

ARTÍCULO ORIGINAL

1. Facultad de Medicina Humana, Universidad de Piura, Lima, Perú
 - a. Estudiante de Medicina Humana. ORCID: 0000-0002-7688-8988
 - b. Médico cirujano, Magíster en Epidemiología. ORCID: 0000-0002-6471-5684

Contribuciones de los autores: NNA y FRR conceptualizaron el estudio. NNA redactó el protocolo de investigación, FRR realizó la curación de los datos y el análisis formal de datos. NNA redactó el primer borrador del manuscrito. Ambos autores revisaron las versiones sucesivas del manuscrito y aprobaron la versión final del manuscrito. FRR supervisó la ejecución del estudio. Ambos autores asumen responsabilidad de lo publicado.

Responsabilidades éticas: El protocolo del estudio fue aprobado por un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Confidencialidad de los datos: La base de datos analizada se encuentra disponible de manera pública y gratuita en la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática. La base de datos se encuentra anonimizada.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: El presente estudio es una investigación de análisis de datos secundario; no hubo enrolamiento primario de personas.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores no declaran conflicto de interés para el presente artículo.

Aportación original e importancia

En el Perú, las infecciones causantes de secreción y úlceras genitales, y la violencia íntima de pareja (VIP) contra las mujeres son frecuentes, sin embargo, desconocemos que tan asociados se encuentran los diferentes tipos de violencia con el reporte de síntomas genitales. Encontramos que las mujeres expuestas a la violencia sexual tuvieron una mayor probabilidad de reportar secreción y úlceras genitales, seguida de la violencia física severa. Nuestros resultados comprueban que la violencia en todas sus formas predispone a las mujeres a tener infecciones de transmisión sexual (ITS). Ello brinda evidencia para que las mujeres expuestas a violencia doméstica reciban consejería o intervenciones preventivas de ITS.

El presente estudio forma parte de la tesis: Noriega N. Asociación entre la violencia íntima de pareja contra la mujer y las infecciones de transmisión sexual: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2021 del Perú [tesis para optar al título profesional de médico cirujano]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad de Piura; 2022.

Recibido: 13 abril 2023

Aceptado: 26 junio 2023

Publicación en línea: 30 septiembre 2023

Correspondencia:

Nicole Noriega Arce

✉ nicole.noriega@alum.udpep.edu.pe

Citar como: Noriega Arce N, Romaní-Romaní F. Asociación entre la exposición a violencia íntima de pareja contra la mujer y el reporte de secreción y úlceras genitales. *Rev peru ginecol obstet.* 2023;69(3). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2543>

Asociación entre la exposición a violencia íntima de pareja contra la mujer y el reporte de secreción y úlceras genitales

Association between women's exposure to intimate partner violence and the self-report of genital discharge and ulcers

Nicole Noriega Arce^{1,a}, Franco Romaní-Romaní^{1,b,4}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2543>

RESUMEN

Introducción. La asociación entre la violencia contra la mujer y las infecciones de transmisión sexual es materia controversial. **Objetivo.** Evaluar la asociación entre la violencia íntima de pareja emocional, física y sexual con el auto reporte de secreción y úlcera genital en mujeres de participantes de una encuesta poblacional. **Métodos.** Se realizó un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú, 2021. Los criterios de inclusión fueron tener 15 a 49 años, ser casadas o convivientes, y estar seleccionadas y entrevistadas para el módulo de violencia doméstica. Se estimó la prevalencia de auto reporte de secreción y úlcera genital. La asociación con la violencia íntima de pareja fue realizada mediante regresión logística binaria con la estimación de la razón de probabilidades, considerando el diseño muestral complejo. **Resultados.** La prevalencia del reporte de úlcera o secreción genital fue 10,0%. La razón de probabilidades para reportar secreción o úlcera genital entre las mujeres que sufrieron violencia física leve comparado con las no expuestas fue 2,25 (IC95%: 1,72 a 2,94), el riesgo incrementó a 3,42 (IC95%: 2,39 a 4,90) entre las mujeres que sufrieron violencia física severa. La razón de probabilidades generada por la exposición a violencia sexual para reportar secreción o úlcera fue mayor (OR: 3,84, IC95%: 2,47 a 5,96). **Conclusiones.** Las mujeres expuestas a cada uno de los tres tipos de violencia íntima de pareja tuvieron mayor chance de reportar secreción o úlcera genital en los últimos 12 meses. El riesgo se incrementa cuando coexisten la forma física y sexual.

Palabras clave. Enfermedades de transmisión sexual, Infecciones del sistema genital, Excreción vaginal, Violencia contra la mujer, Violencia de pareja, Violencia doméstica, Delitos sexuales, Perú

ABSTRACT

Introduction: The association between violence against women and sexually transmitted infections is controversial. **Objective:** To assess the association between emotional, physical, and sexual intimate partner violence with self-reported discharge and genital ulcer in women from participants in a population-based survey. **Methods:** An analysis of the Demographic and Family Health Survey of Peru, 2021 was performed. Inclusion criteria were 15-49 years of age, married or cohabiting, and selected and interviewed for the domestic violence module. The prevalence of self-reported discharge and genital ulcer was estimated. The association with intimate partner violence was performed by binary logistic regression with odds ratio estimation, considering the complex sample design. **Results:** The prevalence of reporting genital ulcer or discharge was 10.0%. The odds ratio for reporting genital discharge or ulcer among women who suffered mild physical violence compared with those not exposed was 2.25 (95%CI: 1.72-2.94), the risk increased to 3.42 (95%CI: 2.39-4.90) among women who suffered severe physical violence. The odds ratio generated by exposure to sexual violence for reporting discharge or ulcer was higher (odds ratio: 3.84, 95% CI: 2.47-5.96). **Conclusions:** Women exposed to each of the three types of intimate partner violence had a higher chance of reporting genital discharge or ulcer in the last 12 months. The risk increases when physical and sexual violence coexist.

Key words: Sexually transmitted diseases, Reproductive tract infections, Vaginal discharge, Violence against women, Domestic violence, Intimate partner violence, Sex offenses. Peru

INTRODUCCIÓN

Entre 1990 y 2019, a nivel mundial los casos nuevos de sífilis, clamidia, gonorrea, tricomoniasis y herpes genital incrementaron de 486,7 a 769,8 millones; en los países andinos, el incremento fue de 3'163,540 a 6'028,750⁽¹⁾. En esta última región, en mujeres de 10 a 25 años, la



prevalencia de clamidiasis varió de 3,2% a 30,9%, mientras que la de gonorrea estuvo entre 0,2 y 9%⁽²⁾. Ambas infecciones se presentan como un síndrome de secreción vaginal, el cual es un problema de salud pública frecuente. Por otro lado, la úlcera genital es menos frecuente. En América Latina y el Caribe la seroprevalencia del virus herpes simple tipo 2 que se manifiesta como úlcera genital dolorosa y recurrente fue del 20,8%, mientras que en Perú dicha frecuencia fue 11,7%⁽³⁾. Otro estudio encontró que el 2,3% de 12,058 mujeres en Perú tuvo úlceras genitales en los últimos 12 meses⁽⁴⁾.

La violencia íntima de pareja (VIP) es otro problema de salud pública que afecta a las mujeres de países ricos y pobres. La VIP tiene varias formas, entre ellas la emocional, física y sexual⁽⁵⁾. En la región andina se encuentran elevadas prevalencias de VIP física y sexual. Por ejemplo, en Bolivia (año 2016) la prevalencia de VIP física o sexual por la pareja actual o más reciente fue de 58,5%, mientras en Perú el 2017 fue de 31,2%⁽⁶⁾. Ambas prevalencias están muy lejanas de los objetivos de eliminación para el 2030⁽⁷⁾. De hecho, en el Perú al 2021, el 54,9% de mujeres de 15 a 49 años sufrió alguna vez cualquier tipo de VIP por su esposo o compañero, y como cifra más alarmante el 5,9% de las mujeres fueron victimizadas sexualmente⁽⁸⁾. Estas prevalencias hacen que Perú esté entre los 20 países con mayor violencia hacia la mujer en el mundo, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD).

