



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL
PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD
FAMILIAR (ENDES) 2022**

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Corpus Arenas, María Fernanda (ORCID: 0009-0004-7667-9053)

ASESOR

Quiñones Laveriano, Dante Manuel (ORCID: 0000-0002-1129-1427)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autora

AUTORA: Corpus Arenas, María Fernanda

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 71736451

Datos de asesor

ASESOR: Quiñones Laveriano, Dante Manuel

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 46174499

Datos del jurado

PRESIDENTE: Arce Fontela, Esperanza Julia

DNI: 09511509

ORCID: 0000-0002-9052-8911

MIEMBRO: Arango Ochante, Pedro Mariano

DNI: 09807139

ORCID: 0000-0002-3267-1904

MIEMBRO: Espinoza Rojas, Rubén

DNI: 10882248

ORCID: 0000-0002-1459-3711

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, María Fernanda Corpus Arenas, con código de estudiante N° 201320517, con DNI N° 71736451, con domicilio en Jr. Huiracocha 374 Urb. El Trébol, distrito Los Olivos, provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

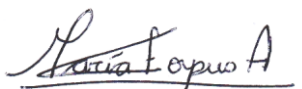
La presente tesis titulada; “FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2022.”, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Dante Manuel Quiñones Laveriano, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 4% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 20 de agosto de 2024



María Fernanda Corpus Arenas

DNI N° 71736451

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	argentina.unfpa.org Fuente de Internet	1%
4	www.gutmacher.org Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

DEDICATORIA

- *A mis padres y a mi hermano, por su paciencia, amor, y apoyo incondicional; y también por ser un gran ejemplo e inspiración para mí cada día. Estoy segura de que, sin ustedes a mi lado, nada de esto hubiese sido posible. Son lo más valioso en mi vida. Los amo mucho y les estaré eternamente agradecida.*
- *A Nena, mi amada hija y compañera por más de 17 maravillosos años, quien, además estuvo conmigo en diferentes etapas importantes de mi vida, como al terminar la primaria y secundaria, al ingresar y graduarme de la universidad, e incluso durante la elaboración de esta tesis. Te dedico mi tesis por estar siempre conmigo, por hacerme tan feliz y por mostrarme lo que es el amor incondicional y verdadero. Gracias por recibirme de la mejor manera cada vez que volvía a casa después de un día largo y agotador, por ser mi soporte emocional, por cuidarme cuando me enfermaba y por permanecer a mi lado, por protegerme siempre, por ser una excelente compañera de viajes y por estar a mi lado en mis horas de estudio, entre muchas otras razones. Que Dios uniera nuestros caminos es, sin duda, lo mejor que me ha pasado en la vida. Mi Nena hermosa, te amé toda tu vida y te extrañaré el resto de la mía.*
- *A Benito, mi maravilloso hijito, quien, aunque no lo esperábamos, llegó a complementar nuestra familia, convirtiéndose en la pieza que faltaba y trayendo felicidad a nuestras vidas. Te dedico mi tesis por ser único en tu especie, por romper con cualquier estereotipo, por nunca traicionar, por tu obediencia, por tu dramática forma de ser, por tener siempre las mejores respuestas, por ser el mejor compañero de escritorio, por darme los mejores masajes, por enseñarme que el amor tiene diferentes formas de expresión, por hacerme compañía y reír con tus ocurrencias, y por muchas razones más, que no caben en estas palabras. Me has hecho muy feliz durante 8 años, y aunque me duele que ya no estés aquí, sigues haciéndome sonreír cuando recuerdo lo excepcional y extraordinario que fuiste. Te amo y extraño mucho, mi amor.*
- *A Lulú, quien estuvo conmigo durante mis últimos años de colegio y los primeros ciclos de universidad. Te dedico mi tesis porque nunca olvidaré cómo te preocupaste por mí cuando no me sentía bien y por proteger a Nena. Fuiste una gran compañera.*
- *A Lucca, por ser la mejor y verdadera anestesia para el dolor.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por nunca abandonarme y por darme la fortaleza para superar cualquier dificultad. También le agradezco por brindarme la salud que me permitió concluir esta etapa tan importante de mi vida.

