

Violencia de pareja e indicadores suicidas en la Sierra del Perú: un estudio transversal sobre factores sociodemográficos*

Intimate partner violence and suicidal indicators in the Sierra of Peru: a transversal study about sociodemographic factors

Katty L. Rodríguez-Poma^{1, a} , Javier E. Saavedra^{1, 2, b} 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre indicadores suicidas y violencia de pareja, y describir los factores sociodemográficos asociados en mujeres de 18 años o más residentes en Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, analítico y probabilístico que utilizó datos secundarios provenientes de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de ciudades de la Sierra (2016, 2017 y 2018). Se analizó una muestra total de 6176 mujeres. **Resultados:** Se encontró una asociación significativa entre violencia de pareja e indicadores suicidas (ORaj: 3,16; IC 95 %: 2,50-3,99). Las víctimas de violencia psicológica presentaron el mayor riesgo de manifestar algún indicador suicida (ORaj: 3,2; IC 95 %: 2,53-4,06). Entre los distintos indicadores, el planeamiento suicida fue el más probable en mujeres que experimentaron cualquier tipo de violencia (ORaj: 17,12; IC 95 %: 6,13-47,81). Asimismo, el nivel de pobreza fue el factor sociodemográfico más asociado, observándose un mayor riesgo en situaciones de pobreza extrema (ORaj: 2,4; IC 95 %: 1,01-5,78). **Conclusiones:** En la evaluación clínica de mujeres víctimas de violencia doméstica, debe considerarse la presencia de indicadores suicidas, especialmente el planeamiento suicida. Esta evaluación debe priorizarse en casos de pobreza extrema.

Palabras clave: ideación suicida; intento suicida; violencia de pareja; prevención del suicidio.

Citar como:

Rodríguez-Poma KL, Saavedra JE. Violencia de pareja e indicadores suicidas en la Sierra del Perú: un estudio transversal sobre factores sociodemográficos. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025; 88(4): 342-357. DOI: 10.20453/rnp.v88i4.6370

Recibido: 19-03-2025

Aceptado: 05-08-2025

En línea: 18-12-2025

Correspondencia:

Katty L. Rodríguez-Poma
✉ kattya.rodriguez@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

* Este estudio es una versión derivada de una tesis elaborada para la obtención de un título profesional.

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada. Lima, Perú.

^a Médico cirujano.

^b Médico psiquiatra.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between suicidal indicators and intimate partner violence, and characterize the related sociodemographic factors in women of 18 years or older, in the cities of Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz and Puno. **Methodology:** Analytical and probabilistic cross-sectional study, using data from a secondary source obtained from the Epidemiological Studies of Mental Health of Sierra cities in the years 2016, 2017 and 2018, in a sample of 6176 women. **Results:** A significant association was found between intimate partner violence and suicidal indicators (aOR: 3.16; CI: 2.50–3.99). The victims of psychological violence had a higher risk of presenting any suicidal indicator (aOR: 3.2; CI: 2.53–4.06), with the most likely to occur being suicidal planning (aOR: 17.12; CI: 6.13–47.81). The sociodemographic factor most frequently was the level of extreme poverty (aOR: 2.4; CI: 1.01–5.78). **Conclusions:** In the clinical evaluation of women victims of intimate partner's violence, the presence of suicidal indicators, mainly suicidal planning, must be considered. This search should be prioritized if the woman lives in a situation of extreme poverty.

Keywords: suicidal ideation; suicide attempt; intimate partner violence; suicide prevention.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es definida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como «los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género» (1). Este fenómeno ocurre debido a que los constructos sociales distribuyen el poder de manera inequitativa, lo que resulta en un abuso que coloca a mujeres y niñas en situaciones de riesgo a nivel mundial.

La legislación peruana, específicamente el artículo 8 de la Ley n.º 30364 (2), clasifica la violencia por tipos: i) física, que son los actos o comportamientos que causan daño al cuerpo o a la salud de la mujer; ii) psicológica, que incluye las acciones u omisiones que buscan controlar o aislar a la mujer en contra de su voluntad, humillarla o insultarla; y iii) sexual, que se define como los actos de naturaleza sexual ejecutados sin consentimiento o mediante medios de coacción contra la mujer.

Esta investigación incluye la categoría de violencia por abandono —presente en los estudios originales—, entendida como la negación de la provisión de alimentos, vestimenta, atención médica u otras necesidades básicas hacia la mujer (3-5).

Consecuentemente, la violencia contra las mujeres constituye una problemática de interés mundial, ya que se estima que una de cada tres mujeres experimentará algún tipo de violencia sexual o física a lo largo de

su vida, lo que exige su permanencia como objeto de investigación (1). A su vez, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6), a nivel global, el 31 % de las mujeres entre 15 y 49 años ha sufrido violencia física o sexual durante su vida.

Por otra parte, la violencia contra las mujeres es un tema tanto global como focalizado. Al ser una problemática social, la condición de ser mujer conlleva una situación de vulnerabilidad; asimismo, residir en países en vías de desarrollo aumenta la probabilidad de ser víctima de violencia.

Esto se ha corroborado en un estudio de análisis secundario de la Demographic and Health Survey (DHS), una encuesta que se realiza cada cinco años en más de 90 países en desarrollo. Se recolectaron datos del módulo de violencia doméstica de países de Latinoamérica entre 2004 y 2011, donde se encontró que en Colombia, en 2010, el 29,97 % de 4420 mujeres de 15 a 24 años habían sido víctimas de violencia física o sexual por su pareja; en Haití, entre 2005 y 2006, el 20,72 % de 464 mujeres fueron víctimas de violencia; y en Perú, entre 2007 y 2008, lo fue el 24,38 % de 3322 mujeres (7).

Según la OMS (8), en 2018, el porcentaje de víctimas de violencia en Latinoamérica fue un 27 % mayor en comparación con los datos globales, con las cifras más altas en Bolivia (42 %), Perú (38 %), Ecuador (33 %), Guyana (31 %) y Colombia (30 %).