La VIP incrementa el riesgo de diabetes, de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), de comportamientos nocivos como el abuso de drogas y alcohol, y de desarrollar enfermedades crónicas⁽⁹⁾. Incluso se ha visto que las mujeres violentadas tienen mayor riesgo de problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático⁽¹⁰⁾. Algunos de estos desenlaces podrían estar mediados por las alteraciones estructurales en el cerebro que se han encontrado en las mujeres sobrevivientes a VIP⁽¹¹⁾.

Entre los desenlaces descritos en mujeres violentadas, las ITS han sido sujeto de diversos estudios. Uno de ellos estuvo basado en encuestas poblacionales de 7 países de África subsahariana y halló asociación entre cada una de las formas de VIP y el tener ITS en los últimos 12

meses⁽¹²⁾. Otros estudios basados en encuestas poblacionales de Nepal⁽¹³⁾, Togo⁽¹⁴⁾, Estonia⁽¹⁵⁾ y Timor Oriental⁽¹⁶⁾ muestran resultados consistentes para la asociación entre VIP física como un factor de riesgo de ITS. Entre dichos estudios, solo dos^(11, 14), ambos en países africanos, analizaron la asociación de la ITS en los últimos 12 meses y la VIP física y sexual por separado.

En vista de las elevadas prevalencias, tanto de las ITS que causan secreción y úlceras genitales como de la VIP en mujeres en el Perú, es pertinente evaluar la asociación entre ambos problemas de salud pública. La evidencia disponible a nivel mundial sugiere que la VIP de diversos tipos incrementa el riesgo de ITS^(12-14,17). Mientras que en Perú, los estudios realizados no han sido publicados en revistas científicas y tienen resultados a favor de la asociación^(18,19), sin demostrarla⁽²⁰⁾. Por lo descrito, el objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación entre la VIP emocional, física y sexual con el auto reporte de secreción y úlcera genital entre mujeres de 15 a 49 años participantes de una encuesta poblacional de salud aplicada en Perú el 2021.

MÉTODOS

Realizamos un análisis de fuente secundaria basado en la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de Perú del año 2021. Dicha encuesta tiene diseño muestral bietápico y probabilístico y brinda estimaciones representativas para el nivel nacional y regional, así como para el ámbito urbano y rural y por región natural (Lima Metropolitana, Costa, Sierra y Selva)⁽²¹⁾.

La ENDES 2021 entrevistó a mujeres de 12 a 49 años de 35,847 viviendas. Se encontraron 87,635 mujeres elegibles y 36,714 entrevistas fueron completadas. La encuesta fue presencial en los hogares de las mujeres entre enero y diciembre del 2021. La ENDES tiene un módulo sobre violencia doméstica, el cual es aplicado a una mujer por hogar seleccionada aleatoriamente. La entrevista directa es realizada al final de la encuesta y requiere que ningún miembro de la familia esté presente con excepción de la encuestadora y la mujer. Cuando no había privacidad, el módulo no fue aplicado.

El estudio se centró en 33,179 mujeres de 15 a 49 años que participaron en la ENDES 2021. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mu-



eres casadas o convivientes y mujeres seleccionadas y entrevistadas para el módulo de violencia doméstica. Excluimos a aquellas sin datos de edad.

Entre las variables de exposición, definimos VIP emocional si al menos uno de los siguientes 4 ítems fue contestado afirmativamente: ¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? ¿Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted? ¿Le insulta o hace sentir mal? ¿Le ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda económica?

Definimos VIP física presente si la mujer contestó afirmativamente al menos uno de los siguientes 7 ítems ¿Su esposo/compañero alguna vez?: 1.la empujó, sacudió o le tiró algo?; 2.la abofeteó o le retorció el brazo?; 3.la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?; 4.la ha pateado o arrastrado?; 5.trató de estrangularla o quemarla?; 6.la amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?; y, 7.la atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? La VIP física leve fue definida si alguno de los ítems del 1 al 4 estuvo presente, mientras que la forma severa fue definida si alguno de los ítems del 5 al 7 estuvo presente. Para no ser víctima de violencia física, todos los ítems debieron estar ausentes.

La VIP sexual fue definida como presente cuando al menos uno de los siguientes 2 ítems tuvo respuesta afirmativa a la pregunta: ¿Su esposo/compañero alguna vez?: 1. ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales, aunque usted no quería; y 2. la obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba.

Además de considerar como exposición a cada tipo de VIP, reconstruimos la variable «cualquier tipo de VIP» cuando la mujer sufrió una o más de los tres tipos de violencia. Una segunda aproximación para la exposición fue considerar a la VIP física y sexual simultáneamente. Estas definiciones han sido empleadas en estudios similares^(12,14,16).

La variable dependiente fue el auto reporte de úlcera o secreción genital en los últimos 12 meses. Para ser positivo, al menos uno de los 2 ítems a continuación debía tener respuesta afirmativa: ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlcera en

sus genitales en los últimos 12 meses?; y ¿Usted ha tenido algún flujo o secreción genital que olía mal en los últimos 12 meses? Si bien la ENDES cuenta con la pregunta: ¿Le han diagnosticado alguna ITS en los últimos 12 meses?, un análisis exploratorio de los datos mostró que captura a menos del 0,6% de las mujeres elegibles, este abordaje ha sido empleado en estudios previos^(12,13,22).

Las covariables del estudio fueron agrupadas en aquellas vinculadas a las mujeres y aquellas vinculadas al esposo/compañero. Las variables vinculadas a la mujer fueron las siguientes: edad en años recategorizada en rangos de 15 a 24, 25 a 34 y 35 a 49; lugar de residencia (urbano y rural); estado conyugal (conviviente y casada); número de uniones en la vida recategorizada en «una vez» y «más de una vez»; número de parejas sexuales en el último año medido como ninguna, una, y dos o más; nivel de educación recategorizado en «sin educación-primaria», «secundaria» y «superior»; índice de riqueza en 5 categorías desde «más pobre» hasta «más rico»; trabaja actualmente (sí - no); y región natural (Lima Metropolitana, resto de la Costa, Sierra y Selva).

Incluimos las siguientes variables sobre la información de las mujeres respecto a las ITS: ¿ha escuchado sobre alguna ITS?, la cual fue medida como «sí» o «no» a partir de los ítems S815AA a S815AX. Luego se consideró si conocen los síntomas de ITS en varones [úlceras/llagas genitales (S816G), secreción/goteos (S816B), secreción mal oliente en genitales (S816C)], todas medidas como «sí» o «no»; y conocimiento de los siguientes síntomas en mujeres [secreción de flujo vaginal (S816AB), secreción mal oliente (S816AC), úlceras/llagas genitales (S816AG)] medidas como «sí» o «no». Además, se incluyó el uso actual de método anticonceptivo recategorizada en «no usa método», «método folclórico o tradicional» y «método moderno».

Las covariables vinculadas al esposo/compañero fueron el nivel educativo medido en «sin educación-primaria», «secundaria», «superior» y «no sabe»; edad de la pareja recategorizada en 15 a 24, 25 a 34, 35 a 44 y 45 o más; y consumo de alcohol («sí» o «no»).

