

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**UNS**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL SANTA

**“Asociación entre violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote en 2023”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

**AUTORES**

Bach. Carrasco Martínez, Carlos César Enrique

Bach. López Domínguez, Geyson

**ASESOR:**

M.C. Sánchez Reyna, Luis Fernando

ORCID: 0000-0002-3609-7233

Nuevo Chimbote-Perú

2026

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**UNS**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL SANTA

**REVISADO Y Vº Bº DE:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Luis Fernando Sánchez Reyna', is written over a horizontal dashed line.

**Mc. Sánchez Reyna, Luis Fernando**

**ASESOR**

**DNI N° 32868529**

**ORCID: 0000-0002-3609-7233**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**UNS**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL SANTA

**REVISADO Y Vº Bº DE:**

**Mc. Esp. Ricardo Segundo Salazar Ramirez**

**PRESIDENTE**

**DNI N° 16703360**

**ORCID: 0000-0002-8941-7368**

**Mc. Esp. Beltrán Osorio Rafael Roberto**

**SECRETARIO**

**DNI N° 32811980**

**ORCID: 0000-0001-6464-0697**

**Mc. Sánchez Reyna, Luis Fernando**

**INTEGRANTE**

**DNI N° 32868529**

**ORCID: 0000-0002-3609-7233**

## ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el  
Aula Magna 2, siendo las 18:00 horas del  
día 27 de Mayo, dando cumplimiento a la Resolución N°

se reunió el Jurado Evaluador presidido por Mc. Ricardo Salazar Ramírez, teniendo como miembros a Mc. Rafael Beltrán Osorio (secretario) (a), y Mc. Luis Fernando Sánchez Reyna (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Médico Cirujano.

realizado por el, (la), (los) tesista (as) ① Bach. Carrasco Martínez Carlos César Enrique ② Bach. López Domínguez Geysón, quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: "Asociación entre Violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote en 2023."


Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Bueno asignándole un calificativo de 18 (dieciocho) puntos, según artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS)

Siendo las 19:00 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

  
Nombre: Salazar Ramírez, Ricardo  
Presidente  
DNI: 16703360  
ORCID: 0000-0002-8941-7368

  
Nombre: Beltrán Osorio, Rafael  
Secretario  
DNI: 32811986  
ORCID: 0000-0001-6464-0687

  
Nombre: Sánchez Reyna, Luis Fernando  
Integrante  
DNI: 32868524  
ORCID: 0000-0002-3604-7233

Distribución: Integrantes J.E ( ), tesistas ( ) y archivo (02).





## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Luis Fernando Sanchez Reyna  
Título del ejercicio: TESIS  
Título de la entrega: INFORME TESIS CARRASCO Y LOPEZ  
Nombre del archivo: INFORME\_TESIS\_BACHILLERES\_CARRASCO\_Y\_LOPEZ\_UN.S.pdf  
Tamaño del archivo: 2.46M  
Total páginas: 69  
Total de palabras: 13,517  
Total de caracteres: 79,692  
Fecha de entrega: 12-may-2026 11:59p. m. (UTC-0500)  
Identificador de la entrega: 2792364965



# INFORME TESIS CARRASCO Y LOPEZ

## INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.uns.edu.pe](https://repositorio.uns.edu.pe)

Fuente de Internet

3%

2

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

3%

3

[repositorio.unica.edu.pe](https://repositorio.unica.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

4

[alicia.concytec.gob.pe](https://alicia.concytec.gob.pe)

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Universidad Nacional de Cajamarca

Trabajo del estudiante

1%

6

Submitted to Universidad Continental

Trabajo del estudiante

1%

7

[es.slideshare.net](https://es.slideshare.net)

Fuente de Internet

<1%

8

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1%

9

[repositorio.unc.edu.pe](https://repositorio.unc.edu.pe)

## **DEDICATORIA**

Este trabajo representa la culminación de años de esfuerzo, aprendizaje y sacrificio; por ello, queremos dedicarlo a quienes fueron parte fundamental de este camino.

A Dios, por acompañarnos en cada etapa de nuestra vida y permitirnos llegar hasta aquí con salud, fortaleza y esperanza, incluso en los momentos de mayor dificultad.

A nuestros padres, por ser el motor silencioso detrás de cada logro alcanzado. Su ejemplo de lucha, trabajo y entrega nos enseñó que las metas más grandes se alcanzan con perseverancia y humildad. Todo lo conseguido hasta hoy lleva también el fruto de sus esfuerzos y sacrificios.

A nuestras familias, amigos y personas cercanas que estuvieron presentes durante esta etapa universitaria, brindándonos ánimo, comprensión y palabras de aliento cuando más lo necesitábamos.

A la Universidad Nacional del Santa, lugar donde crecimos académica y personalmente, y donde aprendimos que la medicina no solo se ejerce con conocimiento, sino también con vocación, empatía y compromiso humano.

Además, dedicamos esta tesis a nuestros futuros pacientes, quienes serán la razón principal de nuestra labor profesional y la inspiración para seguir aprendiendo y mejorando cada día; a todos aquellos que sueñan con servir a los demás a través de la medicina, con la esperanza de que este esfuerzo represente el inicio de una vida profesional basada en el compromiso, la ética y la vocación de servicio; y a todo aquel que quiera empaparse de conocimientos y conocer más sobre esta problemática.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradecemos a Dios por guiarnos a lo largo de este camino, brindarnos fortaleza, sabiduría y perseverancia para culminar esta importante etapa de nuestra formación profesional.

A nuestros padres, por su amor incondicional, sacrificio y apoyo constante en cada momento de nuestras vidas. Gracias por confiar en nosotros, motivarnos a seguir adelante y ser el pilar fundamental de nuestros sueños y metas.

A la Universidad Nacional del Santa, nuestra alma mater, por acogernos y formarnos académica y humanamente durante todos estos años, permitiéndonos crecer como futuros profesionales comprometidos con la sociedad.

A nuestros doctores y docentes, quienes a lo largo de la carrera compartieron con nosotros sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, contribuyendo de manera invaluable en nuestra formación médica y personal.

Finalmente, expresamos nuestro especial agradecimiento a nuestro asesor, el doctor Luis Fernando Sánchez Reyna, por su guía, paciencia, dedicación y apoyo permanente durante el desarrollo de esta tesis. Sus consejos y orientación fueron fundamentales para la culminación satisfactoria de este trabajo de investigación.

## ÍNDICE GENERAL

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN .....	14
1.1.    DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	14
1.2.    IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
1.3.    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
1.3.1.    OBJETIVO GENERAL.....	18
1.3.2.    OBJETIVO ESPECÍFICOS .....	18
1.4.    FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	18
1.4.1.    HIPÓTESIS NULA ( $H_0$ ).....	18
1.4.2.    HIPÓTESIS ALTERNA ( $H_1$ ) .....	19
1.5.    LIMITACIONES .....	19
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	20
2.1.    ANTECEDENTES .....	20
2.1.1.    INTERNACIONALES .....	20
2.1.2.    NACIONALES .....	21
2.2.    MARCO TEÓRICO .....	23
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
3.1.    MATERIALES.....	26
3.2.1.    TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	26
3.2.2.    UNIVERSO .....	26
3.2.3.    POBLACIÓN.....	26
3.2.4.    MARCO MUESTRAL .....	27
3.2.5.    MUESTRA.....	27
3.2.    MÉTODOS .....	30
3.2.1.    DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.2.2.    VARIABLES.....	30
3.2.3.    PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN .....	33
3.2.4.    INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .....	34
3.2.5.    ANÁLISIS DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	35
3.3.    ASPECTOS ÉTICOS .....	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	38
4.2.    RESULTADO .....	38
4.3.    DISCUSIÓN .....	45
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	50
5.1.    CONCLUSIONES .....	50
5.2.    RECOMENDACIONES .....	52
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	55
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023 .....	34
<b>Tabla 2.</b> Frecuencia y distribución de los tipos de infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023 .....	35
<b>Tabla 3.</b> Frecuencia de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023 .....	36
<b>Tabla 4.</b> Distribución de los tipos de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023 .....	37
<b>Tabla 5.</b> Asociación entre violencia doméstica e infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023 .....	38
<b>Tabla 6.</b> Modelo de regresión logística multivariado para factores asociados a infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023 .....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución de los tipos de infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023 .....	35
<b>Figura 2.</b> Frecuencia de mujeres con antecedente de violencia doméstica atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023. ....	36
<b>Figura 3.</b> Distribución de los tipos de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023.....	37
<b>Figura 4.</b> Distribución de infecciones de transmisión sexual según la presencia de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023.....	38
<b>Figura 5.</b> Forest plot del modelo de regresión logística multivariado para factores asociados a infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023.....	40

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 01.</b> Ficha de recolección de datos .....	51
<b>Anexo 02.</b> Ficha de tamizaje de violencia familiar .....	52
<b>Anexo 03.</b> Cálculo del tamaño de muestra .....	54
<b>Anexo 04.</b> Declaración jurada .....	55
<b>Anexo 05.</b> Resolución para ejecución de proyecto de tesis .....	56
<b>Anexo 06:</b> Cartas de presentación de solicitud de permiso para los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote.....	57
<b>Anexo 07:</b> Salida completa del análisis estadístico realizado en IBM SPSS Statistics versión 27.0 para la evaluación de factores asociados a infecciones de transmisión sexual.....	59

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la asociación entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el año 2023.

**Métodos:** Se realizó un estudio analítico observacional de tipo casos y controles, que incluyó una muestra de 120 mujeres, distribuidas en 60 casos (con diagnóstico de ITS) y 60 controles (sin ITS). Se recolectaron datos sociodemográficos y antecedentes de violencia doméstica mediante instrumentos estructurados. Se realizó análisis bivariado mediante odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% y prueba de chi-cuadrado. Asimismo, se aplicó un modelo de regresión logística multivariado para identificar factores asociados.

**Resultados:** La frecuencia de violencia doméstica fue del 64.2%. Las ITS más frecuentes fueron verrugas anogenitales (15.0%), tricomoniasis (13.3%) y sífilis (11.7%). Se evidenció una asociación significativa entre violencia doméstica e ITS en el análisis bivariado (OR = 2.63; IC 95%: 1.21–5.69;  $p = 0.013$ ). En el análisis multivariado, la violencia doméstica se mantuvo como factor asociado independiente (OR ajustado = 3.40; IC 95%: 1.31–8.80;  $p = 0.013$ ). El nivel socioeconómico también mostró asociación significativa ( $p = 0.003$ ), mientras que la edad y el nivel educativo no fueron significativos.

**Conclusiones:** La violencia doméstica se asocia significativamente con la presencia de infecciones de transmisión sexual, constituyéndose como un factor de riesgo independiente en la población estudiada. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un abordaje integral en los servicios de salud que incluya la detección y prevención de la violencia de género.

**Palabras clave:** violencia doméstica, infecciones de transmisión sexual, violencia sexual, violencia física, violencia familiar.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the association between domestic violence and sexually transmitted infections (STIs) among women treated at hospitals in Chimbote and Nuevo Chimbote during 2023.

**Methods:** A case-control observational study was conducted, including a sample of 120 women, divided into 60 cases (diagnosed with STIs) and 60 controls (without STIs). Sociodemographic data and history of domestic violence were collected using structured questionnaires. Bivariate analysis was performed using odds ratios (OR) with 95% confidence intervals and the chi-square test. Additionally, a multivariate logistic regression model was applied to identify associated factors.

**Results:** The prevalence of domestic violence was 64.2%. The most common STIs were anogenital warts (15.0%), trichomoniasis (13.3%), and syphilis (11.7%). A significant association between domestic violence and STIs was evident in the bivariate analysis (OR = 2.63; 95% CI: 1.21–5.69;  $p = 0.013$ ). In the multivariate analysis, domestic violence remained an independent associated factor (adjusted OR = 3.40; 95% CI: 1.31–8.80;  $p = 0.013$ ). Socioeconomic status also showed a significant association ( $p = 0.003$ ), while age and educational level were not significant.

**Conclusions:** Domestic violence is significantly associated with the presence of sexually transmitted infections, constituting an independent risk factor in the studied population. These findings highlight the need for a comprehensive approach in health services that includes the detection and prevention of gender-based violence.

**Keywords:** domestic violence, sexually transmitted infections, sexual violence, physical violence, family violence.

## CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

### 1.1.DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La violencia según la Organización de las Naciones Unidas (OMS) se define como aquel acto en el que se emplea de la fuerza física o el poder de manera intencionada, ya sea como amenaza o intimidación, y puede ser en atentado contra la misma persona quien actúa, otra persona en calidad de víctima o un grupo o comunidad, que pueda acarrear consecuencias como lesiones, daños psicológicos o la muerte. En el Perú en el 2023 se registraron 34014 de casos de violencia familiar, mostrando un mayor de casos a comparación con el año 2022 que mostró 25823 casos, en el cual Ayacucho, Junín, Cusco y Lima fueron los departamentos con mayores casos de violencia familiar de 12.2 %, 11.8%, 11.6% y 10.8% respectivamente. Según el tipo de violencia, la violencia física, psicológica y sexual los números de casos acumulados fueron 13416, 27471 y 4615 respectivamente. Con respecto a la violencia por género, las mujeres mostraron un mayor número de casos acumulados de 93.18% a comparación de los varones con 6.82% (Sala de violencia familiar, 2022). Es así como podemos darnos cuenta que existe una gran variabilidad o formas de violencia, tales como: violencia psicológica o emocional, violencia física, violencia sexual, etc (Sarabia, 2018).

Un tipo de violencia física es la doméstica, la cual es definida como aquellos malos tratos o incluso atentados contra la integridad física o cualquiera que sea de su índole, realizadas por familiares o del medio familiar y que son aplicadas por general a los integrantes más indefensos de aquel entorno familiar ya sean niños, mujeres o ancianos (Del Carmen, 2003). En la mayoría de los casos, la víctima directa no es la única afectada en estas circunstancias, sino también los hijos de ésta, porque es posible que la persona agresora se muestre así con sus hijos (Silva et al., 2017). Los victimarios llegan a caracterizarse por presentar ínfulas de superioridad, machista o provenir de una familia machista donde probablemente haya sufrido violencia, de bajo nivel educativo, infieles y consumidores de alcohol, cigarros o estupefacientes (Selitsky et al., 2020)

En un estudio realizado a 212 víctimas de un servicio de violencia familiar en España menciona que la mayor parte de víctimas pertenecen a una situación económica baja,

pero que no es exclusivo de esta esfera social, y que, en cuanto a maltrato, se presenta desde inicio de la relación y que tiene una duración media de trece años. En este estudio resalta que la mayoría de afectadas (62%) habían sufrido violencia física y que un tercio de la población muestra había sido obligada a mantener relaciones sexuales por parte del victimario. Estas víctimas presentaron problemas como baja autoestima o depresión además de que el apoyo del entorno familiar era insuficiente en muchos casos y que todavía había convivencia con el agresor (Amor et al., 2002).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se contagian en la mayoría de los casos por el contacto sexual sin alguna medida de protección, aunque existe otros medios de transmisión tales como el embarazo, el parto y por medio de la sangre o productos sanguíneos infectados. En el Perú el número de casos acumulados en el 2023 fue de 6477, de los cuales el departamento de Lima presentó mayor número de casos acumulados con 2658 casos, siendo el género masculino con mayor número de caso a comparación de las mujeres. Las conductas agresivas de los individuos pueden tener conductas sexuales de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo y promiscuidad que puede promover la expansión de ITS.