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2023) (9), en la cual se encuestó a mujeres de 15 a 49 años, y se encontró que el 53,8 % había sido víctima de violencia alguna vez en su vida por parte de su esposo o compañero. La misma encuesta, en 2018, reportó que el 30,7 % de las mujeres unidas o alguna vez unidas fue agredida por su pareja. La región natural (según la clasificación del INEI) con mayor porcentaje fue la Sierra con 35,5 %, en comparación con la Costa (29,6 %), la Selva (28,9 %) y Lima Metropolitana (28,7 %) (10). Por lo tanto, residir en la región de la Sierra implica una situación de mayor riesgo de sufrir violencia de pareja.

Si bien la violencia de género es un problema en sí mismo, sus consecuencias en la salud mental son de gran interés para la salud pública. Entre estas se encuentran la depresión (11, 12), el estrés postraumático (11), los trastornos de ansiedad (8) y el suicidio, que será la base de estudio del presente trabajo. Por lo anterior, es crucial actuar mediante estrategias de prevención, identificando las conductas de riesgo suicida (13), de allí radica la importancia de los indicadores suicidas, que comprenden el deseo, el pensamiento, el planeamiento y el intento suicida.

A nivel internacional, se han realizado estudios que buscan relacionar la violencia de pareja con estos indicadores. En Inglaterra, McManus et al. (14) realizaron un estudio transversal entre 2014 y 2015 en una población mayor de 16 años. El objetivo fue determinar la prevalencia de daño autoinfligido no suicida, pensamientos e intentos suicidas en el último año. Se concluyó que una de cada tres mujeres que tuvo un intento suicida durante ese periodo había sufrido violencia de pareja.

En Latinoamérica, Llosa y Canetti (15) realizaron un estudio cuantitativo transversal en Uruguay entre 2014 y 2015 con 58 participantes mayores de 15 años (30 casos de violencia de pareja y 28 controles) que acudían a un centro de salud en un área de bajo estatus socioeconómico. Se encontró que el 20 % de las mujeres víctimas de violencia de pareja presentó ideación suicida durante el último año, comparado con el 3,6 % hallado en el grupo control; sin embargo, la muestra utilizada es limitada para su extrapolación al resto de la población.

A nivel nacional, los estudios se han centrado en pequeñas poblaciones y solo se han enfocado en la ideación suicida. Ejemplos son el estudio de Aliaga (16), que usó una muestra de 76 mujeres de una comisaría de Trujillo, o el de Nuñez y Solsol (17), que utilizó una

muestra de 350 mujeres que denunciaron violencia de pareja en comisarías de Lima Norte. Es importante considerar que no todas las mujeres víctimas de violencia denuncian sus casos a las autoridades.

Finalmente, esta investigación se alinea con la Ley n.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, cuyo objetivo es «prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales» (18). En este sentido, el objetivo del presente estudio es evaluar la asociación entre indicadores suicidas y la violencia de pareja, así como caracterizar los factores sociodemográficos relacionados en mujeres de 18 años a más que están o alguna vez han estado unidas, en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal, correlacional y probabilístico basado en datos de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental llevados a cabo en Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno entre 2016 y 2018. Los estudios originales fueron de diseño descriptivo epidemiológico de corte transversal y, en todos, se utilizó la entrevista directa como método de recolección de datos (3-5). La violencia de pareja se definió como la presencia de uno o más de los tipos de violencia (física, sexual, por abandono o psicológica), según las respuestas obtenidas del Cuestionario de Violencia Familiar (19).

Población y muestra

La población estuvo compuesta por mujeres de 18 años o más, unidas o alguna vez unidas, que residían en las ciudades de Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno (3-5). La muestra total fue de 6176 entrevistadas. El desglose por ciudad fue el siguiente: 1121 en Ayacucho, 1258 en Cajamarca, 1090 en Huaraz (3), 1442 en Abancay (4) y 1265 en Puno (5).

Procedimientos y técnicas

Se presentó el protocolo de esta investigación a la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) para su evaluación. Posteriormente, se solicitó la autorización para el uso de la base de datos mediante una carta dirigida al director del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») (5).

En lo referente al personal y la metodología, las encuestas del estudio original se respondieron mediante el método de entrevista directa. Los encuestadores y supervisores fueron sometidos a una evaluación psicológica exhaustiva para confirmar su idoneidad. Además, recibieron capacitación en temas de salud mental, revisaron los cuestionarios y realizaron ensayos de trabajo de campo. Durante este último, se definió el número de hogares por vivienda y se seleccionó solo el principal. En cada hogar debía figurar: una mujer unida, un adulto, un adolescente y un adulto mayor, siendo elegido cada uno mediante la tabla de Kish. En el caso de la mujer unida, se seleccionó preferentemente a la jefa de hogar o a la esposa del jefe de hogar. Si la jefa de hogar no cumplía con la condición de estar unida, se elegía a otra mujer unida del hogar utilizando la tabla en mención (3).

Instrumentos

Cuestionario de Violencia Familiar

Elaborado por expertos de la institución para uso de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (ENDES) (3-5), tomando como base otros cuestionarios (19), como el de Anicama et al. (20). Se incluyeron modificaciones derivadas de la experiencia de estudios previos del INSM «HD-HN» en Lima y la Sierra (3). Este instrumento recopila información sobre violencia hacia la mujer.

Cuestionario de Salud Mental Modificado

Instrumento utilizado en estudios del INSM «HD-HN», el cual es una adaptación de la versión original de Colombia, elaborada por la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud (3). De igual modo, constituye una herramienta práctica para evaluar la salud mental poblacional, aplicable a distintos niveles en poblaciones grandes o pequeñas. En esta investigación, se hizo énfasis en las preguntas relativas a los indicadores suicidas (3, 19). La sección incluyó las siguientes preguntas: «¿Alguna vez en su vida ha deseado morir?», «¿Alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida?», «¿Alguna vez en su vida ha planeado quitarse la vida?», y «¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?» (19).

Datos demográficos y socioeconómicos

Se utilizó una ficha para registrar la edad, el estado civil, el grado de instrucción, la lengua materna (definida como el idioma aprendido en la niñez, independientemente de si se habla actualmente) (21),

el nivel de pobreza y la región. El nivel de pobreza se clasificó según las necesidades básicas insatisfechas (NBI): pobre extremo (dos o más NBI), pobre (una NBI), y no pobre (ninguna NBI) (3-5).

Aspectos éticos del estudio

Este trabajo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la UPCH y el Comité de Ética del INSM «HD-HN». El financiamiento del estudio original provino de medios ordinarios y recursos recaudados por el INSM «HD-HN». Además, en los estudios originales, se obtuvo el consentimiento informado escrito de las entrevistadas.