Además, incluimos dos preguntas para evaluar las características de comunicación mujer-esposo/compañero. La primera fue ¿En los últimos 12

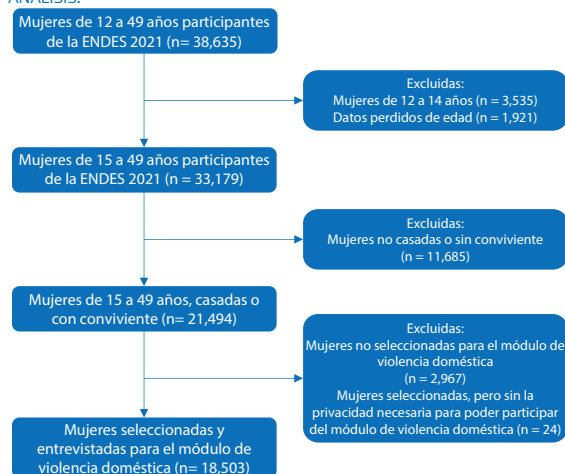


meses, ha comentado sobre planificación familiar con esposo/pareja? de respuesta dicotómica («sí» o «no»), y la segunda fue sobre la decisión conjunta de uso de anticonceptivos recategorizada como «sí» o «no». Las covariables fueron seleccionadas luego de la revisión de la literatura (12–14,16,17) (Material suplementario figura 1).

Aplicamos el diseño muestral complejo de la ENDES 2021; para ello usamos la variable V001 (conglomerado), V022 (estrato) y V005 correspondiente al factor de ponderación. El peso para el factor de ponderación fue calculado dividiéndolo por 1'000,000. Realizamos el análisis con el comando svy del programa STATA versión 16; las estimaciones fueron realizadas para la subpoblación definida por mujeres casadas o convivientes de 15 a 49 años que respondieron el módulo de violencia doméstica.

El análisis estadístico tuvo los siguientes pasos: realizamos el análisis descriptivo de la VIP física, sexual y emocional, así como del auto reporte de secreción o úlcera genital y las covariables de interés a través de frecuencias absolutas y proporciones ponderadas puntuales con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Aplicamos un análisis bivariado considerando como resultado al auto reporte de secreción o úlcera genital y como variables de exposición a los tipos de VIP contra la mujer y demás covariables. Para la comparación de proporciones empleamos la prueba chi cuadrado de Pearson con corrección de Rao y Scott de segundo orden⁽²³⁾; además, estimamos la razón de odds ratio (OR) con su IC95%.

FIGURA 1. FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES PARA EL ANÁLISIS.



Formulamos tres modelos para el análisis multivariado. El primero incluyó como covariables a las características vinculadas a la mujer, el segundo agregó a las características del esposo/compañero, mientras que el tercero (completo) incluyó, además de las previas, a las características de comunicación mujer-esposo/compañero. En todos los modelos incluimos a las covariables que tuvieron un valor de $p < 0,10$ (a dos colas) en el análisis bivariado. Formulamos modelos separados considerando como exposición a cada tipo de VIP, además de estar expuesta a cualquier forma de VIP, y otro de exposición a VIP física y sexual (simultáneamente). Para la estimación de las razones de probabilidad (odds) ajustadas usamos la regresión logística binaria, todas las covariables ingresaron en bloque a cada uno de los modelos. Presentamos el IC95%, el cual se usó para evaluar la significancia estadística cuando su intervalo no incluyó a la unidad. Se valoró la bondad de ajuste de los modelos con el estimador de la función log de máxima pseudo-verosimilitud y el pseudo R² de McFadden.

Realizamos el diagnóstico de multicolinealidad entre las variables independientes de los tres modelos aplicando un modelo de regresión lineal y verificamos que los valores del factor de inflación de la varianza (VIF) de las covariables no fueran superiores a 2,5⁽²⁴⁾.

Dentro de los aspectos éticos, los datos analizados se encuentran públicamente disponibles en el portal web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (<http://ineinei.gob.pe/microdatos/>). Las bases de datos se encuentran anonimizadas. Además, el protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación de la Universidad de Piura.

RESULTADOS

El proceso de selección de participantes es descrito en la figura 1. En las características vinculadas a la mujer, el 49,3% tuvo 35 a 49 años, el 76,7% provenían de un área urbana, el 68,8% fueron convivientes. Además, el 86,1% refirió tener una unión en la vida. Otras características se muestran en la tabla 1.

La prevalencia de VIP emocional fue de 17,7% (IC95%: 16,7 a 18,8), la prevalencia de VIP física leve fue de 15,6% (IC95%: 14,6 a 16,6) mientras que la severa afectó al 5,3% (IC95%: 4,8 a 5,9); fi-



Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL PERÚ (2021) INCLUIDAS EN EL ANÁLISIS.

Características	n	Proporción no ponderada (%)	Proporción ponderada			Error estándar (%)
			%	IC95%		
Variables vinculadas a la mujer						
Edad de mujer (años)						
15 a 24	3,023	16,3	11,3	10,6	12,0	0,4
25 a 34	8,475	45,8	39,5	38,1	40,8	0,7
35 a 49	7,005	37,9	49,3	47,8	50,7	0,7
Lugar de residencia						
Urbano	12,028	65,0	76,7	75,8	77,5	0,4
Rural	6,475	35,0	23,3	22,5	24,2	0,4
Estado conyugal						
Conviviente	13,584	73,4	68,8	67,3	70,2	0,7
Casada	4,919	26,6	31,2	29,8	32,7	0,7
Número de uniones en la vida						
Una vez	15,779	85,3	86,1	85,1	87,0	0,5
Más de una vez	2,724	14,7	13,9	13,0	14,9	0,5
Nivel de educación						
Sin educación - Primaria	4,144	22,4	21,2	20,2	22,3	0,5
Secundaria	8,523	46,1	44,3	42,9	45,8	0,7
Superior	5,836	31,5	34,4	32,9	35,9	0,8
Índice de riqueza						
Más pobre	5,867	31,7	21,4	20,5	22,4	0,5
Pobre	4,872	26,3	22,8	21,7	24,1	0,6
Medio	3,492	18,9	20,8	19,6	22,1	0,6
Rico	2,533	13,7	18,2	17,1	19,5	0,6
Más rico	1,739	9,4	16,7	15,4	18,0	0,7
Trabaja actualmente						
No	7,661	41,4	37,9	36,3	39,6	0,8
Sí	10,842	58,6	62,1	60,4	63,7	0,8
Región natural						
Lima Metropolitana	2,142	11,6	31,3	29,8	32,9	0,8
Resto de Costa	5,234	28,3	27,4	26,1	28,7	0,7
Sierra	6,315	34,1	25,5	24,2	26,9	0,7
Selva	4,812	26,0	15,8	14,9	16,7	0,5
Ha escuchado sobre alguna ITS^a						
No	8,410	48,8	47,6	46,0	49,1	0,8
Sí	8,806	51,2	52,4	50,9	54,0	0,8
Conoce que úlceras/lagas genitales son síntomas de ITS en varones^b						
No	14,747	87,4	86,0	84,8	87,2	0,6
Sí	2,122	12,6	14,0	12,8	15,2	0,6
Conoce que secreción/goteos en genital son síntomas de ITS en varones^b						
No	16,109	95,5	95,5	94,8	96,1	0,3
Sí	760	4,5	4,5	3,9	5,2	0,3
Conoce que secreción mal oliente en genital es síntoma de ITS en varones^b						
No	15,510	91,9	92,6	91,9	93,3	0,4
Sí	1,359	8,1	7,4	6,7	8,1	0,4
Conoce que secreción de flujo vaginal es síntoma de ITS en mujeres^b						
No	14,456	85,7	86,1	85,0	87,2	0,6
Sí	2,413	14,3	13,9	12,8	15,0	0,6



