Polivictimización y malestar psicológico: un estudio transversal sobre violencia de pareja y acoso sexual en Santa Bárbara, Honduras

Poly-Victimization and Psychological Distress: A Cross-Sectional Study on Intimate Partner Violence and Sexual Harassment in Santa Bárbara, Honduras

Polivictimização e mal-estar psicológico: um estudo transversal sobre violência por parceiro íntimo e assédio sexual em Santa Bárbara, Honduras

Andrea S. Medrano[1]

Eva S. Adame Montelongo[2]

Ashley M. Lopez[3]

Universidad de Pittsburgh, Departamento de Psicología, Estados Unidos

Mayra Karina Delgado Aguilera[4]

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Campus Uruapan (UMSNH), Departamento de Psicología, México

Grace E. Dupree[5]

Universidad de Pittsburgh, Facultad de Enfermería, Estados Unidos

Tania Zuniga[6]

Investigadora independiente

Francis Bautista[7]

Lara Divina Bohórquez Alvarenga[8]

Centro de Derechos de Mujeres, Tegucigalpa, Honduras

https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.16153

[1] Autor de correspondencia. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6935-5019. Correo electrónico: andrea.medrano@pitt.edu

[2] ORCID: https://orcid.org/0009-0004-6942-5290

[3] ORCID: https://orcid.org/0009-0006-4352-6741

[4] ORCID: https://orcid.org/0009-0005-4309-3985

[5] ORCID: https://orcid.org/0009-0006-5433-5377

[6] ORCID: https://orcid.org/0009-0004-5788-6524

[7] ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8504-2952

[8] ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2889-542X

Para citar este artículo: Medrano, A, S., Adame Montelongo, E. S., Lopez, A. M., Delgado Aguilera M. K., Dupree, G. E., Zuniga, T., Bautista, F., & Bohórquez Alvarenga, L. D. (2026). Polivictimización y malestar psicológico: un estudio transversal sobre violencia de pareja y acoso sexual en Santa Bárbara, Honduras. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *44*(1), 1-19. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.16153

Resumen

Honduras registra tasas alarmantes de Violencia Basada en Género (VBG), pero existe escasa evidencia sobre su impacto en la salud mental rural. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia de violencia de pareja íntima (IPV, por sus siglas en inglés) y acoso sexual, y examinar sus asociaciones simultáneas con síntomas de depresión y trauma, controlando la varianza compartida entre estas formas de violencia. Mediante un diseño transversal con 291 mujeres de 10 municipios de Santa Bárbara, Honduras, se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales controlando variables sociodemográficas. Los resultados indicaron que la IPV fue altamente prevalente (73 % psicológica, 49 % física y 33 % sexual), con tasas críticas en municipios de extrema pobreza como Chinda. El 68.8 % de las participantes reportó acoso sexual. La IPV psicológica y el acoso sexual se asociaron con mayores síntomas depresivos; el acoso sexual fue el predictor más robusto de síntomas traumáticos ($b = 3.09$, $p < 0.001$). Se concluye que la VBG en zonas rurales es extrema y el acoso sexual es un eje central del malestar psicológico, lo que subraya la necesidad de intervenciones comunitarias sensibles al trauma.

Palabras Clave: violencia de género; acoso sexual; salud mental; rural; Honduras

Abstract

Honduras experiences alarming rates of Gender-Based Violence (GBV), yet there is little evidence of its impact on rural mental health. This study aimed to assess the prevalence of Intimate Partner Violence (IPV) and sexual harassment, as well as examine their simultaneous associations with symptoms of depression and trauma while controlling for shared variance among these forms of violence. Using a cross-sectional study of 291 women from 10 municipalities in Santa Bárbara, Honduras, a structural equation path model was employed while controlling for sociodemographic variables. Results showed that IPV was highly prevalent (73 % psychological, 49 % physical, 33 % sexual), with critical rates in municipalities with extreme poverty such as Chinda. Additionally, 68.8 % of participants reported sexual harassment. Psychological IPV and sexual harassment were associated with greater depressive symptoms; sexual harassment was the most robust predictor of trauma symptoms ($b = 3.09$, $p < 0.001$). In conclusion, GBV in rural areas is extreme and sexual harassment is a central axis of psychological distress, highlighting the urgent need for trauma-sensitive community interventions.

Keywords: gender-based violence; sexual harassment; mental health; rural; Honduras

Resumo

Honduras registra taxas alarmantes de Violência Baseada em Gênero (VBG), porém há pouca evidência sobre seu impacto na saúde mental rural. O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de Violência por Parceiro Íntimo (IPV, pela sigla em inglês) e assédio sexual, e examinar suas associações simultâneas com sintomas de depressão e trauma, controlando a variância compartilhada entre essas formas de violência. Por meio de um desenho transversal com 291 mulheres de 10 municípios de Santa Bárbara, Honduras, utilizou-se um modelo de equações estruturais controlando variáveis sociodemográficas. Os resultados indicam que a IPV foi altamente prevalente (73 % psicológica, 49 % física, 33 % sexual), com taxas críticas em municípios de extrema pobreza, como Chinda. 68,8 % das participantes relataram assédio sexual. A IPV psicológica e o assédio sexual

associaram-se a maiores sintomas depressivos; o assédio sexual foi o preditor mais robusto de sintomas traumáticos ($b = 3{,}09$, $p < 0{,}001$). Conclui-se que a VBG em zonas rurais é extrema e o assédio sexual é um eixo central do sofrimento psicológico, o que ressalta a necessidade de intervenções comunitárias sensíveis ao trauma.

Palavras-chave: violência de gênero; assédio sexual; saúde mental; zona rural; Honduras

La violencia basada en género (VBG) constituye una crisis de salud pública global que afecta desproporcionadamente a mujeres en contextos de marginación (Ochani et al., 2024). Honduras se sitúa como uno de los entornos más críticos de la región, registrando en 2023 la tasa de femicidios más alta de América Latina, con 7.2 por cada 100 000 mujeres afectadas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2024). Solo en el año 2024, se reportaron 231 muertes violentas de mujeres, una cifra que evidencia la magnitud de una problemática exacerbada por la impunidad estructural y la normalización sociocultural de la violencia (CEPAL, 2024).