En el Perú es un tema poco estudiado. En un estudio de investigación con una población de 240 mujeres en un hospital mostró que el 7.4% de éstas presentaban ITS si tenían antecedente de violencia sexual o física (Allsworth et al., 2009). Por ello, la violencia se toma como un problema de salud que logra tener repercusiones importantes en las personas que la sufren conllevando a la transmisión de alguna ITS, así como también generando grandes repercusiones en otros aspectos de la salud de estas personas, puesto que tienen un mayor riesgo de sufrir ansiedad, depresión y disfunción social. En los casos de la violencia sexual, se relaciona con embarazos no deseados, trauma genital, fistulas rectales y anales, además de las ITS (Ricaldi & Saba, 2022).

Teniendo un mayor panorama de las circunstancias que abarcan la violencia doméstica, y de cómo influye en las actividades y desempeño de la pareja en la relación, es menester considerar estos factores presentes en la víctima y victimario, ya que se han reportado casos de relaciones sexuales obligadas por parte del agresor

a la víctima, lo que esto podría explicar la asociación entre la violencia doméstica y la presencia de ITS.

En la actualidad la violencia doméstica resulta ser un problema de salud pública que afecta a más de la mitad de la población femenina a nivel nacional. Este problema de salud trae una gran variabilidad de consecuencias como enfermedades y trastornos tanto físicos como mentales que pueden repercutir a lo largo de la vida de estas mujeres, causando en los casos más graves la muerte. Por parte de los agresores se considera que tienen algunas conductas de riesgo que los predispondrían a adquirir infecciones de transmisión sexual, por ende, llegan a contagiar a sus parejas. Es por ello la importancia de realizar este tipo de estudios, con la finalidad de observar si existe relación entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión de sexual, además de poder evidenciar cuán grande es la problemática y así poder emplear planes de gobierno los cuales tengan por finalidad reducir drásticamente estos males de la sociedad.

En general por lo expuesto anteriormente la investigación se evalúa ser relevante por lo cual se plantea el siguiente problema: ¿Existe asociación entre violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote en 2023?

## **1.2.IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La importancia de esta investigación radica en evidenciar las posibles consecuencias de la violencia doméstica para tomar conciencia y fomentar medidas necesarias para su erradicación. Las tasas de violencia doméstica son más altas en los países de ingresos bajos y medios en general, y América Latina tiene las tasas más altas del hemisferio occidental, la prevalencia es especialmente alta en Bolivia (47%), Perú (45%), Colombia (44%) y Nicaragua (30%). La violencia doméstica en América Latina se ha relacionado con un aumento de casos de depresión, ansiedad, somatización, trastorno de estrés postraumático (TEPT), síntomas disociativos y disfunción sexual. Las tasas de ideación y comportamiento suicida son 3 veces más altas en mujeres que han sido abusadas por su pareja. Esta acción tan denigrante como lo es la violencia doméstica también parece tener efectos en cascada en los niños, ya que corren un mayor riesgo de sufrir trastornos emocionales (p. ej., ansiedad y depresión) y externalizantes (p. ej., desafío oposicionista y TDAH), comportamiento antisocial en la adolescencia, síntomas de estrés postraumático, y embarazos no

deseados, y victimización física y sexual. Además, en estudios realizados en América Latina han encontrado asociaciones entre la violencia de pareja y el aborto espontáneo, el parto prematuro, el bajo peso al nacer, la mala nutrición y la mortalidad infantil. (Kohrt, 2015).

Una posible consecuencia más alarmante de la violencia en el hogar es la probable aparición de enfermedades de transmisión sexual como el VIH en mujeres que son víctimas de sus parejas conllevando al aumento de casos de infección (Martínez et al, 2002), y ésta a su vez trae otras consecuencias como la infertilidad, descendos mal olientes, prurito o la muerte. En tal sentido, el sector salud tiene una labor de mucha influencia, por lo que, de llegarse a concretar la asociación entre la violencia doméstica y las ITS, esta investigación puede servir como punto de partida a concientizar a la población de que la violencia doméstica es inaceptable y es un asunto de salud pública además de alertar y exhortar a las autoridades a crear planes para la erradicación de estos males, como capacitar a los profesionales de la salud para que en consulta externa de ginecología o psiquiatría conozcan y apliquen el protocolo de la OMS y OPS: ANIMA: Atención y empatía al escuchar. No juzgar a la víctima. Informarse sobre sus necesidades y preocupaciones. Mejorar su seguridad. Apoyarla. Sin embargo, puede darse el caso de que no se ajuste el tiempo en consulta externa para un diálogo de 45 minutos, por lo que se puede aplicar el cuestionario validado por juicio de expertos aplicado en esta investigación. (MINSA, 2020).

Cabe recalcar que la violencia doméstica es un tema relativamente estudiado a nivel internacional, como en Europa y Norteamérica; incluso existen instrumentos validados en inglés y español, lo que evidencia que esas regiones están involucradas en la lucha contra la violencia doméstica. La realidad peruana y la de las zonas donde se realizaron los estudios dista mucho entre sí, ya sea en cultura, educación, salud, entre otros, por lo que los resultados obtenidos en esas otras realidades no se pueden extrapolar a la coyuntura nacional. Existen pocos estudios a nivel nacional sobre violencia doméstica, es por ello que es necesario evaluar si es que existe asociación entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual para poder analizar y gestionar políticas públicas para la disminución y erradicación de estos males

### **1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar si existe asociación entre violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote en 2023.

#### **1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Analizar las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2023.
- Identificar la frecuencia y distribución de infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2023.
- Determinar la frecuencia y tipos de violencia doméstica en mujeres atendidas en hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2023.
- Describir la frecuencia de violencia doméstica entre las mujeres que han presentado infecciones de transmisión sexual y aquellas que no, y que fueron atendidas en hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2023.
- Evaluar la asociación entre variables sociodemográficas y la presencia de ITS en mujeres atendidas en hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2023.
- Estimar el riesgo de desarrollar infecciones de transmisión sexual en mujeres que han experimentado violencia doméstica en comparación con aquellas que no, y que fueron atendidas en hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2023.

### **1.4.FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

#### **1.4.1. HIPÓTESIS NULA (H<sub>0</sub>)**

No existe asociación entre violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote en 2023

#### **1.4.2. HIPÓTESIS ALTERNA (H<sub>1</sub>)**

Existe asociación entre violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote en 2023

#### **1.5.LIMITACIONES**

Algunas limitaciones metodológicas identificadas en el presente estudio incluyen el sesgo de selección, dado que la muestra estuvo conformada únicamente por mujeres atendidas en el Hospital La Caleta y el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón durante el año 2023, es posible que esta no represente adecuadamente a toda la población femenina de la región o del país. Asimismo, la inclusión de participantes dependió de la disponibilidad y accesibilidad de las historias clínicas, lo que podría limitar la representatividad de la muestra y, por ende, la generalización de los resultados. Otro sesgo presentado es el sesgo de información, ya que, al tratarse de un estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, la calidad de los datos depende directamente de la precisión y completitud de los registros médicos. En este sentido, pueden existir errores de registro, omisiones o información incompleta, lo que podría afectar la validez de los datos recolectados.

Otra limitación que se presenta es el subregistro de la violencia doméstica, ya que es una variable sensible que con frecuencia se encuentra subregistrada en las historias clínicas, ya sea por falta de detección por parte del personal de salud o por la no declaración de las pacientes. Esto podría conllevar una subestimación de la frecuencia real de esta variable, afectando la magnitud de la asociación observada.

Debido a la naturaleza del diseño de casos y controles, no es posible establecer una relación causal entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual, sino únicamente una asociación estadística entre ambas variables.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES

#### 2.1.1. INTERNACIONALES

En primer lugar, **Li et al. (2014)** llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis titulada “Violencia de pareja e infección por VIH entre mujeres”, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la violencia de pareja íntima (IPV) y la infección por VIH en mujeres a nivel mundial. El estudio incluyó 28 investigaciones (19 transversales, 5 cohortes y 4 de casos y controles), con un total de 331,468 participantes de 16 países, de los cuales 20 estudios reportaron una asociación significativa. En los estudios de casos y controles no se encontró asociación significativa para violencia sexual (OR = 2.86; IC 95%: 0.94–8.70) ni para cualquier tipo de violencia (OR = 2.76; IC 95%: 0.81–9.36). Sin embargo, en los estudios transversales se evidenció asociación significativa para violencia física (OR = 1.44; IC 95%: 1.10–1.87), violencia física y sexual combinada (OR = 2.00; IC 95%: 1.24–3.22) y cualquier tipo de violencia (OR = 1.41; IC 95%: 1.16–1.73).

Posteriormente, **Goyal et al. (2017)** realizaron un estudio retrospectivo titulado “Agresión sexual a lo largo de la vida e infecciones de transmisión sexual entre mujeres veteranas”. La investigación incluyó a 996 mujeres militares veteranas de 51 años o menos, con el objetivo de evaluar la asociación entre agresión sexual e infecciones de transmisión sexual (ITS), ajustando por conductas sexuales de riesgo. Los resultados mostraron que el 32% reportó antecedentes de ITS y el 51% antecedentes de agresión sexual. Asimismo, se evidenció que las mujeres con antecedente de agresión sexual presentaban mayor probabilidad de ITS (OR no ajustado = 1.91; IC 95%: 1.45–2.50; OR ajustado = 1.49; IC 95%: 1.07–2.08).

Años más adelante, **McClintock et al. (2021)** desarrollaron un estudio titulado “Violencia de pareja e infecciones de transmisión sexual entre mujeres del África subsahariana”. La investigación incluyó a 32,409 mujeres de siete países del África subsahariana, quienes completaron una encuesta sobre violencia doméstica entre 2011 y 2015. Se evaluaron la violencia física, emocional y sexual, la exposición acumulada y la presencia de ITS en los últimos 12 meses. Los resultados evidenciaron que un mayor porcentaje de mujeres con ITS reportaron violencia física (46.96% vs. 33.94%), violencia sexual (19.21% vs. 12.86%) y violencia emocional (36.30% vs. 26.96%).

Asimismo, el análisis multivariado mostró que las mujeres expuestas a uno o más tipos de violencia presentaban mayor probabilidad de ITS, con odds ratio ajustados (AOR) de 1.54 (IC 95%: 1.29–1.84), 1.23 (IC 95%: 0.99–1.53) y 1.79 (IC 95%: 1.46–2.21), respectivamente.

Finalmente, **Yonga et al (2022)** realizó una revisión titulada “Una revisión sistemática de los efectos de la violencia de pareja íntima en mujeres embarazadas con VIH en África subsahariana”. Se trató de una revisión sistemática de la literatura con enfoque cualitativo, que integró evidencia proveniente de estudios observacionales (transversales y de cohorte), el cual evaluó la relación entre la violencia de pareja íntima (VPI), la infección por VIH y factores asociados en mujeres de África subsahariana. El estudio incluyó 14 investigaciones observacionales, de las cuales el 78.6% analizó exclusivamente mujeres VIH positivas. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de VPI durante el embarazo osciló entre 18.0% y 63.1%, siendo la violencia emocional la forma más frecuente. Asimismo, el 57.1% de los estudios reportó interacciones entre el estado VIH positivo y el riesgo de VPI. En relación con la salud mental, se encontró una asociación significativa entre VPI y síntomas depresivos, especialmente en mujeres con embarazo no planificado ( $p < 0.001$ ). En cuanto a conductas de riesgo, se observó que la VPI se asoció con menor adherencia al tratamiento, reduciéndose en un 20% por cada evento violento adicional, así como con mayor probabilidad de relaciones sexuales inseguras (aOR = 7.19; IC 95%: 1.60–32.33). No obstante, no se encontró asociación significativa entre la VPI y la revelación del estado serológico del VIH (OR = 0.73; IC 95%: 0.50–1.06;  $p = 0.112$ ). En conjunto, los hallazgos evidencian que la VPI se relaciona significativamente con factores que incrementan el riesgo de ITS/VIH, especialmente a través de conductas sexuales de riesgo y alteraciones en la salud mental como depresión o angustia postparto.

### 2.1.2. NACIONALES

En el contexto nacional, **Sánchez (2013)** realizó un estudio titulado “*Asociación entre violencia familiar e infecciones de transmisión sexual en mujeres de 18 a 49 años. Hospital María Auxiliadora, 2009*”. Se trató de un estudio de casos y controles que incluyó a 240 pacientes ginecológicas (120 con ITS y 120 sin ITS). Se encontró que el 41% de las participantes sufrió violencia psicológica, el 15% violencia física y el

14% violencia sexual. Entre las mujeres con ITS, la candidiasis fue la más frecuente (57%), seguida de vaginosis bacteriana (34.2%) y tricomoniasis (4.2%). El análisis mediante la prueba de correlación de Spearman evidenció una asociación significativa entre la violencia de pareja y la presencia de ITS ( $p = 0.039$ ).

Posteriormente, **Rivas (2022)** desarrolló el estudio titulado “*Violencia doméstica y su relación con infecciones de transmisión sexual en mujeres de 12 a 49 años: análisis de la ENDES 2020*”. Los resultados mostraron que el 24.7% de las mujeres reportó violencia física, el 20.1% violencia emocional y el 4.4% violencia sexual. Aunque no se reportaron ITS confirmadas, se identificaron síntomas sugestivos como flujo genital maloliente (8.8%) y úlcera genital (1.2%), los cuales fueron considerados como indicadores indirectos. Se encontró asociación entre violencia doméstica y estos síntomas, con OR de 2.57 para flujo genital y 3.07 para úlcera genital.

Años más adelante, **Noriega (2023)** realizó un estudio titulado “*Asociación entre violencia íntima de pareja contra la mujer y las infecciones de transmisión sexual: análisis de la ENDES 2021 del Perú*”. El objetivo fue determinar la asociación entre violencia (física, sexual y emocional) y la presencia de síntomas como secreciones o úlceras genitales. Los resultados evidenciaron que las mujeres expuestas a violencia física leve presentaron un OR de 2.25 (IC 95%: 1.72–2.94), mientras que aquellas expuestas a violencia física severa presentaron un OR de 3.42 (IC 95%: 2.39–4.90). Asimismo, la violencia sexual mostró la mayor asociación con la presencia de síntomas compatibles con ITS (OR = 3.84; IC 95%: 2.47–5.96).

Más recientemente, el estudio desarrollado por **Villafuerte et al (2025)** titulado “*Asociación entre violencia de pareja y síndrome autorreportado de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil*” tuvo como objetivo determinar la relación entre la exposición a violencia y la presencia de síntomas sugestivos de ITS. Se trató de una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, analítico y de corte transversal, basada en el análisis de datos secundarios de población femenina en edad reproductiva. Los resultados evidenciaron que el 14.60% reportó haber sufrido violencia de pareja en los últimos 12 meses, mientras que el 10.29% presentó síndrome autorreportado y/o síntomas de infecciones de transmisión sexual. Además, las mujeres que experimentaron violencia presentaron mayor prevalencia de síntomas de ITS en comparación con aquellas no expuestas (17.49% vs 9.06%;  $p < 0.001$ ). El

análisis mostró que la violencia de pareja se asoció significativamente con la presencia de ITS, evidenciándose en el modelo crudo una razón de prevalencia de 1.93 (IC 95%: 1.64–2.28;  $p < 0.001$ ) y en el modelo ajustado una razón de prevalencia de 1.88 (IC 95%: 1.59–2.23;  $p < 0.001$ ), concluyendo que la violencia incrementa significativamente la probabilidad de presentar síndrome de ITS.

