



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**TÍTULO:**

“VIOLENCIA SEXUAL Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL  
EN POBLACIONES DE LA SELVA PERUANA, 2007”

“Sexual violence and sexually transmitted diseases in Peruvian jungle  
populations, 2007”

**ALUMNOS:**

CASTAÑEDA FERNÁNDEZ, JULIANA PAOLA

VERNE UGARTE, PALOMA LUCÍA

**ASESORES:**

CÁRCAMO CAVAGNARO, CÉSAR

GARCÍA FUNEGRA, PATRICIA

Lima-Perú

**2019**



## **JURADO**

Dra. Frine Samalvides Cuba

Coordinadora

Dr. Johann Vega Dienstmaier

Profesor calificador

Dr. César Augusto Ugarte Gil

Profesor calificador

## **ASESORES**

César Cárcamo Cavagnaro

Patricia García Funegra

## **DEDICATORIA**

Queremos dedicar este trabajo a nuestras familias y amigos que nos han apoyado y acompañado en este largo camino de estudiar medicina.

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer a nuestros padres por todo el apoyo brindado, a nuestros asesores por la ayuda para hacer posible este proyecto y a la Universidad Peruana Cayetano Heredia por brindarnos las herramientas necesarias para poder alcanzar nuestras metas profesionales y lograr crecer personalmente.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Los gastos como consecuencia de la ejecución y presentación del trabajo de investigación fueron financiados por los autores.

## **DECLARACIÓN DE LOS AUTORES**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## TABLA DE CONTENIDOS

I.	<b>Resumen</b>	v
II.	<b>Introducción</b>	1
	a) Objetivo	3
III.	<b>Materiales y métodos</b>	4
	b) Diseño del estudio	4
	c) Muestra	5
	d) Aspectos éticos del estudio	5
	e) Análisis	5
IV.	<b>Resultados</b>	8
V.	<b>Discusión</b>	12
VI.	<b>Conclusiones</b>	17
VII.	<b>Recomendaciones</b>	17
VIII.	<b>Referencias bibliográficas</b>	18
IX.	<b>Tablas</b>	I

## **RESUMEN**

**Antecedentes:** La violencia sexual hacia las mujeres es un problema de salud pública y podría asociarse a infecciones de transmisión sexual (ITS).

**Objetivo:** Explorar la relación entre violencia sexual e ITS y otras variables en poblaciones de la Amazonía peruana.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis secundario de las bases de datos del estudio PREVEN. Se incluyeron datos de mujeres de 4 ciudades de la Amazonía: Iquitos, Pucallpa, Yurimaguas y Puerto Maldonado y 27 poblaciones indígenas cercanas a estas ciudades.

**Resultados:** De un total de 1699 mujeres, el 16.8% reporta relaciones sexuales antes de los 15 años y un 17.5% [IC 95%: (15.6-19.5)] haber tenido alguna vez relaciones sexuales (RS) no consentidas. Se detectó al menos una ITS en el 17.4% de mujeres y el 9.7% más de una. En el análisis multivariado encontramos asociación entre el reporte de relaciones sexuales no consentidas y ser quechua hablante (RP:2.0 IC95% [1.2-3.3]); edad de inicio de relaciones sexuales menor de 15 años (1.6[1.1-2.5]); reporte de más de 2 parejas sexuales en la vida (3.2[2.2-4.6]), reporte de última RS con una pareja ocasional (3.2[2.0-5.2]), dependencia al alcohol (1.4[1.0-1.8]), pero no con ITS.

**Conclusiones:** La violencia sexual se asocia a inicio sexual precoz, ser quechua hablante, tener múltiples parejas, sexo más reciente con pareja ocasional y dependencia al alcohol, pero no se asocia a ITS.

- **Palabras clave:** Violencia sexual, ITS, mujeres.

## **ABSTRACT**

**Background:** Sexual violence against women is a major public health problem. Sexual violence can be associated with sexually transmitted infections (STI).

**Objective:** To explore the relationship between sexual violence and STI and other variables in urban and rural populations of the Peruvian Amazon

**Material and methods:** We carried out an analysis of secondary databases. We included data from women 18-29 years old from 4 cities in the Peruvian Amazon: Iquitos, Pucallpa, Yurimaguas and Puerto Maldonado and 27 indigenous populations.

**Results:** From a total of 1699 women, 16.8% reported sexual intercourse before 15 years and 17.5% [95% CI: (15.6-19.5)] have ever had non-consented sex. 17.4% of women reported at least one STI and 9.7% more than one. In the multivariate analysis we found an association between the report of non-consented sex and being a quechua speaker (RP=2.0 95% CI [1.2-3.3]); onset of sexual intercourse under 15 years (RP=1.6[1.1-2.5]); report of more than 2 sexual partners in life (RP=3.2[2.2-4.6]), report of last sexual intercourse with an occasional partner (RP=3.2[2.0-5.2]) and alcohol dependence (RP=1.4[1.0-1.8]). No association was found between non-consented sex and STI.

**Conclusions:** Sexual violence is associated with early sexual onset, being Quechua speaking, having multiple partners, more recent sex with an occasional partner and alcohol dependence, but not associated with STI.

**Key words:** sexual violence, STI, women.



## INTRODUCCIÓN

La violencia sexual hacia las mujeres es un grave problema de salud pública y salud global. La violencia sexual se entiende como un acto de coacción, el forzar una conducta sexual (1) que atenta y viola los derechos de una mujer. Esta incluye diferentes tipos de coacción desde la presión social o psicológica, la intimidación hasta la fuerza física (2).

De manera práctica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estudio multipaís sobre violencia sexual, en el cual participaron 10 países entre ellos Perú, utilizó una definición de violencia sexual como actos en los cuales una mujer es forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad por temor a lo que pudiera hacer la pareja o ha sido obligada a realizar un acto sexual que consideraba denigrante o humillante (3). En dicho estudio se observó que en Etiopía, un 58.6% de mujeres de 15 a 49 años de edad que alguna vez tuvieron parejas, informaron haber sufrido violencia sexual infligida por su pareja; seguido de las provincias de Bangladesh con 49.7% y en tercer lugar se encontraba Perú con 46.7% (3). Esto muestra que, a pesar de las políticas que existen para prevenir y disminuir esta problemática, las cifras de violencia sexual son muy altas y nos llama a la reflexión sobre que más se debe hacer. Los servicios de salud no siempre ofrecen las facilidades para atender los casos de violación sexual. Es frecuente la falta la infraestructura básica y no se brinda la privacidad ni confidencialidad que requiere el manejo de estas situaciones. Lastimosamente, muchas veces el mismo personal de salud mantiene actitudes discriminatorias patriarcales que justifican a

los agresores y culpan a las víctimas. Todas estas deficiencias perpetúan los riesgos y la violencia sexual especialmente en las poblaciones más vulnerables (2).

Las consecuencias de la violencia o agresión sexual se reflejan a nivel conductual, social y psicológico. Algunos autores asocian la violencia sexual a niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral (2). Es reconocido su efecto devastador en la salud mental, sin embargo, pocas veces se reconocen los efectos en la salud sexual y reproductiva (4,5). Mujeres víctimas de violencia sexual tienen un mayor y significativo riesgo de embarazos no deseados dado que muchas veces no se les ofrece la opción de la anticoncepción de emergencia. También son frecuentes las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH (6-8), ya que al no ser una relación sexual consentida, deja a la mujer con miedo y sin capacidad de negociación de uso de preservativos (9). También la violencia sexual se asocia a otros problemas ginecológicos como dolor pélvico crónico, dolor durante las relaciones sexuales, infecciones urinarias, lesiones de los genitales y etc. (1), que podrían haber sido prevenidos y manejados adecuadamente si fueran tomados en cuenta (10).

