



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA asociado a la violencia en mujeres de 15 a 49 años, según ENDES 2019

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Paola Patricia LÁZARO ILLATOPA

ASESORES

Mg. Betty Esther CRUZ HUAMÁN

Lic. Miriam Yoana CORREA LÓPEZ (Coasesor)

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Lázaro P. Conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA asociado a la violencia en mujeres de 15 a 49 años, según ENDES 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2021.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Paola Patricia Lázaro Illatopa
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73453365
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0949-971X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Betty Esther Cruz Huamán
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	21794514
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2396-5011
Datos de coasesor	
Nombres y apellidos	Miriam Yoana Correa López
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42670908
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8907-422X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Emma Felicia Salazar Salvatierra
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08582412
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Bertha Aurora Landa Maturrano
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	09654753
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Yolanda Quispe Alosilla
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07588009
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	No aplica.
Ubicación geográfica de la investigación	Perú - mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020-2021
URL de disciplinas OCDE	<p>Ciencias de la Salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Obstetricia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 Ciencias socio biomédicas (planificación familiar, salud sexual, efectos políticos y sociales de la investigación biomédica) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.12</p>



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 14/10 / 2021

HORA INICIO : 11:35

HORA TÉRMINO : 12.20

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : MG. EMMA FELICIA SALAZAR SALVATIERRA

MIEMBRO : LIC. OBST. YOLANDA QUISPE ALOSILLA

MIEMBRO : MG. BERTHA AURORA LANDA MATURRANO

ASESORA : MG. BETTY ESTHER CRUZ HUAMÁN

CO ASESORA : Lic. OBST. CORREA LÓPEZ MIRIAM YOANA

2. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : LÁZARO ILLATOPA Paola Patricia

CÓDIGO 09010446

**TÍTULO DE LA TESIS : Conductas sexuales de riesgo para contraer ITS,
VIH/SIDA asociado a la violencia en mujeres de 15 a 49 años, según ENDES
2019**

3. RECOMENDACIONES

- Publicación con las correcciones respectivas.

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

Link: <https://us02web.zoom.us/j/83455333328?pwd=U0lETUM1S0wvdzIzFRQZz09>

ID de reunión: 834 5533 3328

Grabación archivada en: [EPO](#)

4. NOTA OBTENIDA: 17 (DIECIESTE)



Firmado digitalmente por ZAGACETA
GUEVARA Zaida FAU 20148092282
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15.10.2021 13:04:25 -05:00



Firmado digitalmente por IZAGUIRRE
SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15.10.2021 14:07:50 -05:00



5. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombres, apellidos y DNI)

1	Sonia Samy Chang Gil	43067617
2	Ricardo J. Moreno Lucano	44073352
3	Maria Alejandra Del Arca Pérez	47189347
4	Lizbeth Isabel del Carmen Flores Tarazona	70434791
5	Brenda Evanán	47521078
6	Zaida Zagaceta Guevara	06095595
7	Jimena Gianella Talaverano Rojas	47429077
8	Katherine Cecilia Roque Agapito	46050195
9	Asistente técnico: Judah Dahizé Salhuana Gil	77331533

FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

MG-SALAZAR SALVATIERRA EMMA FELICIA 08582412	LIC. YOLANDA QUISPE ALOSILLA 07588009
PRESIDENTE	MIEMBRO

MG. BERTHA AURORA LANDA MATURRANO 09654753	MG. BETTY ESTHER CRUZ HUAMÁN 21794514
MIEMBRO	ASESOR

 Firmado digitalmente por ZAGACETA GUEVARA Zaida FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 15.10.2021 13:04:47 -05:00	 Firmado digitalmente por IZAGUIRRE SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 15.10.2021 14:08:22 -05:00
Dra. Zaida Zagaceta Guevara Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dr. Manuel Hernan Izaguirre Sotomayor Vicedecano Académico (e) Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	VICEDECANO ACADÉMICO (E) FACULTAD DE MEDICINA

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar mi camino y ser mi fortaleza en todo momento.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, decana de América; por mi formación profesional y haberme dado los mejores amigos para toda la vida.

A mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, que dieron sus conocimientos para poder continuar con el legado de la Obstetricia en todo el Perú y en el mundo.

A mis asesoras quienes me brindaron su tiempo, apoyo y sabiduría para poder culminar con mi investigación.

A mi familia por ser mi soporte y mi motivo para todo, siempre.

DEDICATORIA

A mi abuelo, Tolentino Lázaro, que partió de este plano terrenal, pero siempre me acompaña en cada brisa del viento.

A mi abuela Teodora Reynoso, por motivarme a cumplir mis metas y darme ánimos siempre.

A mis padres Wilder Lázaro y Nancy Illatopa, por ponerme los pies sobre la tierra, sostenerme ante la tempestad, apoyarme y enseñarme a ser perseverante.

A mi hermano Wilder Iván Lázaro, por darme su apoyo, sabiduría y motivación para culminar mi investigación.

A mi hermana Milagros Lázaro, por su compañía y amistad verdadera para toda la vida.

A mis amigos, quienes nunca dejaron de creer en mí y me apoyaron en cada paso.

A todas las mujeres del mundo, quienes me inspiran a trabajar hacia un mundo con equidad, justicia y mejora en el campo de la salud, por un mundo con sororidad y sin violencia.

ÍNDICE

Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract	vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Formulación del problema	18
1.2. Objetivo general.....	18
1.3. Objetivos específicos	18
1.4. Hipótesis	18
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	19
2.1. Diseño y tipo de estudio.....	19
2.2. Población y muestra	19
2.3. Identificación de las variables	20
2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.	21
2.5. Procedimiento y análisis de datos.....	22
2.6. Procesamiento de análisis de datos	22
2.7. Aspectos éticos.....	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS	24
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	38
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de las mujeres de 15 a 49 años, ENDES 2019.	25
Tabla 2. Tabla de frecuencias de las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA en mujeres de 15 a 49 años de edad, ENDES 2019.	27
Tabla 3. Tabla de frecuencias de la violencia contra la mujer de 15 a 49 años de edad, ENDES 2019.....	28
Tabla 4. Matriz de correlación r de Pearson entre conductas sexuales de riesgo y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años de edad, ENDES 2019.....	29
Tabla 5. Matriz de correlación r de Pearson entre cada dimensión de las conductas sexuales de riesgo y cada dimensión de la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, ENDES 2019.....	32

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, según ENDES 2019.

METODOLOGÍA: Estudio de enfoque cuantitativo de tipo observacional, con diseño transversal, retrospectivo, correlacional y sigue el método analítico. El tipo de recolección de datos fue mediante fuentes secundarias y la muestra final fue de 24094 mujeres que participaron de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019, realizada por el Instituto de Estadística e Informática (INEI). Se describieron las frecuencias según los objetivos y se utilizó la prueba de correlación r de Pearson para las asociaciones.

RESULTADOS: Las mujeres de 15 a 49 años incluidas en este estudio tuvieron un resultado de 93.5% de conductas sexuales de riesgo presentes, la dimensión de la conducta sexual de riesgo más común fue el no utilizar preservativo (85%). El 49.6% reportó haber sufrido de violencia contra la mujer (psicológica, física y sexual) en algún momento de su vida. La violencia psicológica fue la más común con un 48.5%, seguido de la violencia física con un 9.62% y la violencia sexual con un 2.6%. La correlación r de Pearson mostró que las conductas sexuales de riesgo tienen una correlación baja ($r \geq 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$) con la violencia contra la mujer. La conducta sexual de riesgo que más se asoció fue la de edad de inicio sexual menor o igual a 19 años, con una correlación baja ($r \geq 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$) con la violencia contra la mujer y específicamente con la violencia psicológica.

CONCLUSION: Existe una asociación significativa entre las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años de edad, según ENDES 2019.

PALABRAS CLAVE: Conductas sexuales de riesgo, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia contra la mujer, violencia psicológica, violencia física y violencia sexual.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the association between risky sexual behaviors that gets STIs, HIV/AIDS and violence against women between 15 and 49 years old, according to ENDES 2019.

METHODOLOGY: Study with an observational quantitative approach, with a cross-sectional, retrospective, correlational design and follows the analytical method. The type of data collection was through secondary sources and the final sample was 24094 women who participated in the 2019 National Demographic and Family Health Survey (ENDES). The frequencies were described according to the objectives and the Pearson r correlation test was used for the associations.

RESULTS: The women aged 15 to 49 years included in this study had a result of 93.5% of risky sexual behaviors present, the most common dimension of risky sexual behavior was not using a condom (85%). The 49.6% reported having suffered violence against women (psychological, physical and sexual) at some point in their lives. Psychological violence was the most common with 48.5%, followed by physical violence with 9.62% and sexual violence with 2.6%. Pearson's r correlation showed that risky sexual behaviors have a low ($r \geq 0.1$), direct and statistically significant ($p \leq 0.001$) correlation with violence against women. The risky sexual behavior that was most associated was the age of sexual initiation less or equal to 19 years, with a low correlation ($r \geq 0.1$), directly and statistically significant ($p \leq 0.001$) with violence against women and specifically with psychological violence.

CONCLUSION: There is a significant association between risky sexual behaviors that gets STIs, HIV/AIDS and violence against women between 15 and 49 years of age, according to ENDES 2019.

KEY WORDS: Risky sexual behaviors, sexually transmitted infections, HIV / AIDS, violence against women, psychological violence, physical violence and sexual violence.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Cada año en el mundo ocurren cerca de 357 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estos son: tricomoniasis, infección por clamidia, gonorrea, sífilis, candidiasis o monoliasis, virus del papiloma humano y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)^{1,2}. Todos ellos ocupan el segundo lugar entre las principales afecciones de las mujeres en edad reproductiva, después de las relacionadas con la maternidad, sobre todo en países en vías de desarrollo³.

Entre las ITS que más destacan como problema de salud pública, el VIH es uno de los principales en el mundo, ya que este se encuentra en cuarto lugar de mortalidad internacionalmente¹. La OMS ha considerado que a nivel mundial la transmisión del VIH es la causa de enfermedad más significativa en hombres jóvenes y adultos y la segunda causa, después de las muertes maternas, en mujeres en edad fértil de países en vías de desarrollo¹, tal es así que, desde el primer caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) registrado en el Perú en el año 1983 hasta febrero del 2020, se han reportado 45089 casos de SIDA y 132657 casos notificados de VIH⁴. Estas infecciones se dan en su mayoría por conductas sexuales de riesgo, con mayor énfasis en población que reside en áreas urbanas, así como solteros y jóvenes⁵.

Adquirir alguna ITS es un riesgo que incrementa con el inadecuado o nulo uso del preservativo, así como un alto número de parejas sexuales, entre otras razones⁶. Dentro de los factores que contribuyen al aumento del número de transmisiones de estas infecciones están el elevado número de compañeros sexuales, tener parejas sexuales con comportamientos de riesgo, no realizarse pruebas de descarte de ITS y/o VIH, iniciación sexual sin protección, tener prácticas sexuales de alto riesgo y el consumo de alcohol⁷. Por consiguiente, las mujeres infectadas tienen una mayor probabilidad de desarrollar efectos en contra de su salud con el paso de los años, como las infecciones del aparato reproductivo, infertilidad e hijos nacidos muertos⁵. Es entonces, que no

utilizar preservativo es uno de los principales problemas de las conductas sexuales de riesgo; debido a que este método anticonceptivo de barrera es realmente el único capaz de prevenir no sólo un embarazo no planeado, sino también ITS en mayor porcentaje⁸.