Violencia Basada en Género (VBG) en Honduras

En el contexto hondureño, la VBG no opera de forma aislada, sino que se inserta en un marco de violencia estructural. Con un 63 % de la población en situación de pobreza y niveles alarmantes de exclusión en zonas rurales (Ravi et al., 2023; Programa Mundial de Alimentos, 2024), las desigualdades sistémicas intensifican la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente de aquellas pertenecientes a grupos indígenas y afrodescendientes (Stöckl et al., 2013). Esta precariedad material limita las opciones de respuesta y protección, mientras que la desconfianza institucional —derivada de un sistema judicial, en el que solo el 11 % de los casos de femicidio son procesados (Banco Mundial, 2023)— perpetúa los ciclos de victimización y silencio.

De las incidencias más actualizadas, se reportó que el 27.8 % de las mujeres sufrieron violencia sexual o física en el 2022, en especial por un incremento de 4.1 % durante la pandemia de Covid (Banco Mundial, 2023). En total, aproximadamente, una de cada cinco mujeres hondureñas es victimizadas por la VBG a lo largo de la vida, tasas que reflejan lo que se encuentra globalmente (Meeker et al., 2024). Dentro del espectro de la VBG, el acoso sexual emerge como un factor de riesgo crítico, aunque frecuentemente invisibilizado. Se estima que una de cada dos niñas y mujeres son víctimas de acoso, con un subregistro del 90 % debido al miedo y la falta de mecanismos de denuncia efectivos (Naciones Unidas, 2025). Pese a la gravedad de estas cifras, existe un vacío significativo de investigación empírica rigurosa que documente las dinámicas específicas de la VBG en comunidades rurales hondureñas y su impacto directo en la salud mental.

Impacto en la salud mental

Las mujeres que experimentan VBG tienen un mayor riesgo de desarrollar una variedad de trastornos de salud mental, incluyendo ansiedad, depresión, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y tendencias suicidas (Rees et al., 2011). Las consecuencias de la VBG para la salud mental se ven exacerbadas por la falta de acceso a los servicios de salud mental, la estigmatización y un entorno cultural en el que la violencia contra las mujeres a menudo se normaliza o no se denuncia (Wheeler et al., 2021). Los síntomas que experimentan estas sobrevivientes pueden permanecer durante largos períodos después de que la violencia haya terminado, a veces incluso durante toda la vida (Hulley et al., 2023). Estos patrones crónicos de angustia psicológica pueden contribuir a una disminución de la satisfacción con la vida y una pérdida de la identidad propia (Samios et al., 2020). Hasta donde sabemos, no hay mucha literatura que examine las tasas de VBG entre las mujeres hondureñas específicamente, ni cómo sus experiencias únicas o tipos de exposición moldean de manera diferente las respuestas al trauma o los síntomas de salud mental que tienen. Por ejemplo, un estudio que evaluó la prevalencia de depresión entre 199 madres hondureñas, en cinco áreas rurales, encontró que el 15% de ellas se clasificaron con depresión mayor (Wulsin et al., 2002).

En entornos rurales, estas consecuencias psicológicas se agravan por el acceso limitado a servicios especializados y el estigma persistente hacia las sobrevivientes. Estudios previos en Honduras sugieren niveles significativos de malestar, reportando prevalencias de depresión de hasta el 29% en muestras rurales (Brito et al., 2024). Sin embargo, se requiere una comprensión más profunda de cómo la polivictimización, o la concurrencia de violencia física, psicológica y acoso, moldea las respuestas al trauma en estos contextos de alta vulnerabilidad (Mora et al., 2024).

El presente estudio

El proyecto Have-Hope (*Honduran Adult Victimization Experiences–Harnessing Opportunities for Positive Empowerment*) consiste en un estudio cuantitativo transversal realizado con 291 mujeres adultas en 10 municipios de Santa Bárbara, Honduras. Los datos derivados de este proyecto constituyen la base del presente estudio. En este marco, el presente estudio se planteó dos objetivos fundamentales: 1) cuantificar la prevalencia de diversas formas de VBG en contextos rurales y semiurbanos; y 2) determinar la asociación entre dicha exposición y la salud mental (específicamente síntomas de depresión y trauma). Esta investigación aporta un enfoque contextualizado indispensable para comprender las dinámicas de violencia y recuperación en comunidades históricamente invisibilizadas de Honduras.

Método

Contexto y participantes

El departamento de Santa Bárbara, Honduras, alberga aproximadamente el 5% de la población nacional (490072 personas) con altos niveles de pobreza: 66.8% en pobreza y 49.1% en pobreza extrema (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Históricamente, la región registra elevadas tasas de violencia contra mujeres, incluidos altos niveles de violencia doméstica, agresiones físicas y femicidios (Fondo de Adaptación, 2024). La muestra incluyó 291 mujeres de 18 a 87 años (M = 44.5, DE = 14.4). La mayoría eran madres (90.7%) y no participaban en el mercado laboral formal (61.5%). El 59% estaba en una relación íntima y los estados civiles más comunes fueron soltera (35.1%) y unión libre (35.8%). Las características sociodemográficas adicionales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.
Características sociodemográficas de las participantes

	N	**%**	***M***	***DE***
Edad			44.5	14.4
Estado civil				
Soltera	99	35.1		
Casada	58	20.6		
Unión libre	101	35.8		
Divorciada	6	2.1		
Viuda	18	6.4		
Relación sentimental				
Sí	170	59.0		
No	118	41.0		
Hijos				
Sí	264	90.7	2.2	11.6
No	27	9.3		
Fuerza laboral				
Sí	111	38.1		
No	177	61.5		
Ingreso mensual hogar			L4503.8	L10461.9
<2,500L	98	52.9		
2,600L–5,000L	50	26.5		
5,100L–10,000L	33	17.5		

	N	%	*M*	*DE*
>10,000L	15	7.9		
Religión				
Sí	215	76.0		
No	68	24.0		
Católica	130	44.7		
Evangélica	125	43.0		
Testigo de Jehová	1	0.3		
Otro	16	5.5		
Orientación Sexual				
Heterosexual	206	78.0		
Asexual	33	12.5		
Bisexual	10	3.8		
Otro	15	5.7		
Raza/grupo étnico				
Mestiza	129	48.3		
Afro-hondureña	115	40.4		
Indígena	177	61.2		
No sé	5	1.7		

Nota. Los porcentajes correspondientes a raza/grupo étnico no suman 100% debido a que las participantes podían seleccionar más de una categoría. Fuente: elaboración propia.