A mis padres, por ser un ejemplo de perseverancia, resiliencia y honestidad; por brindarme la oportunidad de estudiar la carrera que deseaba; por ofrecerme siempre lo mejor; y por estar a mi lado en los momentos buenos y malos. Les agradezco también por su infinita comprensión, por siempre querer lo mejor para mí, por preocuparse por mi bienestar, por guiarme con amor y sabiduría, y por contribuir a mi formación como una persona de bien. Son mi fuente de inspiración para esforzarme por ser mejor cada día. Mis logros también son los suyos; gracias por su apoyo incondicional.

A mi hermano, aunque a veces me hagas renegar o te guste molestarte, te agradezco por siempre hacerme reír y saber cómo sacarme una sonrisa en los momentos de estrés y frustración. Gracias por tu inigualable sentido del humor y por apoyarme siempre de la mejor manera en todo lo que necesitaba.

A mis abuelitos, que están en el cielo y son ángeles en mi vida, porque sé que, desde allí, me protegen, cuidan y guían todos los días. Espero que estén orgullosos de mí.

A aquellos familiares y amigos que siempre estuvieron presentes, apoyándome e incentivándome durante este proceso, que no fue nada fácil y estuvo lleno de obstáculos. Aunque no los mencione uno por uno, los tengo muy presentes y agradezco profundamente su apoyo.

A mi asesor, el magíster Dante Quiñones, por orientarme con su amplia experiencia en investigación; valoro mucho el tiempo invertido en mí. Al magíster Wilder Chanduvi, por su apoyo en el análisis estadístico, brindado siempre con buena disposición y entrega. Al doctor Rubén Espinoza, por resolver mis dudas con amabilidad y por estar siempre dispuesto a brindar su ayuda. Al director del curso titulación por tesis, el doctor Jhony de la Cruz, por motivarnos a investigar y proporcionarnos las herramientas necesarias para hacerlo.

RESUMEN

Introducción: El embarazo no intencional, también conocido como embarazo no planificado o no planeado, es un problema muy importante de salud pública, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos. Este tipo de embarazo puede aumentar el riesgo de resultados adversos tanto para la madre como para el recién nacido.

Objetivo: Determinar los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

Métodos: El diseño del presente estudio es observacional, transversal, analítico, cuantitativo y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 de Perú. Se utilizó la información de 959 mujeres embarazadas, la cual fue analizada mediante el software estadísticos SPSS versión 29.02. Para el análisis, se llevaron a cabo análisis de regresión bivariada y multivariada mediante el cálculo de las razones de prevalencia crudas y ajustadas, utilizando el modelo de Regresión de Poisson con varianza robusta.

Resultados: Se determinó una prevalencia del 52,2% del embarazo no intencional en el Perú. El análisis multivariado identificó que los factores sociodemográficos asociados al embarazo no intencional fueron la edad menor o igual a 20 años (RPa: 1,727), la paridad de 1 a 2 hijos (RPa: 1,518) y de 3 o más hijos (RPa: 2,257), así como el estado civil, tanto ser casada (RPa: 0,320) como conviviente (RPa: 0,517). Además, se identificaron factores socioeconómicos asociados como, estar trabajando (RPa: 0,861) y pertenecer a la categoría de índice de riqueza de muy rico (RPa: 0,674). Así mismo, en cuanto a los factores geográficos y geopolíticos, se determinó que residir en la Sierra (RPa: 0,045) estaba asociado al embarazo no intencional. Respecto a los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar, la exposición a mensajes de planificación familiar en un periódico o revista en los últimos 12 meses (RPa= 0,692), fue la variable asociada.

Conclusiones: Los factores identificados que aumentaron la prevalencia del embarazo no intencional fueron la edad y la paridad. Por otro lado, los factores que disminuyeron la prevalencia del embarazo no intencional fueron el estado civil, la situación laboral de la mujer, el índice de riqueza, la región natural y la exposición a mensajes de planificación familiar en un periódico o revista en los últimos 12 meses.

Palabras clave: embarazo no intencional, embarazo no planificado, factores de prevalencia, determinantes (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: The unintended pregnancy, also known as unplanned pregnancy, is a very important public health problem, especially in low- and middle-income countries. This type of pregnancy can increase the risk of adverse outcomes for both the mother and the newborn.

Objective: Determine the factors associated with unintended pregnancy in Peru according to the Demographic and Family Health Survey (DHS) 2022.