## 2.2.MARCO TEÓRICO

La investigación sobre la asociación entre violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual es un problema de salud pública muy complejo y multidisciplinario. En este marco teórico se expondrán conceptos clave de cada variable y las conexiones que existen entre estas para proporcionar un conocimiento conciso para la comprensión idónea de esta asociación.

La violencia familiar es definida como (agresiones) físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, por acción de (personas) del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos (Del Carmen et al., 2003). Este tipo de interacción que se desarrolla en un contexto de desigualdad de poder que incluyen conductas que llevan a ocasionar daños de distintas formas. Dentro de este concepto de violencia familiar abarca tanto a la violencia de género y a violencia en la pareja, este último término a menudo se iguala en la literatura con la violencia doméstica (VD) y la violencia conyugal.

La violencia de género presenta la definición propuesta por la ONU en 1995 siendo la más aceptada, como: *“Todo acto de violencia, sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción, o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”*.

La violencia en la pareja se refiere a cualquier acto, dentro de una relación que pueda causar un daño de carácter físico, psicológico o sexual de parte del agresor, que generalmente es el varón, hacia la víctima. Como lo mencionamos anteriormente, la violencia doméstica se usa con mucha frecuencia en otros países para referirse a la violencia de género. Por lo cual, en nuestro escrito, usaremos de manera intercambiable los términos de violencia doméstica y violencia en la pareja (Del Carmen et al., 2003).

La violencia física corresponde a las agresiones infringidas en el cuerpo de la víctima que en consecuencia dañan físicamente o su salud (Ministerio de Salud, 2001). Estas agresiones producen sufrimiento, dolor, lesiones o en situaciones más extremas la muerte. Estas agresiones se producen por: golpes, empujones, puñetes, jalones, mordeduras, patadas, quemaduras, estrangulamiento, etc.

La violencia psicológica corresponde a los actos que se destinan a controlar las acciones, el comportamiento, la manera de pensar o las decisiones de otra persona (Del Carmen et al., 2003). Esto se logra por medio de: humillaciones, menosprecios, críticas desmesuradas y públicas, lenguaje vulgar y degradante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control financiero, tortura y otras acciones que perturban emocionalmente a la víctima, afectando su desarrollo psicológico y emocional.

La violencia sexual se refiere a toda acción sexual, la tentativa de consumir un acto sexual u otro dirigido en contra de la libertad sexual de una persona por parte del agresor, violando la dignidad de la víctima de las siguientes maneras: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.

Otro de los factores a tomar en cuenta es la razón por la cual los victimarios abusan de sus víctimas, entre ellas tenemos: problemas de ira, celos, baja autoestima, machismo, abuso de alcohol y drogas. Otras de los factores a tomar en cuenta sería el trastorno de la personalidad (Papáček, 2018). Es importante resaltar que la violencia doméstica no se limita a un sector de la población, esta se desarrolla en diferentes ámbitos culturales, socioeconómicos, educativas, religiosas o geográficas. Llevándonos a la conclusión de que puede ocurrir en diferentes personas, incluso sin limitarse por el tipo de orientación sexual (Huecker et al., 2023).

Respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) abarcan patologías cuyo contagio halle relevancia en las relaciones sexuales desde el punto de vista de la epidemiología, sin embargo, se pueden dar contagios con mecanismos diferentes como vía parenteral o transmisión perinatal (Díez & Díaz, 2011).

Según un estudio realizado por López et al en Cataluña, se observó un decremento abrupto en los casos reportados por ITS en 2019, sin embargo, para el 2021 se vio aumentado el índice de casos, pero con un 43,59% menos de los casos esperados, lo

que podría explicarse mediante las restricciones sociales y el aumento progresivo de las consultas podrían explicar este fenómeno (López Corbeto et al., 2023).

Según el Ministerio de Salud, hay tres tipos de manejo de las ITS, el manejo etiológico, clínico y sindrómico. El primero se fundamenta en el hallazgo del agente etiológico o corroborar la presencia de éste mediante de exámenes serológicos, microbiológicos u otras que ayuden al diagnóstico, sin embargo, son exámenes más costosos, toman más tiempo en determinar los resultados y se requiere personal especializado. El segundo es el manejo clínico, que es aquel en el cual el diagnóstico es determinado por la experiencia del evaluador y la historia natural de la enfermedad, cabe recalcar que la sensibilidad y especificidad es pobre. Por último, tenemos al manejo sindrómico en el cual se basa en identificar un conjunto de síntomas y tratamiento adecuados y oportunos durante la primera consulta ejerciendo utilización de recursos cuando se esté disponible, pero sin retardar la decisión terapéutica. Ésta última es la estrategia elegida por la OMS para reducir la transmisión de las ITS comunes y tratables. En este estudio se utilizará los síndromes asociados a las infecciones de transmisión sexual, los cuales se considerarán los consignados en la norma técnica de salud para el manejo de las infecciones de transmisión sexual en el Perú pero que ocurran en pacientes femeninas, los cuales son: Flujo vaginal (descenso vaginal), úlcera genital, dolor abdominal bajo y bubón inguinal (MINSA).

La conexión entre ambas variables se puede manifestar de diferentes maneras. El comportamiento del agresor, que generalmente es hombre, puede limitar la capacidad de las víctimas para acordar tener prácticas sexuales seguras, esto aumenta la transmisión de ITS. Otro aspecto es el control económico del victimario lo que no solo permita que la víctima se subyugue al primero, sino que obstaculiza la accesibilidad a los servicios de salud para un mayor conocimiento sobre el tratamiento y la prevención de las ITS.

Al inquirir en la asociación entre la violencia doméstica y ITS se busca no solo identificar los factores de riesgo y posibles consecuencias, si no también espabilar e invitar a las entidades gubernamentales a que tomen cartas en el asunto.

## **CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1. MATERIALES**

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de naturaleza no experimental, de tipo observacional y analítico, con un diseño de casos y controles. Se considera no experimental, debido a que no se manipularon deliberadamente las variables de estudio, limitándose el investigador a observar los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural. Es de tipo observacional, ya que no se realizó intervención alguna sobre la población de estudio, sino que se recolectó información relacionada con la exposición a violencia doméstica y la presencia de infecciones de transmisión sexual.

Asimismo, el estudio es de tipo analítico, puesto que tiene como finalidad determinar la asociación entre la variable independiente (violencia doméstica) y la variable dependiente (infecciones de transmisión sexual), evaluando la posible relación existente entre ambas.

El diseño corresponde a un estudio de casos y controles, en el cual se compararon dos grupos: los casos, conformados por mujeres que presentan infecciones de transmisión sexual, y los controles, integrados por mujeres que no presentan dichas infecciones. A partir de esta comparación, se buscó identificar si la exposición a violencia doméstica constituye un factor asociado a la presencia de infecciones de transmisión sexual.

#### **3.1.2. UNIVERSO**

El universo está conformado por todas las mujeres atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón y Hospital La Caleta, durante el periodo 2023

#### **3.1.3. POBLACIÓN**

La población está conformada por todas las mujeres entre 18 y 49 años que fueron atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón y Hospital La Caleta, durante el periodo 2023.

### 3.1.4. MARCO MUESTRAL

- a. **Casos:** Mujeres entre 18 y 49 años con diagnóstico clínico o registro de infecciones de transmisión sexual, atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón y en el Hospital La Caleta durante el periodo 2023.
- b. **Controles:** Mujeres entre 18 y 49 años sin diagnóstico ni registro de infecciones de transmisión sexual, atendidas en los mismos establecimientos de salud y durante el mismo periodo de estudio.

### 3.1.5. MUESTRA

1. **Diseño Muestral:** En este estudio, se empleó un método de muestreo no probabilístico basado en la conveniencia para seleccionar tanto los casos como los controles, siguiendo los criterios establecidos.
2. **Tamaño Muestral:** Se empleó la fórmula específica para el diseño de estudios de casos y controles (Pita Fernández & Pértegas Díaz, 2002) en el cálculo del tamaño de la muestra. Se estableció un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%. La proporción de exposición a violencia doméstica en el grupo de casos se fijó en 58.1%, mientras que en el grupo de controles se estimó en 31.1%, basándose en estudios previos relacionados con la asociación entre violencia doméstica e infecciones de transmisión sexual. Para una proporción de casos y controles 1:1.
3. **Muestra:**

$$n = \left[ \frac{Z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{(p_1 - p_2)} \right]^2$$

Donde:

$n$ : Tamaño de muestra en cada grupo

$n_T$ : Tamaño de muestra total

$Z_{\alpha}$  : Coeficiente con confiabilidad para precisión de 95% = 1,96.

$Z_{\beta}$  : Coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0,84.

$p_1$ : Proporción estimada de mujeres con ITS y violencia = 0,581.

$p_2$ : Proporción estimada de mujeres con ITS y sin violencia = 0,311.

Para implementar el ajuste de Fleiss con corrección de continuidad, considerado un método para optimizar el cálculo de tamaño de muestra, se empleó la calculadora epidemiológica de acceso abierto OpenEpi versión 3. Luego de aplicar el cálculo de tamaño muestral se evidenció que se requieren 60 casos y 60 controles para el presente estudio. La salida del software estadístico se adjunta en el Anexo 03.

#### **4. Criterios de Inclusión:**

##### **a. Para el Grupo de Casos:**

- Mujeres con edades entre 18 y 49 años
- Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón y Hospital La Caleta, durante el periodo 2023.
- Mujeres con diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual registrado en la historia clínica y que cuente con el esquema terapéutico correspondiente como parte de las indicaciones médicas emitidas.
- Mujeres cuya historia clínica cuente con la Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar correctamente llenada (Anexo 02) con fecha de evaluación de máximo dos (02) años previos con respecto a la fecha de la consulta médica que se toma como referencia para el presente estudio.

##### **b. Para el Grupo de Controles:**

- Mujeres con edades entre 18 y 49 años
- Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón y Hospital La Caleta, durante el periodo 2023.
- Mujeres sin diagnóstico de infección de transmisión sexual registrado en la historia clínica y que no hayan recibido tratamiento específico para ITS durante la atención médica considerada para el estudio.
- Mujeres cuya historia clínica cuente en su historia clínica con la ficha de tamizaje de violencia familiar correctamente llenada (Anexo 02) con fecha de evaluación de máximo dos (02) años previos con respecto a la fecha de la consulta médica que se toma como referencia para el presente estudio.

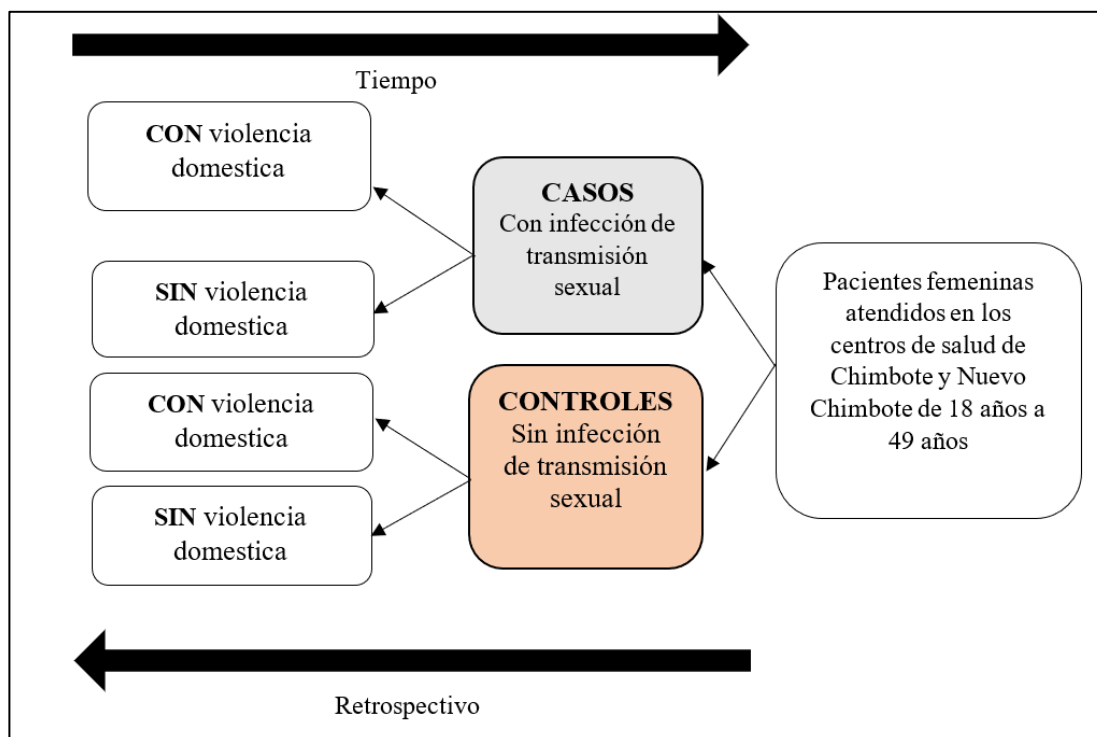
## **5. Criterios de Exclusión:**

- Mujeres participantes que no cuenten con información completa en su historia clínica con respecto a los datos y variables necesarios para la ejecución del presente estudio (Anexo 01 y Anexo 02).
- Mujeres en cuya historia clínica registre que son trabajadoras sexuales.
- Mujeres con diagnóstico de VIH independientemente del estadio clínico de la infección.