De acuerdo con las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (22), el Comité de Ética de la Investigación puede obviar el requisito de un consentimiento informado individual al utilizar datos almacenados que se recolectaron con fines de investigación, cuando el consentimiento original no especificaba el uso de los datos en una investigación futura.

Análisis estadístico

Para cumplir con los objetivos del estudio, se utilizaron las bases de datos de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM «HD-HN» de Abancay (2016), Ayacucho (2017), Cajamarca (2017), Huaraz (2017) y Puno (2018).

En una primera etapa, se unificaron las bases de datos de las tres ciudades, incluyendo la información referente al diseño muestral, características sociodemográficas, violencia de pareja e indicadores suicidas de las mujeres de 18 años a más. Puesto que los estudios epidemiológicos de salud mental del INSM «HD-HN» emplean un diseño muestral complejo (muestreo bietápico), el plan de análisis consideró el diseño muestral y los factores de ajuste de las mujeres unidas.

Seguidamente, se calcularon las prevalencias con sus respectivos intervalos de confianza. La asociación entre los indicadores suicidas y los diferentes tipos de violencia se evaluó mediante pruebas estadísticas F corregidas, variantes del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden. La significación (valor p) presentada en las tablas se basó en la distribución F corregida y sus grados de libertad (análisis bivariado).

De manera posterior, la relación entre la violencia de pareja y los indicadores suicidas, controlada por las características sociodemográficas, se evaluó mediante el ajuste de modelos de regresión logística múltiple para respuesta binaria y el cálculo de razones de ventajas ajustadas (ORaj) con sus respectivos intervalos de confianza (análisis multivariado). Para culminar el procesamiento de los datos se realizó utilizando el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 6176 mujeres unidas o alguna vez unidas, residentes en cinco

ciudades de la Sierra peruana: Abancay (n = 1442), Ayacucho (n = 1121), Cajamarca (n = 1258), Huaraz (n = 1090) y Puno (n = 1265).

La edad de las participantes osciló entre 18 y 96 años, con una media de 45 años (IC 95 %: 44,6-45,7), donde el 50 % de las mujeres se encontraba en el rango de 18 a 43 años. Respecto a las características sociodemográficas (tabla 1), más del 65 % de las mujeres contaba con un nivel de instrucción secundaria o superior; el 40,38 % declaró tener el quechua como lengua materna; más de las tres cuartas partes de las participantes (77,64 %) eran casadas o convivientes; y la mayoría de las mujeres fue clasificada como no pobre (75,92 %).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres unidas o alguna vez unidas (n = 6176).

Factores sociodemográficos	n	%	IC 95 %
Grupo de edad (años)			
18-24	373	5,72	4,95-6,60
25-44	2932	47,12	45,57-48,68
45-64	2142	35,25	33,83-36,71
65 a más	729	11,91	10,91-12,96
Grado de instrucción			
Sin nivel/inicial	492	8,62	7,70-9,64
Primaria	1327	22,73	21,35-24,17
Secundaria	1954	30,43	29,01-31,89
Superior	2403	38,22	36,23-40,25
Lengua materna			
Castellano	3512	59,62	57,87-61,35
Quechua/aimara/otras	2664	40,38	38,65-42,13
Estado civil			
Conviviente	2386	37,52	35,98-39,08
Casada	2397	40,12	38,70-41,55
Separada/divorciada/viuda	1393	22,37	21,17-23,61
Nivel de pobreza			
Pobre extremo	253	3,97	3,24-4,86
Pobre	1236	20,11	18,73-21,57
No pobre	4687	75,92	74,10-77,64
Ciudad			
Abancay	1442	10,80	10,06-11,59
Ayacucho	1121	27,05	25,97-28,16
Cajamarca	1258	27,64	26,38-28,94
Huaraz	1090	16,72	15,96-17,50
Puno	1265	17,80	16,97-18,65

Prevalencia de violencia de pareja e indicadores suicidas

La prevalencia de cualquier tipo de violencia en el último año, en mujeres de 18 años o más unidas o alguna vez unidas, fue del 20,11 % (IC 95 %: 18,94-21,33 %). El tipo de violencia más prevalente fue la psicológica, con 18,25 % (IC 95 %: 17,14-19,40 %). En segundo lugar, se situó la violencia física, seguida de la violencia por abandono y sexual (tabla 2).

En relación con los indicadores suicidas, la prevalencia de cualquier indicador en el último año, en este mismo grupo de mujeres, fue de 7,24 % (IC 95 %: 6,53-8,02 %). El indicador suicida más frecuente fue el deseo suicida, con una prevalencia del 6,92 % (IC 95 %: 6,21-7,69 %), seguido por el pensamiento suicida. El planeamiento y el intento suicida presentaron una prevalencia inferior al 1 % (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia anual de violencia de pareja, por tipo, e indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas (n = 6176).

Prevalencia por año	n	%	IC 95 %
Cualquier tipo de violencia	1260	20,11	18,94-21,33
Violencia sexual	239	3,88	3,34-4,50
Violencia física	539	8,68	7,90-9,53
Violencia por abandono	271	4,68	4,07-5,37
Violencia psicológica	1145	18,24	17,14-19,40
Cualquier indicador suicida	448	7,24	6,53-8,02
Deseo suicida	426	6,92	6,21-7,69
Pensamiento suicida	113	1,71	1,38-2,13
Planeamiento suicida	29	0,43	0,28-0,64
Intento suicida	8	0,12	0,05-0,27

Asociación entre violencia de pareja y factores sociodemográficos

En la tabla 3 se observa que el rango de edad de 25 a 44 años (OR: 1,82; IC 95 %: 1,36-2,43) presenta una asociación estadísticamente significativa con la violencia de pareja, y un mayor riesgo de ser víctimas de violencia en comparación con las mujeres de 65 años a más. Las mujeres casadas (OR: 0,71; IC 95 %: 0,58-0,88) presentan un menor riesgo de sufrir cualquier tipo de violencia en comparación con las mujeres separadas, divorciadas o viudas. Además, las mujeres que residen en Puno (OR: 1,00) tienen mayor riesgo de recibir violencia que aquellas que viven en Huaraz (OR: 0,62; IC 95 %: 0,49-0,80) y Cajamarca (OR: 0,59; IC 95 %: 0,46-0,76).