Methods: The design of the present study is observational, cross-sectional, analytical, quantitative and retrospective. Data were obtained from Peru's Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2022. Information from 959 pregnant women was used, which was analyzed using the statistical software SPSS version 29.02. For the analysis, a bivariate and multivariate regression analysis was performed by calculating the crude and adjusted prevalence ratios, using the Poisson Regression model with robust variance.

Results: A prevalence of 52.2% of unintended pregnancy in Peru was determined. The multivariate analysis identified that the sociodemographic factors associated with unintended pregnancy were age less than or equal to 20 years (PRa: 1.727), parity of 1 to 2 children (PRa: 1.518) and 3 or more children (PRa: 2.257), as well as marital status, both being married (PRa: 0.320) and cohabiting (PRa: 0.517). In addition, associated socioeconomic factors were identified, such as being employed (PRa: 0.861) and belonging to the very rich wealth index category (PRa: 0.674). Likewise, regarding geographical and geopolitical factors, it was determined that residing in the highlands (RPa: 0.045) was associated with unintentional pregnancy. Regarding the factors related to family planning knowledge, exposure to family planning messages in a newspaper or magazine in the last 12 months (PRa= 0.692), was the associated variable.

Conclusions: The factors identified that increased the prevalence of unintended pregnancy were the age and the parity. On the other hand, the factors that decreased the prevalence of unintended pregnancy were the marital status, the woman's employment status, the wealth index, the natural region, and the exposure to family planning messages in a newspaper or magazine in the past 12 months.

Keywords: unintended pregnancy, unplanned pregnancy, prevalence factors, determinants (MeSH)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA .	4
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.6.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	8
1.7. VIABILIDAD.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.2. BASES TEÓRICAS	25
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	34
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1. HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS.....	36
3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	36
3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	36
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN	37
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	38
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	38
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
4.2.1. POBLACIÓN	38
4.2.2. MUESTRA	39
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	41
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	42

4.7. ASPECTOS ÉTICOS	42
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
5.1. RESULTADOS	44
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
6.1. CONCLUSIONES.....	74
6.2. RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS:	81
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	81
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	82
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	83
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	84
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	85
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	86
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA	87
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	91
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	96
ANEXO 10: LINK DE BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INEI	96

INTRODUCCIÓN

El embarazo no intencional, conocido también como embarazo no planificado o no planeado,¹ es un problema muy importante de salud pública,¹⁻⁸ sobre todo en países de bajos y medianos ingresos.^{2-4,7} Este tipo de embarazo puede aumentar el riesgo de resultados adversos tanto para la madre como para el recién nacido.^{2,5} Además, las consecuencias de este tipo de embarazo pueden ser físicas, psicológicas y sociales, tanto inmediatas como a largo plazo, para los involucrados.⁹

En el mundo, alrededor de 121 millones de embarazos no intencionales ocurrieron anualmente desde el año 2015 al 2019.¹⁰ En Perú, se ha reportado de manera continua niveles altos de embarazos no intencionales.¹¹ Además, el país se encuentra entre aquellos con una de las tasas más altas de embarazos no intencionales, que alcanza el 52%.² A pesar de los esfuerzos realizados, esta cifra no ha logrado disminuir significativamente en los últimos años.²

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo no intencional, también conocido como embarazo no planificado o no planeado,¹ es un problema muy importante de salud pública,¹⁻⁸ especialmente en países de bajos y medianos ingresos,^{2-4,7} ya que puede aumentar el riesgo de resultados adversos tanto para la madre como para el recién nacido.^{2,5}

A nivel mundial, aunque la tasa de embarazos ha disminuido notablemente, la tasa de embarazos no intencionales continúa siendo elevada.¹² Esto equivale a una tasa global anual de 64 embarazos no intencionales por cada 1000 mujeres embarazadas de entre 15 y 49 años.¹⁰ Además, durante el periodo 2015 a 2019, 48% de todos los embarazos a nivel mundial fueron no intencionales, lo que significa que ocurrieron alrededor de 121 millones de embarazos no intencionales cada año durante ese lapso.¹⁰