En consecuencia, el número de mujeres infectadas sigue en aumento, la proporción hasta febrero del 2020 respecto a los casos de VIH indica que más o menos por cada 3.4 hombres hay una mujer diagnosticada y esta tendencia es similar en el caso de diagnóstico de SIDA donde por cada 3.1 hombres hay 1 mujer diagnosticada⁴. En tanto la transmisión de VIH/SIDA y otras ITS, el gran porcentaje de sus transmisiones están relacionados con las preferencias sexuales individuales y de pareja^{9,10}; sin embargo, muchas veces no se tiene en cuenta las situaciones donde existe violencia contra la mujer, ya que la subordinación y negaciones son característicos de este tipo de encuentros sexuales, donde existe extrema vulnerabilidad y nula comunicación¹¹.

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública, dentro del cual existe hasta 9 modalidades de esta violencia de género, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en Perú (MIMP), las cuales son: violencia psicológica, violencia física, violencia sexual, violencia económica o patrimonial, violencia y derechos reproductivos, violencia en situaciones de conflicto armado, violencia en el trabajo, acoso sexual callejero, trata de personas con violencia hacia las mujeres migrantes y feminicidio⁹. Las más recurrentes y reportadas suelen ser principalmente la violencia psicológica, física y sexual. Por esa razón, el concepto de violencia contra la mujer es cualquier acción que cause muerte, daño o sufrimiento hacia una mujer por medio de cualquier tipo de violencia ya mencionado¹².

En el año 2019, a nivel nacional, el 57.7% de las mujeres alguna vez en una relación de pareja sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero¹³. A pesar de no existir evidencias suficientes para establecer una relación entre la violencia contra la mujer y las conductas sexuales que hacen posible la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS, definitivamente muchos autores concuerdan que la violencia es un factor de riesgo y desencadenante, a la vez, de estas conductas sexuales de riesgo¹⁴. Entrando así a un

círculo repetitivo que podría relacionar ambas variables, de manera que las vidas de muchas mujeres se ven afectadas tanto por ITS como por la violencia hacia ellas en sí¹⁵.

Si el problema de la violencia contra la mujer persistiera, probablemente continuaría la incidencia en las conductas sexuales de riesgo que causan la transmisión de ITS, VIH/SIDA, infecciones vaginales, embarazos no planificados o la combinación de todas ellas^{3,9,14}. Por todo lo mencionado anteriormente sobre las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres, la siguiente pregunta se plantea: ¿Cuál es la asociación entre las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, según ENDES 2019?

Los antecedentes que se recaudaron fueron los siguientes:

Kauffman M, en Estados Unidos, en el 2020 publicó un estudio que exploró las experiencias de los estudiantes y sus percepciones sobre la violencia de género y las conductas sexuales de riesgo en dos universidades de Etiopía. Utilizó un análisis cualitativo para explorar la relación entre la violencia de género y el riesgo sexual e identificar los puntos de intervención (n = 126). Los datos mostraron que las estudiantes de ambas universidades están expuestas regularmente a la violencia de género, que en combinación con comportamientos sexuales de riesgo puede ser perjudicial para su salud. Además, mostró que entre los estudiantes se presenta la creencia de que las mujeres que no siguen los roles de género son más propensas a ser violentadas y que el uso de drogas y alcohol contribuyó a los comportamientos de riesgo. Los participantes también reportaron que los estudiantes varones promovían a veces la intoxicación femenina para lograr encuentros sexuales. Asimismo, indicó que en el campus de los participantes se dan servicios de salud sexual y contra la violencia de género, pero sugieren que debería mejorarse. Recomendó intervenciones en el campus centradas en la reducción de la violencia de género y el riesgo sexual¹⁶.

Febre M, en Chiclayo, en el 2020 realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre dependencia emocional y conductas sexuales de riesgo en jóvenes. El tipo de estudio fue cuantitativo y diseño no experimental transeccional. Participaron 360

adolescentes de 19 a 30 años, quienes respondieron cuestionarios de dependencia emocional y la escala de conductas sexuales de riesgo. Sus resultados mostraron que el 72% de jóvenes tenían dependencia emocional y que un 68% de jóvenes evidenciaron un nivel bajo de conductas sexuales de riesgo. Logró evidenciar que, entre la variable de dependencia emocional y conductas sexuales de riesgo, existe una relación inversa, muy significativa de efecto moderado, concluyendo que existe relación entre ellas¹⁷.

Sabri B; et al., en Uganda, en el 2019 elaboraron un estudio el cual tuvo como objetivo la comparación entre los factores de riesgo de violencia de pareja con el VIH e ITS en comunidades pesqueras, comerciales y agrarias en Rakai-Uganda, por género. Para el estudio utilizó datos transversales recopilados de 14,464 personas, entre hombres sexualmente activos (n = 6531) y mujeres (n = 7933) pertenecientes a una base de datos dentro de su comunidad de un estudio de cohorte abierto basado en la población de hombres y mujeres de 15 a 49 años. Utilizaron modelos de regresión de Poisson modificados multinivel. Los factores asociados con la violencia de pareja, el VIH y las ITS se evaluaron por separado para hombres y mujeres en las comunidades pesqueras, comerciales y agrarias. Los resultados evidenciaron que había una mayor proporción de participantes en las comunidades pesqueras que en las comunidades comerciales y agrarias de personas seropositivas, y que además participaban en conductas de riesgo de infección por el VIH, tenían síntomas de ITS e informaron haber sido y ser víctimas de violencia de género. Las mujeres tuvieron una correlación más alta entre la violencia de pareja, VIH e ITS en las comunidades pesqueras¹⁸.

Leddy A, et al., en Estados Unidos, en el 2019 realizaron un estudio sobre violencia basada en el género y VIH; cuyo objetivo fue encontrar una relación entre la violencia contra las mujeres y el diagnóstico de VIH, ya que el panorama no era claro aún. La investigación fue una revisión sistemática, donde analizaron evidencias sobre los servicios de ITS, diagnóstico de VIH, cuidados clínicos, tratamiento anti-retroviral, profilácticos para evitar el contagio y orientación epidémica junto a sus estrategias. La población fue de mujeres trabajadoras sexuales, mujeres transgénero y mujeres que utilizan drogas. Se utilizó Pubmed, Scopus y Web of Science; de las cuales obtuvieron

279 fuentes identificadas y 51 que cumplían los criterios de inclusión para la revisión. Sus resultados evidenciaron que ser víctima de violencia impide a mujeres tomarse pruebas diagnósticas de VIH, cuidados y tratamiento; sin embargo, varía según la geografía y ajustes epidemiológicos¹⁹.

Montgomery B; et al., en Estados Unidos, en el 2018 publicaron una investigación cuyo objetivo fue identificar la incidencia del VIH entre las mujeres que viven en áreas de altos índices de VIH y de mucha pobreza. Examinaron los factores de riesgo del VIH para predecir el abuso emocional, la violencia física y sexo forzado. La muestra estuvo conformada por 2099 mujeres de 18 a 44 años de edad que reportaron haber tenido coito vaginal o anal sin preservativo con un compañero masculino y mencionar algún factor de riesgo del compañero masculino en los últimos 6 meses. Los resultados más importantes indicaron que el sexo por intercambio (como comida, refugio, vivienda, drogas o dinero), parejas que tienen otras parejas sexuales y tener una pareja encarcelada fueron significativamente predictivos de abuso emocional 6 meses después. El diagnóstico previo de infección de transmisión sexual, el intercambio de relaciones sexuales y el consumo excesivo de alcohol fueron significativamente predictivos de violencia física 6 meses después²⁰.

Becker M; et al., en Kenia, en el año 2018 desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de vulnerabilidades asociadas al VIH en la primera relación sexual y su asociación con la violencia de género (VBG) de por vida con el VIH. Realizaron una encuesta bioconductual transversal entre las niñas y las mujeres jóvenes (14-24 años) en Mombasa, Kenia con datos del 2015. Comparó la prevalencia de las vulnerabilidades de la primera relación sexual en mujeres jóvenes y otro grupo que se identificaban a sí mismas como involucradas en el trabajo sexual (N = 408), sexo transaccional (N = 177), o sexo casual (N = 714) y utilizaron regresión logística para identificar asociaciones ajustadas por edad entre las vulnerabilidades de la primera relación sexual y hallazgos (violencia basada en el género después de la primera relación sexual; VIH). Sus resultados mostraron que la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 16 años (rango 14-18). El 41,2% y 11,2% experimentaron una

primera relación sexual coaccionada y forzada, respectivamente. Las vulnerabilidades de la primera relación sexual fueron generalmente más comunes entre las niñas y las mujeres jóvenes en el trabajo sexual²¹.

Vidal E y Hernández B, en Cuba, en el año 2017 desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las conductas sexuales de riesgo asociadas a las ITS en la adolescencia en Cuba. Diseñaron un estudio analítico de casos y controles para evaluar conductas de riesgo asociadas a las ITS en adolescentes de un policlínico. Aplicaron un cuestionario y los resultados fueron mostrados en tablas, aplicando pruebas estadísticas de significancia. Los resultados mostraron que las edades estudiadas más altas fueron entre los 18 y 19 años en un 47 %; la mitad de la población indicaban cambios frecuentes de parejas; 48 % tenían relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos de barrera; la percepción del riesgo de adquirir una ITS, tanto en el grupo de estudio como el de control fue de 23,2% y 40,3% respectivamente²².

Rojas J, en Apurímac, en el año 2017 en su estudio que tuvo lugar en Andahuaylas, tuvo como objetivo determinar la relación entre las conductas sexuales de riesgo y los problemas sexuales en el adolescente de una escuela secundaria durante el año 2017. Estudio fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 111 alumnos. Para recolectar los datos se usó una encuesta elaborada. Los resultados mostraron que el 29.73% de los alumnos presentaban un nivel bueno respecto a las conductas sexuales de riesgo, el 46.85% regular y un 23.42% malo, también se evidenció que el 8.11% tienen un nivel alto de problemas sexuales como variable, el 17.12% un nivel medio y un 74.77% un nivel bajo. Concluyó que los problemas sexuales están relacionados de manera directa y positiva con los problemas sexuales, hallado con la correlación de Spearman²³.

Romero M, en Lambayeque, en el año 2017 ejecutó una investigación cuyo objetivo se basó en identificar el tipo, la fase de violencia de género y sus factores asociados en dos distritos del departamento de Lambayeque en agosto-octubre del 2015. El estudio fue descriptivo y trasversal. La población del primer distrito fue de 28120 habitantes y la muestra fue de 378; en el segundo distrito la población fue de 161717 habitantes y la

muestra de 382, seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia. Aplicó una ficha de datos sociodemográfica, escala de ansiedad y depresión de Goldberg, escala de autoestima de Rosenberg y la escala de evaluación del tipo y fase violencia de género. Los resultados revelaron una incidencia de 47.5% de violencia de género en el primer distrito y 47.8% de la población del segundo distrito. Se concluye que la violencia de género en ambos distritos está presente, con mayor porcentaje de violencia psicológica en un 95.1%, luego violencia física en un 54,6% y finalmente la violencia sexual en un 54,3%²⁴.

Trujillo A, en Ica, en el año 2017 elaboró una investigación que buscó hallar la correlación entre la violencia basada en género con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Ica. El estudio fue analítico, prospectivo y transversal, con un diseño de cohorte. La población fue de 683 mujeres y la muestra fue de 70 mujeres en edad fértil, 35 con violencia basada en género y 35 sin violencia basada en género en las que evaluó el uso de métodos anticonceptivos. Sus resultados indicaron que las mujeres adultas jóvenes sufren más violencia, así como las que conviven y con menor grado de instrucción. El 18.6% de las participantes manifestó utilizar anticonceptivos ocultándoselo a la pareja porque se lo prohíben. El 25,7% de las mujeres que sufren violencia utilizan métodos anticonceptivos y el 35,7% de las mujeres que no son violentadas usan algún método anticonceptivo. No existió correlación entre las variables, por lo que el autor concluyó que la violencia basada en género no se encuentra estadísticamente asociada al uso de métodos anticonceptivos²⁵.