Asociación entre indicadores suicidas y factores sociodemográficos

Comparadas con las mujeres unidas o alguna vez unidas de 65 años a más, las mujeres de 25 a 44 años presentan un riesgo significativamente menor de

manifestar algún indicador suicida (OR: 0,62; IC 95 %: 0,43-0,89) (tabla 3).

Asociación entre violencia y tipos de violencia e indicadores suicidas

Entre las mujeres unidas o alguna vez unidas que fueron víctimas de algún tipo de violencia de pareja, la prevalencia de cualquier tipo de indicador suicida fue del 14,88 % (IC 95 %: 12,71-17,32 %). El indicador más prevalente es el deseo suicida, con 14,40 % (IC 95 %: 12,25-16,85 %), seguido por el pensamiento suicida, el planeamiento suicida y, por último, el intento suicida (tabla 4a).

Con respecto a cada tipo de violencia, el indicador suicida con la mayor prevalencia en el último año fue el deseo suicida para todas las categorías: víctimas de violencia sexual, con 17,46 % (IC 95 %: 12,4-24,01 %); víctimas de violencia física, con 16,68 % (IC 95 %: 13,46-20,5 %); violencia psicológica, con 14,74 % (IC 95 %: 12,52-17,27 %); y violencia por abandono, con 17,11 % (IC 95 %: 12,69-22,67 %).

Tabla 3. Asociación (OR) entre cualquier tipo de violencia e indicadores suicidas, y factores sociodemográficos en mujeres unidas o alguna vez unidas (n = 6176).

Factores sociodemográficos de mujeres unidas o alguna vez unidas	Cualquier tipo de violencia			Indicador suicida		
	Prevalencia %	OR ajustado	p valor	Prevalencia %	OR ajustado	p valor
	(IC 95 %)	(IC 95 %)		(IC 95 %)	(IC 95 %)	
Edad (años)						
18-24	20,29 (16,41-24,80)	1,61 (1,06-2,44)	0,027	9,80 (6,92-13,71)	1,07 (0,61-1,87)	0,819
25-44	21,81 (20,15-23,56)	1,82 (1,36-2,43)	<0,001	5,85 (4,93-6,92)	0,62 (0,43-0,89)	0,009
45-64	20,14 (18,22-22,20)	1,66 (1,25-2,21)	0,001	7,44 (6,30-8,78)	0,76 (0,55-1,05)	0,094
65 a más	13,21 (10,64-16,28)	1,00	-	10,94 (8,67-13,71)	1,00	-
Nivel educativo						
Sin educación	16,43 (13,08-20,44)	0,96 (0,68-1,36)	0,829	11,86 (9,05-15,39)	1,53 (0,97-2,41)	0,068
Primaria	19,60 (17,23-22,21)	1,03 (0,84-1,27)	0,778	8,24 (6,76-10,00)	1,21 (0,88-1,67)	0,240
Secundaria	21,62 (19,59-23,80)	1,08 (0,90-1,29)	0,400	6,98 (5,89-8,25)	1,09 (0,81-1,46)	0,571
Superior	20,03 (18,18-22,02)	1,00	-	5,81 (4,76-7,08)	1,00	-
Lengua materna						
Quechua/aimara/otras	22,37 (20,62-24,21)	1,00 (0,85-1,19)	0,965	9,27 (8,09-10,59)	1,28 (0,96-1,71)	0,094
Castellano	18,58 (17,12-20,14)	1,00	-	5,86 (5,00-6,86)	1,00	-

Los valores resaltados son los estadísticamente significativos (p < 0,05).

Tabla 3. (Continuación).

Factores sociodemográficos de mujeres unidas o alguna vez unidas	Cualquier tipo de violencia			Indicador suicida		
	Prevalencia %	OR ajustado	p valor	Prevalencia %	OR ajustado	p valor
	(IC 95 %)	(IC 95 %)		(IC 95 %)	(IC 95 %)	
Estado civil						
Conviviente	21,21 (19,41-23,13)	0,81 (0,65-1,01)	0,060	6,80 (5,73-8,04)	0,90 (0,66-1,23)	0,514
Casada	18,01 (16,33-19,83)	0,71 (0,58-0,88)	0,001	6,75(5,69-7,99)	0,80 (0,60-1,06)	0,121
Separada/divorciada/viuda	22,03 (19,36-24,96)	1,00	-	8,86 (7,39-10,59)	1,00	-
Pobreza						
Pobre extremo	22,36 (17,69-27,84)	1,08 (0,79-1,47)	0,633	11,66 (8,08-16,54)	1,54 (0,96-2,45)	0,072
Pobre	22,26 (19,77-24,97)	1,14 (0,95-1,36)	0,161	8,13 (6,55-10,05)	1,08 (0,82-1,42)	0,594
No pobre	19,42 (18,08-20,83)	1,00	-	6,77 (6,01-7,62)	1,00	-
Ciudad						
Abancay	25,81 (22,86-29,01)	1,15 (0,92-1,45)	0,221	8,49 (6,96-10,31)	1,25 (0,93-1,69)	0,138
Ayacucho	24,29 (21,74-27,05)	1,08 (0,86-1,34)	0,519	8,50 (6,92-10,40)	1,17 (0,85-1,62)	0,339
Cajamarca	14,98 (12,88-17,35)	0,59 (0,46-0,76)	<0,001	5,48 (4,20-7,11)	0,86 (0,57-1,29)	0,464
Huaraz	15,40 (13,12-17,99)	0,62 (0,49-0,80)	<0,001	7,74 (6,19-9,63)	1,11 (0,80-1,55)	0,523
Puno	22,74 (20,00-25,72)	1,00	-	6,83 (5,60-8,30)	1,00	-

Los valores resaltados son los estadísticamente significativos (p < 0,05).

Tabla 4a. Prevalencia de indicadores suicidas según presencia y tipo de violencia de pareja en mujeres unidas o alguna vez unidas (n = 6176).

