

Violencia doméstica y enfermedades de transmisión sexual: un análisis de las mujeres en edad reproductiva en Perú en el período 2004 – 2008*

Mario Ernesto Piscoya Díaz ♦
Pilar Carolina Posso Ruiz*

Resumo

La violencia doméstica es un problema generalizado que afecta principalmente a las mujeres y cuya importancia ha sido reconocida en las dos últimas décadas en varias conferencias internacionales. Literatura de varios países muestra la relación entre la violencia doméstica, física, psicológica y sexual y las enfermedades de transmisión sexual-ETS. A través de la aplicación de modelo logístico, y usando los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES), se analizó la asociación entre los tipos de violencia doméstica y la presencia de síntomas de ETS en mujeres peruanas en edad reproductiva, entre 2004 y 2008. El estudio concluye que las mujeres que experimentan algún tipo de violencia doméstica tienen mayores probabilidades de presentar síntomas de ETS. Importantes medidas en términos de políticas públicas aún deben ser consideradas, a pesar de los importantes avances que el Perú ha presentado para enfrentar el problema de la violencia doméstica.

Palabras-clave: violencia doméstica, ETS, Perú.

*Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

♦ Professor Assistente. Instituto de Matemática e Estatística, Universidade Federal de Goiás. Estudante Doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR/UFMG. mpiscoya@cedeplar.ufmg.br

* Estudante de Doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR/UFMG. Bolsista CNPq Brasil. prcarolina008@hotmail.com

Violencia doméstica y enfermedades de transmisión sexual: un análisis de las mujeres en edad reproductiva en Perú en el período 2004 – 2008

1. Introducción

La violencia contra la mujer, en especial la violencia ejercida por el esposo o compañero, es un problema que persiste en todos los países del mundo, afectando a millones de mujeres cada año, sin importar el grado de desarrollo económico de esas sociedades (Henttonen *et al.*, 2008; Pallito & O'Campo, 2004). Sin embargo, algunos estudios han demostrado que los episodios de violencia son más prevalentes en las sociedades económicamente menos favorecidas (Buvinic *et al.*, 1999), siendo la región de América Latina considerada una de las regiones más afectadas por este problema (Montaño *et al.*, 2007).

La reflexión sobre el problema de la violencia social y doméstica así como la preocupación por los crecientes niveles con que esta se presenta, han promovido la elaboración de agendas, tanto en ámbitos gubernamentales como no gubernamentales, destinadas a su erradicación. El reconocimiento internacional de que la violencia doméstica no solamente es un problema que afecta los derechos fundamentales de las mujeres, sino que también es un problema de salud pública ha llevado a los gobiernos en la región a adoptar medidas legales destinadas a combatir este tipo de violencia (Montaño *et al.*, 2007).

Existen varios criterios para categorizar a la violencia. La violencia social se produce entre individuos no relacionados. Cuando esta ocurre entre personas unidas por lazos consanguíneos, por matrimonio o por unión consensual, se denomina violencia doméstica. La violencia doméstica y social están interrelacionadas. En los hogares en los que prevalecen comportamientos agresivos, se desarrollan mecanismos a través de los cuales los niños aprenden a actuar con violencia desde las primeras edades. Niños que han sufrido violencia y abuso son más propensos a tener ese comportamiento tanto dentro como fuera de los hogares. Ese comportamiento tiende a permanecer en el tiempo y ser transmitido por generaciones (Buvinic *et al.*, 1999; Ellseberg *et al.*, 2005; Pallito & Ocampo, 2004).

La violencia que se ejerce contra las mujeres o violencia de género es entendida como “cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”¹. La violencia de género hace referencia al abuso de poder existente en sistemas patriarcales en que, culturalmente son designados roles diferenciados para hombres y mujeres (Pallito & Ocampo, 2004). El papel que ha sido socialmente otorgado a las mujeres es el reproductivo de cuidado de los hijos e hijas y de tareas en la esfera doméstica. La connotación negativa de los roles asignados a las mujeres, las hace sujetas de violencia y discriminación (GRUPO FARO, 2007).

¹ Art. 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belem do Pará.

Instrumentos jurídicos internacionales y nacionales

Desde 1992, el comité de la CEDAW² reconoce que la violencia a la mujer debe ser parte de la definición de la discriminación (Frías & Hurtado, 2010). A partir del informe producido en esta convención, fue definida una serie de acuerdos de carácter jurídico en la Convención Iberoamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de Belem do Pará, en 1994. Estos acuerdos toman un carácter vinculante durante la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing, en 1995, en la que se destaca que la violencia contra la mujer es un problema que atañe a los Estados y que, por tanto, son estos los que deben adoptar medidas al respecto. Posteriormente, organismos de Naciones Unidas llevan a cabo iniciativas tendientes a discutir causas y consecuencias de la violencia, a sensibilizar a las poblaciones sobre esta problemática y a contribuir con la ejecución de políticas públicas (CEPAL, 2006).

Para el diseño de políticas institucionales y programas para enfrentar el problema contra la violencia de la mujer, en el caso de los países de América Latina, tres acontecimientos fueron importantes: la Quinta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe, la aprobación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe 1995-2001 y el Consenso de Lima, declarado en el año 2000, en la octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe donde se resalta la necesidad de estudiar todas las formas de violencia de género, sus causas y la reproducción de la cultura de violencia en la región (CEPAL, 2006).