Desde 1990, la tasa mundial de embarazos no intencionales ha experimentado una disminución.¹⁰ Entre el año 1990 al 1994, esta tasa era de 79 embarazos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años. Diez años después, entre 2000 y 2004, esta tasa disminuyó en 12 puntos, resultando en 67 embarazos por cada 1000 mujeres. Sin embargo, quince años después, entre 2015 y 2019, la disminución fue menos significativa, con solo 3 puntos menos, resultando la tasa en 64 embarazos no intencionales por cada 1000 mujeres. Esto refleja una desaceleración en la reducción de la tasa de embarazos no intencionales después del año 2000.¹⁰ Además, fruto del crecimiento de la población a nivel mundial, aunque la tasa global de embarazos no intencionales ha disminuido desde 1990, la cantidad de embarazos no intencionales anuales ha aumentado en un 13%, pasando de 107,6 millones en el periodo de 1990-1994 a 121 millones en el periodo de 2015-2019.¹⁰

Entre 2015-2019, América Latina se posicionó como la tercera región del mundo con la tasa más alta de embarazos no intencionales, alcanzando una tasa anual de 69

embarazos por cada 1000 mujeres.¹⁰ Durante ese período, la cantidad de embarazos no intencionales en la región aumentó un 6%, pasando de 11,1 millones en 1990-1994 a 11,7 millones en 2015-2019.¹⁰ A pesar de la alta prevalencia de anticonceptivos en Latinoamérica,¹¹ más de la mitad de los embarazos (63%) resultan ser no intencionales.^{1,2}

En Sudamérica, el embarazo no intencional aumentó un 5% en 30 años, pasando de 7.5 millones de embarazos en 1990-1994 a 7.9 millones en el 2015-2019.¹⁰

Por su parte, Perú registra una de las tasas más altas de embarazos no intencionales, con un 52%, cifra que no ha logrado disminuir significativamente en los últimos años.² Además, la proporción de nacimientos no intencionales en el país continúa siendo alta.¹¹

El embarazo no intencional puede asociarse a diversos factores sociodemográficos.¹² Por ejemplo, se ha observado que está vinculado con niveles educativos bajos,^{1,11} el estado civil de soltera,^{1,11} la edad muy joven o avanzada,^{1,11} vivir en zonas rurales,¹¹ y enfrentar desventajas socioeconómicas.^{10,11} Además, se ha relacionado con mujeres que tienen intervalos cortos entre embarazos,^{11,13} han alcanzado el tamaño de familia deseado,¹³ han tenido múltiples partos,^{11,13} han pasado por un aborto,¹ o han sufrido abuso por parte de su familia o pareja.^{1,14} Por último, el embarazo no intencional también puede ser consecuencia de factores relacionados con el uso de los anticonceptivos, como la falta de uso,^{11,15} la interrupción,^{11,15} o el fallo de los mismos.^{3,11,15}

El embarazo no intencional ocasiona anualmente 47,000 muertes maternas.¹⁵ La limitada búsqueda de atención prenatal y la menor solicitud de asistencia durante el parto por parte de las mujeres con embarazos no intencionales son factores que contribuyen a las 2,7 millones de muertes neonatales y 2,6 millones de mortinatos que ocurren cada año.¹⁵ Además, el aborto es una de las consecuencias principales del embarazo no intencional y también una de las más grave.^{10,12,15} Entre 2015 y 2019, el 61% de los embarazos no intencionales a nivel mundial resultaron en abortos.¹⁰ En países donde el aborto se encuentra restringido, los embarazos no

intencionales que terminan en aborto son más frecuentes, lo que expone a las mujeres a riesgos legales y físicos al recurrir a abortos inseguros.^{10,12}

El embarazo no intencional también puede causar depresión,¹ estrés,^{1,11} dificultades sociales,^{1,4,6} y repercusiones económicas^{4,6} y de salud^{4,6,11} para la madre,^{1,2,4-6,11,12,16} el padre,^{1,4} los hijos^{1,2,5,6,9,17} y la familia.^{4,6} Las complicaciones maternas pueden incluir eclampsia, preeclampsia, diabetes gestacional y un mayor riesgo de sangrado durante y después del parto.^{1,12,16} Además, el embarazo no planificado puede afectar al neonato, causando parto prematuro,^{1,2} bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos)^{1,2}, recién nacidos pequeños para la edad gestacional,² e incluso muerte neonatal.¹

Finalmente, las consecuencias del embarazo no intencional pueden ser a largo plazo y afectar diferentes aspectos. Los niños nacidos de embarazos no intencionales pueden experimentar baja autoestima, trastornos de salud mental y un desarrollo cognitivo deficiente.¹ Entre los jóvenes, las consecuencias incluyen agresión, maltrato infantil y discontinuidad de los estudios.¹⁷ También pueden presentarse efectos desfavorables como un mayor riesgo de retraso mental, parálisis cerebral, menor competencia social en la infancia, relaciones familiares complicadas, bajo rendimiento escolar y aumento de síntomas psicosomáticos.⁹

Por todo lo mencionado, la presente investigación pretende determinar los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022?