Violencia de pareja	Prevalencia (IC 95 %)					OR (IC 95 %)				
	Cualquier indicador suicida	Deseo suicida	Pensamiento suicida	Planeamiento suicida	Intento suicida	Cualquier indicador suicida	Deseo suicida	Pensamiento suicida	Planeamiento suicida	Intento suicida
Cualquier tipo de violencia	14,88 (12,72-17,29)	14,40 (12,25-16,85)	5,16 (3,90-6,81)	1,71 (1,07-2,72)	0,55 (0,23-1,33)	3,10 (2,46-3,89)	3,16 (2,50-3,99)	6,33 (4,11-9,72)	16,77 (6,21-45,24)	52,28 (10,10-270,19)
Sexual	18,33 (13,18-24,93)	17,46 (12,40-24,01)	7,96 (4,63-13,35)	3,05 (1,52-6,01)	0,27 (0,04-1,93)	3,08 (2,04-4,67)	3,06 (2,00-4,66)	5,92 (3,15-11,14)	9,78 (4,08-23,49)	2,42 (0,28-21,10)
Física	17,01 (13,74-20,87)	16,68 (13,46-20,50)	5,92 (3,88-8,93)	2,03 (1,04-3,92)	0,90 (0,29-2,73)	3,09 (2,34-4,09)	3,20 (2,42-4,24)	5,02 (2,99-8,44)	7,50 (3,11-18,07)	19,82 (3,92-100,12)
Psicológica	15,25 (13,06-17,80)	14,74 (12,52-17,27)	5,21 (3,91-6,91)	1,73 (1,05-2,84)	0,61 (0,25-1,47)	3,14 (2,50-3,95)	3,20 (2,54-4,04)	6,21 (4,08-9,45)	13,04 (5,26-32,33)	58,95 (11,38-305,46)
Por abandono	18,13 (13,59-23,76)	17,11 (12,69-22,67)	7,33 (4,50-11,72)	1,71 (0,71-4,06)	0,32 (0,04-2,22)	3,10 (2,15-4,46)	3,04 (2,09-4,41)	5,50 (3,11-9,72)	4,77 (1,73-13,15)	2,90 (0,33-25,41)

En la tabla 4b se observa que las mujeres de 18 años o más unidas o alguna vez unidas, con presencia de cualquier tipo de violencia en el último año, tuvieron 3,2 veces más probabilidad de presentar algún indicador suicida en comparación con las mujeres que no sufrieron violencia (ORaj: 3,16; IC 95 %: 2,50-3,99). Con respecto a indicadores suicidas específicos, las víctimas de cualquier tipo de violencia en el último año tuvieron una probabilidad mayor de presentar: 3,3 veces más de deseo suicida (ORaj: 3,26; IC 95 %: 2,56-4,14), 5,9 veces más de pensamiento suicida (ORaj: 5,91; IC 95 %: 3,73-9,37), 17,1 veces más de planeamiento suicida (ORaj: 17,12; IC 95 %: 6,13-47,81), y 74,6 veces más de intento suicida (ORaj: 74,59; IC 95 %: 10,53-528,45).

En cuanto a los tipos de violencia, las víctimas de violencia sexual tuvieron 2,9 (ORaj: 2,92; IC 95 %: 1,86-4,57), 5,2 (ORaj: 5,19; IC 95 %: 2,72-9,89), 9,45 (ORaj: 9,45; IC 95 %: 3,74-23,9) y 7,5 (ORaj: 7,46; IC 95 %: 1,22-45,48) veces más probabilidad de presentar deseo, pensamiento,

planeamiento e intento suicida, respectivamente, en comparación con las mujeres sin estos indicadores. A pesar de que el intento suicida no es estadísticamente significativo en el análisis bivariado (tabla 4a), sí lo es al controlarse los factores sociodemográficos (tabla 4b).

Con respecto a la violencia física, tuvieron 3,1 (ORaj: 3,14; IC 95 %: 2,33-4,24), 4,6 (ORaj: 4,61; IC 95 %: 2,68-7,91), 7,4 (ORaj: 7,42; IC 95 %: 2,86-19,34) y 29,7 (ORaj: 29,71; IC 95 %: 4,94-178,73) veces más probabilidad de presentar deseo, pensamiento, planeamiento e intento suicida, respectivamente, en comparación con las mujeres sin estos indicadores, aunque el intervalo de intento suicida es amplio.

Las víctimas de violencia psicológica tuvieron 3,3 (ORaj: 3,3; IC 95 %: 2,60-4,20), 5,9 (ORaj: 5,9; IC 95 %: 3,73-9,34), 13,4 (ORaj: 13,40; IC 95 %: 5,00-35,93) y 80,2 (ORaj: 80,16; IC 95 %: 11,40-563,69) veces más probabilidad de presentar deseo, pensamiento, planeamiento e intento suicida, respectivamente, en

comparación con las mujeres sin estos indicadores; sin embargo, el intervalo de intento suicida también es muy amplio.

Finalmente, la violencia por abandono tuvo 3,1 (ORaj: 3,09; IC 95 %: 2,10-4,56), 4,9 (ORaj: 4,89; IC 95 %: 2,76-8,67) y 4,4 (ORaj: 4,38; IC 95 %: 1,43-13,41) veces

más probabilidad de presentar deseo, pensamiento y planeamiento suicida, respectivamente, en comparación con las mujeres sin estos indicadores. Con el intento suicida la asociación no es estadísticamente significativa, incluso al controlarse los factores sociodemográficos (tabla 4b).

Tabla 4b. Regresión logística entre los indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas y la presencia de tipos de violencia por la pareja en el último año (n = 6176).

Violencia de pareja	OR ajustado* (IC 95 %)				
	Cualquier indicador suicida	Deseo suicida	Pensamiento suicida	Planeamiento suicida	Intento suicida
Cualquier tipo de violencia	3,16 (2,50-3,99)	3,26 (2,56-4,14)	5,91 (3,73-9,37)	17,12 (6,13-47,81)	74,59 (10,53-528,45)
Sexual	2,91 (1,86-4,51)	2,92 (1,86-4,57)	5,19 (2,72-9,89)	9,45 (3,74-23,90)	7,46 (1,22-45,48)
Física	2,99 (2,22-4,02)	3,14 (2,33-4,24)	4,61 (2,68-7,91)	7,42 (2,86-19,34)	29,71 (4,94-178,73)
Psicológica	3,20 (2,53-4,06)	3,30 (2,60-4,20)	5,90 (3,73-9,34)	13,40 (5,00-35,93)	80,16 (11,40-563,69)
Por abandono	3,13 (2,14-4,56)	3,09 (2,10-4,56)	4,89 (2,76-8,67)	4,38 (1,43-13,41)	3,34 (0,13-81,89)

* Cada análisis se ajustó por edad, nivel educativo, lengua materna, estado civil, nivel de pobreza (según NBI) y ciudad.