Barja J, en Lima, en el año 2016 realizó una investigación basada en el objetivo de describir los factores que influyen en la violencia basada en el género en un determinado grupo de mujeres atendidas en un hospital. Realizó un estudio analítico de casos y controles en 264 mujeres (132 mujeres con presencia de violencia basada en género y 132 mujeres con ausencia de la misma). Los resultados del análisis bivariado mostraron hallazgos estadísticamente significativos para los factores sociales (perspectiva de género), factores culturales (creencias, relación de pareja) y factores personales (presencia de alguna enfermedad, violencia en la infancia, consumo de alcohol y uso de

preservativo) con todos los tipos de violencia basada en género. El análisis multivariado adecuó los resultados, conservando al mayor factor predictivo de cada tipo de violencia basada en género con una correlación estadísticamente significativa²⁶.

Bases teóricas

Conductas sexuales de riesgo

Los objetivos del milenio plantean que se debe tener entornos de apoyo para tener una conducta sexual sana, como igualdad sexual, salud materna y la prevención de las ITS, VIH/SIDA²⁷. Estas infecciones de transmisión sexual mencionadas son dadas por una conducta sexual completamente prevenible, es así que los esfuerzos de los trabajadores de salud y equipos multidisciplinarios deben estar alineados a conseguir mejoras en esta deficiencia que causa consecuencias para la salud. La información y educación sexual integral es importante para mejorar esta problemática; para que la dignidad, respeto y decisión de cada persona sea tomada en base a una información de salud adecuada, sin vulnerar ni influenciar de manera negativa en sus decisiones²⁸.

Las conductas sexuales de riesgo son las maneras de proceder y comportarse ante una inminente relación sexual, sea la primera relación coital o en repetidas ocasiones; va desde las reglas morales, principios éticos, valores relacionados a la sexualidad de las personas de forma negativa, así como acciones que las influyen e implica además que ocurra o se exponga a un daño en mayor o menor grado, el cual podría comprometer su salud, desarrollo social y proyecto de vida, en algunos casos hasta la auto supervivencia y la de su entorno²³.

Por lo tanto, estas conductas sexuales de riesgo han sido segmentadas por varios autores para así tener las dimensiones que ayuden a constituir esta variable, como: Sexo coital en todos sus tipos sin uso de preservativo, específicamente sexo vaginal sin algún tipo de anticonceptivo o método de barrera que proteja de contraer ITS entre otros, número de parejas sexuales, consumo de estupefacientes como el alcohol, inicio precoz de las relaciones sexuales, prácticas preventivas de diagnóstico frente a una ITS, VIH, entre otras²⁹.

Las personas por lo general adoptan conductas sexuales de riesgo debido a que existen factores que los hacen propensos a ello, tales como el desarrollo cognitivo, psicosocial y afectivo-emocional; la familia, los amigos, consumo de alcohol y otras drogas, educación sexual recibida y los medios de comunicación²⁹. Estos factores aparecen en la adolescencia y de no ser atendidos u orientados puede llevar a consecuencias y resultados desfavorables para su salud sexual y reproductiva^{29,30}.

Múltiples parejas sexuales

El número de personas que han tenido contacto íntimo y coital con una persona se cuenta como parejas sexuales. La OMS define a la promiscuidad como el mantener relaciones sexuales coitales con más de 2 personas en un rango menor de 6 meses, este es un contexto social donde se le correlacionará con el estado psicológico de la persona³¹.

En un estudio de Perú la media del número de parejas sexuales en gestantes adolescentes fue de 2 a más personas³²; en otro estudio peruano el número de parejas sexuales por lo general oscila entre 1 o 2 personas en adolescentes², mientras que en un estudio de Cuzco en jóvenes adultos los hombres tuvieron sexo vaginal con 6.17 mujeres en promedio y las mujeres tuvieron 3.36 parejas en comparación³³.

El aumento del número de parejas sexuales en cortos periodos de tiempo está ligado a la potencial probabilidad de contraer alguna infección por el medio sexual, ya que las posibilidades son más propensas a ello. Así también, la combinación de la elevada andría y el no utilizar un método de barrera, que proteja de la transmisión de infecciones, es la más peligrosa por la exposición que se tiene ante una posible transmisión de ITS y VIH^{34,35}. Este peligro es debido a los periodos de ventana que existen en cada ITS o transmisión de un virus, por lo que no se puede establecer en cortos periodos de tiempo un diagnóstico definitivo y mucho menos un tratamiento adecuado, poniendo en riesgo a las futuras parejas sexuales³⁶.

Uso inadecuado de métodos anticonceptivos

La utilización de los métodos anticonceptivos debe ser siempre guiada por un especialista en el tema, ya sea para su elección correcta o para su orientación para el propósito específico de la persona que lo busca. Se utilizan estos métodos para evitar un embarazo no planeado y/o para evitar una ITS⁸.

Según la última edición de la norma técnica de planificación familiar las personas tienen el derecho a recibir consejería, orientación y el método de su elección al acudir al servicio de planificación familiar. Se considera como pareja protegida a la que recibe cien unidades de condones masculinos o femeninos distribuidas en cuatro atenciones, la primera al mes y las siguientes cada tres meses de planificación familiar en un año⁸, en el caso de elegir los preservativos. También se indica realizar tamizajes de VIH y de violencia basada en el género sea varón o mujer el que acuda.

A pesar de tener estandarizado y normado las atenciones de planificación familiar y la entrega de métodos anticonceptivos, la realidad nacional e internacional no nos dan los resultados esperados, como en el país de Panamá¹⁰ donde en un estudio indicaron que el 35% de las mujeres no podían negarle tener relaciones sexuales coitales a sus parejas y el 39% de las mismas tienden a no poder negociar el uso del preservativo con sus parejas, haciéndolas propensas a adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Este resultado no es muy diferente a Perú donde se encontró que solo el 13.5% de mujeres utilizaba preservativo masculino en el 2019¹³.

Estar constantemente expuesto a la violencia podría coaccionar las decisiones que las mujeres toman respecto al uso de anticonceptivos, lo cual produce que no se utilicen; como en un estudio donde se identificó que sólo el 25,7% de todas las mujeres violentadas usaba al menos un método anticonceptivo, sea anticonceptivo oral, condón, inyectable trimestral, dispositivo intrauterino (DIU) o anticoncepción natural²⁵. Siendo de estos el más importante el preservativo masculino y/o femenino, ya que sólo estos métodos de barrera logran evitar un embarazo no planeado y la transmisión de una ITS, VIH⁸.

Edad precoz de inicio de la vida sexual

La edad de inicio para las relaciones coitales es motivo de controversia ya que no se establece una edad adecuada para el inicio de la vida sexual, las leyes de cada país sirven de guía primaria, ya que ellos indican una mayoría de edad por encima de los 18 o 21 años, mientras que la OMS establece que la adolescencia perdura hasta los 19 años y con ello se podría marcar un punto de corte para el inicio de la vida sexual³⁷.

En países como Colombia, el indicador de iniciación sexual reporta que las edades de inicio oscilan entre los 15 y los 18 años de edad, sin diferencia de género, con uno, dos o cuatro compañeros sexuales³⁸. En el Perú el rango de edad para el inicio de la vida sexual oscila entre los 14 y 16 años, según varios estudios que se realizaron en adolescentes^{39,40}.

Los motivos del inicio de la vida sexual deberían estar ligados a la madurez emocional y física²³, acompañado de consejería en planificación familiar, educación sexual integral y consulta obstétrica y/o ginecológica; sin embargo, este suceso de inicio en la sexualidad de pareja se ve dado por la presión social, obligación de la pareja, insatisfacción personal (baja autoestima), entre otros⁴¹.

Consumo de alcohol a temprana edad

El consumo de estupefacientes como el alcohol es otro indicador de conductas sexuales de riesgo⁴², el comportamiento de los jóvenes muestra que el consumo de estupefacientes y las relaciones sexuales de riesgo están directamente relacionados, ya que no están en posición de poder tomar decisiones correctas, ni mucho menos consentidas, así como la negativa o no consideración de utilizar algún método anticonceptivo, tanto para evitar un embarazo como una ITS, VIH/SIDA^{3,7,42}.

Un estudio en África, país donde hay más reportes de VIH diagnosticados, concuerda con que el uso del alcohol es un factor que predispone a las personas a realizar actos que no realizarían en un estado de conciencia sobrio, también el alcohol ha estado presente en situaciones donde la persona inició su vida sexual, también en las personas

con un alto número de compañeros sexuales junto a la falta de uso de métodos de barrera como el preservativo, para evitar adquirir una ITS o un embarazo no planeado⁷.

Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA

Las ITS son infecciones en las que la transmisión se da únicamente en un contexto sexual. Las principales ITS son la gonorrea, tricomoniasis, sífilis, herpes, virus del papiloma humano (VPH), hepatitis B, verrugas genitales, ladillas, entre otras. Las ITS y el VIH/SIDA constituyen la cuarta causa de muerte en el mundo, ya sea por la transmisión de VIH como por el desarrollo de SIDA⁴³.

Según la OMS, en el 2018, los patógenos que se transmiten por vía sexual comprometen la calidad de vida, la salud sexual reproductiva, la salud del recién nacido y de los niños. También facilitan indirectamente la transmisión del VPH y el VIH/SIDA, estos pueden llegar a provocar algunos cambios celulares que pueden ser lesiones pre-cancerígenas^{37,44}. Alteran los presupuestos de los hogares como del sistema de salud en cada país, tanto de los que tienen ingresos altos como bajos, teniendo así efectos adversos en el bienestar general de las personas¹.

El VIH que posteriormente se desarrolla como el SIDA, ha sido de las infecciones de transmisión sexual más pandémicas, ya que hasta hoy no se logra erradicar en el mundo⁶. Se transmite por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona portadora del virus, transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringas u otras herramientas punzantes. Asimismo, puede existir transmisión madre-hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia, tal como lo describe la OMS⁶.

La incidencia del VIH en América Latina, siendo la principal vía de transmisión la sexual (97% de los casos), nos muestra que, en el año 2015 alrededor de dos millones de personas vivían con el VIH, produciéndose en ese año aproximadamente cien mil nuevos casos de infección por VIH, donde la principal vía de transmisión es la sexual³³. El promedio de edades de los casos de SIDA en Perú es de 31 años, por lo que se puede

intuir que la mayoría de transmisiones de este virus se dieron antes de cumplir los 21 años de edad³³.

En el Perú, como en otros países del mundo, existe poca cultura de descarte de infecciones de transmisión sexual a pesar de existir normas y protocolos para la realización de descartes de ITS, VIH, entre otros, la mayoría personas no acuden a realizarse estos exámenes, en muchas ocasiones gratuitas y, por el contrario, a pesar de tener el conocimiento y la información correcta no toman la decisión de realizárselo. Agregado a ello también existen factores que obstaculizan la toma de decisión y la acción de ir a una instancia de salud como lo puede ser la violencia de pareja^{19,33}.

Violencia

Según la OMS en un informe sobre la violencia y la salud hace diecinueve años, la violencia se define como el uso imperante de la fuerza física o de algún tipo de poder, amenaza o intimidación hacia una persona o grupo, que muy aparte de poder causar la muerte por lesiones físicas, también lo son los daños psicológicos y del desarrollo⁹. Esta definición bien comprende de igual manera a la violencia interpersonal, comportamiento suicida y conflictos armados. También son actos que van desde lo físico a lo verbal, como son las intimidaciones, esta definición abarca las consecuencias de un comportamiento violento que a menudo no es tan visible, como por ejemplo las consecuencias negativas en la salud mental, prohibiciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de las familias y comunidades⁴⁵.