Conoce que secreción mal oliente es síntoma de ITS en mujeres ^b						
No	14,385	85,3	85,7	84,6	86,8	0,5
Sí	2,484	14,7	14,3	13,2	15,4	0,5
Conoce que úlceras/lagas genitales son síntomas de ITS en mujeres ^b						
No	14,823	87,9	86,8	85,7	87,9	0,6
Sí	2,046	12,1	13,2	12,1	14,3	0,6
Uso actual de método anticonceptivo						
No usa método	3,225	17,4	21,0	19,9	22,2	0,6
Método folclórico o tradicional	3,725	20,1	21,0	19,8	22,2	0,6
Método moderno	11,553	62,4	58,0	56,5	59,4	0,7
Número de parejas sexuales en el último año ^c						
Ninguno	397	2,3	2,3	1,9	2,8	0,2
Una	16,786	97,5	97,3	96,7	97,8	0,3
Dos o más	33	0,2	0,4	0,1	1,0	0,2
Características de esposo/compañero						
Nivel educativo de esposo ^c						
Sin educación - Primaria	2,880	16,7	15,7	14,8	16,7	0,5
Secundaria	8,764	50,9	49,9	48,3	51,5	0,8
Superior	5,531	32,1	34,2	32,6	35,8	0,8
No sabe	41	0,2	0,2	0,1	0,3	0,05
Edad de pareja (años) ^c						
15 a 24	1,307	7,6	5,9	5,3	6,5	0,3
25 a 34	6,784	39,4	31,8	30,5	33,2	0,7
35 a 44	6,214	36,1	37,5	36,1	39,0	0,7
45 a más	2,911	16,9	24,7	23,3	26,1	0,7
Consumo alcohol ^d						
No	4,311	23,4	28,3	26,9	29,8	0,7
Sí	14,119	76,6	71,7	70,2	73,1	0,7
Características de comunicación entre pareja						
En los últimos 12 meses, ha comentado sobre planificación familiar con esposo-pareja						
No	4,521	24,4	28,5	26,9	30,2	0,8
Sí	13,982	75,6	71,5	69,8	73,1	0,8
Decisión conjunta de uso de anticonceptivos ^e						
No	3,587	25,6	24,6	23,2	26,1	0,7
Sí	10,416	74,4	75,4	73,9	76,8	0,7

a 1,287 casos con datos perdidos, b 1,634 casos con datos perdidos, c casos con 1,287 datos perdidos, d casos con 73 datos perdidos, e 4,500 casos con datos perdidos
ITS: infección de transmisión sexual

nalmente la VIP sexual afectó al 3,3% (IC95%: 2,9 a 3,8) de las mujeres. De esta manera, el 28,1% (IC95%: 26,9 a 29,4) de las mujeres sufrió cualquier tipo de VIP (tabla 2).

Entre las mujeres no expuestas a VIP física, la prevalencia de VIP sexual fue 0,6% (IC95%: 0,4 a 1,0), entre las expuestas a VIP física leve la prevalencia subió a 7,8% (IC95%: 6,2 a 9,7), mientras que en las expuestas a VIP física severa la VIP sexual afectó al 29,7% (IC95%: 25,5 a 34,4). La VIP física leve generó un OR de 13,48 (IC95%: 8,20 a 22,14) para VIP sexual, respecto a las que no la sufrieron; mientras que entre aquellas expuestas a VIP física severa el OR fue 67,67 (IC95%:

41,60 a 110,06). Entre las mujeres no expuestas a VIP emocional, la prevalencia de VIP sexual fue 1,0% (IC95%: 0,7 a 1,3), mientras que entre aquellas que sufrieron violencia emocional dicha proporción fue 14,2% (IC95%: 12,3 a 16,3), generando un OR de 17,21 (IC95%: 11,81 a 25,06).

El 10,0% (IC95%: 9,1 a 11,0) comunicó haber tenido úlcera o secreción en los genitales en los últimos 12 meses. 1,518 mujeres señalaron haber tenido secreción, lo que genera una prevalencia ponderada de 9,4% (IC95%: 8,5 a 10,4). El reporte de úlcera genital fue menos frecuente (1,3%, IC95%: 1,0 a 1,6%, recuento no ponderado = 191).



TABLA 2. PREVALENCIA DE VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA EN MUJERES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

Tipo de violencia íntima de pareja	n	Proporción no ponderada (%)	Proporción ponderada			Error estándar (%)
			%	IC95%		
Física						
No	14,311	77,3	79,1	77,9	80,2	0,6
Leve	2,982	16,1	15,6	14,6	16,6	0,5
Severa	1,210	6,5	5,3	4,8	5,9	0,3
Emocional						
No	15,208	82,2	82,3	81,2	83,3	0,5
Sí	3,295	17,8	17,7	16,7	18,8	0,5
Sexual						
No	17,821	96,3	96,7	96,2	97,1	0,2
Sí	682	3,7	3,3	2,9	3,8	0,2
Cualquier tipo						
No	13,162	71,1	71,9	70,6	73,1	0,6
Sí	5,341	28,9	28,1	26,9	29,4	0,6
Física y sexual						
No	17,902	96,8	97,2	96,8	97,6	0,2
Sí	601	3,2	2,8	2,4	3,2	0,2

n: frecuencia absoluta no ponderada

Entre las mujeres que sufrieron VIP emocional, la probabilidad de comunicar úlceras o secreción en los últimos 12 meses fue 2,26 veces (IC95%: 1,99 a 2,56) respecto a las no violentadas emocionalmente. La fuerza de asociación fue mayor entre las mujeres que sufrieron VIP física severa (OR = 2,69, IC95%: 2,01 a 3,61) y entre las que sufrieron VIP sexual (OR = 3,39, IC95%: 2,37 a 4,84). La odds fue incluso mayor entre aquellas que sufrían simultáneamente la VIP física y sexual (OR = 3,85, IC95%: 2,64 a 5,59) (tabla 3).

Entre las variables vinculadas a la mujer, el rango etario de los 15 a 24 años presentó la mayor prevalencia del auto reporte de úlcera o secreción genital en los últimos 12 meses (12,6%, IC95%: 10,2 a 15,4). Las mujeres con educación secundaria y las que residen en Lima Metropolitana informaron en mayor proporción haber tenido úlceras o secreción, con 11,4% y 12,5%, respectivamente. Entre las características de la pareja, las mujeres con compañeros de nivel educativo secundario tuvieron mayor proporción de reporte (11,2%, IC95%: 9,9 a 12,7), el consumo de alcohol por parte de la pareja también se asoció a una mayor prevalencia (10,6%, IC95%: 9,6 a 11,8), respecto a los que no consumen (8,5%, IC95%: 6,9 a 10,5). Las mujeres que toman decisión conjunta del uso de anticonceptivos tuvieron menor presencia de secreción o úlcera genital (9,1%, IC95%: 8,0 a 10,4) respecto a las que no aplicaban dicha estrategia (12,1%, IC95%: 10,0 a 14,6) (tabla 3).

En los tres modelos estudiados se encontró un incremento del OR a mayor intensidad de exposición a la VIP física. En el modelo completo, el OR para informar secreción o úlcera genital entre las que sufrieron VIP física leve comparado con las que no sufrieron VIP fue 2,25 (IC95%: 1,71 a 2,95); el OR incrementó a 3,42 (IC95%: 2,39 a 4,90) entre mujeres que sufrieron VIP física severa. El OR generado por la exposición a VIP sexual fue incluso mayor (3,84, IC95%: 2,47 a 5,96). Sin embargo, la mayor posibilidad de comunicar los síntomas estuvieron en las mujeres víctimas de la VIP física y sexual simultáneamente (OR = 4,53, IC95%: 2,91 a 7,05) (tabla 4). El modelo completo generó los mayores OR para los tres tipos de VIP y sus combinaciones; además, dicho modelo presentó una mejor bondad de ajuste.