Factores sociodemográficos en mujeres con indicadores suicidas víctimas de violencia

A partir de la muestra total de mujeres unidas o alguna vez unidas, se seleccionó a aquellas que habían sufrido algún tipo de violencia por su pareja durante el último año. Posteriormente, se evaluó la relación con la presencia de cualquier indicador suicida controlando los factores sociodemográficos.

Solo se halló una asociación estadísticamente significativa con el nivel de pobreza ($p < 0,05$). Las mujeres cuyos hogares se ubican en la pobreza extrema, comparadas con las mujeres no pobres, tienen un mayor riesgo de presentar indicadores suicidas (ORaj: 2,40; IC 95 %: 1,01-5,78) (tabla 5).

Tabla 5. Presencia de indicadores suicidas en el último año y factores sociodemográficos asociados en mujeres adultas unidas o alguna vez unidas víctimas de violencia de pareja (n = 1260).

Factores sociodemográficos	Indicadores suicidas en el último año			
	Prevalencia % (IC 95 %)	p valor*	OR ajustado (IC 95 %)	p valor**
Edad (años)				
18-24	21,17 (13,17-32,22)	0,263	2,26 (0,80-6,40)	0,123
25-44	13,91 (11,03-17,39)		1,34 (0,59-3,04)	0,486
45-64	16,17 (12,72-20,34)		1,60 (0,76-3,37)	0,216
65 a más	10,69 (5,65-19,31)		1,00	
Nivel educativo				
Sin educación	13,84 (7,56-23,98)	0,62	0,66 (0,29-1,51)	0,322
Primaria	16,16 (11,79-21,74)		0,73 (0,42-1,29)	0,283
Secundaria	12,89 (9,90-16,62)		0,67 (0,42-1,07)	0,096
Superior	16,03 (12,30-20,62)		1,00	
Lengua materna				
Quechua/aimara/otras	16,70 (13,41-20,62)	0,158	1,54 (0,97-2,44)	0,066
Castellano	13,39 (10,70-16,62)		1,00	
Estado civil				
Conviviente	14,88 (11,54-18,97)	0,962	1,01 (0,60-1,70)	0,972
Casada	15,21 (11,74-19,49)		1,10 (0,69-1,77)	0,68
Separada/divorciada/viuda	14,38 (10,60-19,22)		1,00	
Pobreza extrema	28,55 (16,40-44,87)		2,40 (1,01-5,78)	0,05
Pobre	15,17 (11,23-20,17)	0,041	1,12 (0,72-1,73)	0,614
No pobre	13,96 (11,45-16,93)		1,00	.

* Prueba de independencia chi cuadrada con corrección de Rao-Scott de segundo orden para muestras complejas.

** Pruebas de independencia en un modelo de regresión logística múltiple.

Los valores resaltados son los estadísticamente significativos (p < 0,05).

Tabla 5. (Continuación).

Factores sociodemográficos	Indicadores suicidas en el último año			
	Prevalencia % (IC 95 %)	p valor*	OR ajustado (IC 95 %)	p valor**
Nivel de pobreza				
Ciudad				
Abancay	14,30 (10,93-18,48)	0,832	1,12 (0,67-1,86)	0,661
Ayacucho	15,29 (11,19-20,54)		1,17 (0,68-2,00)	0,575
Cajamarca	14,88 (9,95-21,66)		1,57 (0,79-3,11)	0,197
Huaraz	17,39 (12,11-24,33)		1,50 (0,83-2,72)	0,181
Puno	12,99 (9,38-17,71)		1,00	

* Prueba de independencia chi cuadrada con corrección de Rao-Scott de segundo orden para muestras complejas.

** Pruebas de independencia en un modelo de regresión logística múltiple.

Los valores resaltados son los estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Esta investigación contribuye a la creciente literatura en Latinoamérica, al estimar la asociación entre la violencia de pareja y los indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas. Es un estudio novedoso, ya que estima esta asociación junto con los factores sociodemográficos en una población andina con un tamaño de muestra representativo: mujeres que residen en las áreas urbanas de la Sierra (Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz y Puno).

Según la OMS, la prevalencia anual de violencia contra las mujeres mayores de 15 años en el resto del mundo fue del 10 % en 2018 (23). A nivel nacional, el mismo organismo reportó una prevalencia anual del 11 % en mujeres de 15 a 49 años (8). En la región Sierra, el INEI (10) reportó para 2018 una prevalencia anual de violencia física del 11,8 % y sexual del 3,2 %. En el presente estudio, las prevalencias encontradas superan las reportadas por la OMS en 2018, tanto a nivel global como nacional, con una prevalencia anual total del 20,11 %.

Con respecto a las prevalencias anuales por tipo de violencia, la violencia psicológica fue la más prevalente. Este hallazgo coincide con el estudio de White et al. (24), que analizó datos de 46 países entre 2012 y 2020 (sin incluir, sin embargo, la violencia por abandono). A nivel nacional, la ENDES-2023 solo analizó la violencia física (7,6 %) y sexual (1,9 %) (9), y

ambas prevalencias fueron inferiores a las halladas en esta investigación. En contraste con lo reportado por el INEI en la región Sierra en 2018 (10), la prevalencia de violencia física anual fue mayor, mientras que la de violencia sexual fue menor. Es importante recalcar que estos hallazgos pueden deberse a un subregistro de los datos reales por ser obtenidos mediante entrevista directa.

En cuanto a la prevalencia anual de indicadores suicidas en mujeres unidas o alguna vez unidas, se encontraron valores similares en la literatura: en España, con una prevalencia de pensamiento/ideación suicida del 9,1 % y de intento suicida del 2,2 % (25); y en mujeres del sur de Asia, donde la prevalencia anual de pensamiento suicida fue del 17 % (IC 95 %: 14,0-20,0) y la de intento suicida del 1 % (IC 95 %: 0,0-1,0) (26). Las prevalencias de este estudio se asemejan más a las encontradas en el estudio de España, que utilizó una muestra de tamaño parecida, en comparación con el del estudio de Asia, que tuvo una población mucho mayor.