1.3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El presente trabajo de investigación se circunscribe en la línea de investigación de Salud materna, perinatal y neonatal, la cual se encuentra como prioridad nacional de investigación en salud en el Perú 2019 – 2023 en la Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA. Además, esta misma línea de investigación (Salud materna, perinatal y neonatal) también es una prioridad en la Universidad Ricardo Palma para el periodo 2021-2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se considera relevante por muchas razones.

Primeramente, debido a que el embarazo no intencional es un problema muy importante de salud pública,¹⁻⁸ el cual puede aumentar las probabilidades de complicaciones para la madre^{1,5,11,12} y para el recién nacido.^{1,2,5} Además, también puede tener repercusiones en el padre y en la familia.^{1,4,6} Por otra parte, también se ha evidenciado que el embarazo no intencional puede tener consecuencias a largo plazo afectando a los niños y jóvenes nacidos en esas circunstancias.^{1,9,17}

En segundo lugar, debido al elevado porcentaje de embarazos no intencionales que culminan en abortos,^{10,12} así como por los riesgos legales y físicos que enfrentan las mujeres al someterse a un aborto inseguro en países donde esta práctica está restringida,^{10,12} como ocurre en Perú.¹⁰

En tercer lugar, debido a que la Organización Mundial de salud (OMS) indica en su Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 – 2030) que para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuya agenda internacional está proyectada hasta el año 2030, es fundamental la reducción de los embarazos no intencionales.² La visión es lograr que la gestación y el parto presentado de todas mujeres del mundo sean deseados y saludables, y que todos los niños sobrevivan y puedan alcanzar la totalidad de su potencial.² Además, la meta 5b del Objetivo de Desarrollo del Milenio, que se centra en garantizar el acceso universal a la salud reproductiva, sigue siendo un desafío pendiente, por lo que se ha mantenido en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.¹⁵

En cuarto lugar, debido a que estimar el embarazo no intencional permite identificar las tendencias en la salud sexual y reproductiva, así como en la autonomía.¹⁰ Por otro lado, estudiar los factores relacionados la fecundidad tiene un gran impacto, debido a que esta repercute en el progreso económico y sociocultural de la nación.¹⁸ Además, se postula que la reducción de la fecundidad eleva el nivel educativo de las mujeres, lo que a su vez impulsa el desarrollo económico.¹⁸

En quinto lugar, porque cada vez más personas buscan activamente y dedican más tiempo a evitar embarazos no intencionales,^{5,10} en parte debido a la tendencia mundial hacia la formación de familias más pequeñas^{5,10,11} y a los cambios en la edad en la que las personas desean tener hijos.^{5,10} Además, cada vez más personas en edad reproductiva deciden limitar o espaciar su maternidad.^{10,13}

En sexto lugar, debido a que la evaluación oportuna de la prevalencia del embarazo no intencional puede brindar información para promover la inversión en programas y políticas de salud a nivel mundial, así como fomentar un mayor compromiso para mejorar el acceso a los servicios de salud.¹⁰

En séptimo lugar, porque muchos estudios no analizan factores importantes que, según la literatura, podrían estar asociados al embarazo no intencional. Además, estos estudios a menudo no abordan el problema desde una perspectiva multidimensional, lo que limita la comprensión de los factores asociados a este fenómeno. Por consiguiente, otro aporte relevante de la presente investigación es que se evaluará diferentes tipos de factores que podrían estar asociados al embarazo no intencional, basándose en la literatura revisada y en los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

En octavo lugar, ya que esta investigación identificará los factores asociados al embarazo no intencional en mujeres de distintas edades reproductivas, comprendidas entre los 12 a 49 años. Además, dado que los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar son representativos, los resultados podrían ser generalizables a la población peruana.

En noveno lugar, porque la falta de investigaciones nacionales sugiere que los resultados de las investigaciones internacionales puedan no reflejar la realidad peruana y posiblemente sean otros los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú.