## 3.2. MÉTODOS

### 3.1.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación constituye un análisis observacional y analítico con un enfoque en casos y controles, adoptando un diseño retrospectivo. A continuación, se presenta la representación gráfica del diseño:



### 3.1.2. VARIABLES

#### a. Variables de estudio

- ✓ **Variable dependiente:** Infecciones de transmisión sexual
- ✓ **Variable independiente:** Violencia doméstica
- ✓ **Variables intervinientes:**
  - Edad (Tao et al., 2020; Kreisel et al., 2021)
  - Nivel educativo (Mutabazi et al., 2023; Slurink et al., 2021)
  - Ingreso mensual (Martínez et al., 2016; Villegas et al., 2017)

#### b. Operacionalización de Variables (Ver página siguiente)

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR	CRITERIO DE MEDICIÓN	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<b>Violencia doméstica</b>	Diagnóstica	Pregunta filtro: “¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?”	Con violencia Sin violencia	Si la respuesta a la pregunta es “Sí”, se procede a aplicar las preguntas correspondientes a los indicadores de maltrato del instrumento . Si la respuesta es “No”, no se aplica las siguientes preguntas del instrumento.	cualitativa, dicotómica	Ficha de tamizaje – violencia familiar y maltrato infantil (MINSA)
<b>Infección de Transmisión Sexual</b>	Diagnóstica	Registro en la historia clínica	Con ITS Sin ITS	Diagnóstico sindrómico mostrados en la historia clínica, tipos de ITS: 1. Úlcera genital: ✓ Sífilis ✓ Virus de herpes simple ✓ Chancroide 2. Bubón inguinal: ✓ Granuloma inguinal ✓ Linfogramuloma venéreo 3. Flujo vaginal: ✓ Vaginosis bacteriana ✓ Tricomoniasis ✓ Candidiasis 4. Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Dolor abdominal bajo: ✓ Clamidia ✓ Gonorrea	Categoría, escala nominal	Datos obtenidos de la historia clínica del paciente

<b>Edad</b>	Sociodemográfica	Registro en la historia clínica	Número de años cumplidos desde el nacimiento (años).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18-19 años</li> <li>- 20-24 años</li> <li>- 25-29 años</li> <li>- 30-34 años</li> <li>- 35-39 años</li> <li>- 40-44 años</li> <li>- 45-49 años</li> </ul>	Cuantitativo, escala de razón	Datos obtenidos de la historia clínica del paciente
<b>Nivel educativo</b>	Sociodemográfica	Registro en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin educación</li> <li>- Primario</li> <li>- Secundario</li> <li>- Superior</li> </ul>	Información consignada en la Historia Clínica	Categoría, escala ordinal	Datos obtenidos de la historia clínica del paciente
<b>Nivel económico</b>	Socio-demográfica	Registro en la historia clínica	<p>Ingreso mensual (en soles)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A: 2748.6 a más</li> <li>- B: 1479.0 a 2748.6</li> <li>- C: 810.9 a 1479.0</li> <li>- D: 410.0 a 810.9</li> <li>- E: hasta 420</li> </ul>	<p>Información consignada en la historia clínica, la cual será categorizado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A: alto</li> <li>- B: medio alto</li> <li>- C: medio</li> <li>- D: medio bajo</li> <li>- E: bajo</li> </ul>	Categoría, escala ordinal	Pregunta realizada en el cuestionario

### **3.1.3. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN**

1. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional del Santa (Anexo 05). Asimismo, se gestionó la carta de presentación ante la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación (UADI), con la finalidad de obtener la autorización para el acceso a las historias clínicas del Hospital La Caleta y del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón (Anexo 06).
2. Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se accedió a las historias clínicas físicas en los servicios de archivo central de ambos nosocomios, en los horarios establecidos por cada institución, garantizando en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información recolectada.
3. La selección de los casos y controles se realizó mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidas por consultorios externos de los servicios de gineco-obstetricia y psiquiatría durante el año 2023, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se consideraron como casos aquellas pacientes con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, y como controles aquellas sin dicho diagnóstico.
4. Para la recolección de datos se utilizó una ficha estructurada (Anexo 01), elaborada específicamente para el estudio. A cada participante se le asignó un código único, evitando el registro de datos personales identificables.
5. La variable exposición (violencia doméstica) fue obtenida a partir del registro en la historia clínica y complementada mediante la ficha de tamizaje de violencia familiar (Anexo 02). Se consideró la presencia o ausencia de violencia según lo consignado en dichos registros.
6. Las variables sociodemográficas e intervinientes, como edad, nivel educativo e ingreso mensual fueron obtenidas directamente de las historias clínicas y registradas en la ficha de recolección de datos.
7. El diagnóstico de infecciones de transmisión sexual se obtuvo según el registro clínico bajo enfoque sindrómico (úlceras genitales, flujo vaginal, bubón inguinal, enfermedad pélvica inflamatoria), consignado en la historia clínica.
8. Con el fin de garantizar la calidad de los datos, se realizó un proceso de control de calidad que incluyó la revisión doble de las fichas recolectadas, verificación de consistencia interna y corrección de datos incompletos o incoherentes.

9. Posteriormente, la base de datos fue depurada mediante la identificación y eliminación de registros duplicados, así como el manejo de datos faltantes y valores atípicos.
10. Finalmente, la base de datos depurada fue codificada y exportada al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 27.0 para su análisis.

#### **3.1.4. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos elaborados y adaptados para el presente estudio: la ficha de recolección de datos (Anexo 01) y la ficha de Tamizaje de violencia familiar (Anexo 02). Ambos instrumentos permitieron obtener información relevante sobre las variables de estudio, mediante el registro sistemático de datos consignados en las historias clínicas.

La ficha de recolección de datos (Anexo N° 01) fue diseñada específicamente para el estudio y estuvo estructurada en secciones que incluyeron preguntas cerradas, orientadas a recolectar información sociodemográfica y clínica de las pacientes.

- **Sección I:** recopiló datos generales de las pacientes, tales como número de historia clínica, edad, lugar de residencia, nivel educativo, ingreso mensual y nivel económico, los cuales fueron considerados como variables intervinientes.
- **Sección II:** recogió información clínica relacionada con la variable dependiente, incluyendo el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), bajo enfoque sindrómico (úlceras genitales, flujo vaginal, bubón inguinal y enfermedad pélvica inflamatoria), según lo consignado en la historia clínica.
- **Sección III:** incluyó información sobre la variable independiente, correspondiente a la presencia o ausencia de violencia doméstica, registrada en la historia clínica.

Por otro lado, se utilizó la ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (Anexo N° 02), instrumento estandarizado empleado en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú. Este instrumento permitió identificar la presencia de violencia familiar a través de indicadores físicos, psicológicos, sexuales y de negligencia, consignados durante la atención de la paciente. Ambos instrumentos fueron aplicados

mediante revisión documental de historias clínicas, sin contacto directo con los pacientes.

### **3.1.5. ANÁLISIS DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Los datos recolectados fueron ingresados en una base de datos en Microsoft Excel 2019, donde se realizó la codificación de las variables de acuerdo con su naturaleza (cualitativas y cuantitativas). Posteriormente, la base de datos fue exportada al programa estadístico **IBM SPSS Statistics versión 27.0**, en el cual se llevó a cabo el análisis estadístico.

En el análisis descriptivo, las variables cualitativas (estado civil, ocupación, nivel educativo, nivel socioeconómico, presencia de violencia doméstica y diagnóstico de infecciones de transmisión sexual) fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para la variable cuantitativa edad, se calcularon medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar). Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos para una mejor interpretación.

En el análisis bivariado para evaluar la asociación entre la variable independiente (violencia doméstica) y la variable dependiente (infecciones de transmisión sexual), se empleó la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), considerando un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$ . Asimismo, se calculó el Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC95%), con el objetivo de estimar la magnitud de la asociación entre la exposición (violencia doméstica) y el desenlace (ITS). Este análisis permitió comparar la frecuencia de violencia doméstica entre el grupo de casos (mujeres con ITS) y controles (mujeres sin ITS), identificando si existía una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

En cuanto al análisis multivariado con el fin de controlar posibles variables confusoras, se realizó un análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística binaria, considerando como variable dependiente la presencia de infecciones de transmisión sexual. Se incluyeron en el modelo las variables independientes que mostraron relevancia clínica y/o significancia estadística en el análisis bivariado, tales como violencia doméstica, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico.

Los resultados del modelo se expresaron mediante Odds Ratio ajustados (ORa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valores de  $p$ , permitiendo identificar los factores asociados de manera independiente al riesgo de presentar infecciones de transmisión sexual. Se consideró un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$  para determinar la asociación significativa entre las variables incluidas en el modelo.

### **3.3. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio será llevado a cabo bajo los principios éticos basados en la declaración de Helsinki, en la cual la prioridad es cuidar la dignidad, los derechos y la seguridad de cada participante. Este estudio tiene por objetivo el determinar la asociación entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual. Para lograr el cumplimiento del objetivo se recolectarán datos obtenidos de las historias clínicas de los 2 hospitales MINSA de la región costeña de Ancash durante el año 2023. Estos hospitales son el Hospital La Caleta y el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

Para tener acceso a las historias clínicas se gestionará la autorización para cada hospital mencionado siguiendo los protocolos que cada nosocomio establece (Anexo 06). Los hospitales que entran en este estudio no cuentan con un comité de ética, sin embargo, si cuentan con instancias que evalúan la accesibilidad a las historias clínicas. Se solicitará la anuencia para lograr acceder a las historias clínicas de cada nosocomio mediante una carta formal en el cual se detallan los objetivos, protocolos, riesgos y beneficios del presente estudio. Al trabajar directamente con historias clínicas y no solicitar la participación directa de los sujetos de estudio, no se administrará un formulario de consentimiento informado, ni tampoco se tendrá contacto directo con los sujetos de investigación.

De acuerdo a las pautas éticas de investigación para seres humanos (CIOMS, 2016) cuando se trabajan con datos secundarios obtenidos de alguna intervención en salud pública o directamente de los servicios de salud, se podrá dispensar del requerimiento de un consentimiento; sin embargo, debe garantizarse la protección de la confidencialidad de los datos y el anonimato del participante se suscribe una declaración jurada de confidencialidad (ANEXO 04), comprometiéndose a utilizar la información recolectada únicamente con fines académicos y científicos, garantizando en todo momento el respeto de la privacidad, dignidad y derechos de las participantes. Estos aspectos están previstos no registrando en

los archivos del estudio ninguna información que permita identificar al participante y encontrándose los archivos bajo protección de contraseñas únicamente en poder de los investigadores.

Finalmente, garantizamos que los resultados obtenidos del presente estudio sean de fácil acceso y por sobre todo que sean de utilidad para la sociedad. Se reportarán los resultados a las autoridades de la salud y comunidad científica de manera transparente y oportuna para que desarrollen políticas y protocolos que busquen mejorar la situación actual.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.2. RESULTADO

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023*

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>n (%)</b>
<b>Edad (años)</b>	18 a 19 años	8 (6.7%)
	20 a 24 años	15 (12.5%)
	25 a 29 años	11 (9.2%)
	30 a 34 años	18 (15.0%)
	35 a 39 años	20 (16.7%)
	40 a 44 años	20 (16.7%)
	45 a 49 años	28 (23.3%)
<b>Estado civil</b>	Soltera	34 (28.3%)
	Casada	22 (18.3%)
	Conviviente	64 (53.3%)
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	61 (50.8%)
	Profesional/Técnica	29 (24.2%)
	Comerciante	12 (10.0%)
	Estudiante	17 (14.2%)
	Otros	1 (0.8%)
<b>Nivel educativo</b>	Primaria	20 (16.7%)
	Secundaria	55 (45.8%)
	Superior	45 (37.5%)
<b>Nivel socioeconómico</b>	Alto	8 (6.7%)
	Medio alto	11 (9.2%)
	Medio	36 (30.0%)
	Medio bajo	33 (27.5%)
	Bajo	32 (26.7%)

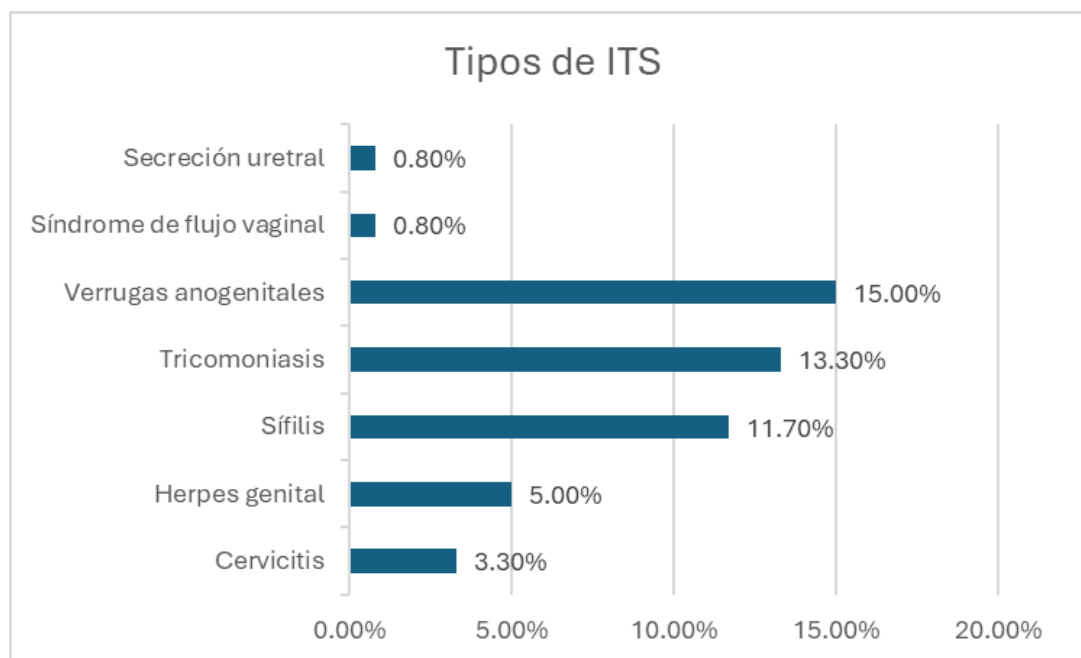
**Tabla 2.**

*Frecuencia y distribución de los tipos de infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023*

<b>Diagnóstico de ITS</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sin ITS</b>	<b>60 (50%)</b>
<b>Con ITS</b>	<b>60 (50.0%)</b>
Cervicitis	4 (3.3%)
Herpes genital	6 (5.0%)
Sífilis	14 (11.7%)
Tricomoniasis	16 (13.3%)
Verrugas anogenitales	18 (15.0%)
Síndrome de flujo vaginal	1 (0.8%)
Secreción uretral	1 (0.8%)
<b>Total</b>	<b>120(100%)</b>

**Figura 1.**

*Distribución de los tipos de infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023.*



**Fuente:** Elaboración propia

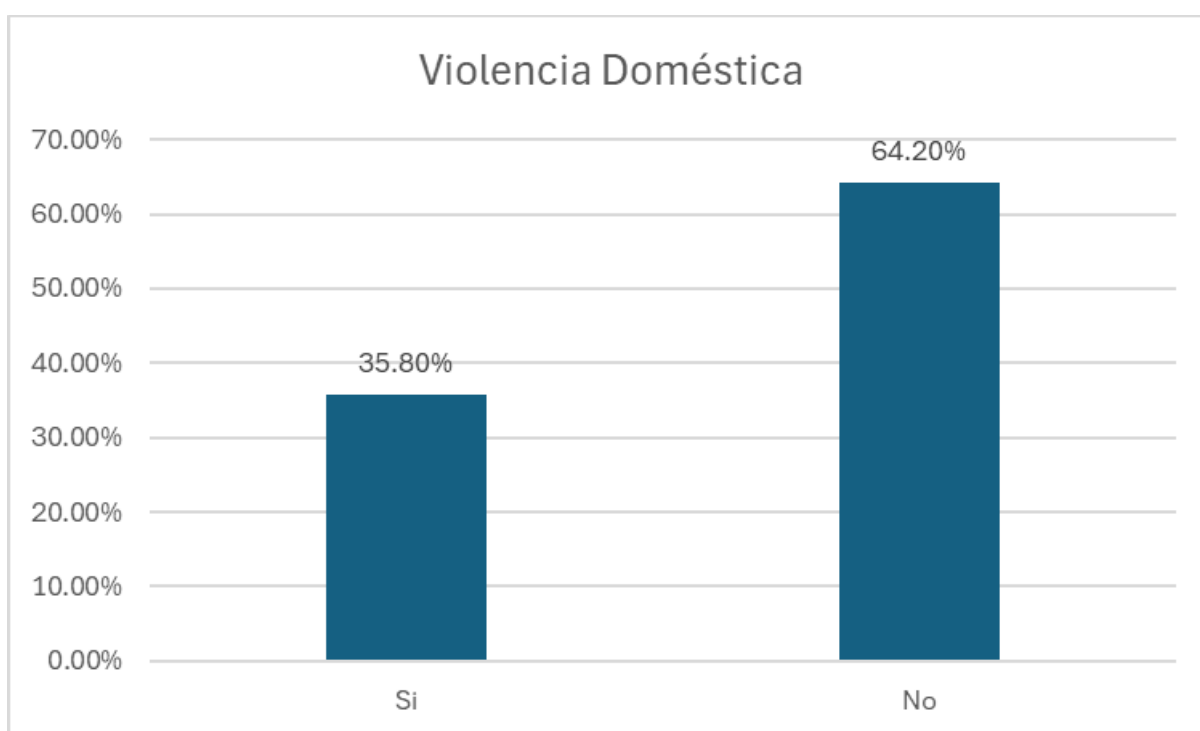
**Tabla 3.**

*Frecuencia de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023*

<b>Violencia doméstica</b>	<b>n (%)</b>
No	43 (35.8%)
Sí	77 (64.2%)