Respecto a la violencia de pareja, el presente estudio mostró una asociación significativa con la edad, el estado civil y la ciudad de residencia. El resultado de la edad difiere de estudios en España, donde la asociación significativa se observó en el grupo de 51 a 70 años (ORaj: 1,63; IC 95 %: 1,32-2,00); sin embargo, coincide con respecto al estado civil, ya que ser mujer separada o divorciada representa un mayor riesgo de

ser víctima de violencia (ORaj: 4,93; IC 95 %: 3,98-6,12), lo que contrasta con el estado de casada, el cual actúa como factor protector (27). Además, el menor riesgo de recibir violencia en las ciudades de Huaraz y Cajamarca, en comparación con Puno, coincide con la mayor prevalencia de violencia física o sexual reportada en dicha ciudad (13,5 %) respecto a la de Áncash (9,6 %) y Cajamarca (8,4 %) (10).

En lo que refiere a la asociación directa, en la población total, todos los indicadores suicidas mostraron una asociación significativa ($p < 0,001$). Esto también se encontró en Brasil, en un estudio con datos de 2015-2016, que halló una asociación entre la ideación suicida ($p < 0,001$) y cualquier tipo de violencia. Dicho estudio observó que ser víctima de violencia incrementa 4,35 veces las probabilidades de pensar en quitarse la vida, pero no se determinó la asociación con el intento suicida (28). A su vez, en Inglaterra se encontró que el 19,1 % de las mujeres que recibieron cualquier tipo de violencia en el último año tuvieron pensamientos suicidas (OR: 4,61; IC 95 %: 3,19-6,66) (14). En el presente estudio, la probabilidad de tener un pensamiento suicida fue 5,91 veces mayor en las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia, superando lo encontrado en Brasil (28) e Inglaterra (14). Este valor es incluso mayor al del deseo suicida en el presente estudio, a pesar de que su prevalencia fue menor. No obstante, el planeamiento suicida fue el indicador que presentó la mayor asociación, siendo 17 veces más probable su presencia en mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia en comparación con las que no recibieron violencia (ORaj: 17,12; IC 95 %: 6,13-47,81). Por esto, el planeamiento suicida se establece como el indicador más fuertemente asociado a cualquier tipo de violencia.

En el caso del deseo, pensamiento y planeamiento suicida, estos indicadores fueron más prevalentes en las víctimas de violencia sexual. Esto difiere de otros estudios, en los cuales la ideación suicida (deseo y pensamiento) fue más frecuente en los casos de violencia física en España (33,9 %) (25), o en los casos de violencia emocional en Inglaterra (42,6 %), que puede interpretarse como violencia psicológica (14). Esta diferencia puede deberse a que la prevalencia de violencia sexual en el presente estudio (3,88 %) fue mayor que en los estudios de España (1,8 %) e Inglaterra (2 %) (25, 14). Esta alta prevalencia sugiere que la violencia sexual es el tipo de violencia que con más frecuencia presenta deseo, pensamiento y planeamiento suicida. Sin embargo, los ORaj de estos tres indicadores en víctimas de violencia sexual

(2,92, 5,19, 9,45) fueron menores a los encontrados en los casos de violencia psicológica (3,30, 5,90, 13,40, respectivamente). Por lo tanto, la violencia psicológica es el tipo de violencia más fuertemente asociada a estos indicadores.

El intento suicida, por su parte, solo presentó una asociación significativa al controlar los factores sociodemográficos en los casos de violencia física, psicológica y sexual. Esto contrasta con lo encontrado en España, donde sí hubo asociación significativa ($p < 0,01$) con los cuatro tipos de violencia (física, sexual, psicológica y económica) (25). Esta disparidad puede deberse a que las mujeres de este estudio, aunque presenten deseo, pensamiento y planeamiento, no parecen llegar a la etapa del intento suicida. Además, no se puede descartar la probabilidad de que, con un mayor tamaño de muestra, se hubiese encontrado una asociación significativa en esta población.

Igualmente, en el caso de las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia, la presencia de un indicador suicida en el último año solo tuvo una asociación significativa con el nivel de pobreza. El riesgo de presentar un indicador suicida fue 2,4 veces mayor si la mujer se encuentra en pobreza extrema. Otras publicaciones no han estudiado la asociación del nivel de pobreza con indicadores suicidas en mujeres víctimas de violencia. Sin embargo, sí se encontró una asociación significativa con el nivel de educación en España, donde el riesgo a presentar ideación suicida era 2,36 veces mayor al carecer de formación educativa (25).

Las limitaciones que deben considerarse en el presente estudio son las mencionadas a continuación. Las bases de datos utilizadas son de los años 2016, 2017 y 2018, por lo que fueron recolectadas en años distintos y previos a la pandemia de la COVID-19. En estudios realizados en la región de Latinoamérica (6), se ha visto que los casos de violencia de pareja fueron en aumento posterior al confinamiento producido por la pandemia, como en Argentina, que reportó un aumento de denuncias telefónicas de un 32 % (29), por lo que sería necesario realizar un estudio con data actual. Otro limitante sería el uso de data de estudios distintos; sin embargo, para conseguir una muestra significativa de ciudades específicamente de la Sierra, era necesario juntar las muestras de distintos estudios pero que fueran de poblaciones parecidas a nivel sociodemográfico. Podría haberse dado también un sesgo de selección, ya que, al ser un estudio de base de datos secundarios, no podemos asegurar que las mujeres que accedieron a participar en el estudio

original sean iguales a las que no participaron. Además, los estudios originales de donde se extrajo la información fueron respondidos mediante encuestas, por lo que la veracidad de las respuestas dadas por los participantes no es enteramente confiable. Por último, este estudio al ser transversal no busca causalidad, sino encontrar la existencia de relación de las variables estudiadas.

Este estudio se alinea con la Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento (30, 31), que garantiza a la población una atención de la salud mental con accesibilidad, calidad, cobertura universal y confidencialidad. Por esto, es necesaria la realización de estrategias de promoción, prevención y detección en instituciones básicas y superiores, tanto públicas como privadas (32), así como la identificación oportuna de los posibles factores de riesgo para indicadores suicidas.