En el Perú no se tienen datos sobre violencia sexual y su asociación con ITS. A través de este estudio buscamos explorar la relación entre violencia sexual e ITS en poblaciones urbanas y rurales de la Amazonía peruana, usando los datos colectados por un estudio previo(11). También exploraremos algunas otras variables que podría asociarse a violencia sexual en esta población. Esperamos que los resultados puedan ayudar a comprender y tomar conciencia de que la violencia sexual ejercida contra las mujeres no solo afecta a la salud mental si no también la salud sexual y reproductiva. De esta manera el sector de salud podría intervenir de forma más

activa en la creación/fortalecimiento de programas encaminados a reducir los riesgos y la violencia sexual y las ITS con las que podría estar asociada.

### **Objetivo**

Explorar la relación entre la violencia sexual ejercida por la pareja u otra persona, definida como penetración en contra de su voluntad (relación sexual no consentida) y la presencia de ITS como gonorrea, clamidia, sífilis, VIH, tricomoniasis y herpes virus tipo 2 (HSV-2) utilizando la base de datos del proyecto de Prevención Comunitaria de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (PREVEN)(11). También exploraremos otras variables asociadas a violencia sexual.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### a) Diseño del estudio

Este es un estudio transversal analítico de análisis secundario de bases de datos. Se analizaron los datos de las encuestas de PREVEN del 2006 y 2007. Esta fue una encuesta con base poblacional que estudió la conducta sexual y la prevalencia de ITS en adultos de 18 a 29 años en zonas urbanas y rurales del Perú. Se colectaron además muestras de sangre, orina e hisopados vaginales. Para el diagnóstico de sífilis se usó serología con RPR nosticon II (Organon Teknika, Boxtel, Países Bajos), que cuenta con una sensibilidad entre 86-100% y una especificidad entre 93-95% (12), considerando resultados positivos cuando el RPR  $\geq 1:8$ , con confirmación por TPPA (Fujirebio, Japón) con una sensibilidad de 90.18% y una especificidad de 99.6% (13). Se usó la prueba Uni-Form II Ag/Ab ELISA (Biomerieux-Vironostika, Durham, EE. UU) para serología del VIH, la cual cuenta con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 99% (14), y para la confirmación se utilizó la prueba de Nuevo LAV Blot I (Bio-Rad, Hércules, EE. UU.), con una sensibilidad entre 98-99% y una especificidad de 99.9% (15,16). Para HSV-2 se usó prueba de ELISA (HerpeSelect HSV-2, Focus Technologies, Cypress, EE. UU.) que cuenta con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 94.1% (17). Para el diagnóstico de *C.trachomatis* y *N.gonorrhoeae* se procesaron los hisopados vaginales u orinas, y se realizó la prueba Aptima Combo 2, la cual cuenta con una sensibilidad entre 87-98% y especificidad entre 98.2-99.9% (18). El diagnóstico de *T.vaginalis* fue realizado con la prueba Aptima TV, la cual cuenta con una sensibilidad entre 89.7-99% y una especificidad entre 100-98.9% (11,19–21).

## **b) Muestra**

La muestra de la población para el estudio PREVEN estuvo compuesta por adultos entre 18 y 29 años que hayan vivido en la comunidad por lo menos 6 meses antes del estudio y hayan vivido en la comunidad por más de 3 de los 6 meses antes de la realización de la encuesta.

En el caso de comunidades nativas con poblaciones de 30 o menos adultos elegibles se reclutaron a todos, mientras que en las comunidades con más de 30 adultos elegibles se tomó una muestra aleatoria de 30 participantes para el estudio. En el caso de las ciudades se usó un muestreo por conglomerados multietápico siguiendo la metodología descrita por Cárcamo et al(21). Para el presente estudio solo se utilizarán los datos de participantes del sexo femenino.

## **c) Aspectos éticos del estudio**

El proyecto original fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (99084). Los participantes en este estudio ofrecieron su consentimiento para el uso anónimo de sus datos y muestras biológicas para estudios futuros. También se obtuvo aprobación ética para el análisis secundario de base de datos (102237).

## **d) Análisis**

La variable “relaciones sexuales no consentidas” se construyó a partir de la pregunta “¿alguna vez ha tenido sexo contra su voluntad?” y la variable “edad a la que tuvo relaciones sexuales no consentidas” se construyó por diferencia entre la edad calculada de la participante y la respuesta a la pregunta “¿hace cuánto tiempo

ha tenido sexo en contra de su voluntad?”. La variable “*alguna ITS*” comprende las infecciones por gonorrea, clamidia, sífilis, VIH y tricomoniasis, las cuales también han sido analizadas individualmente. No se incluyó HSV-2 debido a que en dos ciudades no se realizaron las pruebas biológicas para esta infección. Por otro lado, también se creó la variable “*más de una ITS*” para poder buscar la existencia de coinfecciones. Se incluyeron variables como características sociodemográficas y económicas de la población de estudio (edad, último año de estudios, idioma, religión, persona que mantiene económicamente el hogar, principal fuente de ingreso económico, ingreso mensual de su familia, estado civil, edad en la que se casó por primera vez), aspectos de salud sexual y reproductiva (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales en toda su vida, número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, parentesco con la última pareja, infidelidad de la última pareja), acceso a servicio de salud (si ha tenido hijos en algún momento, que haría si tuviera síntomas de ITS, qué hizo cuando tuvo síntomas de ITS, conocimiento sobre ITS y última vez que acudieron a un establecimiento de salud por algún problema que hayan presentado) y dependencia al alcohol durante el último año, esta última variable fue recolectada utilizando la prueba de despistaje de alcoholismo RAPS4 (22).

El análisis estadístico se realizó con el programa STATA v15 (StataCorp, College Station, Tx). Se presentan frecuencias/porcentajes para las variables categóricas y medianas/rangos para las variables numéricas. Los resultados se presentan según la presencia o ausencia del reporte de relaciones sexuales no consentidas. Para la comparación de proporciones en variables categóricas nominales se utilizó la

prueba exacta de Fischer. Para las variables ordinales se utilizó Chi cuadrado para tendencia lineal y para las variables numéricas la prueba de Wilcoxon.

Se calculó razones de prevalencia (RP) crudas para aquellas variables que tuvieron un  $p \leq 0.1$  utilizando modelos lineales generalizados con familia Poisson y función de vínculo “log”. Se realizó un análisis multivariado utilizando el modelo descrito previamente para calcular RP ajustadas, y se mantuvo en el modelo aquellas que tuvieran un  $p \leq 0.05$ .

## RESULTADOS

### **Características sociodemográficas y económicas de la población de estudio**

La base del Estudio PREVEN incluye información de cuatro ciudades de la Amazonía peruana: Iquitos, Pucallpa, Yurimaguas y Puerto Maldonado, y 27 poblaciones indígenas localizadas en las proximidades de esas 4 ciudades, con un total de 1 699 mujeres entre 18-29 años. La mayoría de mujeres reportan haber llegado hasta secundaria (56.4%), sin embargo casi un 18% reporta solo primaria o menos. El 96.2% de las mujeres encuestadas usan el castellano para comunicarse, un 5.1% reporta hablar otros idiomas, y 4.5% reporta hablar quechua. La religión predominante es la católica (67.7%) y siguiendo la evangélica con un 21.6% (Tabla 1).