En décimo lugar, ya que los estudios nacionales revisados abordaron la prevalencia y los factores asociados al embarazo no intencional superficialmente, dado que no era el objetivo principal de su investigación. Por lo tanto, el presente estudio sería probablemente el primero que aborda de manera integral cuáles son los factores asociados al embarazo no intencional basado en los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 en Perú.

Por todo lo mencionado, resulta importante investigar los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 para comprender y abordar adecuadamente el problema. Además, al estudiar este fenómeno, será posible desarrollar políticas de salud pública adaptadas a la realidad peruana, con el propósito de disminuir la incidencia del embarazo no intencional en el país y prevenir sus complicaciones asociadas, especialmente las materno-fetales.

1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Mujeres embarazadas de 12 a 49 años de edad que hayan respondido a la encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, realizada por el INEI en el Perú.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

1.6.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia del embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- Determinar los factores sociodemográficos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- Identificar los factores socioeconómicos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- Determinar los factores geográficos y geopolíticos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- Identificar los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

1.7. VIABILIDAD

El estudio es viable debido a que se puede acceder a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 del Perú, disponible en la base de datos del sistema de Micro datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la cual se encuentra abierta para el público en general.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Asrat et al. (2024) “Exploring the association between unintended pregnancies and unmet contraceptive needs among Ugandan women of reproductive age: an analysis of the 2016 Uganda demographic and health survey”, Uganda

Investigación transversal realizada con el fin de analizar las necesidades no satisfechas de los métodos anticonceptivos y su relación con los embarazos no intencionales y otros elementos en Uganda. Los datos fueron recopilados de la Encuesta Demográfica de Salud de Uganda del año 2016. La muestra estuvo conformada por 18,506 mujeres de entre 15 a 49 años con historial de al menos un embarazo anterior. La variable principal de interés fue el estado de planificación del último embarazo, mientras que la variable independiente principal fue la necesidad no satisfecha de los métodos anticonceptivos. Así mismo, en el análisis, se tomaron en cuenta otras variables. Los datos fueron analizados utilizando STATA, e incluyeron análisis descriptivos, tabulaciones cruzadas, prueba de chi-cuadrado y regresión logística. Como resultado, 44,5% de mujeres reportó haber experimentado embarazos no intencionales, y alrededor del 21,09% señaló una necesidad no satisfecha de anticonceptivos. Por otro lado, en el análisis ajustado, los factores significativamente asociados con los embarazos no intencionales abarcaron la necesidad anticonceptiva insatisfecha, la edad de las mujeres, la edad del primer parto, el lugar de residencia, la situación económica del hogar, la situación laboral, la autoridad para poder tomar decisiones acerca del uso de métodos de planificación familiar, el nivel educativo, la ocupación del esposo y el nivel educativo del esposo. En conclusión, se evidenció que tanto la prevalencia de embarazos no intencionales como la necesidad no

satisfecha respecto a los métodos anticonceptivos en Uganda superaban la media global.⁸

- Sikaluzwe et al. (2024) “Trends in prevalence and factors associated with unintended pregnancies in Zambia (2001-2018)”, Zambia

Estudio realizado para analizar los elementos vinculados con el embarazo no intencional en mujeres en etapa fértil en Zambia. Este estudio se basó en datos secundarios de las Encuestas Demográficas y de Salud de Zambia llevadas a cabo entre 2001 y 2018. La muestra incluyó a 4090 mujeres que estaban embarazadas al momento de la entrevista y tenían entre 15 a 49 años. Para analizar la asociación entre el embarazo no intencional y los factores independientes se utilizó un modelo de regresión logística binaria multivariable. Los resultados indican que la proporción de mujeres de entre 15 a 49 años que experimentaron embarazos no intencionales en Zambia mostró una reducción del 50,4% (IC del 95%: 47,1-53,8) en 2001 al 45,2% (IC del 95%: 40,5-49,9) en 2018. Esa disminución fue más notable en los grupos de edad de 25 a 29 años y de 30 a 34 años. Por otro lado, el riesgo de experimentar embarazos no intencionales aumentó con la edad. Por el contrario, se observó menor probabilidad de experimentar embarazos no intencionales en las mujeres que residían en áreas rurales, en aquellas con una mejor educación, en las mujeres que deseaban tener una familia numerosa y en aquellas que veían televisión. Por lo tanto, la investigación evidenció que existen factores asociados al embarazo no intencional y que su frecuencia permanece elevada en Zambia.¹⁹