Violencia contra la mujer

En el artículo 1° de la declaración sobre la “Eliminación de la Violencia contra la Mujer”, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se señala que “se entiende como violencia contra la mujer, todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”⁴⁶.

La violencia basada en género, es decir, la que busca mantener el sistema de género en una analogía de poder y dominio de lo masculino sobre lo femenino, como es el caso del patriarcado histórico, sin lugar a cambio de poderes. Se trata de una violencia histórica desde tiempos remotos donde se observa desigualdades entre mujeres y hombres⁹. Respecto a las mujeres, el 20% de ellas en todo el mundo han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia por parte de una persona conocida en su entorno que no sea su pareja en algún momento de su vida⁴⁷. En la mayoría de casos, los casos son de violencia de pareja.

Mundialmente casi un tercio de todas las mujeres que han mantenido en una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su compañero; esta cifra puede variar hasta el 38% dependiendo del lugar. A nivel mundial el 38% del número total de feminicidios se debe a la violencia conyugal. Haber sido víctima de violencia (sobre todo física y sexual) por parte de su pareja predispone a un riesgo mayor de sufrir problemas de salud importantes²⁴.

Violencia psicológica

La violencia psicológica se da mediante humillaciones, que pueden ser reiteradas o constantes, con el propósito de perjudicar la estabilidad emocional de la víctima, estas formas de humillaciones son abuso verbal, burlas, sometimientos, críticas, intimidación, alejamiento, prohibición económica y sobre todo amenazas⁴⁸. Este tipo de violencia muchas veces se encuentra invisibilizada y se reconoce a través de sus manifestaciones como enfermedades y desestructuraciones psíquicas, enfermedades psicosomáticas, depresión, etc⁴⁹. Hay estadísticas correspondientes a la violencia psicológica conyugal dada en las familias; se estima que este va entre un 35 y 52.8% a nivel nacional en el Perú^{13,50}.

La violencia psicológica además mella en el juicio de la persona que lo sufre, ya que estar en constante degradación, tener una dependencia emocional hacia el maltratador, ser dependiente económicamente, mantenerse en aislamiento de los pares, sentirse inferior, no ser considerado en decisiones importantes y vivir bajo amenazas o

intimidación puede llegar a vulnerar a la persona sin la necesidad de acudir a un maltrato físico, pero al mismo tiempo llevándolo hacia la violencia física⁴⁹.

Se sabe que este tipo de violencia es el más usual en las relaciones conflictivas, por lo que se requiere un diagnóstico temprano y sutil, el cual ya está estipulado e incluido en la norma técnica de planificación familiar y en la norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B^{8,36}.

Violencia física

El MIMP definió la violencia física como la “acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud, el cual incluye al maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación”⁹. La violencia física en el Perú es la más denunciada, ya que es la más visible ante la sociedad⁵¹.

La violencia física generalmente aparece luego de una coerción de la víctima por medio de violencia psicológica, por lo que generalmente aparece posterior a ello. Se define entonces como agresiones dirigidas al cuerpo de la víctima, sea por intento o un daño permanente o temporal, donde se utiliza la fuerza física, algún tipo de arma u objeto que provoque lesiones internas y/o externas⁹. Se expresan por lo tanto en acciones como empujar, golpear, jalar el cabello, causar lesiones como heridas, sea con objetos punzocortantes, utensilios, intentos de ahorcamiento, patear o lanzar algún objeto²⁵. Así mismo en Lima - Perú el 51% de mujeres, en un estudio externo, refirió haber sufrido violencia física o sexual por parte de su cónyuge⁵⁰.

Violencia sexual

La violencia sexual es uno de los tipos de violencia menos denunciadas y con mayor dificultad al acceso de servicio de justicia. Es el mayor indicador de la desigualdad de género en todos los aspectos sociales y que limita el libre ejercicio de los derechos humanos de las mujeres⁹.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la violencia sexual es “todo acto sexual o la tentativa de consumarlo, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones destinadas a la trata o a utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por parte de otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el trabajo”. Aquí también se adiciona a la violación sexual, la cual es definida como “penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes del cuerpo o un objeto”; no obstante, la definición médico-legal de violación puede variar en distintos países¹⁴.

En el 2019 la violencia sexual alcanzó un 7.1% según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), donde en comparación de otros años, ha sido el porcentaje más alto, esto no solo se debe al aumento de casos, sino también al aumento de reportes y denuncias, ya que sin ello no se podría conocer realmente cuál es la dimensión de esta problemática, ni la distribución por regiones del país¹³.

Definición de términos

Violencia contra la mujer:

Es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento psicológico, físico o sexual para la mujer, inclusive ser amenazada de estos actos, así como la coacción o la privación arbitraria de la libertad⁹.

Conductas sexuales de riesgo:

Exposición a daños a la salud por el hecho de tener relaciones coitales, describe a estas conductas como: Sexo en todos sus tipos sin uso de preservativo, relaciones coitales sin algún tipo de anticonceptivo, número elevado de parejas sexuales, consumo de estupefacientes como alcohol, inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de prácticas preventivas contra las ITS, VIH/SIDA, entre otros⁵².

Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA:

Las ITS son infecciones en las que la transmisión se da únicamente en un contexto sexual. El VIH, que sin tratamiento o detección se desarrollaría como SIDA, puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona portadora de este virus, entre otros. La transmisión de ellos trae consigo problemas para la salud de la persona que lo porte⁵³.

1.1. Formulación del problema

- ¿Cuál es la asociación entre las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, según ENDES 2019?

1.2. Objetivo general

- Determinar la asociación entre conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, según ENDES 2019.

1.3. Objetivos específicos

- Identificar las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA en mujeres de 15 a 49 años, según ENDES 2019.
- Identificar la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, según ENDES 2019.
- Identificar la asociación entre las dimensiones de las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y las dimensiones de la violencia contra las mujeres de 15 a 49 años, según ENDES 2019.

1.4. Hipótesis

- H0: No existe una asociación significativa entre las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, según ENDES 2019.
- Hi: Existe una asociación significativa entre las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, según ENDES 2019.

CAPITULO II: METODOLOGÍA

2.1. Diseño y tipo de estudio

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue transversal, debido a que la encuesta se dio en un determinado momento en el tiempo, retrospectivo porque la recolección de datos se realizó después de sucedido los hechos, correlacional porque se asoció variables dentro del estudio y siguió el método analítico⁵⁴.

Tipo de estudio

El estudio fue principalmente cuantitativo y de tipo observacional, ya que no se intervino en las variables, en los sucesos ocurridos ni en los efectos de ellos⁵⁴.

2.2. Población y muestra

Población del estudio

La población fueron todas las mujeres que participaron en la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en Perú.

Unidad de análisis

Datos de cada mujer que participó en la ENDES del 2019, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en Perú.

Muestra del estudio

La muestra fue de 26038 mujeres del total de la población de la ENDES 2019, siendo solo seleccionadas aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Luego se aplicaron los factores de ponderación por lo que la muestra se redujo a 24094 participantes, siendo esta la cantidad final.

Criterios de inclusión

- Mujeres que participaron en la ENDES 2019.
- Mujeres entre 15 y 49 años de edad.
- Mujeres que hayan tenido por lo menos una pareja sexual.
- Mujeres que hayan completado los cuestionarios:
 - *"Características del hogar"*.
 - *"Mortalidad Materna – Violencia intrafamiliar"*.
 - *"SIDA y uso de condón"*.
 - *"Historia de nacimiento - tabla de uso del método"*.
 - *"Encuesta de salud"*.
 - *"Nupcialidad - Fecundidad - Cónyugue y Mujer"*.

Criterios de exclusión

- Mujeres de 15 a 49 años con datos generales incompletos.
- Mujeres de 15 a 49 años sin datos en el factor mujer (V005).

Tipo de muestreo

ENDES utiliza un muestreo aleatorio, complejo, bi-etápico, conglomerado y estratificado.

2.3. Identificación de las variables

Variable 1: Conductas sexuales de riesgo.

Dimensiones:

- Número de parejas sexuales.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Edad de inicio de la vida sexual.
- Consumo de alcohol.
- Diagnóstico de ITS, VIH/SIDA.

Variable 2: Violencia contra la mujer.

Dimensiones:

- Violencia psicológica.
- Violencia física.
- Violencia sexual.

2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.

Técnica de recolección de datos

Se aplicó el análisis documental y se utilizó las fuentes secundarias de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019. La técnica de recolección de información se efectúa a través de entrevistas, las cuales son registradas en un dispositivo electrónico por el personal del INEI. Este periodo de tiempo generalmente va de marzo a diciembre de cada año; para la presente investigación se utilizó la base de datos secundaria del año 2019¹³.

Instrumento de recolección de datos

La presente investigación fue un análisis secundario de base de datos de la ENDES 2019 realizada por el INEI; por lo tanto, no requirió de un instrumento para la recolección de datos.

Fuente de datos

La fuente de datos utilizada fue la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)” ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Los resultados se presentan en el documento “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 - Nacional y Departamental”, el cual es de acceso público¹³.

2.5. Procedimiento y análisis de datos

Procedimiento de recolección de datos

- I. Se descargó la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019 de la página web oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática: <http://inec.inei.gov.pe/microdatos/>
- II. Se procedió a la selección de las variables de estudio (1 y 2), fueron 33 preguntas seleccionadas, las cuales pertenecían a los cuestionarios: "Características del hogar", "Mortalidad Materna – Violencia intrafamiliar", "SIDA y uso de condón", "Historia de nacimiento - tabla de uso del método", "Encuesta de salud" y "Nupcialidad - Fecundidad - Cónyuge y Mujer".
- III. Para describir la muestra se utilizó 6 ítems. Para la variable 1 (conductas sexuales de riesgo) se utilizó 9 ítems. Para la variable 2 (Violencia contra la mujer) se utilizó 18 ítems. Los detalles de cada ítem, módulos de donde fueron obtenidos y la descripción de cada pregunta se encuentra en el Anexo 1 y 2.
- IV. Para el proceso de unificación de cada base de datos por cuestionario se utilizó el campo CASE ID, los datos se agruparon generando un archivo con esta nueva variable que identificó a la persona entrevistada.
- V. Mediante los factores de ponderación, específicamente el factor mujer (V005), se procedió al análisis de la base de datos con el propósito de que los valores obtenidos sean representativos de la población.
- VI. Se procedió a la recategorización de las respuestas de las participantes para emplearlas posteriormente en el análisis bivariado. Los datos se procesaron utilizando el programa estadístico "R Studio", así como las tablas en Excel 2019 de Microsoft Office.

2.6. Procesamiento de análisis de datos

- I. Para el análisis de datos se empleó medidas de resumen de variables cuantitativas (promedios). Además, para las variables categóricas se elaboró una tabla de frecuencias para brindar información sintetizada.

- II. Para dicotomizar las variables y darles un valor para el análisis se recurre a la teoría y conforme al tipo de respuesta se les asigna un valor que puede ser “riesgo” y “no riesgo” para la variable 1, así como “violencia” y “no violencia” para la variable 2; así se logró obtener una base de datos con valores cualitativos y cuantitativos para describir las frecuencias y también con valores dicotomizados para hallar la asociación y sus niveles.
- III. Se aplicó el test de correlación r de Pearson: Evalúa la significancia estadística de la asociación y su magnitud. Se consideró estadísticamente significativas aquellas diferencias en las que el valor de p obtenido fue menor o igual al nivel de significancia ($p \leq 0.001^{***}$, $p \leq 0.01^{**}$, $p \leq 0.05^*$). El valor R referente a la magnitud de la correlación es representada mediante el símbolo “ r ”, esta asume valores que son categorizados como muy bajo, bajo, medio y alto, es decir si el valor r es: $r < 0.1$ se considera muy bajo, $0.1 \geq r < 0.3$ se considera bajo, de $0.3 \geq r < 0.5$ es moderado y $r \geq 0.5$ a más es alto.