La mayoría de las mujeres se encuentran conviviendo con sus parejas (51.5%) o son solteras (40.8%). Solo un 5.7% reportó estar casada, con una edad mediana de 20 años al momento de casarse (rango de 14 a 29 años) (Tabla 1).

Alrededor de la mitad (51.7%) de las mujeres reporta que es la pareja quien mantiene económicamente el hogar, seguido por los padres (44.9%) y ella misma (27.3%). Hay que hacer notar que esta no era una variable excluyente. Cuando exploramos la principal fuente de ingreso familiar, se mantiene esta distribución. El 45.1% reporta un ingreso mensual de la familia entre 100 y 500 soles, un 36.7% entre 500 a 1 000 soles. Casi un 7% tiene un ingreso familiar mensual menor a 100 soles (Tabla 1).

### **Sexualidad, ITS, acceso a servicios de salud y dependencia al alcohol.**

De las mujeres encuestadas, el 89.5% dice haber tenido relaciones sexuales alguna vez, con una mediana de inicio de RS de 18, y con casi un 17% reportando haberse



iniciado entre los 10 y 14 años (Tabla 2). El 17.5% de mujeres reportan RS no consentidas, de estas mujeres, la mayoría (217/261, 81.6%) pertenecía a la zona urbana. Por otro lado, la mayoría de las mujeres (38.4%) reportan haber tenido más de 2 parejas sexuales en toda su vida. Sin embargo, un 90% reportó no haber tenido nuevas parejas sexuales en los últimos 12 meses. Un 50.2% tuvo como última pareja sexual a su enamorado y un 44.7% a su esposo/conviviente. El 23.6% está segura que su pareja le ha sido infiel, un 9.4% cree que le han sido infiel pero no está segura y la mayoría de ellas no sabe si su pareja le ha sido infiel (35.6%). Un 51.7% refiere haber tenido hijos (Tabla 2).

Adicionalmente, 216 (12.9%) de todas las mujeres se encontraron infectadas por *C.trachomatis*, convirtiéndola en la ITS más prevalente, 69 (4.4%) por *T.vaginalis*, 17(1.0%) por *N.gonorrhoeae*, 16 (1.0%) por *T.pallidum* y 3 (0.2%) por VIH. Para HSV-2 se encontró una prevalencia de 447 (45.4%), sin embargo, el tamaño muestral fue menor, debido a que no se realizó el tamizaje en las ciudades de Iquitos y Pucallpa. De 1 570 mujeres a las que se les hicieron las 5 pruebas (*C.trachomatis*, *T.vaginalis*, *N.gonorrhoeae*, *T.pallidum*, VIH), 273(17.4%) tuvieron alguna ITS, y 165 (9.7%) tuvieron más de una. Se les preguntó que sería lo primero que harían de presentar descenso vaginal anormal o de mal olor, o úlceras o llagas genitales y el 3.6% respondió que nada, mientras que el 21.7% iría a un doctor particular o clínica privada y el 61.2% iría a un hospital, centro o puesto de salud. Asimismo, se les preguntó qué fue lo primero que hicieron cuando presentaron estos síntomas en los últimos 12 meses, el 31.8% reportó que no hizo nada, el 9.5% fue a un doctor particular o clínica privada y el 30.3% fue a un hospital, centro o puesto de salud. (Tabla 2). El 90.2% de mujeres reporta conocimiento sobre ITS y en cuanto a la

última vez que acudieron a un centro de salud por un problema que tuvieron, el 10.7% lo realizó hace 7 días o menos de la entrevista, 51% hace un año o menos y el 18.7% hace más de un año. Por último, el 80.8% de las mujeres presenta consumo de alcohol. (Tabla 2).

### **Análisis bivariado**

En el análisis bivariado de las características sociodemográficas y económicas (Tabla 3), se encontró que el 98.9% de las mujeres que habían reportado RS no consentidas habla castellano, comparado con el 95.2% de las que no reportaron ese evento ( $p= 0.004$ ). De manera similar hay una mayor frecuencia de quechua hablantes entre las que reportaron RS no consentidas (7.1% vs 3.9% en no quechua hablantes,  $p=0.032$ ). También, se encontró el estado civil ( $p=0.042$ ) y el esposo como persona que mantiene económicamente el hogar ( $p=0.048$ ) asociado a RS no consentidas.

Asimismo, en el análisis bivariado de los aspectos de salud sexual y reproductiva y consumo de alcohol en la población de estudio (Tabla 4), se encontró asociación entre RS no consentidas y edad de primera relación sexual más temprana (menor de 15 años) ( $p=0.001$ ), mayor número de parejas sexuales en toda su vida ( $p=0.001$ ), mayor número de parejas sexuales nuevas en los últimos 12 meses ( $p=0.001$ ), parentesco con la última pareja (pareja ocasional) ( $p=0.001$ ), infidelidad de la última pareja ( $p=0.004$ ), lo primero que haría al presentar descenso vaginal anormal o de mal olor, o úlceras o llagas genitales ( $p=0.008$ ), conocimiento sobre ITS ( $p=0.009$ ) y dependencia al alcohol ( $p=0.001$ ).

Por otro lado, no se encontró asociación de infección con ninguna de las ITS estudiadas con el reporte de relaciones sexuales no consentidas: *C.trachomatis*

( $p=0.691$ ), *T.vaginalis* ( $p=0.497$ ), *N.gonorrhoeae* ( $p=0.752$ ), *T.pallidum* ( $p=0.736$ ), VIH ( $p=1.000$ ), HSV-2 ( $p=0.257$ ) (Tabla 4). Se analizó la variable “tiempo transcurrido desde la RS no consentida” y no se encontró correlación con ITS ( $p=0.338$ ) (tabla 5).

### **Análisis multivariado**

En el análisis multivariado algunas variables permanecen como predictores independientes de mayor riesgo de reporte de RS no consentidas: hablar quechua, una menor edad de inicio sexual, reportar un mayor número de parejas sexuales en toda la vida, no estar casada/convivir con la última persona con la que se tuvo relaciones sexuales, especialmente pareja ocasional y dependencia al alcohol. (Tabla 6). ITS no se encontraron asociadas al reporte.

## DISCUSIÓN

A través del análisis realizado, se encontró que el 17.5% [IC 95%: (15.6-19.5)] reportó haber tenido alguna vez RS no consentidas. A nivel global, en un metaanálisis en el que se incluyeron 141 estudios, de diversas regiones, se encontró que el 30% [IC95%(27.8-32.2%)] de mujeres de 15 años reportaron haber sufrido de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de sus vidas(23). La diferencia entre los estimados globales y los datos encontrados en nuestro análisis, podría deberse a la metodología usada. En el metaanálisis los estudios incluidos fueron encuestas específicas acerca de violencia, con múltiples y diversas formas de preguntar acerca del tema; mientras que en nuestro estudio solamente se hizo una pregunta al respecto. Adicionalmente, el metaanálisis incluye un rango más amplio de edades, 15 a 49 años aproximadamente, mientras que la población que nosotros evaluamos era joven, solo de 18 a 29 años. También, es posible que el subregistro pueda deberse a que las mujeres podrían no sentirse seguras al responder, a pesar de que esta sección de la encuesta fue autoadministrada y realizada en su casa.