Posicionalidad y ética comunitaria

Este estudio se fundamenta en una perspectiva de justicia social y colaboración comunitaria. La investigación fue co-construida entre académicas biculturales de instituciones en Estados Unidos y México, y activistas e investigadoras del Centro de Derechos de Mujeres (CDM) en Honduras. Esta alianza garantizó que el diseño metodológico y el proceso de recolección de datos fueran culturalmente sensibles y socialmente significativos. El equipo priorizó la reflexividad sobre la distancia estructural entre la academia internacional y las comunidades rurales, validando cada fase del proyecto con las Redes de Mujeres locales para asegurar la relevancia comunitaria de los hallazgos.

Procedimiento

El reclutamiento se realizó mediante las Redes de Mujeres afiliadas al CDM; las promotoras comunitarias contactaron entre 30 y 35 posibles participantes por municipio, a través de WhatsApp. La participación por municipio varió entre 25 y 39 mujeres. Se empleó un muestreo por conveniencia,

facilitado por las Redes de Mujeres, quienes actuaron como promotoras comunitarias de confianza en cada municipio para identificar a mujeres elegibles y dispuestas a participar. Las encuestas se administraron en centros comunitarios, escuelas o domicilios, utilizando tabletas y formularios *Qualtrics* con función fuera de línea. Las participantes podían responder de manera autónoma o con asistencia cuando existía dificultad de lectura o uso de dispositivos. Cada encuesta tomó de 20 a 40 minutos. Al finalizar, las mujeres recibieron 130 lempiras, almuerzo y apoyo para transporte. Se cerró cada jornada con una breve sesión informativa sobre tipos de violencia, salud mental y estrategias de seguridad, acompañada de materiales básicos de higiene y recursos locales. Este estudio se realizó en cumplimiento de los estándares éticos internacionales establecidos por la Asociación Americana de Psicología (APA) y los principios de la Declaración de Helsinki. El protocolo de investigación cumplió con las normativas nacionales vigentes y fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Jurídico por los Derechos Humanos y el Consejo de Revisión Institucional (IRB) de la Universidad de Pittsburgh.

Previo a la recolección de datos, se obtuvo el consentimiento informado electrónico de todas las participantes mediante la plataforma Qualtrics, garantizando su anonimato, confidencialidad y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización. Dado el carácter sensible de la investigación (VBG), se implementó un protocolo de seguridad que incluyó la presencia de psicólogos locales y la entrega de recursos de apoyo psicosocial al finalizar la participación.

Instrumentos

Violencia de pareja íntima

La violencia de pareja íntima se evaluó con la Escala de Violencia de Pareja Íntima (Valdez-Santiago et al., 2006). La escala incluye 26 ítems que capturan la frecuencia con la que la pareja actual o más reciente ha ejercido distintos tipos de actos violentos, abarcando violencia física, psicológica y sexual. Las participantes respondieron en una escala de 0 = Nunca a 3 = Muchas veces, por ejemplo, "¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?" y "¿Ha usado fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?". Las puntuaciones se sumaron para obtener un total, los valores más altos reflejan mayor frecuencia de experiencias de violencia de pareja íntima. La escala ha mostrado propiedades psicométricas en poblaciones latinoamericanas y demostró propiedades adecuadas en las presentes participantes (psicológica $\alpha = 0.94$; física $\alpha = 0.93$; sexual $\alpha = 0.82$).

Acoso sexual

El acoso sexual fue medido utilizando una escala creada por la organización de Detener el Acoso Callejero (Kearl, 2018). Las participantes podían contestar sí o no para indicar si habían tenido 15 experiencias de acoso sexual. Por ejemplo, contestaron si las habían afrentado con experiencias como: "alguien silbando, tocando el pito del carro, haciendo ruidos de besos, sonidos de 'psst' o si las miraban fijamente o de forma agresiva" o "si alguien las tocaba o rozaba intencionalmente de una manera sexual y no deseada". Las respuestas afirmativas se sumaron, de modo que las

puntuaciones más altas indicaron más incidentes de acoso sexual. La escala ha mostrado propiedades psicométricas confiables en poblaciones latinoamericanas y demostró propiedades adecuadas en las presentes participantes ($\alpha = 0.89$).

Depresión

La depresión fue medida utilizando el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). La escala incluye nueve preguntas que capturan el nivel de depresión durante las últimas dos semanas. Las participantes respondieron si una selección de oraciones aplicaba a ellas, usando una escala de 0 = Ningún día a 3 = Casi todos los días. Por ejemplo, indicaban si habían tenido "poco interés o placer en hacer cosas" o si se habían sentido "cansadas o con poca energía". Las puntuaciones se sumaron para obtener un total, los valores más altos indicaron mayores niveles de síntomas depresivos. La versión en español ha sido utilizada y validada en estudios que investigan síntomas de salud mental en adultos en Latinoamérica (Álvarez-Santana et al., 2021). Las puntuaciones se sumaron para obtener un total y la escala demostró propiedades psicométricas sólidas en esta muestra de mujeres ($\alpha = 0.89$).

Síntomas de trauma

Para medir la sintomatología de trauma de los participantes, se utilizó la Lista de Síntomas de Trauma (TSC-40) (Briere & Runtz, 1989; Elliot & Briere, 1992). Esta escala evalúa la sintomatología de trauma infantil o adulto en una población adulta. Incluye seis subescalas con 40 preguntas: ansiedad, depresión, disociación, índice de trauma por abuso sexual (SATI), problemas sexuales, trastornos del sueño y puntuación total. Cada síntoma se calificó según su frecuencia de aparición durante los últimos dos meses, en una escala de 0 = Nunca a 3 = Frecuentemente. El valor de consistencia obtenido para la TSC-40 fue $\alpha = 0.66$ a 0.77, y la escala completa presentó $\alpha = 0.89$ a 0.91, mostrando propiedades psicométricas adecuadas.