2.7. Aspectos éticos

La presente investigación utilizó una base de datos secundaria, publicada en el portal oficial del organismo nacional del Perú, INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), por lo que esta investigación no representa un riesgo ético, ya que el objetivo del estudio fue la descripción de los datos obtenidos en esta encuesta y correlacionarlos entre sí; y donde, no hubo ninguna intervención.

CAPITULO III: RESULTADOS

Características generales de la población estudiada

Respecto a la edad se diferenciaron siete rangos, donde estuvieron incluidas adolescentes, jóvenes y adultas donde el mayor porcentaje lo obtuvo las mujeres adultas entre 30 y 34 años de edad con un 17.9%, el resto de rangos de edades se distribuyeron de forma uniforme oscilando entre 12.3% a 17.6%, el rango de edad más bajo fue el de las edades de 15 a 19 años que obtuvieron un 6%. Por otro lado, respecto al estado civil de las mujeres entrevistadas el 47.7% indicó ser conviviente de su pareja actual al momento de la entrevista, seguido de las mujeres casadas en un 26.4% y solteras, viudas, divorciadas y separadas en menor proporción. **Véase Tabla 1.**

Respecto al nivel educativo alcanzado, el 40.9% manifestó haber concluido estudios superiores, mientras que el 49.3% culminó estudios primarios y/o secundarios. El otro 6.8% restante no concluyó estudios primarios o no recibió educación escolar básica. El número de hijos con mayor porcentaje fue de 2 hijos (27.1%) y en promedio las participantes señalaron haber tenido 1.91 hijos. El 20.2% informó haber pasado por el suceso de tener un aborto involuntario o un nacido muerto en algún momento de su vida. También se observó el lugar de residencia de sus participantes, Lima tuvo mayores entrevistadas con un 39.2%, luego continuó el resto de la región Costa con un 30.5%, seguido de la región Sierra con un 20.5% y finalmente la región Selva con un 9.8%. El estudio logró abarcar todos los departamentos del Perú, a pesar de no tener el mismo número de participantes sí tuvo representación de todos los departamentos para el estudio con la ponderación de datos. **Véase Tabla 1.**

Tabla 1. Características generales de las mujeres de 15 a 49 años, ENDES 2019.

Características generales	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad		
15 a 19	1446	6%
20 a 24	3544	14.70%
25 a 29	3864	16%
30 a 34	4320	17.90%
35 a 39	4231	17.60%
40 a 44	3731	15.50%
45 a 49	2958	12.30%
Estado Civil		
Soltera	4167	17.30%
Casada	6359	26.40%
Conviviente	11485	47.70%
Viuda	83	0.30%
Divorciada	150	0.60%
Separada	1850	7.70%
Nivel educativo alcanzado		
Sin educación	357	1.50%
Primaria incompleta	2003	8.30%
Primaria completa	1968	8.20%
Secundaria incompleta	3202	13.30%
Secundaria completa	6713	27.80%
Superior	9851	40.90%
No sabe	0	0
Lugar de residencia		
Lima	9439	39.20%
Resto Costa	7376	30.5%
Sierra	4917	20.5%
Selva	2362	9.8%
Número de hijos		
0	4715	19.50%
1	5686	23.60%
2	6516	27.10%
3	3947	16.40%
4 a más	3230	13.40%
Aborto involuntario o nacido muerto		
Si	4864	20.20%
No	19230	79.80%
Total	24094	100%

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de la base de datos del INEI, ENDES 2019.

Conductas sexuales de riesgo de la población estudiada

Sobre las conductas sexuales de riesgo, se evaluaron las siguientes dimensiones: Número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, edad de inicio de la vida sexual, consumo de alcohol y diagnóstico de ITS, VIH/SIDA (Más de 1 pareja sexual en el último año, no uso de preservativo masculino o femenino, edad de inicio de la vida sexual menor o igual a 19 años, consumo de alcohol en una edad menor o igual a 19 años, prácticas preventivas de ITS, VIH/SIDA en el último año). Se evidenció que el 93.5% de las participantes reportaron haber realizado alguna de dichas conductas.

Véase Tabla 2.

En la dimensión del número de parejas sexuales en el último año, se reportó que 584 mujeres tuvieron de 2 a más compañeros sexuales, siendo el caso más elevado de 13. El promedio de las respuestas de este ítem fue de 1.03 parejas sexuales. El 85% no usa ningún tipo de método de barrera que proteja de ITS de forma consecuente, por lo que solo un 14.99% y 0.01% utiliza el condón masculino y condón femenino respectivamente. Respecto al uso del preservativo, tanto en la primera como en la última relación sexual, se observa las frecuencias donde se representa a más de la mitad de la muestra en ambos casos, ya que el 54.84% respondió que no utilizó preservativo en la primera relación sexual, así como el 81.65% respondió que no utilizó preservativo en la última relación sexual. Para la edad de inicio de la vida sexual el 73.98% manifestó haber iniciado entre las edades de 10 a 19 años, coincidiendo con la pubertad y adolescencia; la edad promedio fue de 17.66 años. El consumo de bebidas alcohólicas por primera vez estuvo caracterizado por el 62.6% de participantes que afirmaron haber iniciado con 19 años o menos; siendo la edad promedio de 19.14 años. Sobre el diagnóstico de VIH/SIDA, se les preguntó si en el último año las participantes habían sido diagnosticadas con alguna ITS y 180 mujeres indicaron sí haber sido diagnosticadas, mientras que 18 participantes manifestaron no saberlo. Otra premisa fue consultar si en los 12 últimos meses se ha realizado una prueba de VIH/SIDA, a lo que el 75% indicó no haberse realizado este tipo de prueba de descarte o no saberlo. **Véase Tabla 2.**

Tabla 2. Tabla de frecuencias de las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA en mujeres de 15 a 49 años de edad, ENDES 2019.

Conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA		Frecuencia	Porcentaje (%)
Número de parejas sexuales último año			
	1	23510	97.58%
	2 a más	584	2.42%
Uso del preservativo			
-Método frecuente	Uso de preservativo masc. y fem.	3603	15%
	Otro	20491	85%
-Uso en la primera relación sexual*	Sí	2254	45.16%
	No/No sabe	2737	54.84%
-Uso en la última relación sexual	Sí	4423	18.35%
	No	19671	81.65%
-Uso de método moderno	Método moderno	12732	52.9%
	Otros métodos	11362	47.1%
Edad de la primera relación sexual			
	10-19 años	17825	73.98%
	20 años a más	6269	26.02%
Consumo del alcohol por primera vez*			
	≤19 años	5572	62.6%
	≥20 años	3329	37.4%
Descarte de ITS, VIH/SIDA			
-Diagnóstico de ITS en último año	Sí	180	0.75%
	No/No sabe	23914	99.25%
-Tamizaje de VIH en último año*	Sí	2413	25%
	No/No sabe	7229	75%
Total		24094	100%

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de la base de datos del INEI, ENDES 2019.

*Los datos mostrados fueron calculados en base a las respuestas válidas de las participantes.

Violencia contra la mujer de la población estudiada

El 49.6% de la muestra ha sufrido de violencia contra la mujer en algún momento de su vida. Se observó los hallazgos por tipo de violencia contra la mujer donde se encontró que la violencia psicológica obtuvo un 48.5%. En la violencia física se reportó que el 9.62% de la muestra ha sufrido de tal suceso y que respecto a la violencia sexual el porcentaje reportado por las participantes fue del 2.6%. Véase **Tabla 3**.

Tabla 3. Tabla de frecuencias de la violencia contra la mujer de 15 a 49 años de edad, ENDES 2019.

Violencia contra la mujer	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Porcentaje en base a las respuestas válidas</i>
Violencia psicológica			
Sí	8235	34.20%	48.50%
No	8742	36.20%	51.50%
Respuestas perdidas	7117	29.60%	-
Violencia física			
Sí	1633	6.70%	9.62%
No	15344	63.70%	90.38%
Respuestas perdidas	7117	29.60%	-
Violencia sexual			
Sí	442	1.80%	2.60%
No	16535	68.60%	97.40%
Respuestas perdidas	7117	29.60%	-
Total	24094	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de la base de datos del INEI, ENDES 2019.

Nota: Se calculó el porcentaje en base a las respuestas válidas de las participantes.

Correlación entre las conductas sexuales de riesgo y la violencia contra la mujer

Se observó la correlación R de Pearson entre las conductas sexuales de riesgo y violencia contra la mujer, esta última sumó sus tres dimensiones (psicológica, física y sexual), donde se hallaron coeficientes estadísticamente significativos y directos. La magnitud de esta asociación fue baja ($r \geq 0.1$). También se realizó la correlación R de Pearson para las conductas sexuales de riesgo por cada tipo de violencia, los hallazgos muestran que las correlaciones en todos los tipos de violencia son estadísticamente significativas. Las conductas sexuales de riesgo y la violencia psicológica tienen una correlación baja ($r \geq 0.1$) y directa. Al mostrar esta correlación directa nos indicaría que las variables se comportan de manera directamente proporcional, explicándose que a mayor violencia psicológica mayor serán las conductas sexuales de riesgo y viceversa. En la violencia física y sexual se observan correlaciones muy bajas ($r < 0.1$) y directas. Cada uno de los tipos de violencia descritas tiene una tendencia a acercarse a 0, siendo la violencia sexual la que menos correlación tiene; aun así, cumple con los criterios de significancia estadística. Véase **Tabla 4**.

Tabla 4. Matriz de correlación r de Pearson entre conductas sexuales de riesgo y la violencia contra la mujer de 15 a 49 años de edad, ENDES 2019.

<i>Variables</i>		<i>Conductas sexuales de riesgo</i>	
		<i>r</i>	<i>p</i>
Violencia contra la mujer		0.120***	< 0.001
<i>Dimensiones</i>	- <i>Violencia psicológica</i>	0.111***	< 0.001
	- <i>Violencia física</i>	0.094***	< 0.001
	- <i>Violencia sexual</i>	0.051***	< 0.001

Nota: $p \leq 0.05^*$; $p \leq 0.01^{**}$; $p \leq 0.001^{***}$

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de la base de datos del INEI, ENDES 2019.

A continuación, se detallan cada dimensión utilizada para el cálculo de la asociación de las conductas sexuales de riesgo para su correlación con cada dimensión de la violencia contra la mujer.