El 17.4% de mujeres que reportó RS no consentidas se le detectó al menos una ITS y al 9.7% más de una. Encontramos que la prevalencia de ITS en el grupo de reporte de RS no consentidas se asemeja al de la población general (20). En otros estudios realizados en diferentes partes del mundo, EEUU, Egipto, Sudáfrica y Nigeria, encontraron relación entre estas dos variables. Sin embargo, hay varias diferencias entre estos y nuestro estudio que vale la pena resaltar. Por ejemplo, en el estudio realizado en EEUU(24), las participantes fueron reclutadas dentro de un ensayo clínico aleatorizado que comparó dos métodos diferentes de intervención por

computadora para promover el uso de métodos anticonceptivos duales. Las participantes completaron un cuestionario inicial que incluía preguntas sobre su historial de violencia sexual en los últimos 12 meses y fueron seguidas para evaluar ITS incidentes durante el período de estudio de 2 años. En este estudio se encontró mayor riesgo de ITS incidente en aquellas que reportaron violencia sexual. Una limitación de nuestro estudio es que solo hubo 9 mujeres que reportan violencia sexual en el último año, lo que imposibilita hacer un análisis similar al del estudio en EEUU. Otros estudios realizados en Egipto, Sudáfrica y Nigeria(7,25,26) tuvieron como objeto de estudio a mujeres casadas, quienes fueron reclutadas mediante la Encuesta Demográfica en Salud y utilizaron cuestionarios para determinar la violencia sexual y reporte sindrómico de una ITS en el último año, no habiendo incluido pruebas de laboratorio para el diagnóstico de ITS. Lo que se encontró en estos estudios fue una asociación entre el reporte de violencia en el último año y reporte de flujo vaginal y úlcera genital.

La ausencia de asociación en nuestro estudio podría corresponder al hecho de que por el lapso entre el evento y el tamizaje, hubo suficiente tiempo para que algunas ITS (gonorrea, chlamydia y tricomoniasis) se autolimiten, o que la víctima reciba tratamiento curativo. Como una forma indirecta de evaluar esto, evaluamos la asociación entre RS no consentidas e ITS, restringiendo el análisis a aquellas con pobre acceso a servicio de salud. Este análisis dio resultados similares al análisis original, alejando la posibilidad de esta explicación.

Sin embargo encontramos otras asociaciones importantes entre el reporte de relaciones sexuales no consentidas y 1) ser quechua hablante, 2) edad temprana de inicio de relaciones sexuales (menor de 15 años), 3) reporte de más de 2 parejas sexuales en la vida, 4) reporte de última RS con una pareja ocasional y 5) dependencia al alcohol.

La discriminación y la violencia hacia la población indígena continúa muy presente y más acentuada en la sociedad Latinoamericana, siendo las mujeres las más afectadas(23,27). Coincidente con nuestros hallazgos, en el Perú se ha identificado que la vulnerabilidad de las mujeres quechua a la violencia sexual se debe a que continúan teniendo mayor índice de analfabetismo, pobreza, desempleo y falta de acceso a la atención médica y los servicios sociales(28–31). Además, de que existe un sistema patriarcal de dominación, desde hace mucho en nuestro país, el cual ha demostrado impunidad ante los agresores, lo que genera que muchas veces las mujeres indígenas no denuncien los abusos que sufren, perpetuando de esta manera la discriminación y la violencia(32).

Con respecto a la asociación entre RS no consentidas y el inicio de RS a edades tempranas, la literatura señala al menos dos posibles explicaciones. En una revisión de varios artículos se encontró que el inicio temprano de RS está asociado a un nivel de educación y/o socioeconómico bajo, a familias con padres separados, a pobre control por parte de los padres y a menor religiosidad(33), todos estos factores que podrían exponer también a la joven a situaciones de violencia sexual. En algunos casos estas jóvenes se iniciaron tempranamente de manera forzada como lo muestran algunos estudios como un estudio en Nueva Zelandia que reporta que el 7% de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 16 años fueron

forzadas(34) y otro estudio mucho más reciente en EEUU que encontró un porcentaje similar (8.4%) (35).

Con respecto a la asociación entre el número de parejas sexuales y RS no consentidas, ésta se encuentra frecuentemente reportada en la literatura(36–39). También encontramos que las mujeres que tienen múltiples parejas sexuales a lo largo de la vida corren mayor riesgo de violencia sexual debido a una mayor exposición a posibles agresores(40). Otros autores explican esta asociación relacionando el evento violento con un cambio de actitud en las mujeres hacia la violencia que disminuye su habilidad para reconocer el riesgo y su autoestima, incrementa el sentimiento de culpa y vergüenza de tal manera que reduce su asertividad hacia las conductas sexuales(2,41).

El reporte de última RS con una pareja ocasional (no casada ni conviviente) se encontró asociada con RS no consentidas. Muchos estudios describen la violencia sexual relacionada a la pareja íntima(40,42,43). Un aspecto importante es la definición que se usa de pareja íntima, la cual abarca al enamorado, persona con la que sale, esposo, ex enamorado y al ex esposo. En un estudio encuentran un mayor riesgo de victimización sexual por parejas íntimas que por parejas no íntimas (alguien que acaba de conocer, amigo, un conocido, pariente o grupo de personas) lo interesante de ese estudio es que el consumo excesivo de alcohol episódico y el número de parejas sexuales predijeron la victimización de los no íntimos(40) . En nuestro caso el estar casada o convivir se encontró como un factor protector. Tal vez las mujeres casadas o con pareja estable se exponen a menos riesgo o estas mujeres aun estando expuestas a RS no consentidas no lo reportan porque se da en una relación estable Algunos estudios, han encontrado que la mujer no considera

una RS como “no consentida” aunque sea forzada si mantiene una relación de pareja con el agresor(42–44).

Por último, se encontró asociación entre dependencia actual al alcohol e historia de RS no consentidas. En su mayoría la literatura reporta al consumo de alcohol como factor de mayor riesgo o vulnerabilidad a ser víctima (45,46). Un estudio reportó que aproximadamente la mitad de las agresiones sexuales son cometidas por hombres que previamente han ingerido alcohol y que el 30% a un 79% de mujeres ingirieron alcohol al mismo tiempo que su agresor (45). También los estudios reportan que el uso de alcohol incrementa la probabilidad de agresiones sexuales entre conocidos durante interacciones sociales (47,48).

Una de las posibles limitaciones de nuestro estudio es que es de corte transversal y solo nos permite ver un momento en la vida de las mujeres encuestadas, y no relaciones temporales ni causales, solo asociaciones. Además, si bien se hicieron tomas de muestras biológicas para el diagnóstico de ITS, estas pruebas no están relacionadas temporalmente con el episodio de violencia sexual, que es un reporte del pasado.

Por otro lado una fortaleza del estudio es que basamos el análisis en datos tomados para el estudio PREVEN que a la fecha es el estudio más reciente y grande realizado en el Perú sobre conducta sexual, con un tasa muy alta de participación, rigurosamente diseñado y que utilizó metodología de encuestas y laboratorio de última generación(20). Por otro lado la violencia sexual sigue siendo un problema vigente. La policía nacional del Perú registró 3 276 denuncias por violencia sexual hacia las mujeres en el año 2018(47).