Así como este, se podrán realizar más estudios similares en otras regiones que justifiquen tomar medidas preventivas a partir de la presencia de los indicadores suicidas en las víctimas de violencia de pareja, con el objetivo de prevenir el suicidio a nivel nacional, regional y distrital. Cuando el personal de salud evalúe a una víctima de violencia, los resultados de esta investigación —realizada con una muestra mayor a estudios previos en el Perú (16, 17)— ofrecerán mayor visibilidad sobre la importancia de identificar los indicadores suicidas en estas pacientes. Además, se debe tener en cuenta que, si la mujer presenta uno de estos indicadores, es crucial explorar sus experiencias de violencia.

CONCLUSIONES

Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y los indicadores suicidas (ORaj: 3,16; IC 95 %: 2,5-3,99). El planeamiento suicida fue el indicador más probable de presentarse ante cualquier tipo de violencia (ORaj: 16,77; IC 95 %: 6,21-45,24). Además, el factor sociodemográfico que presentó una asociación estadísticamente significativa con cualquier indicador suicida en víctimas de violencia de pareja fue el nivel de pobreza. Específicamente, el riesgo de presentar un indicador suicida 2,4 veces mayor si la mujer se encuentra en pobreza extrema (ORaj: 2,4; IC 95 %: 1,01-5,78).

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría:

KLRP: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

JES: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas. La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo [Internet]. ONU; 2023, 17 de junio. Disponible en: <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>
2. Ley n.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2015, 23 de noviembre. Disponible en: <https://www.gob.pe/74938-ley-n-30364-ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-las-mujeres-y-los-integrantes-del-grupo-familiar-evolucion-de-la-ley-n-30364>
3. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. Informe general. An Salud Ment [Internet]. 2020; 36(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/19>
4. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental comparativo ciudad de Abancay 2010-2016. Informe general. An Salud Ment [Internet]. 2019; 35(2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/16>
5. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018. Informe general. An Salud Ment [Internet]. 2022; 38(1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/24>
6. Roza V, Martín C. Violencia sexual y basada en género: mapa de ruta para su prevención y atención en América Latina y el Caribe. Nota Técnica n.º IDB-TN-02342 [Internet]. BID; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0003819>
7. Decker MR, Latimore AD, Yasutake S, Haviland M, Ahmed S, Blum RW, et al. Gender-based violence against adolescent and young adult women in low- and middle-income countries. J Adolesc Health

- [Internet]. 2015; 56(2): 188-196. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.003>
8. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: WHO Region of the Americas [Internet]. WHO; 2021, 3 de marzo. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.11>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, nacional y departamental [Internet]. Lima: INEI; 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Perú: Indicadores de Violencia Familiar y Sexual, 2012-2019 [Internet]. Lima: INEI; 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/
11. Sabri Y. Depression and post-traumatic stress disorder in females exposed to intimate partner violence. Middle East Curr Psychiatry [Internet]. 2021; 28: 85. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00157-x>
12. Lara EZ, Aranda C, Zapata RM, Bretones C, Alarcón R. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. Rev Argent Cienc Comport [Internet]. 2019; 11(1): 1-8. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/21864/pdf>
13. Harmer B, Lee S, Rizvi A, Saadabadi A. Suicidal Ideation [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
14. McManus S, Walby S, Barbosa EC, Appleby L, Brugha T, Bebbington PE, et al. Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. Lancet Psychiatry [Internet]. 2022; 9(7): 574-583. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00151-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00151-1)
15. Llosa S, Canetti A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicol Conoc Soc [Internet]. 2019; 9(1): 178-204. Disponible en: <https://doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1>
16. Aliaga K. Asociación de ideación suicida y la presencia de violencia intrafamiliar en mujeres [tesis de título profesional en Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9089>
17. Nuñez MC, Solís IB. Violencia de pareja e ideación suicida en mujeres víctimas de Lima Norte, 2023 [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/133281>
18. Ley n.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2015, 23 de noviembre. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3349706/Ley%20N%C2%BA%2030364.pdf?v=1656956841>
19. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de la sierra rural 2008 y trapezio andino 2010. An Salud Ment [Internet]. 2023; 39(2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/488>
20. Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico sobre violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima: Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología; Universidad Nacional Federico Villarreal; 1999.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2020 [Internet]. Lima: INEI; 2020. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enah-2020-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-inei>
22. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. Ginebra: CIOMS; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/pautas-eticas-internacionales-para-investigacion-relacionada-con-salud-con-seres-humanos>
23. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. Lancet [Internet]. 2022; 399(10327): 803-813. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)
24. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos CM, et al. Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse [Internet].

- 2024; 25(1): 494-511. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>
25. Sanz-Fuentes A, Ruiz-Lorenzo V. Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relación con la violencia de género. *Rev Esp Invest Sociol* [Internet]. 2023; (181): 81-100. Disponible en: <https://doi.org/10.5477/cis/reis.181.81>
 26. Mazumder H, Lugenwa T, Hossain M, Protiva E, Hossain MM, Ward KD. Prevalence of suicidal ideation and attempted suicide amongst women and girls in South Asia: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res Commun* [Internet]. 2022; 2(4): 100083. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100083>
 27. Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M. Prevalence of intimate partner violence in Spain: a national cross-sectional survey in primary care. *Aten Primaria* [Internet]. 2017; 49(2): 93-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.006>
 28. Da Silva FJ, Monteiro CF, Sales JC, Costa AP, Teixeira MI, Santos CA. Ideação suicida em mulheres e violência por parceiro íntimo. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2021; 29: e54288. Disponible en: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.54288>
 29. Perez-Vincent SM, Carreras E, Gibbons MA, Murphy TE, Rossi M. Los confinamientos de la COVID-19 y la violencia doméstica: evidencia de dos estudios en Argentina. *Nota Técnica n.º IDB-TN-1956* [Internet]. BID; 2020. Disponible en: <http://doi.org/10.18235/0002490>
 30. Decreto Supremo n.º 007-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2020, 5 de marzo. Disponible en: https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2020/03/DS_007-2020-SA.pdf
 31. Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2019, 23 de mayo. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf?v=1608073034>
 32. Fernández L. La violencia: ¿Un problema de salud mental en el Perú? *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2020; 20(3): 530-531. Disponible en: <http://doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2298>