Respecto a la dimensión del número de parejas sexuales, se observa la correlación entre haber tenido más de 1 pareja sexual en el último año con la violencia contra la mujer, entendiéndose que a mayor número de parejas sexuales; es decir, todas las respuestas mayores a 1, se consideran de riesgo para contraer una ITS, VIH/SIDA. Se demostró que existe correlación entre esta dimensión con la violencia contra la mujer en una magnitud baja ($r \geq 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$). Luego se calculó la correlación con las dimensiones de la violencia y el resultado fue que las tres dimensiones fueron directas y estadísticamente significativas ($p \leq 0.001$). Además, la violencia física tuvo una magnitud baja ($r \geq 0.1$) y la violencia psicológica y sexual tuvieron una magnitud muy baja ($r < 0.1$). Se interpretó que al ser directas las correlaciones a mayor número de parejas sexuales se obtiene mayor violencia contra la mujer, sobre todo en la violencia física. **Véase Tabla 5.**

Para la dimensión del uso de métodos anticonceptivos se correlacionó el no uso del preservativo masculino o femenino en diferentes situaciones con la violencia contra la mujer y cada dimensión. Se les dio el valor de riesgo a aquellas respuestas que representaran que no han utilizado preservativo, dando así los resultados que indicaron que la correlación entre no usar preservativo masculino o femenino con la violencia contra la mujer tuvo una magnitud muy baja ($r < 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$). Para la asociación con los diferentes tipos de violencia se encontró que la violencia psicológica, física y sexual tuvieron una correlación de magnitudes muy baja, directas y estadísticamente significativas ($p \leq 0.001$), solo la violencia sexual tuvo una significancia estadística diferente al resto ($p \leq 0.01$). Al ser directas las correlaciones se interpretó que a menos uso del preservativo en cualquier situación se obtiene mayor violencia contra la mujer y también en cualquiera de sus dimensiones; aun así, siendo menos frecuente por magnitud de la correlación encontrada como muy baja. **Véase Tabla 5.**

La siguiente dimensión fue la de edad de inicio de la vida sexual, se dicotomizaron las respuestas según rangos de edad, para lo cual se denominó a una edad menor o igual a 19 años como de riesgo y mayor de 19 años como no riesgo. Se mostró que la correlación entre la edad precoz de la primera relación sexual y la violencia contra la mujer tuvo una magnitud baja ($r \geq 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$). Luego se midió la correlación con los distintos tipos de la violencia y el resultado fue que los tres tipos de violencia fueron directas y estadísticamente significativas ($p \leq 0.001$). La magnitud de la correlación para la violencia psicológica fue de una magnitud baja ($r \geq 0.1$) y la violencia psicológica y sexual tuvieron una magnitud muy baja ($r < 0.1$). Se interpretó que al ser directas las correlaciones a una edad igual o menor a 19 años se obtiene mayor violencia contra la mujer, sobre todo en la violencia psicológica. **Véase Tabla 5.**

La dimensión de consumo de alcohol, se analizaron las edades en la que se inició por primera vez la ingesta de bebidas alcohólicas, se dicotomizaron las respuestas según las edades, siendo que las respuestas menores o iguales a 19 años como de riesgo y las respuestas mayores a 19 años como de no riesgo. Se encontró que la correlación entre haber empezado a ingerir bebidas alcohólicas a los 19 años o menos y la violencia contra la mujer tuvo una magnitud muy baja ($r < 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.01$). Se midió la correlación con la violencia psicológica siendo la magnitud muy baja y estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$). La correlación con la violencia física fue de una magnitud muy baja ($r < 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.001$). La correlación con la violencia sexual tuvo una magnitud muy baja ($r < -0.1$), inversa y no fue estadísticamente significativa. Se interpretó que en el caso de tener una edad de 19 años o menos al empezar a consumir alcohol aumenta la posibilidad de pasar por violencia física, pero por la magnitud muy baja de la correlación estas variables no aparecerán muchas veces en el mismo fenómeno. Sin embargo, las correlaciones fueron muy bajas y con significancias estadísticas diferentes, por lo que no se puede inferir mucho de ellas. **Véase Tabla 5.**

En la dimensión de diagnóstico de ITS, VIH/SIDA, se analizaron los ítems relacionados a las prácticas preventivas de ITS, VIH/SIDA, como ser diagnosticado y pruebas de descarte, se dicotomizaron las respuestas según su significado, siendo que la respuesta “sí” y “no sabe” como de riesgo y la respuesta “no” como de no riesgo. Se halló que la correlación entre la falta de prácticas preventivas de ITS, VIH/SIDA en el último año y la violencia contra la mujer tuvo una magnitud muy baja ($r < 0.1$), directa y estadísticamente significativa ($p \leq 0.01$). La correlación con la violencia psicológica tuvo una magnitud muy baja y estadísticamente significativa ($p \leq 0.01$). La correlación con la violencia física y sexual fueron de una magnitud muy baja ($r < 0.1$), directas y estadísticamente significativas. Se interpretó que, a menos prácticas preventivas para ITS, VIH/SIDA, se manifestaría más violencia en todos sus tipos, aun así, siendo poco frecuente por la magnitud de las correlaciones encontradas como muy bajas. **Véase Tabla 5.**

Tabla 5. Matriz de correlación r de Pearson entre cada dimensión de las conductas sexuales de riesgo y cada dimensión de la violencia contra la mujer de 15 a 49 años, ENDES 2019.

Variables		Conductas sexuales de riesgo									
		Dimensiones									
		Más de 1 pareja sexual en el último año.		No uso de preservativo masculino o femenino.		Edad en la primera relación sexual, menor o igual a 19 años		Consumo de alcohol en una edad menor o igual a 19 años		Falta de tamizaje de VIH/SIDA y diagnóstico de ITS en el último año.	
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Violencia contra la mujer		0.109***	< .001	0.061***	< .001	0.131***	< .001	0.036**	0.002	0.030***	< .001
Dimensiones	Violencia psicológica	0.090***	< .001	0.060***	< .001	0.129***	< .001	0.025*	0.028	0.024**	0.004
	Violencia física	0.105***	< .001	0.042***	< .001	0.086***	< .001	0.055***	< .001	0.028***	< .001
	Violencia sexual	0.052***	< .001	0.021**	0.004	0.051***	< .001	-0.002	0.809	0.028***	0.001

Nota: $p \leq 0.05^*$; $p \leq 0.01^{**}$; $p \leq 0.001^{***}$

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de la base de datos del INEI, ENDES 2019.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

La violencia basada en el género y específicamente en contra de la mujer constituye un problema de salud pública que provoca respuestas negativas para la sociedad y comunidades que mellan, entre ellos, la salud sexual y reproductiva^{3,9}. El objetivo del estudio fue determinar la correlación entre conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres.

Las mujeres entrevistadas en este estudio obtuvieron un nivel alto (93.5%) en conductas sexuales de riesgo, siendo esta una variable que nos ayuda a entender el porqué de las posteriores consecuencias en la salud sexual de las pacientes que llegan a acudir a un consultorio de obstetricia, ginecología o medicina general, ya que acorde a Sulca más de la mitad de mujeres tienen un nivel medio de conocimiento respecto a los conocimientos de ITS y poco menos de un cuarto de su población obtuvo un nivel bajo de conocimiento de ITS⁵, por lo que entendiéndose que un nivel de conocimiento promedio debería ayudar a tomar mejores decisiones al momento de mantener relaciones coitales, ello no sucede. Esto también depende de la autoestima y la forma en la que se percibe uno mismo, así como lo detalla Nava-Navarro donde en su estudio la baja autoestima se asocia a conductas sexuales de riesgo, y también se encontró factores como la violencia de pareja y el no uso del preservativo masculino como factor predictivo y consecuencial respectivamente para tener conductas sexuales de riesgo⁴¹.

En el presente estudio el promedio de parejas sexuales fue de 1.91, considerando que la información se basó en el último año de la actividad sexual de la entrevistada, en la diversidad de sus edades y que 584 mujeres reportaron haber tenido de 2 parejas sexuales a más. García-Vega encontró que el 58.8% de personas en su muestra tuvo dos o más parejas sexuales en promedio y el 9.4% de mujeres manifestaron haber tenido más de 5 parejas sexuales a lo largo de su vida⁵⁵. Comparando ambos casos, se dedujo que en Perú las mujeres prefieren mantener una sola pareja por más tiempo en lugar de tener diferentes relaciones sexuales con distintas parejas.

En la identificación de las conductas sexuales de riesgo en la población entrevistada, los hallazgos fueron similares a la investigación de Becker²¹ que mostró una frecuencia del 60.4% para las personas que en la primera relación sexual no utilizaron preservativo y semejante a los hallazgos de este estudio donde el porcentaje se eleva al 54.81%. En contraste, Vidal y Hernández describieron otra conducta sexual de riesgo como son las relaciones sexuales sin métodos de barrera donde obtuvo un 42.8%²² y Sabri con un promedio de 40.36% de personas que nunca han utilizado un preservativo¹⁸; siendo en ambos casos menor al porcentaje de 85.04% encontrado en esta investigación. Sin embargo, los autores coincidieron en que la iniciativa para utilizar un método de barrera tan importante como lo es el preservativo va de la mano con la madurez emocional y la educación sexual integral, ya que en estos casos se mantuvo relaciones sexuales desprotegidos y es poco probable que se permanezca con la misma pareja para siempre^{18,21,22}.

El inicio precoz de relaciones sexuales, visto desde el ámbito de la salud, tiene consigo un componente peligroso para la persona que lo practica ya que al iniciar la vida sexual a una edad entre la pubertad y la adolescencia estarían más tiempo expuestas a infecciones de transmisión sexual, transmisión del VIH/SIDA, embarazos no planificados, en consecuencia, la posibilidad de abortos y otros problemas de salud³². En el presente estudio la mayoría de participantes iniciaron su vida sexual entre los 10 y 19 años, con una edad promedio de 17.66 años, coincidiendo con la etapa de pubertad y adolescencia. Este hallazgo sería considerado de riesgo, ya que Sabri, describe que a menos edad al iniciar la vida sexual hay más probabilidad de ser portador de VIH¹⁸. Al iniciar la vida sexual de forma precoz, las mujeres están expuestas a la posibilidad de un embarazo no planificado y a consecuencia de ello pasar por la posibilidad de un suceso de aborto; Cárdenas reportó, por ejemplo, que la edad del primer parto en su población fue menor a los 20 años en un 79.6% y con aborto provocado un 39.8% y concuerda que los abortos son la consecuencia de toda esta línea de conductas sexuales de riesgo que conlleva a decidir la interrupción del embarazo, poniendo en riesgo su salud física y mental⁵⁶.

La ingesta de alcohol a muy temprana edad se encuentra entre unas de las conductas de riesgo por las que se inicia la vida sexual, siendo un factor encontrado y descrito por Ávila y Espinoza como un factor extra-familiar, ya que mayormente se da fuera de la familia o al iniciar a convivir con los pares del colegio, lugar de residencia, etc⁵². Es así que en esta investigación se encontró que el 62.61% de mujeres con 19 años o menos empezaron a ingerir bebidas alcohólicas y explicaría en cierto modo cómo esta conducta aparecería al mismo tiempo que en el inicio de la vida sexual a temprana edad y las consecuencias de no utilizar algún método de barrera como el preservativo, dado el caso de estar en estado de ebriedad al momento de la toma de este tipo de decisiones^{18,23,52}.

Las practicas preventivas contra las ITS se encuentran en un porcentaje muy bajo, donde el 75% de las mujeres de este estudio no se han realizado una prueba de VIH en el último año y 180 mujeres fueron diagnosticadas con alguna ITS. Ello podría deberse al tabú que existe respecto al tema, ya que Bermúdez tiene un concepto similar, al exponer que existe la negativa u omisión de realizarse las pruebas serológicas de descarte del VIH o realizarse exámenes para descartar ITS, a pesar de saber que son necesarias para poder llevar una vida sexual saludable, así como cuidar de uno mismo y de una pareja o futura pareja e indica que una de las premisas más comunes es el de estar bastante seguro de no tener VIH y que solo el 25.5% sí se realizó una prueba de descarte y 48.1% tenía pensado en realizarse una en su muestra³³. Así mismo, Leddy concluye que el sufrir de violencia basada en el género les impide más a las mujeres de bajos recursos el tomarse pruebas de descarte de VIH¹⁹.

Se identifica la incidencia de la violencia contra las mujeres, siendo este cerca de la mitad de personas de la muestra de esta investigación, el cual concuerda con los hallazgos de Sánchez en relación a las frecuencias de violencia con un 51%⁵⁷; así mismo, varias entidades públicas muestran de forma continua informes donde muestran que las mujeres han reportado tener de uno a más episodios de violencia en toda su vida y que más del 34% ha sufrido de violencia alguna vez por parte de su pareja o una persona cercana^{9,13}.