## **CONCLUSIONES**

Las tasas de ITS en las mujeres que reportan violencia sexual fueron similares a las de la población general. Los resultados resaltan la asociación entre violencia sexual y ser quechua hablante, inicio de relaciones sexuales tempranas, mayor número de parejas sexuales, tener parejas ocasionales y dependencia al alcohol.

## **RECOMENDACIONES**

En base a los resultados del presente estudio recomendamos trabajar desde las escuelas los temas de educación sexual y cómo prevenir y denunciar situaciones de violencia sexual. Además, se necesita trabajar programas dirigidos a la población indígena, desarrollar materiales en quechua y entrenar a los profesionales de salud para que puedan abordar la temática, atender los casos y dar el soporte necesario a estas mujeres. Adicionalmente se requiere programas de sensibilización respecto a este problema, en los que se aclare el concepto de abuso sexual, incluso en el contexto de relaciones de pareja, se explique su relación con abuso de alcohol y otras drogas, y se informe sobre las acciones recomendadas en estos casos (49).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Violencia sexual: Comprender y abordar la violencia contra las mujeres [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2013. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12\\_37/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/es/)
2. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Sexual Violence in Latin America and the Caribbean: A Desk Review. Pan American Health Organization [Internet]. 2010; Disponible en: <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-04-13/SexualViolenceLACaribbean.pdf>
3. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. *Injury Prevention*. 2010;16(5):359-60.
4. Ortayli N, Ringheim K, Collins L, Sladden T. Sexually transmitted infections: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). *Contraception*. 2014;90(6 Suppl):S22-31.
5. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, et al. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. 2015;61 Suppl 8:S856-864.
6. Goyal V, Mengeling MA, Booth BM, Torner JC, Syrop CH, Sadler AG. Lifetime Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections Among Women Veterans. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(7):745-54.
7. Vyas S. Marital violence and sexually transmitted infections among women in post-revolution Egypt. *Sex Reprod Healthc*. 2017;13:68-74.
8. Mathews C, Kalichman MO, Laubscher R, Hutchison C, Nkoko K, Lurie M, et al. Sexual relationships, intimate partner violence and STI partner notification in Cape Town, South Africa: an observational study. *Sex Transm Infect*. 2018;94(2):144-50.
9. Cáceres CF, Vanoss Marín B, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adults in Lima, Peru. *J Adolesc Health*. 2000;27(5):361-7.
10. Orozco LT, Alegre Y, Bolarte N, Cabrera S, Carrasco F, Del Carpio L, et al. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. 2004;273-5.
11. García PJ, Cárcamo CP, Buendía C, Chiappe M, La Rosa S, Valderrama M. Proyecto PREVEN: Prevención Comunitaria de Enfermedades de Transmisión Sexual [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.proyectopreven.org/portal/index.php>

12. Estrada S. Las pruebas rápidas en la promoción, prevención y diagnóstico de la sífilis [Internet]. Asociación Colombiana de Infectología; 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v12n4/v12n4a07.pdf>
13. Test ID: TPPA Syphilis Antibody by TP-PA, Serum [Internet]. Mayo Clinic Laboratories; 2019. Disponible en: [https://www.mayocliniclabs.com/test-catalog/download-setup.php?format=pdf&unit\\_code=61480](https://www.mayocliniclabs.com/test-catalog/download-setup.php?format=pdf&unit_code=61480)
14. World Health Organization, Department of Essential Health Technologies, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. HIV assays: operational characteristics (phase I). Report 15, Report 15, [Internet]. Geneva: World Health Organization, Dept. of Essential Health Technologies : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2004. Disponible en: [https://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/publications/en/HIV\\_Report15.pdf](https://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/en/HIV_Report15.pdf)
15. Álvarez-Carrasco RI. Interpretation of rapid tests for diagnosing the infection caused by the human immunodeficiency virus. *Acta Médica Peruana*. 2017;34:8-9.
16. Kondo M, Sudo K, Sano T, Kawahata T, Itoda I, Iwamuro S, et al. Comparative evaluation of the Geenius HIV 1/2 Confirmatory Assay and the HIV-1 and HIV-2 Western blots in the Japanese population. *PLOS one*. 2018;10-2.
17. Mark H, Nanda J, Roberts J, Rompalo A, Melendez J, Zenilman J. Performance of Focus ELISA Tests for HSV-1 and HSV-2 Antibodies Among University Students With No History of Genital Herpes [Internet]. PubMed. 2009. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2648390/>
18. Van der Pol B, Williams J, Fuller D, Taylor S, Hook E. Combined Testing for Chlamydia, Gonorrhea, and Trichomonas by Use of the BD Max CT/GC/TV Assay with Genitourinary Specimen Types [Internet]. PubMed. 2016 [citado 9 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5228226/>
19. Gaydos C, Klausner J, Pant Pai N, Kelly H, Coltart C, Peeling R. Rapid and point-of-care tests for the diagnosis of Trichomonas vaginalis in women and men [Internet]. PubMed. 2017 [citado 9 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5723541/>
20. García PJ, Holmes KK, Cárcamo CP, Garnett GP, Hughes JP, Campos PE, et al. Prevention of sexually transmitted infections in urban communities (Peru PREVEN): a multicomponent community-randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;379(9821):1120-8.

21. Cárcamo CP, Campos PE, García PJ, Hughes JP, Garnett GP, Holmes KK. Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. - PubMed - NCBI [Internet]. 2012 [citado 9 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878023>
22. Cherpitel CJ. A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. Rapid Alcohol Problems Screen. *J Stud Alcohol*. 2000;61(3):447-9.
23. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 28 de junio de 2013;340(6140):1527-8.
24. Allsworth JE, Anand M, Redding CA, Peipert JF. Physical and Sexual Violence and Incident Sexually Transmitted Infections. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(4):529-34.
25. Decker MR, Miller E, Kapur NA, Gupta J, Raj A, Silverman JG. Intimate partner violence and sexually transmitted disease symptoms in a national sample of married Bangladeshi women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2008;100(1):18-23.
26. Sigbeku OA, Fawole OI, Ogunniyan TB. Experience of Intimate Partner Violence as a Predictor of Sexually Transmitted Infections among Married Woman in Nigeria. *Ann Ib Postgrad Med*. 2015;13(1):6-16.
27. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(1):135-46.
28. Martínez GL, Rullier HB, Tanco ED, Carrión DD, Portal JC, Espino CG, et al. Perfil Sociodemográfico del Perú. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales y Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2008;474-6.
29. Theidon K. Justice in Transition: The Micropolitics of Reconciliation in Post-War Peru. Keywords: Peru; reconciliation; political violence; transitional justice; memory. *Journal of Conflict Resolution*. 2006;50(3):437, 441, 443.
30. Orellana ER, Alva IE, Cárcamo CP, García PJ. Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian amazon. *Qual Health Res*. 2013;23(9):1240-50.
31. Suarez EB. Surviving juntas (together): lessons of resilience of indigenous Quechua women in the aftermath of conflict in Peru. *Intervention*. 2015;13(1):6-18.
32. Fuller N. Contrastes regionales en las identidades de género en el Perú urbano. El caso de las mujeres de la baja Amazonia. :18-21.