Perú es uno de los países que ha presentado más avances en la implementación de políticas destinadas a erradicar la violencia género. Los instrumentos jurídicos internacionales han sido importantes en el desarrollo de leyes, políticas y programas en pro del bienestar de la mujer. El marco normativo actual que le permite al Estado peruano enfrentar el problema de la violencia intrafamiliar está compuesto por cuerpos legales como: la Constitución Política de la República, la Ley General de Salud de 1997, la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar y su reglamento de 1998, el Código Penal de 1991, la Ley de Prevención del Hostigamiento Sexual de 2003 y la Ley de Igualdad de Oportunidades de 2007. Uno de los instrumentos más importantes desarrollados en Perú, es el Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015, que busca garantizar el derecho a una vida libre de violencia.

Aspectos asociados a la violencia doméstica

La literatura sugiere diversos factores de riesgo asociados con la violencia doméstica (Kishor & Johnson, 2006). Entre esos factores, es posible que el nivel de educación de la mujer sea uno de los más importantes. La educación de la mujer puede estar relacionada con su mayor empoderamiento y puede actuar motivando la promoción de actitudes y prácticas destinadas al ejercicio de sus derechos (Bott, Morrison & Ellsberg, 2004). La educación de la mujer también está asociada con una mayor capacidad de identificar adecuadamente problemas de salud y con la búsqueda de tratamiento médico adecuado.

² Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Un factor relacionado con la violencia doméstica es el tamaño de la familia. Cwikel *et al.*, (2003) sugieren que mujeres con un número grande de hijos tienen una mayor probabilidad de experimentar episodios de violencia como consecuencia de la frustración resultante de una menor posibilidad de resolver los problemas en familias numerosas (Flake & Forste, 2006). Un estudio realizado en Brasil muestra que la violencia estaría más relacionada con el número de hijos en fase de mayor dependencia que con el tamaño de la familia (Gregori, 1990?). Otro factor importante relacionado a la violencia doméstica es la localización del hogar en que la mujer reside. Kishor & Johnson (2006), en un estudio realizado para diferentes países en desarrollo, han mostrado que la probabilidad de reportar episodios de violencia doméstica es mayor entre las mujeres residentes en el área urbana.

El estado conyugal se presenta como una dimensión asociada a la violencia, sobretodo de aquellas mujeres alguna vez unidas (separadas, divorciadas o viudas) (Finney, 2006; Montaña & Almerás, 2007). Al mismo tiempo, puede existir una relación entre la violencia doméstica y el tiempo de duración de la unión. Para Kishor & Johnson (2006) la mayoría de mujeres casadas (o unidas) víctimas de violencia doméstica, experimentaron tales eventos durante los cinco primeros años de la unión. Kishor & Johnson (2006) sugieren también la existencia de relación entre el uso de métodos contraceptivos y la violencia doméstica, mostrando específicamente que en Nicaragua y Perú las mujeres víctimas de violencia doméstica presentaron una mayor probabilidad de usar algún método.

Pocos son los estudios que han explorado la existencia de diferenciales de violencia doméstica según la edad de la mujer (Wilke & Vinton, 2005). Algunos estudios, como el realizado por Bachman & Saltzman (1995) en los Estados Unidos, sugieren una mayor prevalencia de la violencia doméstica, sobretodo sexual, entre las mujeres menores de 30 años. Sin embargo, estudios recientes en ese país han demostrado que las mujeres con edades más avanzadas, por ejemplo con 45 años o más, también pueden alcanzar niveles significativos de violencia doméstica (Wilke & Viton, 2005). Con relación a la edad del esposo/compañero, existen evidencias en la literatura que sugieren una mayor probabilidad a reportar episodios de violencia doméstica entre las mujeres que se encuentran en unión con un esposo/compañero más joven (Kishor & Johnson, 2006).

Violencia doméstica y problemas de salud de la mujer

La violencia social y doméstica son considerados problemas de salud pública que conducen a una mayor morbilidad y mortalidad y se constituyen importante obstáculos del desarrollo económico (Buvinic *et al.*, 1999; García-Moreno *et al.*, 2005). En 1999, cuando el tema de violencia intrafamiliar había ya cobrado importancia en el ámbito internacional y nacional, Moore (1999) llamaba la atención sobre la reducida producción investigativa en torno a la relación entre problemas de salud reproductiva y violencia intrafamiliar. Stephenson *et al.* (2006) sugieren que la relación entre la violencia doméstica y los problemas salud reproductiva aún no son bien entendidos en sociedades en desarrollo debido a la carencia de estudios en el área.

La violencia doméstica produce en las mujeres un precario estado de salud y una pobre calidad de vida. Un estudio realizado en Estados Unidos indica que las mujeres golpeadas en escenarios de violencia doméstica, tienden a presentar traumas en la cabeza, rostro, tórax, pecho y heridas abdominales más que mujeres que sufrieron otro

tipo de violencia. La violencia física está relacionada con dolores crónicos, alteraciones neurosicológicas y desórdenes gastrointestinales. Estos problemas de salud pueden conducir a complicaciones médicas más serias (Campbell, 2002).

La violencia doméstica también afecta de forma específica la salud reproductiva de las mujeres aumentando la propensión a enfermedades de transmisión sexual–ETS, como lo demuestra un estudio realizado en Carolina del Norte (Moore, 1999). Algunos problemas ginecológicos como sangrado o infección vaginal, fibrosis, disminución del deseo sexual, irritación genital, dolor en el intercurso, dolor pélvico crónico o infecciones del tracto urinario son más frecuentes en mujeres que sufren violencia sexual con relación a aquellas que no enfrentan este problema. El sexo forzado puede ocasionar lesiones en la uretra, ano y vagina lo que incrementa la transmisión de microorganismos.