- Muluneh et al. (2023) “The Relationship Between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy: Eastern Sub Saharan African Countries' Analysis of Demographic and Health Surveys”, África Subsahariana

Estudio realizado para analizar la correlación entre la Violencia de Pareja Íntima, conocida por sus siglas en inglés IPV, con el embarazo no intencional en los países del este de África Subsahariana (ASS). El estudio aplicó la proporción de Svyset para calcular la prevalencia y los intervalos de

confianza (IC) del 95% de los resultados. Además, se empleó el análisis de regresión logística múltiple para contrastar los resultados del embarazo más reciente en función de la exposición a la violencia de pareja íntima a lo largo de la vida por parte de la pareja más reciente. Para lograr el objetivo se usó la información de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) de seis países del este de ASS. La muestra incluyó a mujeres en edad reproductiva que habían estado casadas en alguna oportunidad (o que habían cohabitado) y que habían completado el Módulo de Violencia Doméstica en la encuesta. Estas mujeres también debían haber experimentado un embarazo en los últimos 5 años. El resultado obtenido mostró que la prevalencia de embarazos no intencionales en la región del Este de ASS fue del 38% entre las mujeres casadas, presentando diferencias notables entre países (36,4 a 40,4). Además, la prevalencia fue del 45% entre las mujeres que habían sufrido algún tipo de IPV, y del 55% entre aquellas que habían experimentado violencia sexual. Por otro lado, tras ajustar los posibles factores de confusión, se evidenció que las mujeres con antecedentes de violencia sexual presentaban un mayor riesgo de experimentar embarazos no intencionales, siendo el OR:1,80, IC del 95% 1,39-2,33. Además, se observó un mayor riesgo de embarazo no intencional en el mujeres con más de cinco hijos (OR: 4,93, IC del 95% 3,40 -7,15), en residentes de zonas rurales (OR: 1,42, IC del 95% 1,07-1,90), y en aquellas que informaron enfrentar barreras económicas para acceder a la atención médica (OR: 1.36, IC del 95% 1,13–1,64). Finalmente, los resultados indican que la IPV, especialmente la violencia sexual, es un elemento fundamental que contribuye a aumentar el riesgo de embarazo no intencional en los países del Este de ASS.¹⁴

- Aragaw et al. (2023) “Magnitude of unintended pregnancy and its determinants among childbearing age women in low and middle-income countries: evidence from 61 low and middle income countries”, 61 países de ingresos medianos y bajos

Estudio que se realizó para determinar la frecuencia de ocurrencia del embarazo no planificado y los elementos vinculados a ellos entre las mujeres en edad reproductiva en países con ingresos medianos y bajos. Los datos se

recopilaron a partir de 61 encuestas demográficas y de salud realizadas entre 2008 y 2020 en países de ingresos bajos y medianos. Así mismo, la muestra estuvo conformada por 187,347 madres que habían tenido hijos en los cinco años previos a la encuesta. Se aplicó un análisis de regresión logística multinivel y multivariable (odds ratio) para identificar cuáles eran los factores individuales y comunitarios asociados con los embarazos no planificados en esos países. Se evidenció como resultado que la proporción de embarazos no intencionales en países de ingresos bajos y medianos fue del 26,46% (IC del 95%: 25.30%-27.62%), variando desde el 19,25% en Egipto hasta 61,71% en Bolivia. Se encontraron diversos factores significativamente asociados al embarazo no intencional, como la situación laboral (AOR=1,03;IC 95%: 1,01-1,06), tener un esposo sin educación (AOR=1,07; IC 95%: 1,00-1,15) y con educación primaria (AOR=1,05; IC 95%: 1,01-1,11), ser parte de hogares encabezados por hombres (AOR=1,04; IC del 95 %: 1,00-1,08), la exposición a los medios (AOR=1,05; IC del 95 %: 1,02-1,08), la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (AOR=1,05; 95 % IC: 1,02-1,08) y la distancia al centro de salud (AOR=1,03; IC del 95%: 1,00-1,06). En conclusión, se observó que, en los países de ingresos medianos y bajos, la proporción de embarazos no intencionales permanece elevada. Además, se encontraron factores asociados al embarazo no intencional que deberían ser tomados en cuenta para minimizar su incidencia.⁷