DISCUSIÓN

Las mujeres expuestas a lo largo de su vida a VIP emocional, física y sexual tuvieron mayor posibilidad de informar secreción o úlcera genital en los últimos 12 meses. La mayor fuerza de asociación se encontró con la violencia sexual, seguida de la violencia física severa; sin embargo, cuando ambas coexistieron, el riesgo fue cuatro veces más. Nuestras razones de probabilidad fueron estimadas en tres modelos que se diferenciaron por la inclusión progresiva de confusores vinculados a las mujeres, como edad, nivel educativo y lugar de residencia; aquellos vinculados a



TABLA 3. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE AUTO REPORTE DE SECRECIÓN Y ÚLCERA GENITAL Y FACTORES ASOCIADOS ENTRE MUJERES INCLUIDAS EN EL ANÁLISIS.

Característica	N	Entrevistadas que reportan evento en los últimos 12 meses	Prevalencia ponderada (IC95%)			Medida de fuerza de asociación (IC95%)			Valor de p ^a
			%	Límite inferior	Límite superior	OR	Límite inferior	Límite superior	
Variables de exposición									
Violencia emocional^b									
No	14,110	1,047	8,5	7,5	9,6	1			<0,001
Sí	3,028	558	17,3	15,0	20,0	2,26	1,99	2,56	
Violencia física^b									
No	13,275	979	8,3	7,3	9,4	1			<0,001
Leve	2,758	420	15,6	13,1	18,4	2,04	1,60	2,59	
Severa	1,105	206	19,6	15,8	24,2	2,69	2,01	3,61	
Violencia sexual^b									
No	16,501	1,447	9,5	8,6	10,5	1			<0,001
Sí	637	158	26,2	20,1	33,4	3,39	2,37	4,84	
Cualquier tipo^b									
No	11,395	812	7,6	6,6	8,8	1			<0,001
Sí	4,138	793	16,2	14,4	18,3	2,35	1,91	2,89	
Violencia física y sexual^b									
No	16,577	1,462	9,5	8,6	10,5	1			<0,001
Sí	561	143	28,8	22,0	36,6	3,85	2,64	5,59	
Variables vinculadas a la mujer									
Edad de mujer (años)^b									
15 a 24	2,798	335	12,6	10,2	15,4	1			0,020
25 a 34	7,868	756	10,8	9,4	12,3	0,84	0,64	1,11	
35 a 49	6,472	514	8,9	7,6	10,4	0,68	0,51	0,90	
Lugar de residencia^b									
Urbano	11,123	1,052	10,3	9,2	11,5	1			0,233
Rural	6,015	553	9,3	8,3	10,4	0,90	0,78	1,02	
Estado conyugal^b									
Conviviente	12,610	1,229	10,3	9,3	11,5	1,11	0,89	1,39	0,349
Casada	4,528	376	9,4	7,8	11,3	1			
Número de uniones en la vida^b									
Una vez	14,573	1,352	9,9	8,9	11,0	1			0,369
Más de una	2,565	253	11,1	8,8	14,0	1,14	0,97	1,33	
Nivel de educación^b									
Sin educación -primaria	3,861	310	7,9	6,6	9,4	1			0,013
Secundaria	7,874	854	11,4	10,0	13,0	1,50	1,18	1,90	
Superior	5,403	441	9,6	8,0	11,6	1,24	0,93	1,65	
Índice de riqueza^b									
Más pobre	5,425	482	9,1	8,0	10,3	1			0,293
Pobre	4,553	492	10,4	8,8	12,2	1,16	0,93	1,45	
Medio	3,208	308	11,1	9,1	13,5	1,25	0,94	1,65	
Rico	2,324	211	11,3	8,8	14,3	1,27	0,94	1,73	
Más rico	1,628	112	8,3	6,0	11,5	0,91	0,61	1,35	
Trabaja actualmente^b									
No	6,342	537	9,0	7,7	10,6	1			0,119
Sí	10,796	1,068	10,5	9,4	11,8	1,19	0,96	1,46	



Región natural ^b									
Lima Metropolitana	1,876	207	12,5	10,1	15,3	1			<0,001
Resto de Costa	4,931	396	7,9	6,7	9,2	0,60	0,44	0,82	
Sierra	5,740	637	11,3	10,0	12,7	0,89	0,67	1,19	
Selva	4,591	365	7,4	6,4	8,7	0,56	0,42	0,76	
Ha escuchado sobre alguna ITS ^b									
No	8,399	831	10,3	9,0	11,8	1			0,541
Sí	8,739	774	9,8	8,4	11,3	0,94	0,75	1,17	
Conoce que úlceras/lagas genitales son síntomas de ITS en varones ^c									
No	14,677	1,398	10,1	9,1	11,1	1			0,745
Sí	2,114	186	10,6	8,0	13,8	1,06	0,77	1,46	
Conoce que secreción/goteos en genital son síntomas de ITS en varones ^c									
No	16,041	1,514	10,2	9,2	11,2	1			0,590
Sí	750	70	9,1	6,2	13,3	0,89	0,57	1,38	
Conoce que secreción mal oliente en genital es síntoma de ITS en varones ^c									
No	15,445	1,460	10,0	9,0	11,0	1			0,239
Sí	1,346	124	12,0	8,9	16,0	1,23	0,87	1,74	
Conoce que secreción de flujo vaginal es síntoma de ITS en mujeres ^c									
No	14,402	1,379	10,1	9,1	11,1	1			0,752
Sí	2,389	205	10,5	8,1	13,6	1,05	0,75	1,48	
Conoce que secreción mal oliente es síntoma de ITS en mujeres ^c									
No	14,326	1,372	10,0	9,0	11,0				0,394
Sí	2,465	212	11,2	8,7	14,3	1,14	0,82	1,58	
Conoce que úlceras/lagas genitales son síntomas de ITS en mujeres ^c									
No	14,756	1,412	10,3	9,3	11,3	1			0,535
Sí	2,035	172	9,3	7,1	12,3	0,90	0,66	1,24	
Uso actual de método anticonceptivo ^b									
No usa método	2,965	284	10,5	8,6	12,8	1			0,873
Método folclórico o tradicional	3,447	298	10,0	8,2	12,1	0,94	0,69	1,29	
Método moderno	10,726	1,023	9,9	8,7	11,2	0,93	0,72	1,21	
Número de parejas sexuales en el último año ^b									
Ninguno	396	41	11,8	6,8	19,7	1,49	0,36	6,20	0,717
Una	16,709	1556	10,0	9,1	11,0	1,24	0,34	4,52	
Dos o más	33	8	8,3	2,8	21,9	1			
Características del esposo/compañero									
Nivel educativo de esposo ^b									
Sin educación primaria	2,878	239	7,6	6,3	9,2	1			0,028
Secundaria	8,725	898	11,2	9,9	12,7	1,53	1,18	1,98	
Superior	5,495	466	9,5	7,9	11,3	1,27	0,95	1,71	
No sabe	40	2	12,7	2,2	48,2	1,76	0,27	11,47	
Edad de pareja (años) ^b									
15 a 24	1,302	159	12,3	8,8	16,9	1			0,370
25 a 34	6,748	690	10,4	9,1	12,0	0,83	0,56	1,25	
35 a 44	6,188	529	10,2	8,7	11,9	0,81	0,54	1,21	
45 a más	2,900	227	8,8	7,0	11,1	0,69	0,44	1,09	
Consumo alcohol ^b									
No	3,971	310	8,5	6,9	10,5	1			0,062
Sí	13,167	1,295	10,6	9,6	11,8	1,27	0,98	1,65	



Características de pareja										
En los últimos 12 meses, ha comentado sobre planificación familiar con esposo-pareja ^b										
No	3,219	273	9,1	7,3	11,3	1				0,305
Sí	13,919	1,332	10,3	9,3	11,4	1,15	0,88	1,49		
Decisión conjunta de uso de anticonceptivos ^d										
No	3,571	393	12,1	10,0	14,6	1				0,015
Sí	10,376	904	9,1	8,0	10,4	0,73	0,56	0,95		

a Chi-cuadrado de Pearson con corrección de Rao y Scott de segundo orden. b 1,365 casos con datos perdidos, c 1,712 casos con datos perdidos, d 4,556 casos con datos perdidos,

N: número de entrevistadas incluidas en estudio, ITS: infección de transmisión sexual, OR: razón de probabilidades

la pareja como el nivel educativo y consumo de alcohol; y un modelo completo, que además de las variables previas sumó la decisión conjunta para el uso de anticonceptivos.