33. Lara LAS, Abdo CHN. Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* octubre de 2016;29(5):417-23.
34. Dickson N, Paul C, Herbison P, Silva P. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *BMJ.* 3 de enero de 1998;316(7124):29-33.
35. Williams CM, Clear ER, Coker AL. Sexual Coercion and Sexual Violence at First Intercourse Associated With Sexually Transmitted Infections. *Sexually Transmitted Diseases.* 2013;40(10):771-5.
36. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect.* 1 de agosto de 1997;21(8):789-803.
37. Ding R, Wen X, He P, Guo C, Luo Y, Song X, et al. Association Between Childhood and Adolescent Sexual Abuse Experiences and High-Risk Sexual Behaviors Among Chinese Youth. *Sex Med.* 16 de noviembre de 2018;6(4):273-81.
38. Pedersen W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction.* abril de 1996;91(4):565-81.
39. Olsson A, Ellsberg M, Berglund S, Herrera A, Blandón E, Peña R, et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey 1 1 Requests for reprints should be sent to Kjerstin Dahlblom, Division of Epidemiology, Department of Public Health and Clinical Medicine, University of Umeå, SE901 85 Umeå, Sweden. *Child Abuse & Neglect - CHILD ABUSE NEGLECT.* 1 de enero de 2000;24:1579-89.
40. Testa M, VanZile-Tamsen C, Livingston JA. Prospective Prediction of Women's Sexual Victimization by Intimate and Nonintimate Male Perpetrators. *J Consult Clin Psychol.* febrero de 2007;75(1):52-60.
41. Söchting I, Fairbrother N, Koch WJ. Sexual Assault of Women: Prevention Efforts and Risk Factors. *Violence Against Women.* 2004;10(1):73-93.
42. Jaffe AE, Steel AL, DiLillo D, Messman-Moore TL, Gratz KL. Characterizing Sexual Violence in Intimate Relationships: An Examination of Blame Attributions and Rape Acknowledgment. *J Interpers Violence.* 1 de agosto de 2017;886260517726972.
43. Harned MS. Understanding women's labeling of unwanted sexual experiences with dating partners: a qualitative analysis. *Violence Against Women.* marzo de 2005;11(3):374-413.

44. Watts C, Keogh E, Ndlovu M, Kwaramba R. Withholding of sex and forced sex: Dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*. 1998;6(12):57-65.
45. Romero M, Megías J. Agresiones sexuales en población universitaria: El papel del alcohol y de los mitos sobre la violación. *International Journal of Psychological Research*. 2009;2(1):44-53.
46. Información IN de las M. Violencia sexual contra las mujeres y consumo de drogas [Internet]. Instituto Nacional de las Mujeres; 2017. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101277.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101277.pdf)
47. Abbey A. Alcohol-related sexual assault: A common problem among college students. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002;14:118-28.
48. Mohler-Kuo M, Dowdall G.W, Koss MP, Wechsler H. Correlates of rape while intoxicated in a national sample of college women. *Journal of Studies on Alcohol*. 2004;65:37-45.
49. Durand D, Hilario V, Cáceres J. Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2009-2018 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1584/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1584/libro.pdf)

## TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas y económicas de la población de estudio (N=1 699)

Variable	n/N (%)
Edad, mediana* (años)	23 (18 – 29)
Educación*	
Sin nivel	14/1 697 (0.8)
Hasta primaria	292/1 697 (17.3)
Hasta secundaria	957/1 697 (56.4)
Superior no universitaria	284/1 697 (16.7)
Superior universitaria	150/1 697 (8.8)
Habla Castellano	1 634/1 699 (96.2)
Habla Inglés	82/1 699 (4.8)
Habla Quechua	77/1 699 (4.5)
Habla Aymara	3/1 699 (0.2)
Habla otro idioma	86/1 699 (5.1)
Religión*	
Católica	1 144/1 690 (67.7)
Evangélica	365/1 690 (21.6)
Adventista	72/1 690 (4.3)
No tiene religión (atea)	81/1 690 (4.8)
Otros <sup>1</sup>	28/1 690 (1.6)
Estado civil*	
Conviviente	873/1 697 (51.5)
Soltera	693/1 697 (40.8)
Casada	97/1 697 (5.7)
Separada	31/1 697 (1.8)
Viuda	3/1 697 (0.2)

\* Algunos participantes no respondieron estas preguntas, por lo que el N es menor.

<sup>1</sup> Testigo de Jehová 6 (0.4%), Mormón 13 (0.8%) y otros.

Tabla 1: Características sociodemográficas y económicas de la población de estudio – Continuación

<b>Variable</b>	<b>n/N (%)</b>
Pareja mantiene económicamente al hogar	878/1 699 (51.7)
Padres mantienen económicamente al hogar	762/1 699 (44.9)
Ella misma mantiene económicamente al hogar	463/1 699 (27.3)
Otro miembro de la familia mantiene económicamente al hogar	255/1 699 (15.1)
Alguien que no es de la familia mantiene económicamente al hogar	26/1 699 (1.5)
<b>Principal fuente de ingreso económico*</b>	
Su pareja	799/1 693 (47.2)
Sus padres	465/1 693 (27.5)
Su trabajo	365/1 693 (21.5)
Sus parientes	54/1 693 (3.2)
Rentas/ Transferencias de dinero	10/1 693 (0.6)
<b>Ingreso mensual de la familia*</b>	
Menos de 100 soles	107/1 554 (6.9)
Entre 100 y 500 soles	700/1 554 (45.1)
Entre 500 y 1 000 soles	571/1 554 (36.7)
Entre 1 000 y 5 000 soles	170/1 554 (10.9)
Más de 5 000 soles	6/1 554 (0.4)

\*Algunos participantes no respondieron estas preguntas, por lo que el N es menor.



Tabla 2: Sexualidad, ITS, acceso a servicio de salud y dependencia al alcohol en la población de estudio (N=1 699)

Variable	n/N (%)
Reportan ser sexualmente activas*	1 501/1 677 (89.5)
Edad de primera relación sexual*	
10-14	235/1 402 (16.8)
15-18	862/1 402 (61.5)
>18	305/1 402 (21.7)
RS no consentidas*	266/1 523 (17.5)
Número de parejas sexuales en toda su vida*	
0	160/1 663 (9.6)
1	542/1 663 (32.6)
2	323/1 663 (19.4)
>2	638/1 663 (38.4)
Nuevas parejas sexuales en los últimos 12 meses*	
0	1 193/1 326 (90.0)
1	70/1 326 (5.3)
2	33/1 326 (2.5)
>2	30/1 326 (2.2)
Parentesco con última pareja*	
Esposo/conviviente	677/1 515 (44.7)
Enamorado	761/1 515 (50.2)
Pareja ocasional	54/1 515 (3.6)
Me pagaron por tener sexo	1/1 515 (0.1)
Otro	22/1 515 (1.4)
Infidelidad de la última pareja*	
Sí, estoy segura	358/1 517 (23.6)
Sí, pero no estoy segura	142/1 517 (9.4)
No	477/1 517 (31.4)
No sé	540/1 517 (35.6)

\* Algunos participantes no respondieron estas preguntas, por lo que el N es menor.