La violencia contra la mujer durante el embarazo, puede tener consecuencias negativas para la salud de la madre y del feto. Traumas físicos pueden producir sangrados y ocasionar problemas crónicos de salud. Peña & Egan (2005) indican que el abuso durante el embarazo se relaciona con enfermedades de transmisión sexual, anemia, hemorragia, ganancia de peso menor a la óptima, resultado perinatal ominoso (bajo peso al nacimiento, aborto y sufrimiento fetal) y la muerte de la madre o de su hijo. Otro efecto importante de la violencia doméstica durante el periodo de gestación es la interrupción voluntaria del embarazo.

La violencia doméstica también produce efectos negativos en el bienestar psicológico de las personas. Las mujeres que están expuestas a violencia doméstica presentan síntomas de estrés postraumático, depresión y baja autoestima, características que por lo general, permanecen mientras estas están sometidas a la violencia (Edelson *et al.*, 2007). Como resultado del estrés y de desórdenes de la salud mental producto de la violencia, es posible pensar en una supresión del sistema inmune (Patel & Oomman, 1999; Campbell, 2002).

Por otro lado, es importante mencionar que en la literatura estudiada se encontraron otros factores relacionados con la morbilidad ginecológica como el uso de determinados métodos contraceptivos (DIU y esterilización) y presencia de complicaciones durante el último parto (Stephenson *et al.*, 2006; Hawkes *et al.*, 2002) y que no necesariamente estarían relacionados directamente con violencia doméstica.

Violencia como comportamiento cultural

El conjunto de la estructura cultural y el espacio de la familia y de las relaciones de pareja definen los contextos en los que se perpetúan las relaciones inequitativas de género y donde se ejerce la violencia. El comportamiento de hombres y mujeres está basado en estructuras culturales específicas que justifican múltiples formas de dominación masculina (Cloet, 2006). La socialización de la creencia del dominio y control por parte del hombre así como el desarrollo de comportamientos de sumisión y sacrificio por parte de las mujeres en su rol de madres y esposas contribuyen a incrementar el riesgo de sufrir violencia (Edelson *et al.*, 2007).

Las inequidades de género en contextos culturales específicos favorecen la definición de los términos de la relación de pareja. Las mujeres víctimas de violencia tienen menor poder de negociación para el uso de preservativo y pueden no exigir comportamientos

sexuales seguros durante las relaciones. Varios autores encuentran asociación entre violencia doméstica y embarazos no deseados o entre intercurso no consensual y actitudes adversas en el comportamiento de hombres frente al uso de preservativo o anticonceptivo (Moore, 1999; Campbell, 2002; Piscocya & Lima, 2009; Stephenson *et al.*, 2006).

Justificación

El problema de la violencia doméstica se traduce en impactos negativos no solo para las mujeres víctimas de violencia y sus familias sino también para los diferentes organismos estatales. Buvinic *et al.*, (1999) muestran que la violencia genera importantes costos en los servicios sociales, médicos y en el sistema de justicia de los Estados, incrementa la mortalidad y morbilidad de la población y afecta el bienestar de las mujeres. Otros efectos indirectos generados por la violencia son disminución de la participación laboral en el mercado de trabajo, reducción de la productividad y transmisión intergeneracional de la violencia. No se cuenta con datos específicos de los costos que genera la violencia doméstica en el Perú. Sin embargo, el Plan Nacional contra la violencia a la mujer 2009-2015 reconoce la importancia del impacto en los gastos generados en salud, seguridad y tutela judicial sobre las cuentas del PIB nacional que genera la violencia doméstica.

Este tema cobra importancia en el contexto de la sociedad peruana debido a que la violencia doméstica es un problema que aún enfrenta el país. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú realizada en 2009, 38,8 % de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber sufrido violencia física por parte de su esposo o compañero, el 8 % declaró haber soportado alguna forma de violencia sexual. Del total de mujeres que sufrieron violencia física en los últimos 12 meses anteriores al día de la entrevista, el 2,8 % fueron obligadas a tener relaciones sexuales por su esposo o compañero (INEI, 2010). A pesar de que las denuncias sobre violencia intrafamiliar han aumentado en los últimos años, es elevado porcentaje de mujeres que no solicitaron ayuda para enfrentar la violencia intrafamiliar (78,8% en 2005).

Es por tanto, importante explorar la relación entre la violencia familiar y su impacto en la salud de las mujeres en Perú. Este artículo busca contribuir en el análisis de esta problemática al estudiar relación entre los episodios de violencia física y sexual con las enfermedades de transmisión sexual de las mujeres peruanas en edad reproductiva entre 2004 y 2008.

2. Aspectos metodológicos

Fuente de datos

Ha sido reconocida la complejidad de abordar la violencia a través del uso de encuestas, debido a la sensibilidad del tema y a la necesidad de contar con los procedimientos adecuados en las entrevistas. Sin embargo, las encuestas demográficas y de salud han sido una importante fuente de información (Milosavljevic, 2007). En este estudio, utilizamos los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) realizada en Perú

en el período 2004 – 2008. Esta encuesta forma parte del programa internacional de encuestas DHS realizado por ICF – MACRO en diferentes países del mundo. Las encuestas DHS se caracterizan por recolectar informaciones relacionadas con los determinantes próximos de la fecundidad, así como informaciones sobre violencia doméstica, enfermedades de transmisión sexual, entre otras (INEI, 2007).