**Figura 2.**

*Frecuencia de mujeres con antecedente de violencia doméstica atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023.*



**Fuente:** Elaboración propia

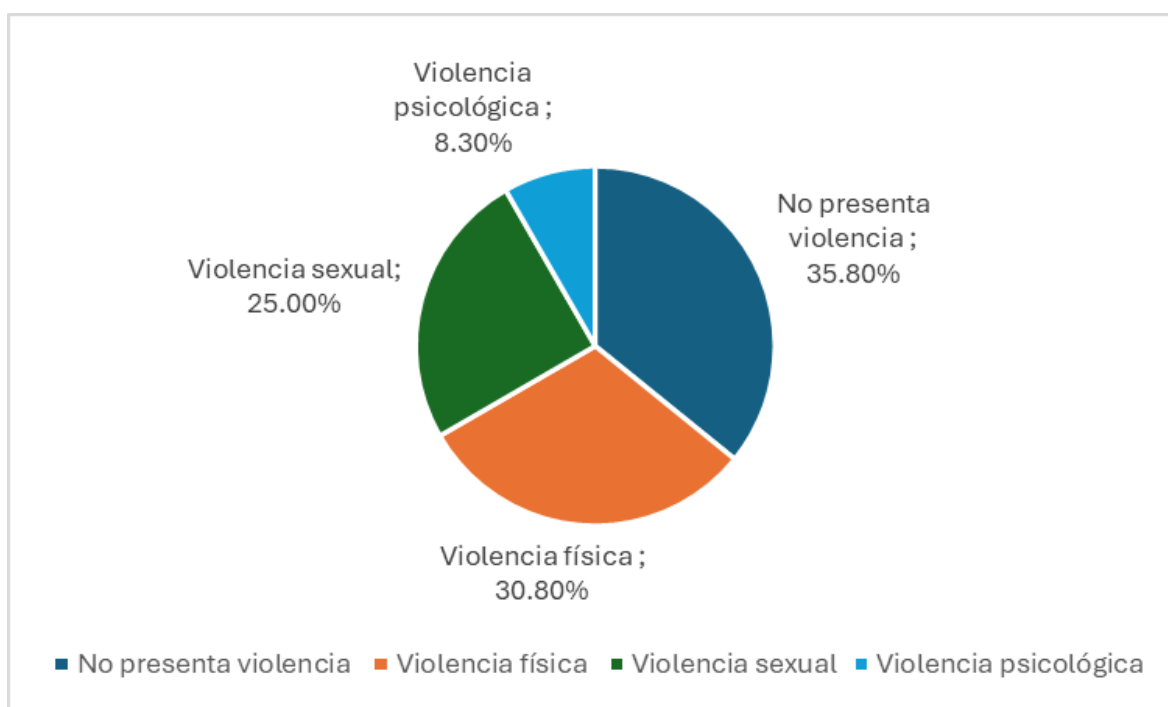
**Tabla 4.**

*Distribución de los tipos de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023*

<b>Tipos de violencia doméstica</b>	<b>n (%)</b>
No presenta violencia	43 (35.8%)
Violencia física	37 (30.8%)
Violencia sexual	30 (25.0%)
Violencia psicológica	10 (8.3%)
<b>Total</b>	<b>120(100%)</b>

**Figura 3.**

*Distribución de los tipos de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023.*



**Fuente:** Elaboración propia

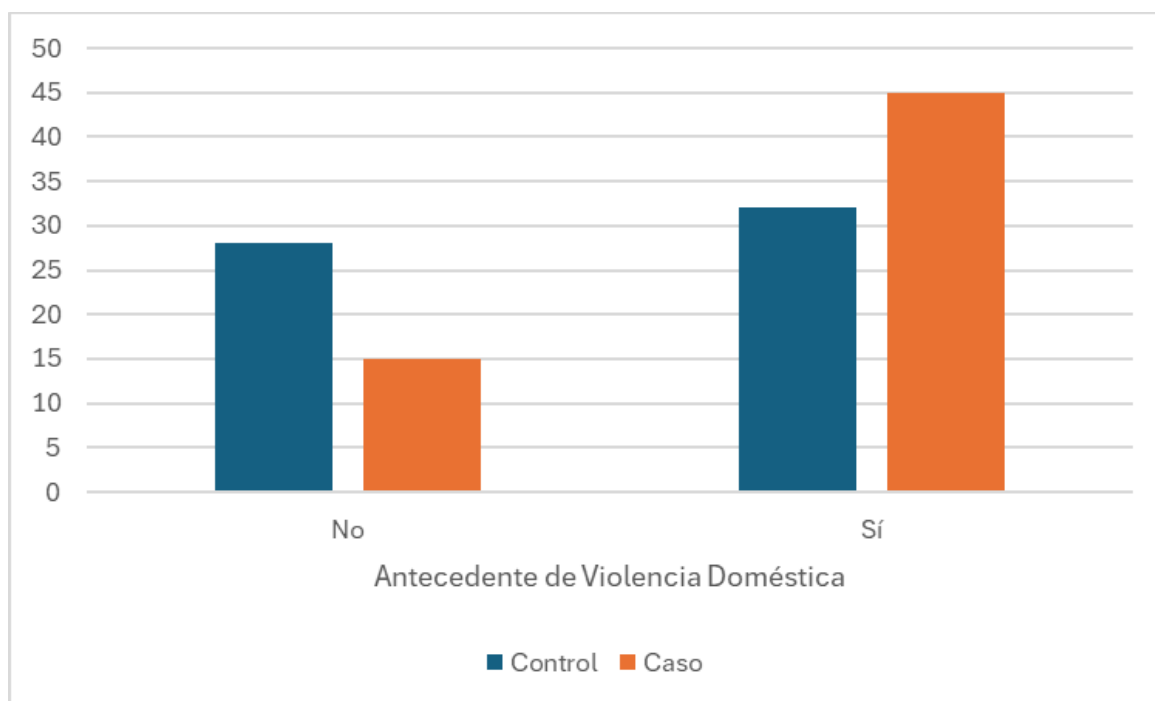
**Tabla 5.**

*Asociación entre violencia doméstica e infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chiclaya y Nuevo Chiclaya, 2023*

		Controles (Sin ITS) n(%)	Casos (Con ITS) n(%)	OR	IC 95%		$\chi^2$	P	Total
					Inf.	Sup.			
violencia doméstica	No	28(46.7%)	15(25.0%)	2.63	1.21	5.69	6.12	0.013	43(35.8%)
	Si	32(53.3%)	45(75.0%)						77(64.2%)
Total		60(100.0%)	60(100.0%)						120(100.0%)

**Figura 4.**

*Distribución de infecciones de transmisión sexual según la presencia de violencia doméstica en mujeres atendidas en los hospitales de Chiclaya y Nuevo Chiclaya, 2023.*



**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 6.**

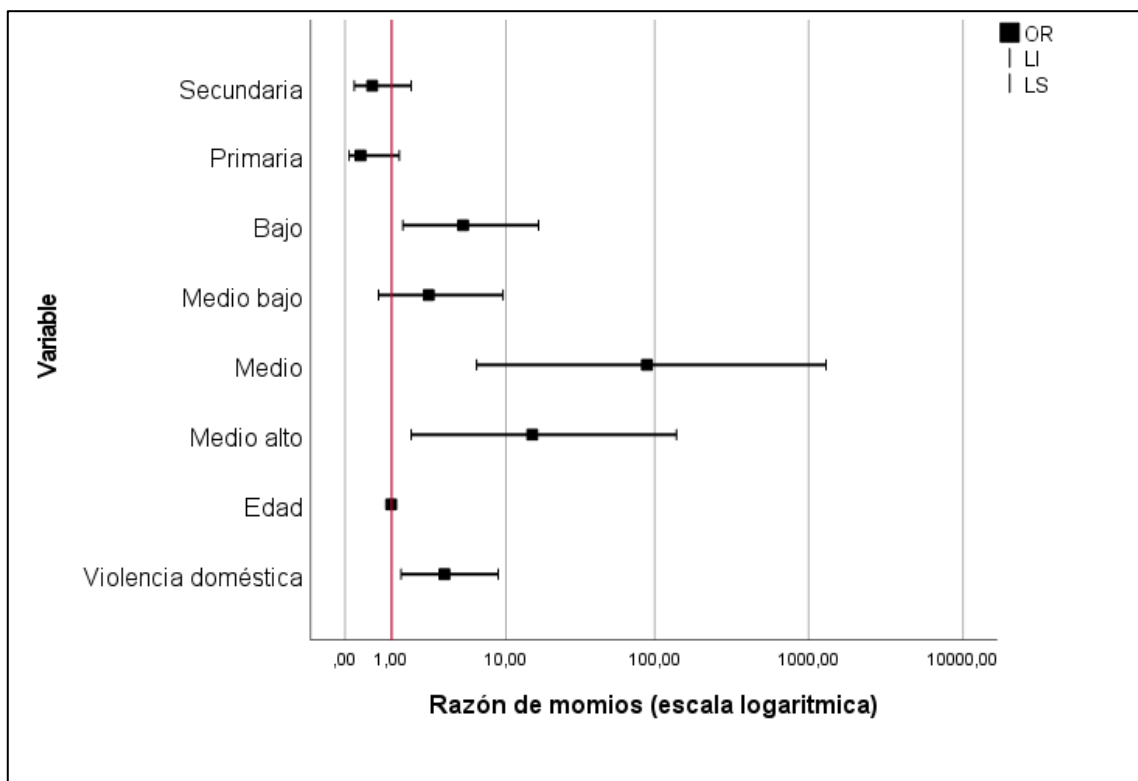
*Modelo de regresión logística multivariado para factores asociados a infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023*

	B	EE	Wald	p	OR (Exp (B))	IC 95%	
						Inf.	Sup.
<b>Violencia Doméstica</b>	1.224	0.485	6.34	0.013	3.40	1.31	8.80
<b>Edad</b>	-0.013	0.030	0.18	0.672	0.99	0.93	1.05
<b>Nivel socioeconómico</b>			16.10	0.003			
Alto (referencia)					1.00		
Medio alto	2.73	1.13	5.87	0.015	15.30	1.68	139.00
Medio	4.49	1.37	10.78	0.001	89.10	6.12	1298.00
Medio bajo	0.91	0.69	1.77	0.183	2.48	0.65	9.55
Bajo	1.57	0.64	5.96	0.015	4.81	1.37	16.90
<b>Nivel educativo</b>			2.850	0.241			
Superior (referencia)					1.00		
Primaria	-1.33	0.79	2.82	0.093	0.26	0.06	1.25
Secundaria	-0.69	0.62	1.25	0.263	0.50	0.15	1.68

**Nota.** Modelo ajustado por variables sociodemográficas. Categorías de referencia: nivel socioeconómico alto y nivel educativo superior.

**Figura 5.**

*Forest plot del modelo de regresión logística multivariado para factores asociados a infecciones de transmisión sexual en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2023.*



**Fuente:** Elaboración propia

### 4.3. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres atendidas en hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el año 2023. Los hallazgos obtenidos evidencian una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, lo cual respalda la hipótesis alterna y confirma el rol de la violencia doméstica como un importante determinante social de la salud sexual y reproductiva.

En relación con la **Tabla 1**, se presenta la distribución de las mujeres de acuerdo con las variables sociodemográficas. Se observa que la población estuvo conformada predominantemente por mujeres en edades adultas entre 35 y 49 años, destacando el grupo de 45 a 49 años con 23.3% (n=28), seguido de los grupos de 35 a 39 años y 40 a 44 años, ambos con 16.7% (n=20). Asimismo, la media de edad fue de 35.55 años, lo cual coincide con el grupo etáreo de mayor actividad sexual y reproductiva. Este hallazgo es comparable con lo reportado por Sánchez (2013), quien también encontró predominio de mujeres en edad reproductiva dentro de su muestra. De igual manera, Villafuerte et al. (2025) reportaron mayor frecuencia de violencia de pareja y síndrome de ITS en mujeres en edad fértil. Estas similitudes podrían explicarse porque las mujeres adultas mantienen una mayor exposición a relaciones de pareja estables o prolongadas, así como mayor actividad sexual, incrementando el riesgo tanto de violencia doméstica como de ITS.

Asimismo, predominó el estado civil conviviente con 53.3% (n=64), seguido de mujeres solteras con 28.3% (n=34) y casadas con 18.3% (n=22). Estos resultados son similares a los descritos por Rivas (2022) y Noriega (2023), quienes identificaron mayor frecuencia de violencia doméstica en mujeres convivientes. Esto podría relacionarse con relaciones de pareja menos formalizadas, dependencia emocional o económica y menor estabilidad relacional, factores que incrementan la vulnerabilidad frente a situaciones de violencia.

Desde el punto de vista socioeconómico y educativo, predominó el nivel secundario con 45.8% (n=55), seguido del nivel superior con 37.5% (n=45), mientras que los estratos socioeconómicos más frecuentes fueron el nivel medio con 30.0% (n=36), medio bajo con 27.5% (n=33) y bajo con 26.7% (n=32). Estos hallazgos coinciden con Rivas (2022), quien señala que condiciones socioeconómicas desfavorables incrementan la exposición a violencia

doméstica y limitan el acceso oportuno a servicios de salud. Del mismo modo, McClintock et al. (2021) reportaron que las mujeres con menor nivel socioeconómico presentaban mayores tasas de violencia física, emocional y sexual. La similitud entre los estudios podría deberse a que los contextos de vulnerabilidad económica generan dependencia hacia la pareja, menor autonomía femenina y menor acceso a medidas preventivas en salud sexual y reproductiva.