Tabla 2: Sexualidad, ITS, acceso a servicio de salud y dependencia al alcohol en la población de estudio – Continuación

Variable	n/N (%)
Ha tenido hijos en algún momento	740/1431 (51.7)
ITS*	
Infección por <i>C.trachomatis</i>	216/1 678 (12.9)
Infección por <i>T.vaginalis</i>	69/1 579 (4.4)
Infección por <i>N.gonorrhoeae</i>	17/1 678 (1.0)
Infección por <i>T.pallidum</i>	16/1 660 (1.0)
Infección por VIH	3/1 660 (0.2)
Infección por HSV-2 <sup>1</sup>	447/985 (45.4)
Lo primero que haría de presentar descenso vaginal anormal o de mal olor, o úlceras o llagas genitales	
Nada	60/1683 (3.6)
Consultaría a un amigo	37/1683 (2.2)
Iría a una farmacia/botica	91/1683 (5.4)
Iría a un doctor particular o clínica privada	365/1683 (21.7)
Iría a un hospital, centro o puesto de salud	1030/1683 (61.2)
Tomaría las medicinas que tengo en casa	72/1683 (4.3)
Otra	28/1683 (1.6)
Lo primero que hizo si en los últimos 12 meses usted ha presentado descenso vaginal anormalmente abundante o úlceras o llagas genitales	
Nada	174/548 (31.8)
Consulté a un amigo	22/548 (4.0)
Tomé unas medicina que tenía en casa	40/548 (7.3)
Tomé unas medicinas que me dio mi amigo/a	9/548 (1.6)
Fui a un doctor particular o clínica privada	52/548 (9.5)
Fui a un hospital, centro o puesto de salud	166/548 (30.3)
Fui a una farmacia/botica	64/548 (11.7)
Otra	21/548 (3.8)

\* Algunos participantes no respondieron estas preguntas, por lo que el N es menor.

<sup>1</sup> Las muestras del año 2006 no se tamizaron para HSV-2.

Tabla 2: Sexualidad, ITS, acceso a servicio de salud y dependencia al alcohol en la población de estudio – Continuación

<b>Variable</b>	<b>n/N (%)</b>
Conocimiento sobre ITS	1532/1696 (90.2)
Última vez que acudió a un establecimiento de salud por un problema que tuvo	
Hace 7 días o menos	136/1270 (10.7)
Hace 14 días	40/1270 (3.1)
Hace 30 días o menos	210/1270 (16.5)
Hace 1 año o menos	648/1270 (51.0)
Hace más de 1 año	236/1270 (18.7)
Dependencia al alcohol	1314/1626 (80.8)

\*Algunos participantes no respondieron estas preguntas, por lo que el N es menor.

Tabla 3: Análisis bivariado de las características sociodemográficas y económicas de la población de estudio según el antecedente de RS no consentidas

Variable	RS no consentidas (N=1 523)		p
	Si n (%)	No n (%)	
Edad, mediana (años) (N= 1 520)	23(18 – 29)	23(18 – 29)	0.159*
Años de educación mediana (años ) (N= 1 504)	12(0 – 17)	12(0 – 17)	0.889*
Habla castellano (N= 1 523)	263(98.9)	1 197(95.2)	0.004†
Habla inglés (N= 1 523)	13(4.9)	59(4.7)	0.874†
Habla quechua (N= 1 523)	19(7.1)	49(3.9)	0.032†
Habla aymara (N= 1 523)	1(0.4)	2(0.2)	0.438†
Habla otro idioma (N= 1 523)	7(2.6)	76(6.1)	0.025†
Religión (N= 1 514)			
Católico	170(64.2)	863(69.1)	
Evangélico	60(22.6)	258(20.7)	
Adventista	15(5.7)	52(4.2)	0.129†
Testigos de Jehová	1(0.4)	3(0.2)	
Mormón	2(0.8)	11(0.9)	
No tiene religión (ateo)	13(4.9)	59(4.7)	
Otro	4(1.4)	3(0.2)	
Estado civil (N= 1 522)			
Soltera	122(45.9)	461(36.7)	
Casada	16(6.0)	77(6.1)	0.042†
Conviviente	122(45.9)	694(55.3)	
Separada	5(1.9)	22(1.8)	
Viuda	1(0.3)	2(0.1)	

\* Prueba de Wilcoxon

† Prueba exacta de Fischer

Tabla 3: Análisis bivariado de las características sociodemográficas y económicas de la población de estudio según el antecedente de RS no consentidas-  
Continuación

Variable	RS no consentidas (N=1 523)		p
	Si n (%)	No n (%)	
Ella misma mantiene económicamente al hogar (N= 1 523)	85(32.0)	345(27.5)	0.154*
Esposo mantiene económicamente al hogar (N=1 523)	127(47.7)	696(55.4)	0.048*
Padres mantienen económicamente al hogar (N=1 523)	113(42.5)	545(43.4)	0.838*
Otro miembro de la familia mantiene económicamente al hogar (N= 1 523)	48(18.1)	173(13.8)	0.084*
Alguien que no es de la familia mantiene económicamente al hogar (N= 1 523)	7(2.6)	13(1.0)	0.066*
Principal fuente de ingreso económico (N= 1 518)			
Su pareja	115(43.4)	630(50.3)	
Sus padres	72(27.2)	314(25.1)	0.308†
Su trabajo	66(24.9)	266(21.2)	
Sus parientes	10(3.8)	36(2.9)	
Rentas/ Transferencias de dinero	2(0.7)	7(0.5)	
Ingreso mensual habitual (N= 1 396)			
Menos de 100 soles	13(5.3)	85(7.4)	
Entre 100 y 500 soles	120(48.8)	506(44.0)	0.821‡
Entre 500 y 1 000 soles	87(35.4)	424(36.9)	
Entre 1 000 y 5 000 soles	24(9.8)	131(11.4)	
Más de 5 000 soles	2(0.8)	4(0.3)	
Edad en la que se casó por primera vez, mediana (años) (N= 99)	20(14-29)	20(14-29)	0.822*

\* Prueba de Wilcoxon

† Prueba exacta de Fischer

‡ Prueba de Chi cuadrado tendencia lineal

Tabla 4: Análisis bivariado de los aspectos de salud sexual y reproductiva, acceso a servicio de salud y dependencia al alcohol en la población de estudio según el antecedente de RS no consentidas

Variable	RS no consentidas (N=1 523)		p
	Si n (%)	No n (%)	
Vive con su pareja (N= 1 520)	165(62.3)	833(66.4)	0.201*
Edad de primera relación sexual (N= 1 397)			
10-14	62(25.9)	172(14.9)	
15-18	139(58.2)	721(62.3)	0.001†
>18	38(15.9)	265(22.8)	
Número de parejas sexuales en toda su vida (N= 1 495)			
1	41(15.5)	498(40.5)	
2	52(19.6)	268(21.8)	0.001†
>2	172(64.9)	464(37.7)	
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses (N= 1 163)			
0	170(79.1)	861(90.8)	0.001†
1	17(7.9)	53(5.6)	
2	11(5.1)	22(2.3)	
>2	17(7.9)	12(1.3)	
Parentesco con la última pareja (N= 1 510)			
Esposo	93(35.2)	583(46.8)	
Pareja/enamorado	131(49.6)	627(50.3)	0.001*
Pareja ocasional	28(10.6)	26(2.1)	
Me pagaron por tener sexo	0(0.0)	1(0.1)	
Otro	12(4.6)	9(0.7)	

\* Prueba exacta de Fisher

†Prueba de Chi cuadrado tendencia lineal

Tabla 4: Análisis bivariado de los aspectos de salud sexual y reproductiva, acceso a servicio de salud y dependencia al alcohol en la población de estudio según el antecedente de RS no consentidas– Continuación