Una particularidad de la ENDES Perú 2004 – 2008 es la forma en que se recolectaron las informaciones. El número total de hogares entrevistados fue dividido dentro de los 5 años de colecta, en vez de realizar una sola colecta quinquenal. Una de las ventajas de la implementación de esta nueva forma de colecta de la información es que permite realizar análisis por año, como también la acumulación de las informaciones para realizar análisis más robustos (INEI, 2007).

Para este trabajo consideramos 6.855 mujeres con edades entre 15 y 49 años que, al momento de la entrevista, se encontraban casadas (2.371) o unidas (4.484) y que tuvieron por lo menos un nacimiento durante los tres años anteriores a la entrevista. Todas las entrevistadas respondieron preguntas relacionadas con la existencia de síntomas de enfermedades de transmisión sexual, episodios de violencia doméstica, preferencias contraceptivas y también preguntas relacionadas con la historia de nacimientos de los hijos nacidos en los tres últimos años anteriores a la entrevista.

Variable respuesta: Síntomas de Enfermedades de Transmisión Sexual

La ENDES 2004 – 2008 incorpora tres preguntas cuyo objetivo principal es estimar la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y síntomas asociados a ellas. El período de referencia considerado son los 12 meses anteriores a la entrevista. Las entrevistadas respondieron si en los últimos 12 meses habían sido diagnosticadas con alguna ETS, también si en ese mismo período detectaron la presencia de úlceras o llagas en los genitales y finalmente si tuvieron episodios de flujos vaginales durante ese período. Para efectos del presente trabajo, las entrevistadas que respondieron afirmativamente a alguna de las tres preguntas anteriores, fueron categorizadas como portadoras de síntomas de enfermedades de transmisión sexual.

VARIABLES explicativas

Violencia Física y Sexual

La ENDES 2004-2008 incorpora una serie de preguntas que colectan informaciones sobre las experiencias de violencia doméstica infringida por el esposo/compañero contra la mujer. Se indaga si el esposo/compañero alguna vez la golpeó o le lanzó algún objeto que pudiese herir a la entrevistada, si la ha pateado o arrastrado, si la intentó estrangular o quemar, si fue amenazada con un arma de fuego o con un arma blanca. Si la entrevistada respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores fue categorizada en nuestro indicador de violencia como víctima de violencia física. Ahora, si las entrevistadas que respondieron afirmativamente a las preguntas: ¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? Y ¿La ha obligado a realizar actos sexuales que usted no aprueba? fueron categorizadas como víctimas de violencia sexual. Las entrevistadas que respondieron afirmativamente, y de forma simultánea, a por lo menos una de las preguntas asociadas a la violencia física y una de las preguntas asociadas a la violencia sexual, fueron categorizadas como víctimas de violencia física y sexual.

Violencia Sicológica

Construimos un indicador de violencia sicológica utilizando la información que la ENDES 2004-2008 colectada para tal fin. Las entrevistadas fueron categorizadas como víctimas de violencia sicológica si reportaron episodios de humillación, amenazas de daño físico y otro tipo de amenazas³ por parte del esposo/compañero.

Es necesario mencionar que los episodios de violencia relatados por las entrevistadas se refieren exclusivamente al compañero más reciente. Este hecho puede originar que se subestime la prevalencia real de la violencia doméstica en la población, lo cual podría reflejarse en una asociación débil entre el reporte de violencia y la prevalencia observada de enfermedades de transmisión sexual. Por el hecho de que la DHS no es una encuesta de tipo longitudinal, no es posible establecer una relación de causalidad entre las experiencias de violencia y los síntomas de ETS, por lo que solamente este trabajo se limita a explorar la asociación existente entre esos dos eventos.

Variables de control

Con la finalidad de controlar la asociación entre los síntomas de trastornos ginecológicos y la violencia doméstica, consideramos características demográficas de las mujeres y de sus compañeros tales como: la edad al momento de la entrevista, el nivel de educación máximo alcanzado, la paridad o número de hijos al momento de la entrevista y la presencia de complicaciones obstétricas. Consideramos que una mujer presentó complicaciones obstétricas durante el último parto si tuvo algún de los siguientes episodios después del parto: sangrado intenso, presencia de dolor al orinar y descarga vaginal. También consideramos el uso de método contraceptivo así como el tipo de método diferenciando a las usuarias de métodos modernos en dos categorías: una considerando a las usuarias de dispositivo intrauterino (DIU) y a las mujeres esterilizadas, y la otra, en que fueron agrupadas el resto de mujeres. Incluimos tiempo de duración (en años) de la última unión, como también características relacionadas con el esposo/compañero como edad y nivel máximo de escolaridad alcanzado.

Métodos

Calculamos las estadísticas descriptivas para las variables mencionadas anteriormente considerando a las mujeres según el tipo de unión (casadas/unidas), con la finalidad de determinar la existencia de alguna diferencia en la distribución de las características consideradas en estos dos grupos de mujeres. Posteriormente, fue ajustado un único modelo de regresión logística con el cual se pretende establecer la relación entre el reporte de enfermedades de transmisión sexual y la violencia doméstica. La variable respuesta del modelo indica si la mujer reportó enfermedades de transmisión sexual, según los criterios establecidos anteriormente. Los resultados serán considerados estadísticamente significativos para un error de 5%.