Estrategia analítica

Con el objetivo de documentar las tasas de violencia de género, se realizaron análisis descriptivos y comparativos. En primer lugar, se calcularon frecuencias y porcentajes a nivel de ítem para captar la prevalencia de la violencia de pareja intima (IPV) y acoso sexual reportados por las participantes. Con el fin de explorar diferencias en los indicadores de violencia entre municipios, se llevó a cabo el análisis de varianza (ANOVA) de un factor. Este análisis permitió examinar comparaciones entre grupos de mujeres según el municipio. También se realizó el análisis de regresión lineal múltiple para examinar las asociaciones entre las experiencias de violencia de género y los síntomas de salud mental, específicamente depresión y síntomas de trauma. Los modelos de regresión se controlan por variables sociodemográficas pertinentes (edad, estado civil, etc.). Los análisis estadísticos descriptivos fueron realizados utilizando la versión más reciente del paquete estadístico de SPSS y los análisis estadísticos principales con MPlus V.9 (Muthén & Muthén, 2025).

Resultados

Resultados descriptivos

Ilustrado en la tabla 2, en general, el 72.7% de las participantes reportó violencia psicológica, el 48.5% violencia física y el 32.6% violencia sexual por parte de su pareja. Estas categorías no son mutuamente excluyentes, ya que las participantes podían reportar más de un tipo de violencia. Del total de participantes con información completa en las tres subescalas de IPV (N = 254), el 24.1% no reportó ningún tipo de violencia, mientras que el 75.9% reportó al menos un tipo. Entre las participantes que reportaron al menos un tipo de IPV (n = 192), el 35.9% reportó únicamente un tipo, el 31.2% reportó dos tipos, y el 32.8% reportó los tres tipos de violencia simultáneamente. Las conductas más comunes incluyeron golpes o destrucción de objetos, insultos o humillaciones públicas, y control económico o sexual. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor para examinar si las experiencias de violencia por parte de su pareja diferían entre los 10 municipios participantes (tabla 2). Los análisis indicaron diferencias significativas entre municipios en las tres formas de violencia (F = 2.67-3.41, $p \leq 0.005$), particularmente en ítems de violencia psicológica (ej., destruir pertenencias) y física (ej., golpear con la mano o el puño).

Las pruebas *post hoc* de Tukey revelaron que el municipio de Chinda presentó las tasas más altas de IPV psicológica (M = 12.73), física (M = 9.00) y sexual (M = 4.67) del estudio, siendo significativamente más alto que entre 3 y 6 de los otros 9 municipios comparados, según el tipo de violencia (todas $p < 0.05$). Chinda difirió significativamente de Ceguaca, Nuevo Celilac y San Nicolás en IPV psicológica; de Nispero, Ceguaca, Zacapa, Nuevo Celilac, San Nicolás y San Francisco de Ojuera en IPV sexual; y de Santa Bárbara, Ceguaca, Zacapa, Nuevo Celilac y San Francisco de Ojuera en IPV física.

En cuanto al acoso sexual, 68.8% de las mujeres reportó al menos una experiencia a lo largo de su vida. Las formas más frecuentes de VBG fueron comentarios sexuales irrespetuosos (52.1%), miradas o sonidos de connotación sexual (40.1%), e insistencia repetida en salir o pedir el número (31.7%). El análisis de varianza (ANOVA) indicó diferencias significativas entre municipios en la tasa total de acoso sexual, así como en ítems específicos como comentarios sexuales inapropiados, amenazas con divulgar información privada y peticiones de favores sexuales. Sin embargo, no fue posible determinar qué municipios específicos diferían entre sí en estos ítems, ya que no se pudo calcular, de manera confiable, las pruebas *post hoc* de Tukey, debido al tamaño de grupo insuficiente en algunos municipios. Tomando todo en cuenta, los resultados evidencian altas tasas de acoso sexual con variabilidad significativa entre municipios, aunque no fue posible precisar qué municipios impulsan estas diferencias.

Tabla 2.
Tasas de Violencia de Pareja (psicológica, física y sexual), acoso sexual y análisis de varianza (ANOVA) por municipio

	Tasas		ANOVA	
Su pareja…	***N***	**%**	***F***	***p***
Violencia psicológica	208	72.7%	2.67	0.005
¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o algún otro mueble?	153	52.6%	1.37	0.20
¿La ha menospreciado o hecho sentir de menos?	142	51.4%	2.29	0.02
¿La ha insultado?	137	48.8%	1.81	0.07
¿La ha despreciado o humillado enfrente de otras personas?	110	38.9%	1.91	0.05
¿Le ha dicho que usted es poco atractiva o fea?	103	38.0%	1.91	0.05
¿Le ha amenazado con golpearla?	83	30.9%	1.52	0.14
¿Le ha destruido alguna de sus cosas?	78	28.9%	2.89	0.003
¿Ha hecho sentir miedo hacia él/ella?	71	26.5%	1.89	0.05
¿Se ha puesto celoso/a o ha sospechado de sus amistades?	69	25.7%	2.20	0.03
Violencia física	127	48.5%	3.01	0.002
¿Le ha pegado con la mano o con el puño?	99	36.9%	2.68	0.005
¿Le ha torcido el brazo?	66	24.9%	1.73	0.08
¿Le ha golpeado con algún palo, cinturón o algún objeto doméstico?	65	24.4%	1.58	0.12
¿Le ha amenazado con matarse él?	63	23.8%	2.83	0.003
¿La ha sacudido, zarandeado, o jaloneado?	53	19.9%	1.74	0.08
¿Le ha amenazado con matar a su familia?	46	18.9%	0.99	0.45
¿La ha pateado?	38	14.3%	2.93	0.003
¿Le ha amenazado con matarla?	37	14.0%	2.39	0.01
¿La ha empujado a propósito?	33	12.5%	2.71	0.005
¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar?	26	10.0%	2.56	0.008
¿La ha quemado con cigarro o alguna otra sustancia?	22	8.4%	1.72	0.09
¿Le ha disparado con una pistola u otro tipo de arma de fuego?	17	7.1%	0.58	0.82
¿Le ha amenazado con alguna arma?	8	3.1%	1.06	0.40
¿Le ha agredido con alguna arma?	7	2.7%	0.88	0.55
Violencia Sexual	86	32.6%	2.61	0.007
¿Ha usado fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?	73	28.0%	2.06	0.03
¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	42	16.2%	2.62	0.007
¿Le ha exigido o le insiste en tener relaciones sexuales con él/ella?	35	13.4%	1.81	0.07