La asociación entre la VIP sexual y el reporte de secreción o úlcera genital en los últimos 12 meses tuvo resultados consistentes entre los tres modelos. En todos ellos se encontró una fuerte fuerza de asociación. Este hallazgo ha ocurrido en 32,409 mujeres de 7 países de África subsahariana. Dicho estudio estimó que las mujeres que experimentaron VIP sexual tuvieron 69% mayor posibilidad de comunicar secreción o úlcera genital respecto a las no expuestas. Este riesgo fue superior al generado por el antecedente de VIP física y emocional⁽¹²⁾. En otro país africano (Togo) se estimó el triple de riesgo para informar

síntomas de ITS entre mujeres que experimentaron VIP sexual; este riesgo resultó mayor que el generado por la VIP física y emocional⁽¹⁴⁾. En nuestro estudio y los descritos, la aproximación a la ITS fue realizada por el auto reporte en los últimos 12 meses de dos síntomas (secreción y úlcera genital). Por otro lado, la exposición a VIP se midió para alguna vez en la vida, lo cual trata de configurar un periodo de exposición previo al desarrollo de los síntomas en el último año.

Nuestro hallazgo y el de los estudios señalados no son consistentes cuando se explora la misma hipótesis, pero realizando el diagnóstico de ITS con pruebas de laboratorio para identificar *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* y *T. vaginalis*, y midiendo la exposición a la VIP durante el último año. Un estudio con esta metodología halló que

Tabla 4: RAZÓN DE PROBABILIDADES E INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% PARA LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS TRES TIPOS DE VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA E INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Tipo de violencia íntima de pareja	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	ORa	Lim inf	Lim sup	ORa	Lim inf	Lim sup	ORa	Lim inf	Lim sup
Violencia emocional (ref = no)									
Sí	2,39 ^a	1,93	2,98	2,37 ^b	1,90	2,94	2,50 ^c	1,95	3,21
Violencia física (ref = no)									
Leve	2,12	1,67	2,70	2,09	1,65	2,67	2,25	1,72	2,94
Severa	3,21 ^d	2,37	4,36	3,17 ^e	2,32	4,32	3,42 ^f	2,39	4,90
Violencia sexual (ref = no)									
Sí	3,71 ^g	2,58	5,35	3,68 ^h	2,54	5,35	3,84 ⁱ	2,47	5,95
Cualquier tipo (ref = no)									
Sí	2,51 ^j	2,03	3,08	2,47 ^k	2,01	3,05	2,71 ^l	2,14	3,43
Física y sexual (ref = no)									
Sí	4,23 ^m	2,92	6,14	4,21 ⁿ	2,89	6,15	4,53 ^o	2,91	7,05

ORa: razón de probabilidades ajustada, Lim inf: límite inferior, Lim sup: límite superior.

Modelo 1: modelo ajustado por características de la mujer, incluye como variables de ajuste a edad, nivel educativo y región natural. Los VIF de la variable en estudio y covariables fueron $\leq 1,06$.

Modelo 2: modelo ajustado por características de la mujer y de la pareja, incluye como variables de ajuste a edad, nivel educativo, región natural, nivel educativo de pareja y consumo de alcohol por pareja. Los VIF de la variable en estudio y covariables fueron $\leq 1,44$.

Modelo 3: modelo completo que incluye las variables del modelo 2 más la decisión conjunta de uso de anticonceptivos. Los VIF de la variable en estudio y covariables fueron $\leq 1,44$.

R2 = Pseudo R2 de McFadden

a Log pseudolikelihood = -4365,24, p <0,001, R2 = 0,024; b Log pseudolikelihood = -4358,86, p <0,001, R2 = 0,026; c Log pseudolikelihood = -3333,89, p <0,001, R2 = 0,029; d Log pseudolikelihood = -4353,76, p <0,001, R2 = 0,027; e Log pseudolikelihood = -4348,26, p <0,001, R2 = 0,028; f Log pseudolikelihood = -3320,52, p <0,001, R2 = 0,033; g Log pseudolikelihood = -4393,02, p <0,001, R2 = 0,018; h Log pseudolikelihood = -4384,99, p <0,001, R2 = 0,019; i Log pseudolikelihood = -3358,24, p <0,001, R2 = 0,022; j Log pseudolikelihood = -4331,30, p <0,001, R2 = 0,032; k Log pseudolikelihood = -4326,31, p <0,001, R2 = 0,033; l Log pseudolikelihood = -3298,03, p <0,001, R2 = 0,039; m Log pseudolikelihood = -4388,13, p <0,001, R2 = 0,019; n Log pseudolikelihood = -4379,83, p <0,001, R2 = 0,021; o Log pseudolikelihood = -3352,71, p <0,001, R2 = 0,024 Log pseudolikelihood = pseudoverosimilitud logarítmica



el ser sexualmente victimizada en el último año redujo en un 50% la chance de ITS⁽¹⁷⁾. Este resultado podría explicarse por la forma de medición de la VIP, pues la experiencia de VIP en el último año no es equivalente a la exposición de vida. Otra explicación es que las mujeres victimizadas tienen mayor motivación para realizarse el diagnóstico e iniciar tratamiento y con ello reducir el número de mujeres con ITS en una medición transversal. Esta última explicación podría no ser aplicable en países en vías de desarrollo, en los cuales la búsqueda de atención ante la presencia de síntomas se ve afectada por barreras, como la confidencialidad, gastos de bolsillo y estigmatización⁽²⁵⁾; o se ve influenciada por el nivel educativo o facilidades de acceso al servicio de salud⁽²⁶⁾.

Los mecanismos que vinculan la VIP sexual con el desarrollo de síntomas de ITS en la mujer pueden ser similares a los encontrados para la VIP sexual y el embarazo no deseado^(27,28). La adquisición de la ITS y el embarazo no deseado son consecuencias negativas de la práctica de sexo no seguro, y el único método que puede prevenir ambas son los métodos de barreras⁽²⁹⁾. La VIP sexual limita el control de la mujer para usar anticonceptivos o acceder a ellos^(30,31). Durante un ataque sexual, la pareja o compañero agresor no acepta el uso de condón⁽³²⁾, y no es posible la negociación del uso del preservativo; incluso en dicha situación el agresor puede sabotear el uso del anticonceptivo de barrera incrementando el riesgo de infección.

En la VIP sexual se incrementa el riesgo de ITS debido a que el varón tiende a emplear conductas sexuales agresivas. Biológicamente, las relaciones sexuales forzadas resultan en lesión del canal vaginal y tejidos adyacentes, favoreciendo la susceptibilidad al contagio de microorganismos⁽³³⁾. Un estudio en Nueva York encontró que la VIP física fue un factor de riesgo independiente para la no utilización de preservativos⁽³⁴⁾. Otro estudio en Boston halló que las adolescentes que sufrieron VIP física o sexual mostraron, además, otros factores de riesgo sexuales como la infidelidad sexual, el miedo a solicitar a la pareja utilizar condón y a las consecuencias de dicho pedido, y la coerción para no utilizar el mismo⁽³²⁾. Una revisión sistemática ratificó una asociación positiva entre la VIP física y/o sexual y el no utilizar condones o anticonceptivos orales⁽³⁵⁾. Nuestros hallazgos son consistentes con dichos me-

canismos, pues el mayor riesgo para comunicar los síntomas de ITS estuvo entre las mujeres que sufrieron simultáneamente VIP física y sexual.