3. Resultados

La Tabla 1 muestra la distribución relativa de las características consideradas para nuestro estudio. Observamos que 14 % de las entrevistadas relató por lo menos algún

³ Entre las amenazas consideradas tenemos: el esposo/compañero amenaza con irse de casa, con quitarle los hijos y quitarle el soporte económico.

síntoma, no evidenciándose una diferencia significativa entre las mujeres según el tipo de unión en esta característica. La edad media de las mujeres entrevistadas fue estimada en 29 años, existiendo una diferencia en la media de esta característica según el tipo de unión ($p < 0,01$). En lo que se refiere al nivel de educación de las mujeres entrevistadas, observamos que 95% de ellas contaba con algún nivel de escolaridad. Las mujeres con educación secundaria representaron 40% del total y aquellas con educación superior 19%. Analizando según el tipo de unión, el porcentaje de mujeres casadas con educación superior es mayor al observado para las mujeres unidas.

Con relación a la edad del esposo/compañero observamos en la Tabla 1 que de cada cuatro mujeres entrevistadas, tres de ellas reportaron estar en unión con un esposo/compañero mayor que la entrevistada. Este resultado fue observado independientemente del tipo de unión en la cual se encontraba la mujer al momento de la entrevista.

En la Tabla 1 observamos que casi la mitad de las mujeres entrevistadas reportó haber tenido por lo menos 3 hijos. Esta característica varía según el tipo de unión, pues observamos que 57% de las mujeres casadas reportó una paridad de tres o más hijos mientras que solamente 44% de las mujeres unidas reportó tener esa misma cantidad de hijos. En lo que se refiere al uso de métodos contraceptivos, en forma general observamos que la prevalencia de uso de métodos modernos se encuentra próxima del 50% independientemente del tipo de unión.

Aproximadamente 14% de las mujeres entrevistadas reportaron haber sufrido de complicaciones obstétricas durante su último embarazo no existiendo diferencias en esta característica según el tipo de unión. En la Tabla 1 también se observa que más de dos tercios del total de mujeres entrevistadas se encontraban en una unión con duración entre 5 y 19 años. Esta distribución es similar a la observada en el grupo de mujeres casadas, pero varía de forma significativa cuando consideramos al grupo de mujeres unidas ($p < 0,01$).

En lo que se refiere a las experiencias de violencia doméstica, en particular a violencia física y sexual, observamos que 67% de las entrevistadas no reportó haber sido víctima de esos tipos de violencia por parte de su esposo/compañero. Más de 25% de las entrevistadas declararon haber sido víctimas únicamente de actos de violencia física. Un porcentaje muy bajo reportó haber sido víctima de violencia sexual (0,8%) y de cada 100 mujeres entrevistadas, 5 de ellas manifestaron haber sido víctimas de abuso físico y sexual por parte del esposo/compañero. Comparando las experiencias de violencia según tipo de unión, observamos que el porcentaje de mujeres víctimas de violencia física es mayor entre las mujeres unidas ($p < 0,01$). No se observó la existencia de una diferencia estadística significativa para las categorías violencia sexual, violencia física y sexual, según el tipo de unión.

Otro tipo de violencia considerado para nuestro análisis es la violencia psicológica o emocional. Este tipo de violencia fue reportado por 25% del total de entrevistadas. En la Tabla 1, también observamos la existencia de diferencias en el reporte de violencia emocional según el tipo de unión en el cual se encuentra la mujer. Observamos que un mayor porcentaje de mujeres unidas (27%) reportó haber sido víctima de este tipo de violencia por parte de su esposo/compañero en comparación con las mujeres casadas (24%) ($p < 0,01$).

La edad media de los esposos/compañeros fue estimada en 33 años. Observamos la existencia de una diferencia en la edad media de los esposos/compañeros según el tipo de unión, siendo los esposos/compañeros de las mujeres casadas mayores en comparación a las parejas de las mujeres unidas ($p<0,01$). En lo que se refiere al nivel de escolaridad alcanzado por el esposo/compañero, en la Tabla 1 observamos que menos de la mitad de las mujeres entrevistadas declaró tener esposos/compañeros con grado de instrucción secundario. Analizando esta característica según el tipo de unión, observamos que 32% de las mujeres casadas declaró tener una pareja con un nivel de educación superior mientras que solamente 20% de las mujeres unidas manifestó tener compañeros con ese mismo nivel de instrucción.

Más del 40% de las mujeres se encontraban en hogares clasificados como pobres extremos o pobres, independientemente del tipo de unión. Sin embargo, el porcentaje de mujeres residentes en hogares ubicados en quintiles de pobreza o pobreza extrema fue mayor en el grupo de las mujeres unidas (45%) en comparación al grupo de las mujeres casadas ($p<0,01$). El mayor porcentaje mujeres residentes en hogares clasificados como “no pobres” fue observado en el grupo de mujeres casadas. ($p<0,01$).

Tabla 1. Distribución de las 6.855 mujeres peruanas según unión y características seleccionadas

Características	Total	Casadas	Unidas
	(N=6.855)	(N = 2.371)	(N =4.484)
Edad (Média)	29,2	31,9	27,7
Local de residencia			
Urbano	56,1%	55,8%	56,3%
Rural	43,9%	44,2%	43,7%
Educación			
Ninguna	4,8%	5,7%	4,2%
Primaria	36,4%	35,4%	36,9%
Secundaria	39,7%	31,7%	44,0%
Superior	19,2%	27,1%	14,9%
Diferencia de Edad com el compañero			
Compañero menor	15,0%	13,4%	15,9%
Misma Edad	9,0%	10,0%	8,5%
Compañero mayor	75,9%	76,6%	75,6%
Paridad			
1	25,8%	18,3%	29,9%
2	25,3%	24,8%	25,6%
3+	48,9%	56,9%	44,5%
Método Contraceptivo			
No usa/Método Folclórico	30,0%	29,4%	30,3%
Método Tradicional	20,3%	21,3%	19,8%
Método Moderno	49,7%	49,3%	49,9%
Histórico de Complicaciones Obstétricas			
No	66,0%	69,3%	64,2%
Si	34,0%	30,7%	35,8%
Reporto Síntomas o Diagnostico de ETS			

No	86,0%	85,7%	86,2%
Si	14,0%	14,3%	13,8%

Elaboración a partir de los datos de la ENDES 2004 - 2008, Perú. Nota: Valores de N no están ponderados. Resultados ponderados por el peso muestral.