	Tasas		ANOVA	
Su pareja…	***N***	**%**	***F***	***p***
Acoso Sexual	183	68.8%	3.10	0.002
…le hizo comentarios sexuales o irrespetuosos (“mi amor”, “mamacita”, etc.).	137	52.1%	2.55	0.008
…silbó, hizo sonidos o la miró de forma sexual/agresiva.	103	40.1%	1.37	0.20
…insistió repetidamente en salir con usted o pedir su número.	82	31.7%	1.47	0.16
…la llamó con insultos sexistas (ej., “puta”, “zorra”).	53	20.5%	1.55	0.13
…habló de su cuerpo o hizo comentarios/preguntas sexuales inapropiadas.	51	19.8%	2.10	0.03
…la contactó repetidamente de forma acosadora (llamadas o mensajes).	50	19.2%	1.60	0.11
…la tocó o manoseó sexualmente sin su consentimiento.	48	18.3%	1.56	0.13
…la amenazó con hacerle daño o divulgar información privada.	43	16.5%	2.90	0.003
…la siguió físicamente sin su permiso.	43	16.4%	1.41	0.18
…le envió o mostró contenido sexual sin su permiso.	40	15.3%	2.25	0.02
…le pidió favores sexuales a cambio de algo (trabajo, notas, dinero, etc.).	35	13.6%	2.62	0.007
…le mostró sus genitales sin su consentimiento.	26	9.9%	1.38	0.20
…la insultó por su género u orientación (ej., “marimacha”, “maricón”).	25	10.5%	1.98	0.04
…la obligó a realizar un acto sexual sin su consentimiento o deseo.	21	8.0%	2.07	0.03
…tomó o compartió imágenes o videos sexuales suyos sin permiso.	12	4.6%	0.91	0.52

Nota. *N* = número de participantes que respondieron afirmativamente a cada ítem. % = porcentaje calculado sobre el número de participantes con datos válidos para cada escala.

$p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Fuente: elaboración propia.

Los valores *F* y *p* corresponden al análisis de varianza (ANOVA) de un factor que experimentó diferencias en la prevalencia de cada tipo de violencia entre los municipios participantes. Se solicitó la prueba *post hoc* de Tukey para todas las comparaciones por municipio. Esta prueba se calculó para las variables compuestas de IPV (psicológica, física y sexual); sin embargo, no pudo calcularse de manera consistente para los ítems individuales de acoso sexual, debido a tamaños de grupo insuficiente, en algunos municipios, para ciertos comportamientos poco frecuentes.

Resultados principales

Se estimó un modelo de trayectorias para examinar las asociaciones simultáneas entre diferentes formas de violencia de pareja (IPV psicológica, física y sexual) y acoso sexual con los síntomas de depresión y los síntomas de trauma (figura 1). Dado que el modelo está completamente saturado (todas las variables predictoras fueron permitidas a correlacionarse entre sí y ambas variables dependientes compartieron varianza residual), los índices globales de ajuste no son interpretables y no se

reportan (Kline, 2015; Lomax, 2004). El interés analítico se centró en los coeficientes de trayectoria y la varianza explicada de cada resultado.

Como se muestra en la figura 1, la IPV psicológica se asoció de manera significativa con mayores niveles de sintomatología depresiva, tanto en el coeficiente no estandarizado como en el estandarizado ($b = 0.37, SE = 0.12, p = 0.001; \beta = 0.39$). Asimismo, el acoso sexual fue asociado significativamente con más síntomas depresivos ($b = 0.48$, $SE = 0.15$, $p = 0.002$; $\beta = 0.25$). En contraste, ni la IPV física ni la IPV sexual mostraron asociaciones significativas con la depresión una vez consideradas simultáneamente todas las formas de violencia. Las covariables incluidas (edad, estado civil y reportar una relación violenta actual) tampoco se asociaron significativamente con los síntomas depresivos ($ps > 0.23$).

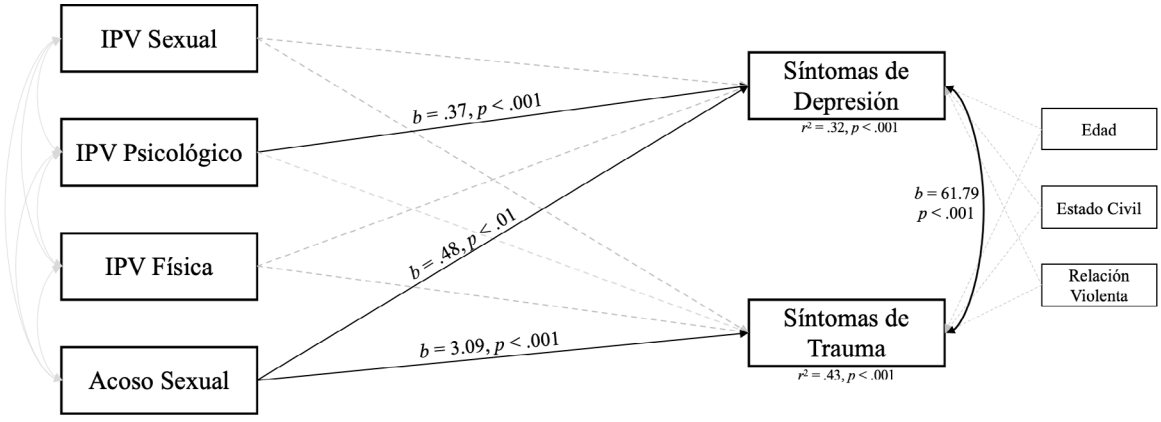


Figura 1. *Modelo de trayectorias entre formas de IPV y síntomas de salud mental (N = 254)*

Nota. Se presentan los coeficientes no estandarizados; las líneas discontinuas indican trayectorias no significativas. Todas las variables predictoras fueron permitidas a correlacionarse entre sí. Edad, estado civil y relación violenta se incluyeron como covariables en las ecuaciones de ambos resultados.

Fuente: elaboración propia.