Encontramos que la VIP física incrementó las posibilidades de ITS; esto ha sido hallado en mujeres del África subsahariana⁽¹²⁾. Además, observamos un efecto dosis respuesta entre la intensidad de la VIP física y la frecuencia de síntomas de ITS. Esta gradiente se explicaría por la diferencia entre los niveles de gravedad de las acciones violentas del esposo o compañero. La agresión física leve implica agresión sin empleo de armas o agentes físicos, mientras en los casos de violencia física severa, las mujeres están expuestas a mayor temor y angustia por el empleo de cuchillos, armas de fuego, entre otros, que las hacen vulnerables al acto sexual en contra de su voluntad.

La VIP emocional también estuvo asociada a comunicar secreción y úlceras genitales. Sin embargo, su fuerza de asociación fue menor comparada con la física y sexual. Si bien una acción de violencia emocional no resulta directamente en daño físico relacionado o no con un acto sexual sin protección, esta puede conllevar a trastornos psicológicos graves. Se ha informado que la VIP emocional incrementó en 47% a 50% la posibilidad de no usar condón y en 88% el uso frecuente de alcohol; ambos factores incrementan el riesgo de ITS^(40, 41). Estos hallazgos reflejan el efecto negativo de la VIP emocional sobre la auto eficacia de la mujer para la negociación del uso del condón. Esta afectación puede acompañarse de reducción de la autoestima en la mujer.

Existen otras rutas causales entre la VIP y la presencia de síntomas de ITS que incluyen variables mediadoras no incluidas en este análisis. Por ejemplo, se ha descrito que la VIP física y psicológica afecta negativamente la respuesta inmune a la infección por el virus herpes simple -1⁽³⁸⁾; a través de este mecanismo se podría potenciar el riesgo para ITS. Sin embargo, se requieren estudios con mayor tamaño muestral, prospectivos y que integren marcadores inmunológicos e inflamatorios para confirmar esta hipótesis⁽³⁹⁾. Otro mecanismo inicia con el consumo de alcohol que incrementa el riesgo de violencia física, sexual y además de sexo no seguro, todos ellos factores de riesgo para ITS⁽⁴⁰⁾. Otra ruta involucra alteraciones estructurales (volumen y grosor cortical) en las regiones límbicas, parietal, fron-



tal, temporal y surco lateral entre las mujeres sobrevivientes de VIP⁽¹¹⁾. Existe evidencia que alteraciones de este tipo pueden generar problemas de conducta (comportamiento agresivo, falta de regulación emocional, decisiones riesgosas) comparados con adultos de desarrollo normal⁽⁴¹⁾.

El estudio tuvo las siguientes limitaciones. Al ser una medición transversal no fue posible determinar la temporalidad entre la exposición a VIP y el desarrollo de ITS. Por ello, medimos la exposición de vida a la VIP y la presencia de los síntomas en los últimos 12 meses. El informe de las mujeres respecto a la ocurrencia de secreción o úlcera genital, así como la exposición a VIP pueden verse afectados por un sesgo de memoria o deseabilidad social. Al tratarse de un estudio de fuentes secundarias no fue posible medir otras potenciales variables confusoras en la asociación de VIP y auto reporte de secreción o úlcera genital.

El auto reporte de la ITS no es comparable al diagnóstico laboratorial. Sin embargo, las encuestas poblacionales de salud^(22,42) y estudios primarios⁽⁶⁾ aplican dicha técnica para medir la presencia de secreción y úlceras genitales ocurridas en el último año. Se ha evaluado que el auto reporte de secreción vaginal tiene un bajo rendimiento diagnóstico comparado con el examen ginecológico⁽⁴³⁾. El informar los síntomas, incluyendo la secreción vaginal y úlceras genitales, también tiene un rendimiento inferior comparado con las pruebas laboratoriales⁽⁴⁴⁾. A pesar de estas limitaciones, el auto reporte es una manera eficiente de medir la frecuencia de las ITS en muestras representativas. Además, permite comparaciones con los resultados obtenidos en otros estudios basados en encuestas poblacionales de salud.

CONCLUSIÓN

Hemos hallado que una de diez mujeres comunicó úlcera o secreción genital en los últimos 12 meses. La exposición de vida a VIP sexual incrementó las posibilidades de informar sobre úlcera o secreción genital, en mayor medida que la VIP física severa y emocional; sin embargo, la presencia de la VIP física y sexual es la que generó el mayor riesgo. Entre estas últimas, la posibilidad de comunicar síntomas de ITS fue 4,53 veces respecto a las no expuestas.

AGRADECIMIENTOS

El presente no hubiese podido llevarse a cabo sin el apoyo del profesor Nelson Enrique Arias Ortiz, docente de la Universidad de Caldas, a quien ofrecemos sinceros agradecimientos. Este trabajo es dedicado a la memoria de la profesora Beatriz Helena Aristizábal Zuluaga, cuyo aporte a la ciencia y educación de la región merece ser reconocido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fu L, Sun Y, Han M, Wang B, Xiao F, Zhou Y, et al. Incidence Trends of Five Common Sexually Transmitted Infections Excluding HIV From 1990 to 2019 at the Global, Regional, and National Levels: Results From the Global Burden of Disease Study 2019. *Front Med*. 2022;9:851635. doi:10.3389/fmed.2022.851635
2. Vallejo-Ortega MT, Gaitán Duarte H, Mello MB, Caffé S, Perez F. A systematic review of the prevalence of selected sexually transmitted infections in young people in Latin America. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:1. doi:10.26633/RPSP.2022.73
3. Harfouche M, Maalmi H, Abu-Raddad LJ. Epidemiology of herpes simplex virus type 2 in Latin America and the Caribbean: systematic review, meta-analyses and metaregressions. *Sex Transm Infect*. 2021;97(7):490-500. doi:10.1136/sextrans-2021-054972
4. García PJ, Carcamo CP, Valderrama M, La Rosa S, James C, Gutiérrez R, et al. Burden of genital warts in Peru: an observational study. *Int J STD AIDS*. 2019;30(3):264-74. doi:10.1177/0956462418796088
5. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet Lond Engl*. 2022;399(10327):803-13. doi:10.1016/S0140-6736(21)02664-7
6. Corrigendum: La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:e15. doi:10.26633/RPSP.2022.15
7. Bárcena A. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2018.
8. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2021 Nacional y Departamental. Capítulo 11: Violencia contra las mujeres, niñas y niños. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2021. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3098350/Violencia%20contra%20las%20mujeres%2C%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%28Parte%201%29.pdf>
9. Stubbs A, Szoek C. The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(4):1157-72. doi:10.1177/1524838020985541