Tabla 1 (continuación): Distribución de las 6.855 mujeres peruanas según tipo de unión y características seleccionadas

Características	Total	Casadas	Unidas
	(N=6.855)	(N = 2.371)	(N =4.484)
Duración de la última unión			
Hasta 4 años	32,2%	21,7%	37,9%
De 5 a 19 años	60,9%	67,8%	57,2%
Más de 20 años	6,9%	10,5%	4,9%
Violencia Física y Sexual			
No reporto	67,3%	70,3%	65,7%
Sólo Física	26,7%	24,4%	28,0%
Sólo Sexual	0,8%	0,4%	1,0%
Ambas	5,2%	4,9%	5,3%
Violencia Emocional			
No	74,6%	77,5%	73,1%
Si	25,4%	22,5%	26,9%
Síntomas de Transtornos Ginecológicos			
No	86,0%	85,7%	86,2%
Si	14,0%	14,3%	13,8%
Características del Esposo/Compañero			
Edad del Compañero/Esposo (Média)	33,3	35,8	32,0
Educación del Compañero/Esposo			
Ninguna	0,8%	0,7%	0,8%
Primaria	28,8%	28,2%	29,1%
Secundaria	46,4%	39,1%	50,3%
Superior	24,1%	31,9%	19,8%
Quintil de Riqueza			
Pobre Extremo/Pobre	43,4%	40,3%	45,0%
Medio	23,6%	18,6%	26,4%
No Pobre	33,0%	41,1%	28,6%

Elaboración a partir de los datos de la ENDES 2004 - 2008, Perú. Nota: Valores de N no están ponderados. Resultados ponderados por el peso muestral.

Asociación entre violencia doméstica y el reporte de síntomas de Enfermedades de Transmisión Sexual

La Tabla 2 muestra los resultados del modelo de regresión logística multivariado ajustado, que busca establecer una la asociación entre el reporte de síntomas relacionados con enfermedades de transmisión sexual y la violencia doméstica, controlando por características seleccionadas.

De forma global, podemos observar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el reporte de síntomas o de enfermedades de transmisión sexual con algunas de las características consideradas en este estudio, principalmente con la experiencia de episodios de violencia por parte de las mujeres entrevistadas. Los resultados mostrados en la Tabla 2, sugieren que aquellas mujeres peruanas víctimas de violencia física infringida por su esposo/compañero presentan una mayor probabilidad de reportar síntomas o enfermedades de transmisión sexual en comparación a quien no fue víctima de este tipo de violencia (Razón de Probabilidad: 1,533).

En este trabajo no fue posible establecer esa relación para aquellas mujeres que fueron víctimas de violencia sexual. Sin embargo, observamos que las mujeres víctimas de ambas formas de violencia (física y sexual) mostraron una mayor probabilidad de reportar síntomas o enfermedades de transmisión sexual en comparación a quien no fue víctima de violencia doméstica (Razón de Probabilidad: 2,532).

La violencia emocional también se mostró asociada al reporte de síntomas o enfermedades de transmisión sexual. Las entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de este tipo de violencia presentaron una mayor probabilidad de reportar síntomas o enfermedades de transmisión sexual en comparación a quienes no sufrieron este tipo de abuso (Razón de Probabilidad: 1,562)

Otra de las asociaciones observadas en nuestro análisis fue la existencia de una mayor probabilidad de reportar síntomas o enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres de 25 y 29 años (Razón de Probabilidad: 1,464). El tamaño de la familia se mostró asociado inversamente con el reporte de síntomas o enfermedades de transmisión sexual. Mujeres que reportaron tener 2 hijos al momento de la entrevista presentaron una menor probabilidad de reportar tales síntomas o enfermedades (Razón de Probabilidad: 0,7476). Con relación al método contraceptivo utilizado por las mujeres al momento de la entrevista, encontramos que aquellas mujeres esterilizadas o que se encontraban usando el dispositivo intrauterino (DIU) como método contraceptivo presentaron una mayor probabilidad de reportar síntomas o enfermedades de transmisión sexual en comparación a quienes no se encontraban utilizando ningún método contraceptivo al momento de la entrevista (Razón de Probabilidad: 1,486). La presencia de complicaciones obstétricas durante el último parto también se mostró asociada con el reporte de síntomas o enfermedades de transmisión sexual (Razón de Probabilidad: 1,458).

La diferencia de edades entre la entrevistada y su pareja no se mostró estadísticamente significativa. De la misma forma no se encontró relación estadística significativa entre el nivel educativo del esposo/compañero, el local de residencia, el tipo de unión, la duración de la última unión y el reporte de síntomas o enfermedades de transmisión sexual, no importando cual sea el tipo de unión en que se encontraban al momento de la entrevista.

Tabla 2: Razones de Probabilidad ajustadas obtenidas de un análisis de regresión logística estableciendo la relación entre los síntomas de enfermedades de transmisión sexual y la violencia doméstica, controlando por características seleccionadas.