Para las tres dimensiones de la variable que son la violencia física, psicológica y sexual, los resultados indicaron que la violencia física (9.62%) y psicológica (48.5%) predomina en el tipo de violencia contra las mujeres de 15 a 49 años según el estudio de ENDES 2019. Resultados semejantes obtuvo Kauffman quien mencionó que las mujeres que no cumplen con el rol de género designados en su país son más propensas a sufrir de violencia física y psicológica¹⁶. Sabri mostró que la violencia de pareja está relacionada con la infección por VIH y otras ITS¹⁸; también Sánchez encontró significativa la correlación entre personas con diagnóstico de alguna ITS con violencia intrafamiliar⁵⁷. Es así que en el presente estudio los resultados indicaron que existe una correlación estadísticamente significativa de la violencia contra la mujer con las conductas sexuales de riesgo que causan ITS y transmisión de algunos virus como el VIH.

Se halló que las tres dimensiones de la violencia contra la mujer tienen una correlación estadísticamente significativa, directa y con una correlación baja, en tanto la violencia psicológica fue la más alta que las otras dos dimensiones. La violencia psicológica mantiene una correlación estadísticamente significativa con las conductas sexuales de riesgo, por lo que podría manifestarse que el vivir o haber sufrido de violencia psicológica es un factor que nos indica que la participante también tendría en sus antecedentes estas conductas sexuales mencionadas y por lo tanto, estaría sujeta a una evaluación más profunda en cuanto su salud sexual y reproductiva, no solo en lo físico sino en lo psicológico. Similar resultado encontró Nava-Navarro al describir una consecuencia de la violencia psicológica como la baja autoestima, la falta de toma de decisión en cuanto al motivo del inicio de la vida sexual coital, la edad, insatisfacción personal y en consecuencia la falta del uso del preservativo⁴¹ y hace referencia a Castillo argumentando los mismos hallazgos⁵⁸. Simultáneamente la violencia física es otra dimensión que podría ser más fácil de identificar ectoscópicamente cuando llega una paciente hacia el consultorio correspondiente o cuando se capta nuevas usuarias de algún centro médico, como es descrito por la OMS¹⁴, ya que son algunas de estas pacientes las que buscan servicios de salud mental al haber sido víctimas de alguna agresión por parte de su pareja o también al llegar a emergencias, estar hospitalizadas y ser identificadas por la policía en medio de una gresca. Se dice por lo tanto que la

violencia física va acompañada de la violencia psicológica o que en su defecto se dará primero este tipo de agresiones verbales o psicológicas antes que de una física¹⁴.

Finalmente, la violencia sexual no ha sido reportada con mucha frecuencia en esta muestra; sin embargo, la tendencia mundial, nacional, en informes locales, regionales, departamentales y de diferentes organizaciones describen una estadística distinta, como por ejemplo el MIMP informa un 6.8% de experimentación de violencia sexual según ENDES 2019 con una tendencia a la disminución del 1.7% desde el 2009 y un aumento del 0.3% respecto al año anterior⁹. La OMS en un estudio en varios países sobre salud de la mujer y violencia doméstica, informa que 11% de mujeres en el entorno provincial de Perú han sufrido de violencia sexual⁴⁷, también indicaron que otras investigaciones internacionales afirmaban que entre 10% y el 30% había sufrido de violencia sexual en una relación de pareja y que entre el 10% y el 27% de mujeres alguna vez fue objeto de abusos sexuales, siendo niñas o adultas⁴⁷.

CAPITULO V: CONCLUSIONES

- Este estudio determinó que existe una correlación significativa entre las conductas sexuales de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA y la violencia contra la mujer, siendo ésta una asociación directa y baja; lo cual es relevante para tener en consideración la necesidad de prevenir la violencia contra la mujer asociada a dichas conductas de riesgo.
- Se identificó que la conducta sexual de riesgo para contraer ITS, VIH/SIDA en mujeres de 15 a 49 años, más frecuente, fue el no utilizar preservativo en las relaciones coitales, lo cual expone a la mujer a diversos riesgos.
- Se evidenció que el tipo de violencia contra la mujer de 15 a 49 años que más han sufrido ha sido la violencia psicológica.
- Se identificó que el inicio de la vida sexual a los 19 años o menos y la violencia psicológica tuvieron una correlación significativa más alta, en comparación con las demás dimensiones de cada variable.

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

- Al gremio de obstetras y MINEDU: En la prevención primaria de salud se recomienda promover la igualdad de género, derechos sexuales y reproductivos, nuevas masculinidades, educación sexual integral, prácticas seguras para las relaciones coitales en las pacientes captadas en centros de salud, así como en los colegios de cada región, con contenido adaptado y dirigido a adolescentes con charlas educativas, grupos focales, talleres y sensibilizando de acuerdo a las necesidades de la jurisdicción, así como el fortaleciendo de los programas ya existentes. Capacitar a agentes comunitarios y promotores de salud para la identificación y captación de casos aislados. Todo ello para evitar o reducir las conductas sexuales de riesgo y la violencia contra la mujer.
- Al estado: Promover, implementar y realizar seguimiento a los programas y actividades destinadas a la prevención primaria de la violencia psicológica, física y sexual; adecuada al tipo de región y cultura de cada comunidad. Creación de nuevas políticas públicas dirigido hacia mujeres vulnerables, con el fin de acercarlas al sistema de salud y así abarcar a más población. Fortalecimiento de las políticas públicas existentes para mejorar el alcance de la población objetivo (adolescentes y mujeres en general).
- Al MINSA, sectores estatales y privados de salud: El seguimiento y monitoreo en el tamizaje de violencia de las pacientes que concurren al centro de salud o institución médica por alguna ITS, descarte de VIH y/o consulta obstétrica, con el fin de mejorar el seguimiento de los casos identificados de violencia, para que puedan ser derivadas a la disciplina y entidades correspondientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra infecciones de transmisión sexual para 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. 2016;64.
2. Márquez D. Conocimiento sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, barrio El Porvenir-Bellavista, Sullana, diciembre 2016-abril 2017. Universidad San Pedro. 2017.
3. Pinto N. Repercusiones de la violencia basada en género sobre la salud de las mujeres. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006;52(1):8–14.
4. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú. Boletín VIH. 2020;1–14. Disponible en: <https://goo.su/78Cx>
5. Sulca S. Relación entre el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Mayo del 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014.
6. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial del sector salud contra el VIH para 2016-2021. Guía Metod para la priorización Proy. 2019;11–2.
7. Wu T, et al. Early sexual initiation and risky sexual practices among alcohol- and tobacco-using young adults in Taiwan: mediation analysis of preceding-sex use of illicit drugs. BMC Public Health. 2020;20(1):1–12.
8. Ministerio de Salud, DGIESP, DSARE. Norma técnica de planificación familiar. Ministerio de Salud. 2017; 1:131.
9. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género: Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2016;100. Disponible en: <https://goo.su/78CY>
10. Clave R. Empoderamiento de la mujer y factores de riesgo asociados al género para la infección por VIH. Informe de Análisis secundario ENASSER. 2009.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar 2018. Inst Nac Estadística e Informática. 2019.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar 2016. Inst Nac Estadística e Informática. 2017.

13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional Demografica y de Salud Familiar 2019. Inst Nac Estadística e Informática. 2020.
14. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias. Organización Panamericana de la Salud. 2011. 105 p.
15. Bardales O. Consecuencias de la violencia contra las mujeres. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2016. 1–45 p.
16. Kauffman M, et al. The Intersection of Gender-Based Violence and Risky Sexual Behaviour among University Students in Ethiopia: A Qualitative Study. HHS Public Access. 2019;176(3):139–48.
17. Febre M. Dependencia emocional y conductas sexuales de riesgo en jóvenes que sufren violencia de pareja en la ciudad de Chiclayo, 2020. Universidad César Vallejo. 2019;63.
18. Sabri B, et al. Intimate partner violence, HIV and sexually transmitted infections in fishing, trading and agrarian communities in Rakai, Uganda. BMC Public Health. 2019;19(1):1–16.
19. Leddy A, et al. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: A scoping review. BMC Public Health. 2019;19(1).
20. Montgomery B, et al. HIV Risk Characteristics Associated with Violence Against Women: A Longitudinal Study among Women in the United States. J Women's Heal. 2018;27(11):1317–26.
21. Becker M, et al. Vulnerabilities at first sex and their association with lifetime gender-based violence and HIV prevalence among adolescent girls and young women engaged in sex work, transactional sex, and casual sex in Kenya. J Acquir Immune Defic Syndr. 2018;79(3):296–304.
22. Vidal E, Hernández B. Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. Rev Habanera Ciencias Medicas. 2017;16(4):625–34.
23. Rojas J. Conductas sexuales de riesgo y problemas sexuales en adolescente de secundaria de la Institución Educativa Particular Cybernet, 2017. Universidad Inca

- Garcilazo de la Vega; 2017.
24. Romero M. Violencia de género: tipo, fase y factores asociados en los distritos de Tumán y José Leonardo Ortíz del departamento de Lambayeque Agosto – Octubre 2015. Universidad de San Martín de Porres; 2017.
 25. Trujillo A. Uso de métodos anticonceptivos asociado a violencia basada en género en mujeres en edad fértil. Centro de Salud Grocio Prado, Ica. 2015. Universidad de San Martín de Porres; 2017.
 26. Barja J. Factores que influyen en la violencia basada en género en mujeres de 20 a 40 años atendidas en el consultorio externo de ginecología del Hospital Sergio Bernales – Comas , noviembre - diciembre 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
 27. Organización Mundial de la Salud. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organ Mund la Salud. 2005;1(1):84. Disponible en: <https://goo.su/78cZ>
 28. Wellings K, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet. 2006;368(9548):1706–28.
 29. Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2017;21(2):193–301. Disponible en: <https://goo.su/78D>
 30. Cárdenas K. Conductas sexuales de riesgo y su relación con el síndrome de flujo vaginal en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Huáscar Santa Anita, 2020. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020.
 31. Pimiento D, et al. La promiscuidad en los adolescentes en una institución de educación católica. Rev Salud y Bienestar Colect. 2020;4:84–94.
 32. Quispe M. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y la exposición a factores de riesgo en gestantes adolescentes que acuden al servicio de adolescencia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017;54.
 33. Bermúdez P, et al. Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). Gac Sanit. 2018;32(3):223–9.
 34. Hurtado M, et al. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano

- de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Nova Scientia*. 2017;9(2):615–34.
35. Mayorga E, et al. Comportamiento Sexual de riesgo en escolares de secundaria de Lima Sur. *Cátedra Villarreal Psicol*. 2016;1(1):51–64.
 36. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B. *Minsa-Peru*. 2019;801:99. Disponible en: <https://goo.su/78D1>
 37. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. *Hum Reprod Program*. 2018;1–12.
 38. Alexandra M, et al. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes una perspectiva de género. *Psicol desde el Caribe*. 2014;31(2):327–53.
 39. Carmona G, et al. Contextualization of sexual initiation and individual barriers to the use of contraceptives by adolescents of Lima, Huamanga, and Iquitos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):601–10.
 40. González F. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. *Minist la Mujer y Poblaciones Vulnerables*. 2017;120.
 41. Nava-Navarro V, et al. Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. 2017;14(3):162–9.
 42. Mthembu Z, et al. “I am aware of the risks, I am not changing my behaviour”: risky sexual behaviour of university students in a high-HIV context. *African J AIDS Res*. 2019;18(3):244–53.
 43. Mera M. Efectividad de un módulo educativo en sexualidad , prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH / SIDA de los estudiantes de tercer año de secundaria-Institución Educativa República de Colombia-2014. 2015;81.
 44. Medina M, et al. Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos. *Avances en odontoestomatología*. 2018;34(6).
 45. Krug E, et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2003;45(3):130–130.
 46. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1991.
 47. García C, Watts C. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia

- doméstica. Organ Mund la Salud. 2005.
48. Tintaya J. Construcción del inventario de tipos de violencia contra el género femenino en madres de estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de las I.E públicas del distrito de Ventanilla, 2017. Universidad Cesar Vallejo; 2017.
 49. Galan J, Figueroa M. La invisible violencia psicológica. UARICHA Rev Psicol. 2017;14(32):53–60.
 50. Condori M, Guerrero R. Factores individuales , sociales y culturales que influyen en la violencia basada en género en mujeres de 20 a 64 años de edad en el Centro de Salud Ganímedes, San Juan de Lurigancho. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
 51. Silva A, et al. Una revisión histórica de las violencias contra mujeres. Rev Direito e Práxis. 2019;10(1):170–97.
 52. Avila C, Espinoza J. Estudio descriptivo de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de las zonas urbanas. Horiz la Cienc. 2016;6(10):152–72.
 53. Mu A. Capítulo 11, conocimiento de VIH e ITS. Encuesta Nacional Demografica y de Salud Familiar INEI- 2019. 2019;53(9):1689–99.
 54. Hernández R, et al. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Education. 2014.
 55. Garcia-Vega E, et al. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Int J Psychol Res. 2012;5(1):79–87.
 56. Cárdenas Y. Conductas sexuales y aspectos reproductivos como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Baja Complejidad de Huaycán, 2014 - 2015. Universidad San Juan Bautista. 2018.
 57. Sánchez D. Asociación entre violencia familiar e infecciones de transmisión sexual en mujeres de 18 a 49 años, Hospital María Auxiliadora, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
 58. Castillo E, et al. Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja – Huaraz, 2017. Horiz Med Barcelona. 2018;18(2):47–52.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES												
Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Tipos de variables	Escala	Indicador	Fuente	Items	Descripción de las preguntas	Valor	Descripción de las alternativas	Valor final
		Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Edad en años	ENDES 2019	HV105	Edad	1:98	Edad en años	<15-49> años
		Estado civil	Estado civil ante la ley	Cualitativa	Nominal	Estado civil ante la ley	ENDES 2019	HV115	¿Cuál es su estado civil o conyugal?	0 1 2 3 4 5	Soltero(a) Casado(a) Conviviente Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)	-
		Lugar de residencia	Lugar donde reside actualmente	Cualitativa	Nominal	Lugar de residencia	ENDES 2019	HV023	Dominio	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19	Amazonas Ancash Apurímac Arequipa Ayacucho Cajamarca Callao Cusco Huancavelica Huánuco Ica Junín La Libertad Lambayeque Lima Loreto Madre de Dios Moquegua Pasco	-

		relaciones sexuales, éste último tiene como consecuencia en la mayoría de casos el contagio de ITS, VIH/SIDA, entre otros.									12	Abstinencia	
											13	Amenorrea por lactancia (MELA)	
											14	Condón femenino	
											15	Espuma, jalea, óvulos (vaginales)	
											16	Anticoncepción oral de emergencia	
											17	Método específico 1	
											18	Método específico 2	
											19	Método específico 3	
											20	Método específico 4	
				Cualitativa	Ordinal	Uso actual de método anticonceptivo	ENDES 2019	V313	Uso actual por tipo de método	0	No hay método	0,1,2: riesgo	
										1	Método folclórico	3: no riesgo	
										2	Método tradicional		
										3	Método moderno		
				Cualitativa	Ordinal	Uso de condón en la primera relación sexual	ENDES 2019	V820	En su primera relación sexual usaron condón	0	No	0,8: Riesgo	
										1	Sí	1: No riesgo	
										8	No sabe		
				Cualitativa	Ordinal	Ultima relación sexual con preservativo	ENDES 2019	V761	En la última relación sexual usaron condón (última pareja)	0	No	0: Riesgo	
										1	Sí	1: No riesgo	
			Edad de inicio de la vida sexual	Edad de inicio de relaciones sexuales.	Cuantitativa	Razón	Edad en la primera relación sexual	ENDES 2019	V525	Edad de la primera pareja sexual	0:98	Edad	>19: no riesgo
													≤19: riesgo
			Consumo de alcohol	Ingesta de alcohol a edad temprana.	Cuantitativa	Razón	Edad de primera bebida alcohólica	ENDES 2019	QS207 C	Edad primera vez que tomo bebidas alcohólicas	0:98	Edad	>19: no riesgo
													≤19: riesgo
			Diagnóstico de ITS, VIH/SIDA	Diagnostico de ITS, VIH/SIDA, en el último año	Cualitativa	Ordinal	Diagnóstico de ITS, en el último año	ENDES 2018	V763A	En los últimos 12 meses, le han diagnosticado alguna ETS	0	No	0=no riesgo
												1	Sí
										8	No sabe		
					Cualitativa	Ordinal	Diagnóstico de VIH/SIDA, en el último año	ENDES 2019	QS603	¿En los últimos meses se ha realizado una prueba de VIH/SIDA?	1	Sí	1=No riesgo
										2	No	2,8=Riesgo	
										8	No sabe/No recuerda	0	
Violencia contra la mujer	Variable 2	Se entiende como violencia de género, todo acto de violencia	Violencia Psicológica	Incluye conductas verbales (o no) como burlas, sometimientos	Cualitativa	Ordinal	Celos	ENDES 2019	D101A	Su esposo/compañero se pone (ponía celoso o molesto si usted conversa (conversaba con otro hombre)	0	No	1: Violencia
													1
					Cualitativa	Ordinal			D101B		0	No	

basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada.		, críticas, intimidación, y sobretodo amenazas, que provoquen sufrimiento.			Acusar de infidelidad	ENDE S 2019		Su esposo/compañero la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel	1 8	Si No sabe	1: Violencia 0,8: No violencia			
			Cualitativa	Ordinal	Prohibiciones	ENDE S 2019	D101C	Su esposo/compañero le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades	0 1 8	No Si No sabe	1: Violencia 0,8: No violencia			
			Cualitativa	Ordinal	Aislamiento de la pareja	ENDE S 2019	D101D	Su esposo/compañero trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia.	0 1 8	No Si No sabe	1: Violencia 0,8: No violencia			
			Cualitativa	Ordinal	Control de actividades	ENDE S 2019	D101E	Su esposo/compañero insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares dónde usted va (iba)	0 1 8	No Si No sabe	1: Violencia 0,8: No violencia			
			Cualitativa	Ordinal	Control económico	ENDE S 2019	D101F	Su esposo/compañero desconfía (desconfiaba) de Ud. con el dinero	0 1 8	No Si No sabe	1: Violencia 0,8: No violencia			
			Cualitativa	Ordinal	Humillación	ENDE S 2019	D103A	Su esposo/compañero alguna vez le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia			
			Cualitativa	Ordinal	Amenazas	ENDE S 2019	D103B	Su esposo/compañero la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia			
			Cualitativa	Ordinal	Amenazas	ENDE S 2019	D103D	Su esposo/compañero la ha amenazado con irse de casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia			
			Violencia física		Son agresiones dirigidas al cuerpo de la víctima que provoque lesiones internas y/o externas.	Cualitativa	Ordinal	Uso de la fuerza	ENDE S 2019	D105A	Su esposo/compañero alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia
				Cualitativa		Ordinal	Cachetadas, retorcijones	ENDE S 2019	D105B	Su esposo/compañero alguna vez la abofeteó o le retorció el brazo	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia	

				Cualitativa	Ordinal	Golpes	ENDES 2019	D105C	Su esposo/compañero alguna vez la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia
				Cualitativa	Ordinal	Patadas, arrastre	ENDES 2019	D105D	Su esposo/compañero alguna vez la ha pateado o arrastrado	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia
				Cualitativa	Ordinal	Quemaduras, estrangulamiento	ENDES 2019	D105E	Su esposo/compañero alguna vez trató de estrangularla o quemarla	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia
				Cualitativa	Ordinal	Amenazas con armas	ENDES 2019	D105F	Su esposo/compañero alguna vez la amenazó con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia
				Cualitativa	Ordinal	Ataques con armas	ENDES 2019	D105G	Su esposo/compañero alguna vez la atacó/agredió con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia
			Violencia sexual	Cualitativa	Ordinal	Relaciones sexuales forzadas	ENDES 2019	D105H	Su esposo/compañero alguna vez ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia
				Cualitativa	Ordinal	Actos sexuales sin consentimiento	ENDES 2019	D105I	Su esposo/compañero alguna vez la obligó a realizar actos sexuales que Ud. no aprueba	0 1 2 3	No Frecuentemente Algunas veces Nunca	1,2: Violencia 0,3: No violencia

Anexo 2: Cuestionarios y preguntas incluidas en el estudio.

NOMBRE DEL CUESTIONARIO	CODIGO DE IDENTIFICACION	PREGUNTAS SELECCIONADAS	CODIGO DE IDENTIFICACION
"Características del hogar"	<i>(RECH1)</i>	Edad	<i>HV105</i>
		¿Cuál es su estado civil o conyugal?	<i>HV115</i>
		Nivel educativo alcanzado	<i>HV109</i>
	<i>(RECH0)</i>	Dominio	<i>HV203</i>
"Mortalidad Materna – Violencia intrafamiliar"	<i>(REC84DV)</i>	Su esposo/compañero se pone (ponía celoso o molesto si usted conversa (conversaba con otro hombre)	<i>D101A</i>
		Su esposo/compañero la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel	<i>D101B</i>
		Su esposo/compañero le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades	<i>D101C</i>
		Su esposo/compañero trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia.	<i>D101D</i>
		Su esposo/compañero insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares dónde usted va (iba)	<i>D101E</i>
		Su esposo/compañero desconfía (desconfiaba) de Ud. con el dinero	<i>D101F</i>
		Su esposo/compañero alguna vez le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás	<i>D103A</i>
		Su esposo/compañero la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted	<i>D103B</i>
		Su esposo/compañero la ha amenazado con irse de casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica	<i>D103D</i>
		Su esposo/compañero alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo	<i>D105A</i>
		Su esposo/compañero alguna vez la abofeteó o le retorció el brazo	<i>D105B</i>
		Su esposo/compañero alguna vez la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño	<i>D105C</i>
		Su esposo/compañero alguna vez la ha pateado o arrastrado	<i>D105D</i>
		Su esposo/compañero alguna vez trató de estrangularla o quemarla	<i>D105E</i>

		Su esposo/compañero alguna vez la amenazó con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	<i>D105F</i>
		Su esposo/compañero alguna vez la atacó/agredió con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	<i>D105G</i>
		Su esposo/compañero alguna vez ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería	<i>D105H</i>
		Su esposo/compañero alguna vez la obligó a realizar actos sexuales que Ud. no aprueba	<i>D105I</i>
"SIDA y uso de condón"	<i>(RE758081)</i>	Número parejas sexuales incluyendo esposo/compañero en los últimos 12 meses	<i>V766B</i>
		En la última relación sexual usaron condón (última pareja)	<i>V761</i>
		En su primera relación sexual usaron condón	<i>V820</i>
		En los últimos 12 meses, le han diagnosticado alguna ETS	<i>V763A</i>
"Historia de nacimiento - tabla de uso del método"	<i>(RE223132)</i>	Número de hijos vivos incluido el embarazo actual	<i>V219</i>
		Ha tenido un embarazo que terminó en aborto involuntario o nacido muerto	<i>V228</i>
		Método anticonceptivo actual	<i>V312</i>
		Uso actual por tipo de método	<i>V313</i>
"Encuesta de salud"	<i>(CSALUD01)</i>	¿En los últimos meses se ha realizado una prueba de VIH/SIDA?	<i>QS603</i>
		Edad primera vez que tomo bebidas alcohólicas	<i>QS207C</i>
"Nupcialidad - Fecundidad - Cónyugue y Mujer"	<i>(RE516171)</i>	Edad en la primera relación sexual	<i>V525</i>