En la **Tabla 2** se describe la distribución de las infecciones de transmisión sexual. La distribución equitativa entre casos y controles (50% respectivamente) permite una comparación equilibrada entre participantes. En cuanto al perfil de ITS, las infecciones más frecuentes fueron verrugas anogenitales con 15.0% (n=18), tricomoniasis con 13.3% (n=16) y sífilis con 11.7% (n=14). Estos hallazgos difieren parcialmente de Sánchez (2013), quien reportó mayor prevalencia de candidiasis (57%) y vaginosis bacteriana (34.2%). Las diferencias podrían explicarse por variaciones en los criterios diagnósticos, el tipo de población estudiada y el contexto geográfico de cada investigación.

Sin embargo, ambos estudios coinciden en evidenciar una elevada carga de infecciones ginecológicas en mujeres expuestas a factores de vulnerabilidad. Asimismo, Goyal et al. (2017) reportaron que el 32% de mujeres con antecedente de agresión sexual presentó ITS, mientras que McClintock et al. (2021) encontraron mayor frecuencia de ITS en mujeres expuestas a violencia física, sexual y emocional. Estas similitudes refuerzan la asociación entre violencia doméstica y mayor susceptibilidad a infecciones sexuales.

En la **Tabla 3** se presenta la distribución de la frecuencia de violencia doméstica. Se evidencia que el 64.2% (n=77) de las mujeres reportó haber experimentado violencia doméstica, mientras que el 35.8% (n=43) indicó no haber sufrido violencia. Este resultado representa una prevalencia elevada, superior a la reportada por Rivas (2022), quien encontró prevalencia de 24.7% para violencia física, 20.1% para violencia emocional y 4.4% para violencia sexual. Asimismo, Noriega (2023) reportó prevalencias menores a las encontradas en el presente estudio.

Las diferencias podrían explicarse porque los estudios nacionales utilizaron bases poblacionales como ENDES, mientras que el presente estudio evaluó directamente una población clínica hospitalaria con presencia de ITS, donde probablemente existe mayor vulnerabilidad social y sexual. No obstante, los hallazgos son consistentes con McClintock et al. (2021), quienes

encontraron que las mujeres con ITS reportaban violencia física en 46.96%, violencia sexual en 19.21% y violencia emocional en 36.30%. Asimismo, Yonga et al. (2022) reportaron prevalencias de violencia de pareja entre 18% y 63.1% en mujeres vulnerables de África subsahariana. Estas similitudes sugieren que la violencia doméstica constituye un problema frecuente en poblaciones femeninas con mayor riesgo de ITS.

En la **Tabla 4** se presenta la distribución de los tipos de violencia doméstica. Se observa que la violencia física fue la más frecuente con 30.8% (n=37), seguida de violencia sexual con 25.0% (n=30) y violencia psicológica con 8.3% (n=10). Este patrón coincide parcialmente con Noriega (2023), quien reportó elevada frecuencia de violencia física severa asociada a síntomas compatibles con ITS. Sin embargo, difiere de Sánchez (2013), quien encontró predominio de violencia psicológica con 41%, seguida de violencia física con 15% y violencia sexual con 14%. Asimismo, Yonga et al. (2022) reportaron que la violencia emocional fue la forma más frecuente en mujeres embarazadas con VIH.

Estas diferencias podrían atribuirse a factores culturales, diferencias metodológicas y características propias de la población estudiada. En el presente estudio, al tratarse de mujeres atendidas en hospitales y con presencia de ITS, es probable que las formas de violencia física y sexual sean más visibles o más frecuentemente reportadas. Además, aunque la violencia física fue la más frecuente, la violencia sexual mostró una frecuencia importante (25.0%), lo cual resulta clínicamente relevante debido a su relación directa con la transmisión de ITS mediante relaciones sexuales forzadas y menor capacidad de negociación del uso de preservativos.

En la **Tabla 5** se presenta la asociación entre la violencia doméstica y la presencia de infecciones de transmisión sexual. Se encontró que el 75.0% (n=45) de las mujeres con ITS reportó antecedente de violencia doméstica, frente al 53.3% (n=32) en el grupo control. El análisis bivariado mostró un OR de 2.63 (IC95%: 1.21–5.69; p=0.013), lo cual indica que las mujeres expuestas a violencia doméstica tuvieron 2.63 veces mayor probabilidad de presentar ITS.

Este resultado coincide con Rivas (2022), quien encontró OR de 2.57 para síntomas sugestivos de ITS en mujeres víctimas de violencia doméstica. Asimismo, Noriega (2023) reportó OR de hasta 3.84 para violencia sexual y presencia de síntomas compatibles con ITS. De igual manera,

Villafuerte et al. (2025) encontraron una RP ajustada de 1.88 para síndrome autorreportado de ITS en mujeres expuestas a violencia de pareja.

A nivel internacional, Goyal et al. (2017) reportaron un OR ajustado de 1.49 para la asociación entre agresión sexual e ITS, mientras que Li et al. (2014), en su metaanálisis, encontraron asociación significativa entre violencia física, sexual y VIH/ITS en múltiples estudios internacionales. Asimismo, McClintock et al. (2021) identificaron odds ratio ajustados de hasta 1.79 en mujeres expuestas a uno o más tipos de violencia. Aunque las magnitudes de asociación difieren entre estudios, todos coinciden en demostrar que la violencia doméstica incrementa significativamente el riesgo de ITS. Estas similitudes podrían explicarse porque la violencia limita la autonomía sexual femenina, favorece relaciones sexuales forzadas y dificulta el uso de métodos de protección.

En la **Tabla 6** se presenta el modelo de regresión logística multivariado para identificar los factores asociados a la presencia de ITS. El análisis multivariado confirmó la robustez de la asociación encontrada, evidenciando que la violencia doméstica incrementa en 3.40 veces la probabilidad de presentar ITS (OR ajustado=3.40; IC95%: 1.31–8.80;  $p=0.013$ ), incluso después de ajustar por variables sociodemográficas.

Este resultado es comparable con Noriega (2023), quien reportó OR de 3.42 para violencia física severa y OR de 3.84 para violencia sexual. Asimismo, Villafuerte et al. (2025) reportaron una RP ajustada de 1.88, mientras que McClintock et al. (2021) encontraron odds ratio ajustados entre 1.54 y 1.79 para mujeres expuestas a múltiples formas de violencia. Aunque los valores estadísticos varían entre estudios, todos mantienen una asociación significativa incluso después del ajuste estadístico, lo cual fortalece la consistencia epidemiológica de los hallazgos.

Por otro lado, la edad no mostró asociación significativa, lo que sugiere que el efecto de la violencia sobre el riesgo de ITS podría presentarse independientemente del grupo étnico. En contraste, el nivel socioeconómico mostró asociación significativa, aunque con OR elevados y amplios intervalos de confianza, especialmente en el nivel medio (OR=89.10; IC95%: 6.12–1298.00), lo cual podría indicar inestabilidad estadística relacionada con el tamaño muestral o la distribución de los datos. Sin embargo, este hallazgo mantiene coherencia con la literatura que relaciona desigualdad social con mayor vulnerabilidad frente a violencia y enfermedades infecciosas.

Finalmente, el nivel educativo no mostró asociación significativa, resultado que difiere parcialmente de algunos estudios previos. Estas diferencias podrían explicarse por factores contextuales propios de la población estudiada, así como por la influencia de otros determinantes sociales como dependencia económica, acceso limitado a servicios de salud o dinámicas de violencia de pareja.

En conjunto, los resultados del presente estudio confirman que la violencia doméstica constituye un factor de riesgo significativo para las infecciones de transmisión sexual. Desde una perspectiva epidemiológica y de salud pública, estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar intervenciones integrales que no solo aborden el diagnóstico y tratamiento de las ITS, sino también la detección temprana, prevención y manejo de la violencia de género dentro de los servicios de salud, especialmente en contextos de atención primaria y ginecológica.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

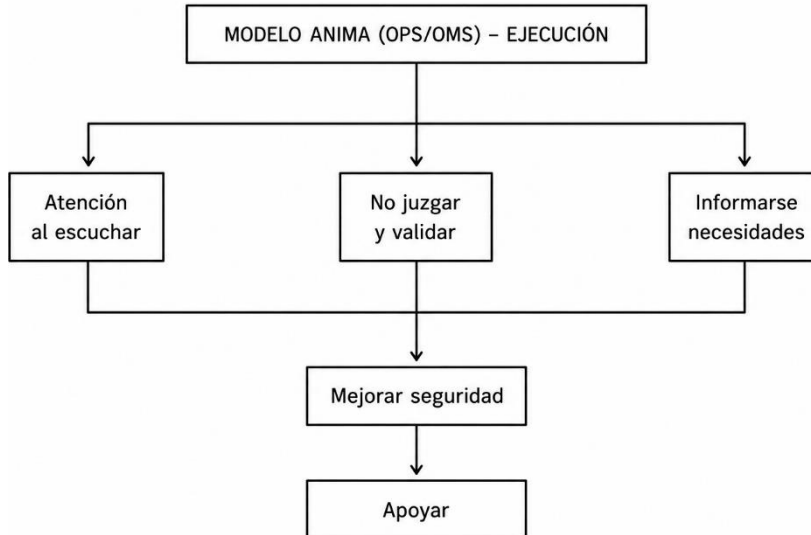
1. Se determinó que existe una asociación estadísticamente significativa entre la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres atendidas en los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el año 2023. Las mujeres expuestas a violencia doméstica presentaron mayor probabilidad de desarrollar ITS en comparación con aquellas no expuestas, confirmándose la violencia doméstica como un importante factor asociado a la salud sexual y reproductiva.
2. Las características sociodemográficas de la población estudiada evidenciaron predominio de mujeres adultas entre 35 y 49 años, con una media de edad de 35.55 años. Asimismo, predominó el estado civil conviviente (53.3%), el nivel educativo secundario (45.8%) y los estratos socioeconómicos medio (30.0%), medio bajo (27.5%) y bajo (26.7%), lo que refleja un contexto de vulnerabilidad social en la población evaluada.
3. Las infecciones más frecuentes fueron verrugas anogenitales (15.0%), tricomoniasis (13.3%) y sífilis (11.7%), evidenciando una importante carga de infecciones virales, parasitarias y bacterianas en las mujeres evaluadas.
4. La frecuencia de violencia doméstica fue alta, encontrándose que el 64.2% de las mujeres reportó haber experimentado algún tipo de violencia. El tipo de violencia más frecuente fue la violencia física (30.8%), seguida de la violencia sexual (25.0%) y psicológica (8.3%), evidenciando predominio de formas de violencia con potencial impacto directo sobre la salud física y sexual de las mujeres.
5. Se evidenció que las mujeres con infecciones de transmisión sexual presentaron mayor frecuencia de violencia doméstica (75.0%) en comparación con las mujeres sin ITS (53.3%), lo que refuerza la relación epidemiológica entre ambas variables y demuestra una mayor exposición a violencia en el grupo de mujeres con ITS.
6. El análisis multivariado evidenció que la violencia doméstica constituye un factor asociado independiente para la presencia de ITS, incrementando en 3.40 veces la probabilidad de presentar infección de transmisión sexual (OR ajustado=3.40; IC95%: 1.31–8.80; p=0.013), incluso después de ajustar por variables sociodemográficas.
7. El nivel socioeconómico mostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de ITS, observándose mayor riesgo en los estratos medio, medio alto y bajo en comparación con el nivel alto. Por otro lado, la edad y el nivel educativo no mostraron asociación

significativa con la presencia de ITS, lo que sugiere que en esta población dichos factores no actuaron como determinantes independientes del riesgo de infección.

## 5.2.RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las direcciones ejecutivas de los hospitales de Chimbote y Nuevo Chimbote formular e implementar estrategias de captación oportuna y enfoque intersectorial, focalizadas prioritariamente en mujeres en uniones de hecho (convivientes) y pertenecientes a estratos socioeconómicos vulnerables (medio-bajo y bajo). Estas deben viabilizarse mediante la articulación obligatoria entre el consultorio ginecológico y el Departamento de Servicio Social, con el objetivo de identificar barreras socioeconómicas, mitigar la dependencia hacia el agresor y proveer redes de soporte institucional que faciliten el acceso continuo a los servicios de salud reproductiva.
2. Se sugiere a las Jefaturas de las Estrategias Sanitarias de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA de la Red de Salud del Santa optimizar los protocolos de manejo sindrómico y etiológico vigente. Esta optimización debe enfocarse en asegurar el abastecimiento continuo y la aplicación descentralizada de pruebas diagnósticas rápidas (especialmente para *Treponema pallidum*) y tratamientos oportunos dirigidos a las afecciones de mayor frecuencia halladas (verrugas anogenitales por VPH, tricomoniasis y sífilis), garantizando simultáneamente el tamizaje y tratamiento clínico-farmacológico estricto de la pareja para interrumpir eficazmente la cadena de transmisión epidemiológica.
3. Se recomienda instituir el protocolo de cribado universal de violencia basada en género en los servicios de atención ginecológica y de emergencias de los nosocomios en estudio. Ante la elevada prevalencia clínico-hospitalaria identificada (64.2%), la evaluación de la violencia no debe ser reactiva ni situacional, sino un componente estandarizado de la anamnesis ginecológica obligatoria, equiparable a la toma de signos vitales, mediante el empleo de fichas validadas de valoración de riesgo.
4. Se insta a los Comités de Gestión Hospitalaria a operativizar e institucionalizar el Modelo ANIMA de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) como herramienta obligatoria de apoyo de primera línea en salud mental y física. Dado que la violencia sexual constituye una cuarta parte de los casos y se vincula de forma directa con el riesgo biológico de transmisión de ITS, el personal médico y de enfermería de primera línea debe ser capacitado estrictamente en las cinco tareas clave que integran el acrónimo de este modelo:

- a. **Atención al escuchar:** Habilitar un entorno privado en el consultorio ginecológico que garantice una escucha activa, empática y con confidencialidad absoluta del relato de la sobreviviente.
- b. **No juzgar y validar:** Ofrecer respuestas médicas y humanitarias que anulen el sentido de culpa de la paciente, validando el impacto emocional y biológico de la agresión sufrida.
- c. **Informarse sobre sus necesidades y preocupaciones:** Evaluar de forma integral las prioridades de la paciente (dolor, temor a reinfección, estigma social, seguridad de sus dependientes).
- d. **Mejorar la seguridad:** Diseñar conjuntamente un plan de contingencia y autoprotección inmediata frente a situaciones de inminente peligro o reincidencia de violencia física/sexual por parte del agresor.
- e. **Apoyar:** Asegurar la disponibilidad inmediata y aplicación irrestricta del *Kit de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual* (anticoncepción de emergencia, profilaxis post-exposición frente al VIH, hepatitis B y otras ITS) y activar la referencia médica inmediata.



5. Se recomienda a los departamentos de ginecología y obstetricia establecer un flujograma de referencia intrahospitalaria automatizado y vinculante. Al evidenciarse de manera cruda que la exposición a violencia doméstica duplica la probabilidad de presentar una ITS (OR = 2.63), se vuelve mandatorio que el diagnóstico reactivo de cualquier infección de transmisión sexual gatille de manera automática una interconsulta prioritaria hacia los servicios de psicología y al Centro Emergencia Mujer

(CEM) integrado en el hospital, unificando el abordaje infectológico con el legal, social y de salud mental.