Características	Razón de Probabilidad	Características	Razón de Probabilidad
Edad		Violencia Física y Sexual	
15-19	Ref	No reporto Violencia	Ref
20-24	1,184	Sólo violencia física	1,533***
25-29	1,464**	Sólo violencia sexual	2,023
30-49	1,287	Ambas	2,532***
Residencia		Violencia Emocional	
Rural	Ref	No	Ref
Urbano	1,065	Si	1,562***
Educación entrevistada		Educación del Esposo/Compañero	
Ninguna	Ref	Ninguna	Ref
Primaria	1,048	Primaria	0,634
Secundaria	1,171	Secundaria	0,719
Superior	1,089	Superior	0,853
Paridad		Diferencia de edad	
1	Ref	Compañero más joven	Ref
2	0,746**	Misma Edad	0,960
≥ 3	0,790	Compañero más viejo	0,987
Método Contraceptivo Actual		Duración de la Unión (años)	
No usa/Metodo folklórico	Ref	≤ 4	Ref
Método Tradicional	1,053	5 - 19	1,017
Método Moderno (DIU/Esterilización)	1,486**	≥ 20	0,900
Método Moderno (Otros)	1,031		
Historia de Complicaciones Obstétricas		Tipo de Unión	
No	Ref	Casadas	Ref
Si	1,458***	Unidas	0,976

Elaboración a partir de los datos de la DHS - Perú 2004-2008. **Nota.** *** p<0,01 ; ** p<0,05. Ref: Categoría de Referencia.

4. Conclusiones

La revisión de la literatura y los resultados encontrados en este estudio demuestran lo manifestado por Frías & Hurtado (2010) en su estudio sobre violencia contra la mujeres en América Latina y el Caribe. A pesar de los importantes avances en materia de normativas y de políticas públicas, la violencia doméstica hacia la mujer en el Perú, entre 2005 y 2008, como en otros países de la región, es un problema que aún persiste.

El estudio descriptivo permite observar que las mujeres unidas están siendo víctimas de violencia por parte de sus compañeros en mayor proporción que las mujeres casadas, principalmente en lo que se refiere a violencia física y psicológica. Sin embargo, no es posible concluir que en uniones consensuales se produce mayor violencia contra la mujer. Sabiendo que la literatura reconoce que la familia también constituye un locus de violencia, podría pensarse que bajo uniones de matrimonio, la violencia física y psicológica es probablemente menos declarada, hipótesis que deberá ser testada en estudios futuros.

El estudio confirma una relación entre violencia doméstica y enfermedades de transmisión sexual, encontrada por autores en varios países. Mujeres casadas y unidas que experimentan violencia por parte de sus compañeros, tienen mayores probabilidades de presentar síntomas de morbilidad ginecológica. Como fue mencionado en la literatura, los mecanismos que explicarían esta relación son las relaciones de poder ejercidas por el hombre que impiden que la mujer sea sujeta de decisiones sobre tener o no relaciones sexuales con su compañero o sobre la negociación de uso de preservativo o de otro tipo de anticonceptivos. El alcance del estudio no permite analizar patrones culturales que explicarían comportamientos inequitativos de género en las relaciones entre hombres y mujeres. Sin embargo, a partir de la literatura revisada es posible concluir aspectos culturales son importantes fuerzas motoras de comportamientos de violencia.

Mujeres que son objeto de violencia sexual pueden también ser violentadas físicamente en sus relaciones con los compañeros. Este estudio demuestra que las mujeres que sufren de estos dos tipos de violencia tienen mayores probabilidades de presentar síntomas o enfermedades de transmisión sexual, lo cual permite entender las importantes implicaciones de la violencia para la salud de este grupo de mujeres. Aunque en este trabajo no se encontró una relación entre el reporte de síntomas o enfermedades de transmisión sexual y los episodios de violencia sexual, esta falta de asociación puede ser una consecuencia de la omisión de respuesta sobre ese tipo de violencia al momento de la entrevista, pues la prevalencia observada fue menor a 1% (ver Tabla 1).

Un importante porcentaje de mujeres peruanas reconoce que es víctima de violencia psicológica. La literatura que relaciona este tipo de violencia con la presencia de algún tipo de enfermedad ginecológica, aún es reducida. Los mecanismos en que la violencia psicológica se perpetúa en la vida de las mujeres, hace que esta sea menos reconocida o identificada. Sin embargo, este estudio comprueba que la violencia psicológica está relacionada con la morbilidad ginecológica.

A través de este estudio se han confirmado también varios aspectos ya referido en la revisión de literatura. Kishor e Johnson (2006) indican que jóvenes corren mayor riesgo de ser abusadas que las mujeres de más edad. En el caso estudiado se observa que las

mujeres adultas jóvenes entre 25-29 años presentan una mayor probabilidad de reportar síntomas o enfermedades de transmisión sexual. El uso de métodos contraceptivos como DIU y esterilización así como la historia de complicaciones obstétricas está relacionada con mayores probabilidades de presentar síntomas de ETS como fue indicado por Stephenson *et al.* (2006) en el estudio realizado en la India.

El hecho de que el tipo de unión, el área de residencia y la edad de las mujeres no se muestren aspectos significativos en la relación entre violencia y síntomas de ETS puede mostrar indicios de la generalidad del problema de violencia intrafamiliar. Kishor e Jonhson (2006) analizan algunos factores de riesgo de violencia doméstica que podrían ser estudiados en estudios futuros como la edad al casar de la mujer y la situación laboral de la mujer, situaciones que podrían otorgarle a la mujer un mayor nivel de autonomía e establecer relaciones más equitativas con su pareja.

