las mismas puedan vivir a plenitud sin violencia.

Es definitivo priorizar y gestionar recursos tanto financieros como humanos para el fortalecimiento y ejecución de programas de ayuda psicológica, de manera que promuevan la salud mental de las mujeres.

12. Referencias

- Asociación Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. AMM.
- Breiding, M. B. (2015). *Vigilancia de la violencia de pareja: definiciones uniformes y elementos de datos recomendados*. Center for disease control prevention: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/31292>
- Brignone, S. A. (2018). Ideación y comportamientos suicidas entre mujeres veteranas con exposición reciente a la violencia de pareja íntima. *General Hospital Psychiatry*, 55, 60-64. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.10.006
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Caldwell, J. E., Swan, S. C., & Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, 2(1), 42–57. <https://doi.org/10.1037/a0026296>
- Capestrano, H. S. (2016). *Hospital San Juan Capestrano. Signos y síntomas del pensamiento suicida*. <https://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/pensamiento-suicida/sintomas-efectos/>
- Carrasco, J. L. (2021). *Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida*. Universidad de Almería, España: <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/12138/01.%20Tesis.pdf?sequence=1>
- Chamorro, A. G. (2021). La conducta suicida como un proceso. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*, 16, 119-128.
- Chile, S. d. (2021). *Prevención de la violencia contra las mujeres en contexto de pareja*. <https://depp.spd.gov.cl/wp-content/uploads/2022/01/2021-01-27-OOTT-Final-VCM-2.pdf>
- Consejo Superior de Salud Pública El Salvador. (10 de octubre de 2021). *Código de Ética de la Profesión en Psicología*. Consejo Superior de Salud Pública.
- Duluth, K. C. (2019). *El modelo Duluth: un paradigma impermeable a los datos y una estrategia f*. doi:10.1016j_avh_2007.03.002
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A., & Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo

- de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*, 52(3), 213-219.
- Forteza, C. F. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio*. <http://132.248.9.195/pmig2016/0241485/0241485.pdf>
- Huber, & G.L. (2013). *AQUAD. Manual: The analysis of qualitative data*. Tübingen. http://www.aquad.de/materials/manual_aquad7/manuale.pdf.
- Inostroza, C. E. (2022). Conducta suicida y violencia contra la mujer: estudio en universitarias y consultantes de salud mental chilenas. *Revista Punto Género*, 17, 8-44.
- ISDEMU. (2015). *Informe sobre el estado y situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador*.
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152, 106549.
- Landerburguer, K. (1989). *Un proceso de atrapamiento y recuperación de una relación abusiva*. *Pudl Med*. doi:10.3109/01612848909140846
- Mayorga, F. A. (2022). *Datos estadísticos sobre suicidio 2017-2021*. SIMMOW.
- McManus, S., Walby, S., Barbosa, E. C., Appleby, L., Brugha, T., Bebbington, P. E., ... & Knipe, D. (2022). Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *The Lancet Psychiatry*, 9(7), 574-583.
- MJSP, M. D. (2020). <http://aplicaciones.digestyc.gob.sv>. *Informe semestral hechos de violencia con las mujeres, El Salvador, enero-junio 2020*. <http://aplicaciones.digestyc.gob.sv/observatorio.genero/docs/Informe%20Semestral%20-%20Hechos%20de%20Violencia%20Contra%20las%20Mujeres%202020%20final.pdf>
- Montes, P. F. (2021). XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. *Interpsiquis*, 8(1), 1-27. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-4-PON80.pdf>
- O'Connor, R. C. (2011). *El modelo integrado motivacional-volitivo de conducta suicida*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1027/0227-5910/a000120>
- OMS. (2005). *Estudio multi país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. OMS.

- ONU, M. (2023). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. Tipos de violencia* | ONU Mujeres: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- ONU Mujeres. (2022). *En la mira: 16 días de activismo contra la violencia de género*. ONU.
- OPS. (2022). *Violencia contra la mujer - OPS/OMS. Violencia contra la mujer - OPS/OMS*: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
- OPS/OMS. (2023). *Abordar la violencia contra las mujeres, protocolos de salud de la región de las Américas*. OMS.
- OPS/OMS. (noviembre de 2022). *Violencia contra la mujer. Violencia contra la mujer*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Violencia contra la mujer*. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
- Pagés, J. C. (2010). *Macho varón masculino, estudio de masculinidades en Cuba*. Editorial de la Mujer.
- REDFEM. (2022). *Informe de la situación de violencia contra las mujeres, 2022*. <https://ormusa.org/wp-content/uploads/2022/08/INFORME-HECHOS-DE-VIOLENCIA-REDFEM-2022-1-1.pdf>
- Salvador, A. L. (2011). *Ley especial integral para una vida libre de violencia*. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2011_decreto520_elsvd.pdf
- Sampieri, E. A. (2010). *Metodología de la investigación. Quinta edición*. Mc Grau Hill.
- Shneidman, E. S. (1996). *La mente suicida*. Oxford University.
- SIMMOW. (2022). *Datos estadísticos sobre violencia contra las mujeres 2018-2022*. Usulután.
- Sistema Nacional de Datos, E. (2022). *Informe de hechos, estado y situación de la violencia contra las mujeres*. El Salvador.
- Thomas E., & Joiner, K. A. (2005). Precusores psicológicos interpersonales de la conducta suicida: una teoría del intento y el suicidio consumado. *Current Psychiatry Reviews*, 1(2), 187-196.
- Turecki, G. B. (2019). *Suicidio y riesgo de suicidio*. *Nature Reviews*, 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575.
- Walker, L. E. (1978). El síndrome de la mujer maltratada. Desclée De Brouwer.

Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology, 12*(4), 189-201.

13. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA NICARAGUA LEÓN
MAESTRÍA EN IGUALDAD DE GÉNERO
INCLUSIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE



Entrevista semi estructurada-

Investigación: La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: Percepciones de los agentes de salud y de las víctimas

Objetivo: Investigar la percepción de los agentes de salud sobre la violencia contra la mujer y la relación con la conducta suicida, en el Hospital Nacional San Pedro Usulután durante enero a junio 2023.

- **Datos sociodemográficos**

Género:

Hombre

Mujer

Otro

Edad:

De 20 a 30

De 31 a 40

De 41 a 50

De 51 a 60

+ de 60

Título profesional: _____

Puesto que ocupa actualmente: _____

Años de experiencia profesional en su puesto actual:

Menos de un año

Entre 1 y 5 años

Entre 6 y 10 años

Entre 11 y 20 años

Entre 21 y 30 años

Más de 30 años

- **Preguntas:**

1. Desde su punto de vista, ¿qué es la violencia contra las mujeres?
2. ¿Cuál es su experiencia en la atención de mujeres afectadas por violencia de género?
3. ¿Cuáles son los tipos de violencia contra la mujer que más ha atendido en su desempeño profesional en este hospital? Explique
4. ¿Cómo definiría una conducta suicida?
5. ¿Ha identificado indicadores de suicidio en las mujeres afectadas por la violencia de género? ¿Cuáles? Explique
6. ¿Cómo afrontó Usted esta situación desde su puesto de trabajo?, Explique.
7. ¿Qué necesidades tiene Usted para atender mejor y de manera más efectiva a las mujeres que son víctimas de violencia y que tienen pensamientos suicidas?

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA NICARAGUA LEÓN
MAESTRÍA EN IGUALDAD DE GÉNERO
INCLUSIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE.



Entrevista semi estructurada-

Investigación: La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: Percepciones de los agentes de salud y de las víctimas.

Objetivo: Investigar la percepción de mujeres afectadas por violencia sobre la violencia contra la mujer y la relación con la conducta suicida, en el Hospital Nacional San Pedro Usulután durante enero a junio 2023.

- **Datos sociodemográficos:**

Sexo:

Hombre

Mujer

Otro

Edad:

() De 15 a 20 años

- De 21 a 30 años
- De 31 a 40 años
- De 41 a 50 años
- De 51 a 60 años
- Más de 60 años

Ocupación actual:

Número de hijos:

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Educación Primaria
- Educación Secundaria
- Educación universitaria

Estado civil:

- soltera
- casada
- divorciada

• **Preguntas**

1. Desde su punto de vista, ¿qué es la violencia contra las mujeres?
2. Ha sufrido alguna vez violencia de género. Explique de quién, de qué tipo, cómo y con qué frecuencia.
3. ¿Qué tipo de pensamientos, sentimientos y comportamientos tiene o ha tenido a raíz de sufrir violencia de género?
4. ¿Durante el tiempo que ha sufrido violencia de género ha tenido pensamientos suicidas? Explique
5. ¿Tiene apoyo de sus familiares o amistades para superar esta situación? ¿Quiénes y cómo le ayudan?
6. ¿Cómo le atendieron los agentes de salud de este hospital cuando acudió para ser atendida por haber sido víctima de violencia?
7. ¿Cómo valoraría la atención de los agentes de salud de este hospital? Explique.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA NICARAGUA LEÓN
MAESTRÍA EN IGUALDAD DE GÉNERO
INCLUSIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con Documento Único de Identidad no _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que me ha sido dada la información pertinente y completa, sobre la investigación “La violencia contra la mujer y su relación con la conducta suicida: percepciones de los agentes de salud y de las víctimas.” por lo que autorizo a la investigadora tomando en cuenta que:

- He comprendido la naturaleza y propósito de la entrevista.
- He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
- Me siento satisfecha/o con la información que me ha sido proporcionada.
- Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado antes de iniciar el procedimiento.
- Reconozco que todos los datos proporcionados referentes a la información solicitada, son ciertos.
- Entiendo que el proceso evaluación requiere de mi disposición a ofrecer y aclarar la información que se considere pertinente por parte de la

Por tanto, declaro estar debidamente informada/o y doy mi expreso consentimiento a la realización de la entrevista, en las condiciones acordadas.

F. _____

Firma.

Entrevistas a las y los agentes de salud



Entrevista a grupos focales