10. Toccalino D, Moore A, Cripps E, Gutierrez SC, Colantonio A, Wickens CM, et al. Exploring the intersection of brain injury and mental health in survivors of intimate partner violence: A scoping review. *Front Public Health*. 2023;11:1100549. doi:10.3389/fpubh.2023.1100549
11. Daugherty JC, Verdejo-Román J, Pérez-García M, Hidalgo-Ruzzante N. Structural Brain Alterations in Female Survivors of Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2022;37(7-8):NP4684–717. doi:10.1177/0886260520959621
12. McClintock HF, Dulak SL. Intimate Partner Violence and Sexually Transmitted Infections Among Women in Sub-Saharan Africa. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(2):191–8. doi:10.1007/s10903-020-01064-9
13. Dhakal L, Aro AR, Berg-Beckhoff G. Intimate partner violence (physical and sexual) and sexually transmitted infection: results from Nepal Demographic Health Survey 2011. *Int J Womens Health*. 2014;75. doi:10.2147/IJWH.S54609
14. Nguyen AH, Giuliano AR, Mbah AK, Sanchez-Anguiano A. HIV/sexually transmitted infections and intimate partner violence: Results from the Togo 2013–2014 Demographic and Health Survey. *Int J STD AIDS*. 2017;28(14):1380–8. doi:10.1177/0956462417705970
15. Laanpere M, Ringmets I, Part K, Karro H. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16–44-year-old women in Estonia. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):688–93. doi:10.1093/eurpub/cks144
16. Taft AJ, Powell RL, Watson LF. The impact of violence against women on reproductive health and child mortality in Timor-Leste. *Aust N Z J Public Health*. 2015;39(2):177–81. doi:10.1111/1753-6405.12339
17. Hess KL, Javanbakht M, Brown JM, Weiss RE, Hsu P, Gorbach PM. Intimate Partner Violence and Sexually Transmitted Infections Among Young Adult Women. *Sex Transm Dis*. 2012;39(5):366–71. doi:10.1097/OLQ.0b013e3182478fa5
18. Rivas-Ricaldi BS. Violencia doméstica y su relación con infecciones de transmisión sexual en mujeres entre 12 y 49 años, análisis de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2020. Lima, Perú.: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/19414>
19. Sánchez-Paredes DD. Asociación entre violencia familiar e infecciones de transmisión sexual en mujeres de 18 a 49 años. Hospital María Auxiliadora. 2009. Lima, Perú.: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9655>
20. Castañeda-Fernandez J, Verne-Ugarte P. Violencia sexual y enfermedades de transmisión sexual en poblaciones de la selva peruana, 2007. Lima, Perú.: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9088>
21. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2021 Nacional y Departamental [Internet]. INEI; Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/
22. Choi J, Bahl D, Arora M, Xuan Z. Changes in self-reported sexually transmitted infections and symptoms among married couples in India from 2006 to 2016: a repeated cross-sectional multivariate analysis from nationally representative data. *BMJ Open*. 2021;11(10):e049049. doi:10.1136/bmjopen-2021-049049
23. STATA Survey Data Reference Manual. Release 13. [Internet]. Stata Press Publication, 2013. Disponible en: <http://public.econ.duke.edu/stata/Stata-13-Documentation/svy.pdf>
24. Midi H, Sarkar SK, Rana S. Collinearity diagnostics of binary logistic regression model. *J Interdiscip Math*. 2010;13(3):253–67. doi:10.1080/09720502.2010.10700699
25. Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Help and Care Seeking for Sexually Transmitted Infections Among Youth in Low- and Middle-Income Countries. *Sex Transm Dis*. 2017;44(6):319–28. doi:10.1097/OLQ.0000000000000607
26. Shewarega ES, Fentie EA, Asmamaw DB, Negash WD, Fetene SM, Teku RE, et al. Sexually transmitted infections related care-seeking behavior and associated factors among reproductive age women in East Africa: a multilevel analysis of demographic and health surveys. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1714. doi:10.1186/s12889-022-14120-w
27. Acharya K, Paudel YR, Silwal P. Sexual violence as a predictor of unintended pregnancy among married young women: evidence from the 2016 Nepal demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):196. doi:10.1186/s12884-019-2342-3
28. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;100(2):104–08. doi:10.1016/j.ijgo.2007.08.003
29. ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine insemination. *Hum Reprod Update*. 2009;15(3):265–77. doi:10.1093/humupd/dmp003
30. Wingood GM, DiClemente RJ. The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *Am J Public Health*. 1997;87(6):1016–8. doi:10.2105/ajph.87.6.1016
31. Davis KC, Kiekel PA, Schraufnagel TJ, Norris J, George WH, Kajumulo KF. Men's alcohol intoxication and condom use during sexual assault perpetration. *J Interpers Violence*. 2012;27(14):2790–806. doi:10.1177/0886260512438277
32. Silverman JG, McCauley HL, Decker MR, Miller E, Reed E, Raj A. Coercive forms of sexual risk and associated violence perpetrated by male partners of female adolescents. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;43(1):60–5. doi:10.1363/4306011
33. Sommers MS, Brown KM, Buschur C, Everett JS, Fargo JD, Fisher BS, Hinkle C, Zink TM. Injuries from intimate partner and sexual violence: Significance and classification systems. *J Forensic Leg Med*. 2012;19(5):250–63. doi:10.1016/j.jflm.2012.02.014
34. Frye V, Ompad D, Chan C, Koblin B, Galea S, Vlahov D. Intimate partner violence perpetration and condom use-related factors: associations with heterosexual men's consistent condom use. *AIDS Behav*. 2011;15(1):153–62. doi:10.1007/s10461-009-9659-2
35. Bergmann JN, Stockman JK. How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive Use in the United States?: A systematic review of the literature. *Contraception*. 2015;91(6):438–55. doi:10.1016/j.contraception.2015.02.009



36. Leddy AM, Selin A, Lippman SA, Kimaru LJ, Twine R, Gómez-Olivé X, Kahn K, Pettifor A. Emotional Violence is Associated with Increased HIV Risk Behavior Among South African Adolescent Girls and Young Women in the HPTN 068 Cohort. *AIDS Behav.* 2022;26(6):1863-70. doi:10.1007/s10461-021-03535-y
37. Gibbs A, Dunkle K, Willan S, Jama-Shai N, Washington L, Jewkes R. Are women's experiences of emotional and economic intimate partner violence associated with HIV-risk behaviour? A cross-sectional analysis of young women in informal settlements in South Africa. *AIDS Care.* 2019;31(6):667-74. doi:10.1080/09540121.2018.1533230
38. Garcia-Linares MI, Sanchez-Lorente S, Coe CL, Martinez M. Intimate Male Partner Violence Impairs Immune Control Over Herpes Simplex Virus Type 1 in Physically and Psychologically Abused Women. *Psychosom Med.* 2004;66(6):965-72. doi:10.1097/01.psy.0000145820.90041.c0
39. Yim IS, Kofman YB. The psychobiology of stress and intimate partner violence. *Psychoneuroendocrinology.* 2019;105:9-24. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.08.017
40. Chersich MF, Bosire W, King'ola N, Temmerman M, Luchters S. Effects of hazardous and harmful alcohol use on HIV incidence and sexual behaviour: a cohort study of Kenyan female sex workers. *Glob Health.* 2014;10(1):22. doi:10.1186/1744-8603-10-22
41. Rogers JC, De Brito SA. Cortical and Subcortical Gray Matter Volume in Youths With Conduct Problems: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(1):64. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2423
42. Dadzie LK, Agbaglo E, Okyere J, Aboagye RG, Arthur-Holmes F, Seidu A-A, et al. Self-reported sexually transmitted infections among adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa. *Int Health.* 2022;14(6):545-53. doi:10.1093/inthealth/ihab088
43. Kosambiya JK, Baria HG, Parmar R, Mhaskar R, Emmanuel P, Kumar A. Diagnostic accuracy of self-reported symptomatic assessment versus per speculum/per vaginal examination for the diagnosis of vaginal/cervical discharge and lower abdominal pain syndromes among female sex workers. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2016;37(1):12-6. doi:10.4103/2589-0557.180294
44. Kharsany ABM, Mashego M, Mdlotshwa M, Frohlich J, Karim QA. Direct Questioning of Genital Symptoms: Increasing Opportunities for Identifying and Treating Sexually Transmitted Infections in Primary Health-care Settings. *Afr J Reprod Health.* 2006;10(2):105. doi:10.2307/30032463