La reflexión sobre el problema de la violencia doméstica en Perú ha generado la construcción de normativas y políticas importantes, una de ellas el Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015. Este estudio espera contribuir con una de la discusión sobre esta la temática, al concluir que existe una relación entre violencia y salud de las mujeres peruanas.

La violencia doméstica en muchos casos provoca problemas de salud que devienen en la muerte de la mujer. Es importante mencionar que, a pesar de la relevancia de este problema en países como Perú, no fue analizado en este artículo debido a los objetivos y metodología planteados.

5. Bibliografía

- Bachman, R e Saltzman LE (1995) Violence Against Women: Estimates From the Redesigned Survey. Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice NC-154348. Disponible en: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/FEMVIED.PDF>
- Bott S, Morrison A, Ellsberg M. (2004) Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis, World Bank, Washington, DC.
- Buvinic M., Morrison, A., y Shifter, M. (1999) *Violence in Latin America and the Caribbean: A Framework for Action*. Departamento de Desarrollo Sustentable-Banco Interamericano de Desarrollo. Consultada el 5 de mayo de 2010, Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental. Organización Panamericana de Salud: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/1073eng.pdf>
- Campbell, J. C. (2002) “Health consequences of intimate partner violence” [Versión electrónica]. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- CEPAL. (2006) *Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género*. Santiago de Chile: CEPAL, UNIFEM, UNFPA.
- Cwikel, J.; Lev-Wiesel, R.; Al-Krenawi, A. (2003) The Physical and Psychosocial Health of Bedouin Arab Women of the Negev Area of Israel: The Impact of High Fertility and Pervasive Domestic Violence. *Violence Against Women*, núm 9; pp. 240.

- Edelson, M.G., Hokoda, A., y Ramos-Lira, L. (2007) “Differences in Effects of Domestic Violence Between Latina and Non-Latina Women”. *Journal of Family Violence*, 22(1), 1-10.
- Finney, A (2006) Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the 2004/05 British Crime Survey. Home Office Online. Report 12/06. London: Home Office 2006.
- Flake DF, Forste R.(2006) Fighting families: Family characteristics associated with domestic violence in five Latin American countries. *Journal of Family Violence*, vol. 21, núm.1, pp.19-29.
- Fríes, L., & Hurtado, V. (2010) *Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe* [Versión electrónica]. Santiago de Chile: CEPAL, AECID.
- García-Moreno C. *et al.* (2005) *WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses*. Geneva: World Health Organization Press.
- Gregori, M. F. (1990?) “A transição da fecundidade e a violência contra a mulher” en *Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil* [Versión electrónica]. [http://www.fhi.org/en/rh/pubs/wsp/brazilabsport.htm#A transição da fecundidade e a violência contra a mulher](http://www.fhi.org/en/rh/pubs/wsp/brazilabsport.htm#A%20transi%C3%A7%C3%A3o%20da%20fecundidade%20e%20a%20viol%C3%ancia%20contra%20a%20mulher)
- GRUPO FARO. (2007) “Análisis de Presupuesto con Enfoque de Género en los Programas de Desarrollo Social de Salud Materno infantil y Violencia” en *Lupa Fiscal Género*. Informe 6. Abril 2007, Quito: UNIFEM, pp. 2-16.
- Hwakes, S *et al.* (2002) “Reproductive tract infections: prevalence and risk factors in rural Bangladesh” *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (3): 180-188.
- INEI (2007) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2006. Informe Principal*. Lima.
- INEI (2009) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. Informe Principal*. Lima. [Versión electrónica] Consultado en 15 de septiembre de 2010.DE: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR242/FR242.pdf>
- Kishor S, Johnson K.(2006) Perfil de la Violencia Doméstica. Un Estudio en Varios Países. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.
- Milosavljevic, V. (2007) *Estadísticas para la Equidad de Género. Magnitudes y Tendencias en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, UNICEF.
- Moore, M. (1999) “Reproductive Health and Intimate Partner Violence” [Versión electrónica]. *Family Planning Perspectives*, 36(6), 306-312.
- MIMDES. (2009) *Plan Nacional contra la violencia a la mujer 2009-2015*. Consultado el 11 de mayo. DE: <http://www.mimdes.gob.pe/files/PROGRAMAS%20NACIONALES/PNCVFS/planes/Plan%20Contra%20la%20Violencia.pdf>
- Montaña, S., (2007) *No more! The right of women to live a life free of violence in Latin America and the Caribbean*. Página web UNICEF. Consultado el 7 de mayo, DE: http://www.unicef.org/lac/No_more.pdf

- Patel, V. y Oomman, N., (1999) “Mental Health Matters Too: Gynaecological Symptoms and Depression in South Asia”. *Reproductive Health Matters*, 7(14), 30-38.
- Peña, S. C. & Egan, L. A. (2005) *Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia*, *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:250-60 [Versión electrónica]. Consultado el 5 de agosto DE: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom055f.pdf>
- Piscoya M. E., y Lima L. (2009) *Violência doméstica gravidezes indesejadas e fatores associados: uma análise para a Nicarágua em 2006*. Artículo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población-ALAP, Lima, 10 y 11 de octubre de 2009 (artículo en proceso de publicación).
- Stephenson, R., Koenig, M. A. y Ahmed, S. (2006) “Domestic Violence and Symptoms of Gynecologic Morbidity Among Women in North India International” *Family Planning Perspectives* 36(4), 201-208.
- Wilke, D.J.; Vinton, L (2005). The nature and impact of domestic violence across age cohorts. *Affilia*, vol. 20, núm.3, pp.316–28.