6. Con base en la inestabilidad estadística (amplios intervalos de confianza) registrada en variables como el nivel socioeconómico en el análisis multivariado, se recomienda a la comunidad científica universitaria desarrollar futuras líneas de investigación que contemplen un tamaño muestral expandido y diseños metodológicos de cohorte (longitudinales). Ello permitirá examinar la direccionalidad temporal precisa de la asociación, medir las tasas de reinfección ginecológica en mujeres vulnerables y evaluar el impacto clínico-epidemiológico que ejerce la aplicación sistemática del modelo ANIMA sobre el control de las ITS a nivel regional.

## CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Allsworth, JE, Anand, M., Redding, CA y Peipert, JF (2009). Violencia física y sexual e incidentes de infecciones de transmisión sexual. *Revista de salud de la mujer* (2002) , 18 (4), 529–534. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0757>
- Amor, PJ, Echeburúa, E., Corral, PD, Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud: IJCHP* , 2 (2), 227–246. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720202>
- Asociación entre violencia de pareja y síndrome autorreportado de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil [tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2025. Disponible en: <http://doi.org/10.19083/tesis/684218>
- Carrasco J. Situación epidemiológica violencia familiar, Perú, 2018. *Boletín Epidemiológico del Perú* 2019; 28 (02): 32-33
- Del Carmen et al. (2003). Violencia Doméstica. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA\\_DOMÉSTICA.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMÉSTICA.pdf)
- Dey, T., Mukherjee, A. y Chakraborty, S. (2020). Una descripción práctica de los estudios de casos y controles en la práctica clínica. *Pecho* , 158 (1), S57 – S64. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.009>
- Díez, M., & Díaz, A.. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(2), 58-66. Recuperado en 20 de diciembre de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202011000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000200005&lng=es&tlng=es).
- Geller, R. J., Decker, M. R., Adedimeji, A. A., Weber, K. M., Kassaye, S., Taylor, T. N., Cohen, J., Adimora, A. A., Haddad, L. B., Fischl, M., Cunningham, S., & Golub, E. T. (2020). A Prospective Study of Exposure to Gender-Based Violence and Risk of Sexually Transmitted Infection Acquisition in the Women's Interagency HIV Study, 1995-2018. *Journal of women's health* (2002), 29(10), 1256–1267. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7972>

- Goyal, V., Mengeling, MA, Booth, BM, Torner, JC, Syrop, CH y Sadler, AG (2017). Agresión sexual de por vida e infecciones de transmisión sexual entre mujeres veteranas. *Revista de salud de la mujer* (2002), 26 (7), 745–754. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5775>
- Huecker, MR, King, KC, Jordan, GA y Smock, W. (2023). Violencia doméstica. Publicación de StatPearls. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) . (s/f). Quien.int. Recuperado el 20 de diciembre de 2023, de [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Yonga, AM, Kiss, L. y Onarheim, KH. Revisión sistemática de los efectos de la violencia de pareja en mujeres embarazadas seropositivas en África subsahariana. *BMC Public Health* 22 , 220 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12619-w>
- Kohrt, BK, Barrueco, S. y Pérez, CP (2015). La violencia doméstica como amenaza al bienestar materno infantil en una comunidad migrante urbana en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública* , 37 (4–5), 265–272
- Kreisel, KM, Spicknall, IH, Gargano, JW, Lewis, FMT, Lewis, RM, Markowitz, LE, Roberts, H., Johnson, AS, Song, R., St. Cyr, SB, Weston, EJ, Torrone, EA y Weinstock, HS (2021). Infecciones de transmisión sexual entre mujeres y hombres de EE. UU.: estimaciones de prevalencia e incidencia, 2018. *Enfermedades de transmisión sexual*, 48 (4), 208–214. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000001355>
- López Corbeto, E., Lugo Colón, R., Montoro Fernández, M., Casabona Barbara, J., & en nombre del Grupo de ITS de la Comisión de vigilancia epidemiológica de Cataluña (2023). Epidemiological situation of post-pandemic sexually transmitted infections in Catalonia, Spain. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual pospandemia en Cataluña, España. *Medicina clinica*, 161(3), 95–100. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.03.014>
- Martínez, AP, Abdalá, AL, Hernández, J., & Bustos, MV (2002). Violencia contra la mujer. *Revista de la Facultad de Medicina* , 45 , 248–251 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Ministerio de salud (2001). Protocolo de la vigilancia epidemiológica de la violencia familiar. Serie herramientas metodológicas en epidemiología y salud pública N°016. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/OGE/259\\_OGE134.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/OGE/259_OGE134.pdf)

MINSA, Oficina General de Estadística E Informática, OG. BOLETÍN ESTADÍSTICO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PERÚ: 2002 - 2011. Gob.Pe. Recuperado el 20 de diciembre de 2023 de <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2728.pdf>

MINSA. (2020). *Norma técnica de Salud para cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1256309/%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20649-2020-MINSA.PDF>

Mutabazi, S., Esaete, J. y Kansiiime, E. (2023). Nivel educativo, conocimientos y actitud de los estudiantes hacia las ITS en escuelas secundarias seleccionadas del municipio de Kisoro, Uganda occidental. *Abierto de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7 (1), 100475. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100475>

Noriega, N (2023). 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. Universidad de Piura.

Papáček, P. (2018). Etiología de la violencia doméstica. *Actas de la conferencia internacional de CBU*, 6, 690–696. <https://doi.org/10.12955/cbup.v6.1234>

Paredes Salido, F., & Roca Fernández, JJ (2004). Enfermedades de transmisión sexual. *Offarm*, 23 (7), 100–106. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedades-transmision-sexual-13064298>

Puente-Martínez, Alicia, Ubillos-Landa, Silvia, Echeburúa, Enrique, & Páez-Rovira, Darío. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295-306. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

Ricaldi, R. y Saba, B. (2022). 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. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Rivas, B. (2022). 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. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Sala de violencia familiar. (2022, 5 de octubre). CDC MINSA. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-violencia-familiar/>
- Sanchez, D. (2013). Asociación entre violencia familiar e infecciones de transmisión sexual en mujeres de 18 a 49 años. Hospital María Auxiliadora. 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Selitsky, L., Markowitz, N., Baxa, DM, Kaljee, L., Miree, CA, Islam, N., Burse, C., Newaz, R., Dankerlui, D., Jacobsen, G. y Joseph, C. (2020). La autodenuncia de violencia doméstica y sexo forzado está relacionada con conductas sexuales de riesgo en una muestra de menores detenidos. *Salud y Justicia*, 8 (1). <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00116-4>
- Silva, JMM da, Lima, M. de C., & Ludermir, AB (2017). Violencia de pareja y práctica educativa materna. *Revista de Saude Publica*, 51 (0), 34. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006848>
- Slurink, IAL, Götz, HM, van Aar, F. y van Benthem, BHB (2021). Nivel educativo y riesgo de infecciones de transmisión sexual entre clientes de centros de salud sexual holandeses. *Revista internacional de ETS y SIDA*, 32 (11), 1004–1013. <https://doi.org/10.1177/09564624211013670>
- Soto, A., & Cvetkovic-Vega, A. (2020). Estudios de casos y controles. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(1), 138–143. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>
- Tao, X., Ghanem, KG, Page, KR, Gilliams, E. y Tuddenham, S. (2020). Factores de riesgo predictivos del diagnóstico de infecciones de transmisión sexual en pacientes jóvenes en comparación con pacientes mayores que asisten a clínicas de enfermedades de transmisión sexual. *Revista internacional de ETS y SIDA*, 31 (2), 142–149. <https://doi.org/10.1177/0956462419886772><https://doi.org/10.1177/0956462419886772>
- United Nations. (s/f). What is domestic abuse? | united nations. Recuperado el 20 de diciembre de 2023, de <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>

Villegas N, Cianelli R, Santisteban D, Lara L, Vargas J. Factores que Influencian la Adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Mujeres Jóvenes Chilenas que Participaron en la Intervención Online I-STIPI (Factors That Influence the Acquisition of Sexually Transmitted Infections y VIH en mujeres jóvenes chilenas que participaron de la intervención online I-STIPI). *Hisp Health Care Int* [Internet]. 2016;14(1):47–56. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1540415316629682>

Wihlfahrt, K., Günther, V., Mendling, W., Westermann, A., Willer, D., Gitas, G., Ruchay, Z., Maass, N., Allahqoli, L., & Alkatout, I. (2023). Sexually transmitted diseases—an update and overview of current research. *Diagnostics* (Basel, Switzerland), 13(9), 1656. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13091656>


## CAPÍTULO VII: ANEXOS

### ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS


<b>Número de HCL</b>		<b>Fecha de Atención</b>	
<b>Infecciones de Transmisión Sexual</b>			
<b>Infecciones de Transmisión Sexual</b>		<b>Diagnóstico Sintrómico</b>	
SI	( )	Úlcera Genital	( )
		Bubón Inguinal	( )
No	( )	Flujo vaginal	( )
		EPI	( )
<b>Indicaciones Médicas</b>			
<b>Violencia Familiar</b>			
SI	( )		
No	( )		
<b>Ingreso Mensual</b>		<b>Nivel Educativo</b>	
2748.6 a más	A ( )	Sin Educación	( )
1479.0 a 2748.6	B ( )	Primaria	( )
810.9 a 1479.0	C ( )	Secundaria	( )
410.0 a 810.9	D ( )	Superior	( )
hasta 420	E ( )		
<b>Nivel Económico</b>			
Alto	A ( )	Medio alto	B ( )
Medio	C ( )	Medio Bajo	D ( )
Bajo	E ( )		

## ANEXO 02: FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR

### Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

	<b>FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL</b>	
ESTABLECIMIENTO: ..... FECHA: .....		
SERVICIO: <input type="checkbox"/> EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> GINECO- OBSTETRICIA: <input type="checkbox"/> CRED <input type="checkbox"/> OTROS: .....		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: .....		
EDAD: ..... SEXO: ..... MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>		
DIRECCION: .....		
<b>LEA AL PACIENTE</b>		
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:		
<b>PREGUNTE</b>		
Si es adulto (a):		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?		
¿QUIEN? .....		
Si es Padre o Madre de familia:		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Su hijo es muy desobediente?		
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?		
<b>Marque con Aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe....</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicable</li> <li><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.</li> <li><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicable.</li> <li><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras.</li> <li><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</li> <li><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejilla, ojos, etc.</li> <li><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cetales problemas de sueño ( mucho sueño, interrupción del sueño)</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis. (niños) Psicológico.</li> <li><input type="checkbox"/> Extrema a falta de confianza en sí mismo.</li> <li><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</li> <li><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Retraimiento.</li> <li><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</li> <li><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.</li> <li><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</li> <li><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</li> <li><input type="checkbox"/> Tartamudeo.</li> <li><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.</li> <li><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</li> <li><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.</li> <li><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.</li> <li><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.</li> <li><input type="checkbox"/> Aislamiento de persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Intento de suicidio.</li> <li><input type="checkbox"/> Uso alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.</li> <li><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).</li> <li><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</li> <li><input type="checkbox"/> Embarazo precoz.</li> <li><input type="checkbox"/> Aborto o amenaza.</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</li> <li><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</li> <li><input type="checkbox"/> Acciden. O enf. muy frecuentes.</li> <li><input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño.</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.</li> <li><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</li> </ul>
FECHA: ..... DERIVADO: ..... FIRMA: .....		
NOMBRE DEL PERSONAL QUE ATENDIO EL CASO: .....		

## Hospital La Caleta

 Ministerio de Salud <small>Protección del Sistema de Salud</small>	<b>FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL</b>	
FECHA: .....		
MICRORED: ..... ESTABLECIMIENTO: .....		
SERVICIO: Emergencia <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/> CRED <input type="checkbox"/> Otros: .....		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: .....		
EDAD: ..... SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
DIRECCION: .....		
<b>Lea al Paciente:</b>		
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:		
<b>Pregunte: ¿Quién? .....</b>		
Si es adulto (a):		
¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si es padre o madre de familia:		
¿Su hijo es muy desobediente? ¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Marque con aspa (X), todos los indicadores de maltrato que observe...</b>		
<p style="text-align: center;"><b>Físico</b></p> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables. <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras. <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables. <input type="checkbox"/> Marca de mordeduras. <input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc. <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño). <input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).	<input type="checkbox"/> Retraimiento. <input type="checkbox"/> Llanto frecuente. <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. <input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención. <input type="checkbox"/> <u>Mucha</u> agresividad o pasividad frente a otros niños. <input type="checkbox"/> Tartamudeo. <input type="checkbox"/> Temor de los padres o de llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar. <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento escolar. <input type="checkbox"/> Se aísla de los demás. <input type="checkbox"/> Intento de suicidio. <input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.	<p style="text-align: center;"><b>Sexuales</b></p> <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, tensión y hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Embarazo precoz. <input type="checkbox"/> Amenaza o aborto. <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.
<p style="text-align: center;"><b>Psicológico</b></p> <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo. <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.		<p style="text-align: center;"><b>Negligencia</b></p> <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Accidente o enfermedad muy frecuentes <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.
FECHA: ..... DERIVADO POR: ..... FIRMA: .....		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO: .....		

## ANEXO 03: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

### Software OpenEpi versión 3

<b>Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados</b>			
Para:			
	Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)		95
	Potencia (% de probabilidad de detección)		80
	Razón de controles por caso		1
	Proporción hipotética de controles con exposición		31.1
	Proporción hipotética de casos con exposición:		58.08
	Odds Ratios menos extremas a ser detectadas		3.07
	<b>Kelsey</b>	<b>Fleiss</b>	<b>Fleiss con CC</b>
Tamaño de la muestra - Casos	54	53	60
Tamaño de la muestra - Controles	54	53	60
Tamaño total de la muestra	108	106	120
<b>Referencias</b>			
Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15			
Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19			
CC= corrección de continuidad			
Los resultados se redondean por el entero más cercano			
Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.			
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSCC			
Imprimir desde el navegador con ctrl-P			
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa			

## **ANEXO 04: DECLARACIÓN JURADA**

Nosotros, Carlos César Enrique Carrasco Martínez, identificado con DNI N° 76220187, y Geyson López Domínguez, identificado con DNI N° 77057233, estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa.

En pleno uso de nuestras facultades, declaramos que la información que será recolectada en el Hospital La Caleta y el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barón provendrá exclusivamente de la revisión de historias clínicas de las pacientes incluidas en el estudio.

Asimismo, garantizamos que dicha información será tratada de manera estrictamente confidencial y será previamente anonimizada, con la finalidad de proteger la identidad y los derechos de cada paciente, evitando cualquier posibilidad de identificación individual.

De igual manera, dejamos constancia de que los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación científica, contribuyendo al desarrollo del conocimiento en el área de la salud, sin afectar la integridad ni los derechos de las participantes.

Firmamos la presente en señal de conformidad.