Para los síntomas de trauma, el acoso sexual fue el único predictor significativo y el más robusto dentro del modelo ($b = 3.09$, $SE = 0.46$, $p < 0.001$; $\beta = 0.47$), indicando que mayores niveles de acoso sexual se relacionaron con niveles más elevados de sintomatología traumática. Las formas de IPV psicológica, física y sexual no se asociaron significativamente con los síntomas de trauma en el modelo multivariado. Las covariables nuevamente no mostraron efectos significativos ($ps > 0.20$). Finalmente, aun después de controlar todos los predictores, los síntomas de depresión y trauma compartieron varianza de manera sustancial, como lo indicó la covarianza residual significativa entre ambas variables ($b = 61.79$, $SE = 7.71$, $p < 0.001$; $r = 0.66$). Este patrón es consistente con la alta comorbilidad observada entre ambas dimensiones de malestar psicológico.

Discusión

Uno de los objetivos del estudio actual fue cuantificar la prevalencia de diversas formas de la VBG y del acoso sexual entre mujeres de diez municipios rurales y semiurbanos de Santa Bárbara, Honduras. Los hallazgos revelaron niveles alarmantes de violencia: el 72.7% enfrentó violencia psicológica y el 48.5% violencia física o sexual por parte de su pareja. Además, el 68.8% reportó al menos un incidente de acoso sexual en su vida, siendo los comentarios irrespetuosos y las miradas sexuales las formas más comunes. Estos resultados superan significativamente los promedios nacionales de denuncia, lo que sugiere que el carácter anónimo de Have-Hope facilitó el reporte de experiencias invisibilizadas ante las instituciones nacionales.

De manera consistente, el municipio de Chinda presentó las tasas más altas de IPV. Este hallazgo se vincula directamente con su contexto de vulnerabilidad sistémica: el 74% de sus habitantes vive en pobreza extrema y un tercio carece de alfabetización (Instituto Nacional de Estadística, 2023; "The challenges of poverty and climate", s. f.). Asimismo, la ubicación geográfica de Chinda la expone a un riesgo elevado de deslizamientos e inundaciones, consistente con los desafíos climáticos documentados en la región occidental de Honduras (Fondo de Adaptación, 2024). De este modo, puede ser que la combinación de la pandemia de Covid-19 y las tormentas tropicales de los años 2020 y 2021 haya deteriorado el acceso al internet, a la educación y a los servicios de salud sexual y reproductiva de una manera más intensa en Chinda, comparada con los municipios alrededor de Santa Bárbara. Este contexto socioeconómico y geográfica coloca a las mujeres de Chinda en una posición de vulnerabilidad extrema, ya que las mujeres de entornos rurales —con menos acceso a la educación y servicios de salud— tienden a depender económicamente de sus parejas y son más vulnerables a la violencia severa (Miaury-Vilca et al., 2024). Sin embargo, existen datos insuficientes para que se desagreguen estas tasas por municipio, lo que indica una necesidad urgente de determinar las tasas de violencia dentro del contexto específico de cada municipio de Honduras.

Con respecto a las consecuencias de salud mental, el acoso sexual y la IPV psicológica surgieron como factores asociados a síntomas de la depresión. No obstante, solamente el acoso sexual tuvo una asociación significativa con síntomas de trauma, sin que la IPV sexual ni física demostraran esta misma asociación. Estos resultados son particularmente reveladores debido a la evidencia consistente sobre la violencia sexual perpetrada por una pareja íntima comparada con la violencia sexual cometida por un desconocido, quien tiende a llevar a cabo el acoso sexual callejero (Tarzia, 2021). Estudios previos en poblaciones de América Latina demuestran tendencias similares a las del presente estudio, en los cuales, jóvenes expuestos al acoso sexual reportan síntomas de depresión siete veces más que por sus experiencias de violencia comunitaria (Mora et al., 2024). Además, se sugiere que la violencia sexual perpetrada por desconocidos se caracteriza por un estilo más dominante y hostil, ya que es más probable que utilicen un arma para llevarla a cabo. En cambio, la violencia por parte de un conocido o pareja íntima tiene que realizarse mediante una manipulación de confianza, donde el perpetrador puede crear la ilusión de que la víctima también está disfrutando del acto de violencia (Woods et al., 2008).

Además, el concepto de acoso sexual es un tema complicado en países de ingresos bajos y medios, ya que se define como un acto normalizado, inevitable y con pocas consecuencias para los perpetradores. De esta manera, el acoso sexual se utiliza como un instrumento de la autoridad de los hombres, ante el cual las mujeres se encuentran forzadas a mantenerse calladas y aceptar lo que les pase para cumplir con los roles femeninos de la docilidad (Hardt et al., 2023). Estas dinámicas también se reflejan en Honduras, donde el acoso sexual se percibe como una experiencia común (Jokela-Pansini, 2020), en especial para mujeres de bajos recursos, que frecuentemente trabajan como empleadas domésticas y son expuestas al acoso sexual en su lugar de trabajo (Cunningham, 2018), a pesar de que esta conducta está prohibida (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2003). En el contexto de una población pequeña, como Santa Bárbara, el carácter público del acoso sexual puede resultar en una experiencia de vergüenza más pronunciada y accesible a la comunidad, lo cual puede aumentar la presión emocional y social de las sobrevivientes.

Similar a estas actitudes hacia el acoso sexual, la IPV psicológica también se acepta como un acto normal ya que se confunde con el amor y cuidado. La IPV física y sexual se distingue por escenas violentas y directamente observables, en cambio, la IPV psicológica es más difícil de reconocer y, por lo tanto, se minimiza (Dokkedahl et al., 2019). Sin embargo, la IPV psicológica se considera la forma más común del mundo de violencia, lo cual se demuestra en las tasas de las mujeres de este estudio. Su perfil crónico puede explicar la alta asociación entre la IPV psicológica y la depresión, particularmente al considerar la definición amplia de la IPV psicológica en la investigación y en la ley hondureña (Dokkedahl et al., 2019). En conjunto, los resultados indican que las mujeres sobrevivientes a la VBG tienden a ser expuestas a todas las formas de IPV y acoso sexual, además de padecer de síntomas de depresión y trauma. Esto se alinea con la teoría de la polivictimización, lo que explica que la exposición frecuente a múltiples formas de violencia aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de salud mental negativos. Debido a las altas tasas de violencia entre las mujeres de este estudio, es necesario comprender las formas en las que las mujeres pueden sanar a través de estas experiencias, además de extender la evidencia actual a comunidades poco representadas.