Variable	RS no consentidas (N=1 523)		p
	Si n (%)	No n (%)	
Infidelidad de la última pareja (N=1511)			
Sí, estoy segura	85(32.1)	272(21.8)	0.004*
Sí, pero no estoy segura	24(9.1)	118(9.5)	
No	68(25.7)	406(32.6)	
No sé	88(33.1)	450(36.1)	
Ha tenido hijos en algún momento (N=1295)			
Sí	129 (58.3)	562 (52.3)	0.104*
No	92 (41.7)	512 (47.7)	
ITS			
Infección por <i>C.trachomatis</i>	37/265 (14.0)	164/1 248 (13.1)	0.691*
Infección por <i>T.vaginalis</i>	13/252 (5.2)	50/1 195 (4.2)	0.497*
Infección por <i>N.gonorrhoeae</i>	2/265 (0.8)	15/1 248 (1.2)	0.752*
Infección por <i>T.pallidum</i>	3/264 (1.1)	12/1 238 (1.0)	0.736*
Infección por VIH	0/264 (0.0)	3/1 238 (0.2)	1.000*
Infección por HSV-2	81/160 (50.6)	343/754 (45.5)	0.257*
Alguna ITS	44/252 (17.5)	210/1 187 (17.7)	1.000*
Más de una ITS	23/266 (8.7)	95/1 257 (7.6)	0.529*

\* Prueba exacta de Fischer

Tabla 4: Análisis bivariado de los aspectos de salud sexual y reproductiva, acceso a servicio de salud y dependencia al alcohol en la población de estudio según el antecedente de RS no consentidas– Continuación

Variable	RS no consentidas (N=1 523)		p
	Si n (%)	No n (%)	
Lo primero que haría de presentar descenso vaginal anormal o de mal olor, o úlceras o llagas genitales (N=1 515)			
Nada	10 (3.8)	41 (3.3)	0.008*
Consultaría a un amigo	6 (2.3)	26 (2.1)	
Iría a una farmacia/botica	22 (8.3)	59 (4.7)	
Iría a un doctor privado	66 (24.9)	253 (20.2)	
Iría a un hospital/centro/puesto de salud	140 (52.8)	810 (64.8)	
Tomaría las medicinas que tengo	15 (5.7)	46 (3.7)	
Otra	6 (2.2)	15 (1.2)	
Lo primero que hizo si en los últimos 12 meses usted ha presentado descenso vaginal anormal, o úlceras o llagas genitales (N=512)			
Nada	35(30.4)	128(32.2)	0.323*
Consulté a un amigo	8(7.0)	11(2.8)	
Tomé las medicinas que tenía en casa	11(9.6)	25(6.3)	
Tomé unas medicinas que me dio mi amigo/a	1(0.9)	8(2.0)	
Fui a un doctor particular o clínica privada	10(8.7)	39(9.8)	
Fui a un hospital/centro/puesto de salud	32(27.8)	127(32.0)	
Fui a una farmacia/botica	16(13.9)	44(11.1)	
Otra	2(1.7)	15(3.8)	

\* Prueba exacta de Fischer



Tabla 4: Análisis bivariado de los aspectos de salud sexual y reproductiva y dependencia al alcohol en la población de estudio según el antecedente de RS no consentidas– Continuación

Variable	RS no consentidas (N=1 523)		p
	Si n (%)	No n (%)	
Conocimiento sobre ITS (N=1 521)			
Sí	251(94.4)	1120(89.2)	0.009*
No	15(5.6)	135(10.8)	
Última vez que acudió a un establecimiento de salud por un problema que tuvo (N=1 158)			
Hace 7 días o menos	26(13.1)	101(10.5)	0.721†
Hace 14 días	6(3.0)	30(3.1)	
Hace 30 días o menos	24(12.1)	165(17.2)	
Hace 1 año o menos	109(54.8)	490(51.1)	
Hace más de 1 año	34(17.0)	173(18.1)	
Dependencia al alcohol (N=1 462)			
Sí	178 (70.4)	1001 (82.8)	0.001*
No	75 (29.6)	208 (17.2)	

\* Prueba exacta de Fisher

†Prueba de Chi cuadrado tendencia lineal

Tabla 5: Análisis bivariado del tiempo (años) desde RS no consentidas (N=260) e ITS (N=1 570)

Tiempo desde RS no consentidas	Infección por alguna ITS n (%)	p*
<1	9 (16.1)	0.338
1-5	11 (18.0)	
6-10	4 (10.0)	
10-15	7 (17.5)	
15-20	5 (25.0)	
>20	0 (0.0)	
No tuvo RS no consentidas	210 (17.7)	

\*Prueba de Chi cuadrado para tendencia lineal

Tabla 6: Análisis multivariado de las variables de la población en estudio y RS no consentidas

<b>Variable</b>	<b>RP cruda (IC 95%)</b>	<b>RP ajustada (IC 95%)</b>
Habla castellano	3.8 (1.2-11.8)	
Habla quechua	1.6 (1.0-2.6)	2.0 (1.2-3.3)
Habla otro idioma	0.5 (0.2-1.0)	
Esposo mantiene el hogar	0.8 (0.6-1.0)	
Otro miembro de la familia mantiene el hogar	1.3 (0.9-1.8)	
Alguien que no es de la familia mantiene el hogar	2.0 (1.0-4.3)	
Estado civil		
Soltera	1	
Casada	0.8 (0.8-1.4)	
Conviviente	0.7 (0.6-1.0)	
Separada	0.9 (0.4-2.2)	
Viuda	1.6 (0.2-11.4)	
Edad de primera relación sexual		
>18	1	1
15-18	1.3 (0.9-1.8)	1.9 (0.8-1.7)
10-14	2.1 (1.4-3.2)	1.6 (1.1-2.5)
Número de parejas sexuales en toda su vida		
1	1	1
2	2.1 (1.4-3.2)	2.1 (1.3-3.2)
>2	3.6 (2.5-5.0)	3.2 (2.2-4.6)
Nuevas parejas sexuales en los últimos 12 meses		
1	1	
2	1.4 (0.6-2.9)	
>2	2.4(1.2-4.7)	

Tabla 6: Análisis multivariado de las variables de la población en estudio y RS no consentidas-Continuación

Variable	RP cruda (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Parentesco con última pareja		
Esposo/conviviente	1	1
Pareja/enamorado	1.3 (1.0-1.6)	1.2 (0.9-1.6)
Pareja ocasional	3.8 (2.5-5.8)	3.2 (2.0-5.2)
Otro	4.0 (2.2-7.2)	3.1 (1.6-5.8)
Infidelidad de la última pareja		
Sí, estoy segura	1	
Sí, pero no estoy segura	0.7 (0.5-1.1)	
No	0.6 (0.4-0.8)	
No sé	0.7 (0.5-0.9)	
Ha tenido hijos en algún momento		
No	1	
Sí	1.1(0.9-1.3)	
Lo primero que haría de presentar descenso vaginal anormal o de mal olor, o úlceras o llagas genitales		
Nada	1	
Consultaría a un amigo	0.95(0.3-02.6)	
Iría a una farmacia/botica	1.4(0.7-2.9)	
Iría a un doctor privado	1.1(0.5-2.1)	
Iría a un hospital/centro/puesto de salud	0.8(0.4-1.4)	
Tomaría las medicinas que tengo	1.3(0.6-2.8)	
Otra	1.5(0.5-4)	
Conocimiento sobre ITS		
No	1	
Sí	1.1(0.9-1.2)	
Dependencia al alcohol		
No	1	1

Sí

1.7(1.3-2.2)

1.4(1.0-1.8)

---