-----  
**CARRASCO MARTÍNEZ,  
CARLOS CÉSAR ENRIQUE**


**DNI N° 76220187**



-----  
**LÓPEZ DOMÍNGUEZ, GEYSON**

**DNI N° 77057233**

## ANEXO 05: RESOLUCIÓN PARA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**SECRETARÍA FACULTAD CIENCIAS**  
**CONSEJO FACULTAD DE CIENCIAS**  
Av. Universitaria S/N - Urb. Bellamar - Nvo. Chimbote  
Teléf. 31-0445 Anexo 1028

*"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"*

**Transcripción de Resolución N° 475-2025-UNS-CFC**  
Nuevo Chimbote, 29 de diciembre de 2025.

**Visto** el Oficio N° 622-2025-UNS-FC-EPMH, de fecha 17.12.2025, de la Escuela Profesional de Medicina Humana, y el acuerdo 23 de la sesión ordinaria presencial N° 21-25, de Consejo Facultad de Ciencias, de fecha 18.12.2025, y

**Expediente de tesis N° 1148-2025;**

**CONSIDERANDO:**

**Que**, por Resolución Decanatural N° 326-2023-UNS-FC, de fecha 20.11.2023, se nombró al **MC. MG. LUIS FERNANDO SANCHEZ REYNA**, docente adscrito al DATMH – Facultad de Ciencias, como **Asesor (a)** del Proyecto de Tesis intitulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHINBOTE EN 2023"**, de los señores **CARLOS CESAR ENRIQUE CARRASCO MARTINEZ** (Cód. 0201824001), y **GEYSON LOPEZ DOMINGUEZ** (Cód. 0201824023), de la Escuela Profesional de Medicina Humana;

**Que**, con Resolución N° 415-2025-UNS-CFC, de fecha 13.11.2025, se nombró el Jurado Evaluador efectuada por la Comisión Permanente de Tesis EPMH, para el Proyecto de Tesis intitulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHINBOTE EN 2023"**, de los señores **CARLOS CESAR ENRIQUE CARRASCO MARTINEZ** (Cód. 0201824001), y **GEYSON LOPEZ DOMINGUEZ** (Cód. 0201824023); integrado por los docentes siguientes: MC. Esp. Armando Deivi More Valladares - Presidente (a), MC. Dr. Rafael Roberto Beltrán Osorio – Integrante – Secretario (a), MC. MG. Luis Fernando Sánchez Reyna - Integrante, y MC. Esp. Ricardo Segundo Salazar Ramírez - Accesitario (a);

**Que**, mediante Carta s/n de fecha 15.12.2025, la (el) Presidenta (e) del Jurado Evaluador, comunicó que los (las) alumnos (as) responsable (s) cumplieron con subsanar las observaciones efectuadas al Proyecto de tesis intitulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHINBOTE EN 2023"**, de los señores **CARLOS CESAR ENRIQUE CARRASCO MARTINEZ** (Cód. 0201824001), y **GEYSON LOPEZ DOMINGUEZ** (Cód. 0201824023); por lo que el Jurado en Pleno **APROBÓ** el Proyecto de Tesis antes señalado;

**Que**, mediante Oficio N° 622-2025-UNS-FC-EPMH, de fecha 17.12.2025, el Director (e) de la Escuela Profesional de Medicina Humana, alcanzó las actas respectivas, y comunicó la aprobación del proyecto de tesis antes indicado, y solicitó al señor Decano de la Facultad de Ciencias la oficialización mediante la Resolución correspondiente;

**Que**, el Consejo Facultad de Ciencias, en su sesión ordinaria presencial N° 21-25, de fecha 18.12.2025, y de conformidad al Art. 60° Reglamento General de Grados y Títulos (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS, de fecha 12.04.2024), **ACORDÓ: APROBAR**, el proyecto de Tesis intitulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHINBOTE EN 2023"**, de los señores **CARLOS CESAR ENRIQUE CARRASCO MARTINEZ** (Cód. 0201824001), y **GEYSON LOPEZ DOMINGUEZ** (Cód. 0201824023);


**Estando** a las consideraciones establecidas, a lo solicitado, a lo acordado por el Consejo Facultad de Ciencias, y en uso de las atribuciones que le concede la Ley Universitaria 30220, el Estatuto UNS, y normas conexas;

**SE RESUELVE:**

**1° APROBAR**, el Proyecto de Trabajo de Investigación intitulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHINBOTE EN 2023"**, de los señores **CARLOS CESAR ENRIQUE CARRASCO MARTINEZ** (Cód. 0201824001), y **GEYSON LOPEZ DOMINGUEZ** (Cód. 0201824023), de la Escuela Profesional de Medicina Humana (Art. 60° Reglamento General Grados y Títulos – Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS, de fecha 12.04.2024).

**2° ESTABLECER**, que la ejecución del proyecto tiene **un plazo mínimo de cuatro (04) meses y un máximo de dos (2) años**, y se computa **a partir del 15.12.2025**, fecha estipulada en el acta de aprobación (Art. 62° Reglamento General de Grados y Títulos – Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS, de fecha 12.04.2024).

Regístrese, comuníquese, cúmplase, y archívese.  
(Fdo.) Dr. Herón Morales Marchena, Decano Facultad de Ciencias..... y (Fdo.) Dr. Luis Pajuelo Gonzáles, Secretario Facultad de Ciencias.  
Lo que transcribo a usted para conocimiento y fines consiguientes.

  
Dr. Luis Pajuelo Gonzáles  
Secretario Facultad de Ciencias

**Distribución:**  
VRAC, DINI, EPMH, Integrantes JE, Asesor(a): MC. Mg. Luis F. Sánchez Reyna, Interesadas (os).

**ANEXO 06: CARTAS DE PRESENTACION DE SOLICITUD DE PERMISO  
PARA LOS HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE**

**Hospital La Caleta**

**UNS**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL SANTA

**CARGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**  
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

**CARTA DE PRESENTACIÓN N° 002/2026 -EPMH**

Nuevo Chimbote, 06 enero de 2026

Señor (Srta.)  
**Dr. Fernando Iturrizaga Herrera**  
Director Ejecutivo del Hospital La Caleta  
CHMBOTE. -

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN Y PERMISO A ESTUDIANTE DE EPMH-UNS  
ACCESO A HISTORIAS CLÍNICAS**

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y al mismo tiempo solicito que a través de su despacho se les autorice acceso a historias clínicas (Consultorios externos, ginecología y psiquiatría) a los estudiantes de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa; para la recopilación de información que servirá para el desarrollo de su proyecto de tesis denominado:

**"ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE. 2023"**

Motivo por el cual, pido a usted les brinde las facilidades necesarias para el desarrollo y ejecución del trabajo de investigación quien cuentan con la asesoría del MC. Mc. Luis F. Sánchez Reyna, aprobado **con Resolución Decanatural N° 326 -2023 -UNS-FC.**  
cuyos autores son:

- Sr. Carrasco Martínez Carlos César Enrique Cód. N° 0201824001
- Sr. López Domínguez Geyson, Cód. N° 0201824023

Con la seguridad de su apoyo y comprensión, le reitero mi consideración y estima personal

Atentamente

Dr. José S. Castillo Vásquez  
Director de la EPMH

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
E.P. MEDICINA HUMANA

GUBIERNOS REGIONAL DE AREQUIPA  
UNIDAD EJECUTORA 404 - SALUD LA CALETA  
HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE

**RECIBIDO**  
REG. N° 1 2 ENE. 2026 HORA: 9:54 am  
TRAMITE DOCUMENTARIO

Escuela Profesional de Medicina Humana: Av.

## Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón



FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



### CARTA DE PRESENTACIÓN N° 001/2026 -EPMH

Nuevo Chimbote, 06 enero de 2026

Señor (Srta.)  
MC. Sergio Vargas Armas  
Director Ejecutivo Del Hospital Regional "Eleazar Guzmán Barrón"  
NUEVO CHIMBOTE. -

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN Y PERMISO A ESTUDIANTE DE EPMH-UNS  
ACCESO A HISTORIAS CLÍNICAS**

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y al mismo tiempo solicito que a través de su despacho se les autorice acceso a historias clínicas (Consultorios externos, ginecología Y psiquiatría) a los estudiantes de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa; para la recopilación de información que servirá para el desarrollo de su proyecto de tesis denominado:

**"ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITALES DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE. 2023"**

Motivo por el cual, pido a usted les brinde las facilidades necesarias para el desarrollo y ejecución del trabajo de investigación quien cuentan con la asesoría del MC. Mc. Luis F. Sánchez Reyna, aprobado con Resolución Decanatural N° 326 -2023 -UNS-FC. cuyos autores son:

- Sr. Carrasco Martínez Carlos César Enrique Cód. N° 0201824001
- Sr. López Domínguez Geyson, Cód. N° 0201824023

Con la seguridad de su apoyo y comprensión, le reitero mi consideración y estima personal



Atentamente

Dr. José S. Castillo Vásquez  
Director de la EPMH

HOSPITAL U.E. ELEAZAR GUZMAN BARRON - NVO. CHIMBOTE CENTRAL DOCUMENTARIO	
Firma	Hora
	09 ENE. 2026 13:10
<b>RECIBIDO</b>	

Escuela Profesional de Medicina Humana: Av.  
Central S/N° - Urb. Buenos Aires (Campus II)  
Teléfonos: 310445 - 1127 - emph@uns.edu.pe

www.uns.edu.pe

**ANEXO 07: SALIDA COMPLETA DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO REALIZADO EN IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 27.0 PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

<b>Grupos de edad</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 19 años	8	6,7	6,7	6,7
	20 a 24 años	15	12,5	12,5	19,2
	25 a 29 años	11	9,2	9,2	28,3
	30 a 34 años	18	15,0	15,0	43,3
	35 a 39 años	20	16,7	16,7	60,0
	40 a 44 años	20	16,7	16,7	76,7
	45 a 49 años	28	23,3	23,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

<b>Estado civil de la paciente</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	34	28,3	28,3	28,3
	Casada	22	18,3	18,3	46,7
	Conviviente	64	53,3	53,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

<b>Ocupación</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	61	50,8	50,8	50,8
	Profesional/Técnica	29	24,2	24,2	75,0
	Comerciante	12	10,0	10,0	85,0
	Estudiante	17	14,2	14,2	99,2
	Otros	1	,8	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

### Grado de instrucción alcanzado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	20	16,7	16,7	16,7
	Secundaria	55	45,8	45,8	62,5
	Superior	45	37,5	37,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

### Estrato de nivel socioeconómico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	8	6,7	6,7	6,7
	Medio alto	11	9,2	9,2	15,8
	Medio	36	30,0	30,0	45,8
	Medio bajo	33	27,5	27,5	73,3
	Bajo	32	26,7	26,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

### Antecedente de violencia familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	43	35,8	35,8	35,8
	Si	77	64,2	64,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

<b>Tipo de agresión sufrida</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	43	35,8	35,8	35,8
	Físico	37	30,8	30,8	66,6
	Psicológico	10	8,3	8,3	75,0
	Sexual	30	25,0	25,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

<b>Diagnostico de ITS</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin ITS	60	50,0	50,0	50,0
	Con ITS	60	50,0	50,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

<b>Clasificación de la ITS</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	60	50,0	50,0	50,0
	Cervicitis	4	3,3	3,3	53,3
	Herpes Genital	6	5,0	5,0	58,3
	Sifilis	14	11,7	11,7	70,0
	Síndrome de Flujo Vaginal	1	,8	,8	70,8
	Síndrome de secreción uretral	1	,8	,8	71,7
	Tricomoniasis	16	13,3	13,3	85,0
	Verrugas Anogenitales (Venereas)	18	15,0	15,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

**Tabla cruzada Antecedente de violencia familiar\*Clasificación de la muestra**

		Clasificación de la muestra		
		Control	Caso	
Antecedente de violencia familiar	No	Recuento	28	15
		% dentro de Clasificación de la muestra	46,7%	25,0%
	Si	Recuento	32	45
		% dentro de Clasificación de la muestra	53,3%	75,0%
Total	Recuento	60	60	
	% dentro de Clasificación de la muestra	100,0%	100,0%	

**Tabla cruzada Antecedente de violencia familiar\*Clasificación de la muestra**

			Total
Antecedente de violencia familiar	No	Recuento	43
		% dentro de Clasificación de la muestra	35,8%
	Si	Recuento	77
		% dentro de Clasificación de la muestra	64,2%
Total	Recuento	120	
	% dentro de Clasificación de la muestra	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,125 <sup>a</sup>	1	,013		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	5,219	1	,022		
Razón de verosimilitud	6,198	1	,013		
Prueba exacta de Fisher				,022	,011
Asociación lineal por lineal	6,074	1	,014		
N de casos válidos	120				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Antecedente de violencia familiar (No / Si)	2,625	1,211	5,691
Para cohorte Clasificación de la muestra = Control	1,567	1,111	2,209
Para cohorte Clasificación de la muestra = Caso	,597	,381	,936
N de casos válidos	120		

		<b>Variables en la ecuación</b>				
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.
Paso 1 <sup>a</sup>	Antecedente de violencia familiar(1)	-1,265	,498	6,464	1	,011
	Grupos de edad			,541	6	,997
	Grupos de edad(1)	-,181	1,062	,029	1	,865
	Grupos de edad(2)	,056	,905	,004	1	,950
	Grupos de edad(3)	-,340	1,044	,106	1	,745
	Grupos de edad(4)	-,255	,761	,113	1	,737
	Grupos de edad(5)	-,290	,724	,161	1	,689
	Grupos de edad(6)	,129	,749	,030	1	,863
	Estado civil de la paciente			4,617	2	,099
	Estado civil de la paciente(1)	1,095	,724	2,291	1	,130
	Estado civil de la paciente(2)	-,889	,640	1,926	1	,165
	Grado de instrucción alcanzado			1,627	2	,443
	Grado de instrucción alcanzado(1)	-,897	,753	1,418	1	,234
	Grado de instrucción alcanzado(2)	-,103	,511	,041	1	,840
	Estrato de nivel socioeconómico			14,024	4	,007
	Estrato de nivel socioeconómico(1)	2,084	1,026	4,123	1	,042
	Estrato de nivel socioeconómico(2)	3,538	1,266	7,813	1	,005
	Estrato de nivel socioeconómico(3)	,344	,630	,298	1	,585
	Estrato de nivel socioeconómico(4)	1,567	,654	5,738	1	,017
	Constante	-,353	,760	,215	1	,643

		Variables en la ecuación		
		Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup>	Antecedente de violencia familiar(1)	,282	,106	,748
	Grupos de edad			
	Grupos de edad(1)	,834	,104	6,685
	Grupos de edad(2)	1,058	,180	6,229
	Grupos de edad(3)	,712	,092	5,509
	Grupos de edad(4)	,775	,174	3,442
	Grupos de edad(5)	,748	,181	3,092
	Grupos de edad(6)	1,137	,262	4,934
	Estado civil de la paciente			
	Estado civil de la paciente(1)	2,990	,724	12,353
	Estado civil de la paciente(2)	,411	,117	1,442
	Grado de instrucción alcanzado			
	Grado de instrucción alcanzado(1)	,408	,093	1,784
	Grado de instrucción alcanzado(2)	,902	,332	2,453
	Estrato de nivel socioeconómico			
	Estrato de nivel socioeconómico(1)	8,033	1,075	60,024
	Estrato de nivel socioeconómico(2)	34,413	2,879	411,392
	Estrato de nivel socioeconómico(3)	1,411	,410	4,853
	Estrato de nivel socioeconómico(4)	4,791	1,330	17,265
	Constante	,703		

a. Variables especificadas en el paso 1: Antecedente de violencia familiar, Grupos de edad, Estado civil de la paciente, Grado de instrucción alcanzado, Estrato de nivel socioeconómico.