Limitaciones

Aunque el presente estudio aporta evidencia necesaria sobre VBG y la salud mental entre mujeres hondureñas, tiene varias limitaciones. Primero, los datos se obtuvieron mediante autoreporte sobre experiencias altamente sensibles, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social y subregistro, en particular en contextos donde la violencia está normalizada y estigmatizada. Segundo, el diseño transversal impide establecer la direccionalidad o causalidad entre violencia y síntomas de salud mental; estudios longitudinales permitirían examinar mejor la acumulación de violencia a lo largo de la vida y las trayectorias de recuperación. Tercero, el cuestionario incluyó información muy limitada sobre factores estructurales (como el acceso a servicios y la respuesta institucional), lo que restringe la posibilidad de analizar cómo las desigualdades materiales y las barreras al sistema de justicia profundizan el impacto de la violencia. Aun con estas limitaciones, el estudio se

distingue por el rigor metodológico en la protección de las participantes y por documentar de manera sistemática la VBG, la salud mental y la resiliencia en mujeres hondureñas, constituyendo una de las primeras investigaciones en abordar estas dimensiones de forma integral en el país.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio en Santa Bárbara, Honduras, revelan niveles alarmantes de violencia de pareja íntima (IPV) y acoso sexual, con un predominio crítico de la violencia psicológica y la victimización a lo largo del ciclo vital. La asociación robusta entre el acoso sexual y los síntomas de trauma demuestra que esta conducta no constituye un "daño menor", sino que representa un eje central del malestar psicológico de estas mujeres hondureñas. Estas dinámicas de violencia no son fenómenos aislados, sino que están profundamente ancladas en condiciones estructurales de pobreza, inequidad, y una respuesta institucional debilitada que perpetúa la impunidad. A pesar de la gravedad del contexto, el proyecto Have-Hope trasciende la dimensión del daño para explorar los horizontes de la sanación. Los resultados subrayan la urgencia de desarrollar intervenciones multinivel que sean culturalmente contextualizadas y plenamente sensibles al trauma. Es imperativo que estas estrategias no solo se enfoquen en la mitigación del síntoma, sino en el fortalecimiento de los recursos comunitarios y el apoyo a las Redes de Mujeres. Estas organizaciones ya sostienen procesos vitales de acompañamiento y resistencia; integrarlas es fundamental para transformar las estructuras de poder y fomentar caminos de esperanza, resiliencia y crecimiento postraumático en la región.

Contribución de los autores

Andrea S. Medrano: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración de proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición).
Eva S. Adame Montelongo: investigación, análisis formal, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición).
Ashley M. López: investigación, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición).
Mayra Karina Delgado Aguilera: investigación, redacción (borrador original).
Grace E. Dupree: investigación, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición).
Tania Zuniga: investigación, redacción (borrador original).
Francis Bautista: investigación, recursos, redacción (borrador original).
Lara Divina Bohórquez Alvarenga: investigación, recursos, redacción (borrador original).

Financiación

Este estudio fue financiado por la American Psychological Foundation (APF) a través del doctor Dolores O. Morris, de la Fund Early Career Grant, así como por el Global Academic Partnership Fund del Global Studies Center de la Universidad de Pittsburgh, ambos otorgados a la primera autora (Andrea S. Medrano).

Declaración de ética

Este estudio fue revisado y determinado como exento por la Junta de Revisión Institucional (IRB) de la Universidad de Pittsburgh, bajo el protocolo STUDY24120090. Asimismo, el proyecto recibió el aval ético y técnico del Centro Jurídico por los Derechos Humanos (CJDH) en Honduras, el 23 de junio de 2025. Todos los procedimientos se ajustaron a las normas éticas de la APA y a la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés, ya sea de tipo financiero, institucional, de patrocinio o de autoría, que pudiera invalidar o influir en los resultados de la presente investigación.

Disponibilidad de datos

Los datos y materiales de investigación están disponibles bajo solicitud razonable a la autora de correspondencia, respetando las limitaciones de privacidad y seguridad de la población participante.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa en la conceptualización, el diseño del estudio, la recolección o el análisis de los datos, ni en la generación de contenido original del manuscrito. Se utilizó una herramienta de inteligencia artificial únicamente con fines de revisión gramatical y de estilo del texto ya redactado por los autores. Los autores revisaron y son responsables de la totalidad del contenido final del manuscrito.

Referencias

Álvarez-Santana, C., Coveña, C., & Bojorque, E. (2021). La resiliencia, mujeres víctimas de violencia de género y su influencia entre ellas, en edades de 25 a 50 años en la ciudad de Manta. *Identidad Bolivariana*, *5*(1), 128-135. https://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/identidadbolivariana/article/view/152

Banco Mundial. (2023). *Gender-based violence country profile: Honduras*. https://documents1.worldbank.org/curated/en/099053023161529535/pdf/P1769790ecd944030af89085531f17f37b.pdf

Briere, J. N., & Runtz, M. G. (1989). The trauma symptom checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, *4*(2), 151-163. https://doi.org/10.1177/088626089004002002

Brito, R., Reyes-Ortiz, C., Flohr Rozanski, M., Martinez, M., Rushetsky, Z., Gil Arana, A., Pineda Ordoñez, J., Fleischer, C., Northa, P., & Sherbeny, F. (2024). Innovación en el abordaje de los síntomas de depresión y ansiedad en comunidades rurales hondureñas: un estudio piloto transversal. *Innovare Revista de Ciencia y Tecnología*, *13*(2), 1-9. https://doi.org/10.69845/innovare.v13i2.367

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2024). *Violencia feminicida en cifras: América Latina y el Caribe. Actuar con sentido de urgencia para prevenir y poner fin a los feminicidios* (Boletín N.º 3). https://www.cepal.org/es/infografias/boletin-violencia-feminicida-cifras-america-latina-caribe-ndeg3-actuar-sentido-urgencia

Cunningham, L. (2018). Honduras. En S. M. Shaw (Ed. general), N. S. Barbour, P. Duncan, K. Freehling-Burton, & J. Nichols (Eds.), *Women's lives around the world: A global encyclopedia* (Vol. 2, pp. 227-238). ABC-CLIO. https://fisherpub.sjf.edu/english_facpub/41/

Dokkedahl, S., Kok, R. N., Murphy, S., Kristensen, T. R., Bech-Hansen, D., & Elklit, A. (2019). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews, 8*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1118-1

Elliot, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, *16*(3), 391-398. https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90048-V

Fondo de Adaptación. (2024). *Proposal for Honduras: Constructing resilience together to face climate change and variability in western Honduras* [Project and Programme Review Committee]. https://www.adaptation-fund.org/wp-content/uploads/2024/09/AFB.PPRC_.34.Inf_.4.-Proposal-for-Honduras-1.pdf

Hardt, S., Stöckl, H., Wamoyi, J., & Ranganathan, M. (2023). Sexual harassment in low- and middle-income countries: A qualitative systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(5), 3346-3362. https://doi.org/10.1177/15248380221127255

Hulley, J., Wager, K., Gomersall, T., Bailey, L., Kirkman, G., Gibbs, G., & Jones, A. D. (2023). Continuous traumatic stress: Examining the experiences and support needs of women after separation from an abusive partner. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(9-10), 6275-6297. https://doi.org/10.1177/08862605221132776

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples 2023: Departamento de Santa Bárbara* [Gerencia de Estadísticas Sociales y Demográficas]. https://temp.ine.gob.hn/wp-content/uploads/2025/04/EPHPM-2023-Santa-Barbara.pdf

Jokela-Pansini, M. (2020). Complicating notions of violence: An embodied view of violence against women in Honduras. *Environment and Planning C: Politics and Space*, *38*(5), 848-865. https://doi.org/10.1177/2399654420906833

Kearl, H. (2018). *The facts behind the #metoo movement A National Study on Sexual Harassment and Assault.* Stop Street Harassment; RALIANCE; GEH. https://www.stopstreetharassment.org/wp-content/uploads/2018/01/Full-Report-2018-National-Study-on-Sexual-Harassment-and-Assault.pdf

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4ª ed.). Guilford Press.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lomax, R. G. (2004). *Statistical concepts: A second course for education and the behavioral sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Luciano, D., Hidalgo, N., Acuña, N., & Urban, A. M. (2019). *Femicidio en Honduras*. Banco Interamericano de Desarrollo. https://doi.org/10.18235/0001584

Meeker, K. A., Hayes, B. E., Randa, R., & Saunders, J. (2024). Examining risk factors of intimate partner violence victimization in Central America: A snapshot of Guatemala and Honduras. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *68*(5), 468-487. https://doi.org/10.1177/0306624X20981049

Miaury-Vilca, A. R., Carita-Choquecahua, A., Huamantuna-Sullo, A. E., Yanez-Fernandez, T., & Villanueva-Riveros, J. L. (2024). Analysis of violence and severity index towards women. *Universidad Ciencia y Tecnología*, *28*(124), 59-66. https://doi.org/10.47460/uct.v28i124.844

Mora, A. S., Gutiérrez, L. M., & Ceballo, R. (2024). The role of parent-adolescent communication among youth exposed to neighborhood violence in rural Mexico. *Families in Society*, *105*(3), 418-435. https://doi.org/10.1177/10443894231222942

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2025). *Mplus user's guide* (9ª ed.). Muthén & Muthén.

Naciones Unidas. (2025). *Experts of the Committee on the Rights of the Child commend Honduras' programmes supporting children with disabilities, ask about high levels of early pregnancy and child sexual abuse*. https://www.ohchr.org/en/meeting-summaries/2025/01/experts-committee-rights-child-commend-honduras-programmes-supporting

Ochani, K., Siddiqui, A., & Ochani, S. (2024). An insight on gender-based violence. *Health Science Reports*, *7*(1), Artículo e1815. https://doi.org/10.1002/hsr2.1815

Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Fundamental principles and rights at work: A labor law study.* https://sidinico.usal.es/idocs/F8/FDO6935/fundamental_principles_and_rights_at_work.pdf

Programa Mundial de Alimentos. (2024). *Honduras*. https://www.wfp.org/countries/honduras

Ravi, M., Mekawi, Y., Blevins, E. J., Michopoulos, V., Stevens, J., Carter, S., & Powers, A. (2023). Intersections of oppression: Examining the interactive effect of racial discrimination and neighborhood poverty on PTSD symptoms in Black women. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *132*(5), 567-576. https://doi.org/10.1037/abn0000818

Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steel, Z., Creamer, M., Teesson, M., Bryant, R., McFarlane, A. C., Mills, K. L., Slade, T., Carragher, N., O'Donnell, M., & Forbes, D. (2011). Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *306*(5), 513-521. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1098

Samios, C., Raatjes, B., Ash, J., Lade, S. L., & Langdon, T. (2020). Meaning in life following intimate partner psychological aggression: The roles of self-kindness, positive reframing, and growth. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(7-8), 1567-1586. https://doi.org/10.1177/0886260519898437

Sancilio, C., Tavallai, A. R., Burch, L. J., Sorkin, S., Bachour, E., D'Amelio, M., & Jacobs, G. (2025). Stigma, culture, and care: A quantitative analysis of mental health treatment-seeking behavior among Hondurans. *Cureus Journal of Medical Science*, *17*(11), 1-8. https://doi.org/10.7759/cureus.97857

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & García Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*, *382*(9895), 859-865. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2

The challenges of poverty and climate. (s. f.). *Sustainable Villages Honduras*. https://www.sustainablevillageshonduras.org/poverty-climate

Tarzia, L. (2021). Towards an ecological understanding of intimate partner sexual violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(23-24), 11704-11727. https://doi.org/10.1177/0886260519900298

Valdez-Santiago, R., Hijar-Medina, M., Salgado de Snyder, V. N., Rivera-Rivera, L., & Avila-Burgos, L. (2006). Escala de violencia de pareja: validación en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México, 48*(S2), S221–S231. https://www.redalyc.org/pdf/106/10604802.pdf

Wheeler, J., Hutchinson, P., & Leyton, A. (2021). Intimate partner violence in Honduras: Ecological correlates of self-reported victimization and fear of a male partner. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(23-24), 11483-11508. https://doi.org/10.1177/0886260519898441

Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., & Angott, D. M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health, 53*(6), 538-546. https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.07.004

Wulsin, L., Somoza, E., & Heck, J. (2002). The feasibility of using the Spanish PHQ-9 to screen for depression in primary care in Honduras. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *4*(5), 191-195. https://doi.org/10.4088/PCC.v04n0504

Recibido: diciembre 29, 2025
Aceptado: julio 6, 2026