- Wobse y Gashaw (2023) “Multilevel modeling of unintended current pregnancy: In the case of Ethiopian Demographic and Health Survey, 2016”, Etiopía

Investigación transversal que se realizó con el objetivo de modelar y analizar la extensión de la variabilidad y los determinantes asociados al embarazo no intencional en mujeres de Etiopía. Para lograr el objetivo se usó la información de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía de 2016. La muestra estuvo conformada por 1122 mujeres que se encontraban en estado de gestación en ese momento. Para el análisis, se aplicó un enfoque de modelado multinivel. La proporción que se encontró de embarazos no

intencionales en el 2016 fue del 20,1%. Según el modelo de intersección aleatoria con pendiente fija, se encontró que había mayor probabilidad de presentar embarazos no intencionales entre las mujeres que tenían de 1 a 3 hijos vivos y las que tenían más de 4 hijos, en comparación con mujeres nulíparas. También, se encontró que las mujeres que trabajaban tenían más probabilidades de presentar un embarazo no intencional. Por lo contrario, las mujeres casadas tenían una probabilidad menor de experimentar embarazos no intencionales en contraste con las mujeres solteras. Igualmente, la probabilidad de embarazos no intencionales era menor entre las mujeres que tenían la intención de usar anticonceptivos en comparación con las que no tenían esa intención. En conclusión, se encontró factores asociados al embarazo no intencional.²⁰

- Khan et al. (2022) “A population-level data linkage study to explore the association between health facility level factors and unintended pregnancy in Bangladesh”, Bangladesh

Estudio de tipo transversal realizado con el propósito de examinar cómo los factores a nivel de los centros de salud, como la disponibilidad de anticonceptivos modernos de acción prolongada (LAMC, por sus siglas en inglés) en el centro de salud más cercano y su proximidad a los hogares de las mujeres, afectaban la ocurrencia de embarazos no planificados que culminaban en un nacimiento vivo. Para cumplir con el objetivo se realizó un análisis de los datos provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud de Bangladesh de los años 2017-2018 y de la Encuesta de Establecimientos de Salud de Bangladesh del año 2017. La muestra incluyó a 5051 mujeres que dieron a luz al menos un bebe en los tres años anteriores a la encuesta y habían informado cuál era su intención de embarazo. Como resultado, alrededor del 21% (1058) de los encuestados indicaron que su nacimiento más reciente había sido no planeado al momento de la concepción. Se observó que una gestión más eficaz y una infraestructura mejorada de los centros de salud reducían entre un 14% y un 30% los embarazos no intencionales que culminaban en un nacimiento vivo. Por otro lado, la presencia de anticonceptivos modernos de acción prolongada (LAMC) en el

centro de salud más próximo se relacionó con una disminución del 31% (IC del 95%:0,50-0,92) en la probabilidad de experimentar un embarazo no deseado. La disponibilidad de los centros de salud para ofrecer LAMC también se relacionó con una disminución del 14 al 16% en el número de embarazos no intencionales. El riesgo de experimentar un embarazo no intencional se incrementó en un 20% a un 22% cuando la distancia entre el hogar de las mujeres y el centro de salud más cercano que ofrece LAMC fue mayor. En conclusión, los hallazgos revelaron que los factores relacionados con los centros de salud desempeñaban un papel significativo como predictores de los embarazos no intencionados en Bangladesh.³

- Väisänen y Batyra (2022) “Unintended pregnancy resolution among parous women in twelve low- and middle-income countries”, 12 países

Investigación realizada con el propósito de analizar la manera en que las intenciones de embarazo y la decisión de abortar de las mujeres que han sido madres se asocian con su historial reproductivo y el entorno nacional en que residen. La muestra de análisis final estuvo conformada por 42,917 mujeres que habían experimentado un embarazo que culminó en un parto o aborto durante el calendario de cinco años de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES). Se emplearon doce ENDES que representaban cuatro grupos de contextos distintos: países postsoviéticos/comunistas y asiáticos con leyes liberales de aborto, así como países asiáticos y latinoamericanos con leyes restrictivas sobre el aborto. Se evidenciaron coincidencias en todos los contextos: deseo de tener hijos de ambos sexos, espaciar los nacimientos, cese de la reproducción una vez alcanzado el tamaño de familia deseado y mayor probabilidad de experimentar embarazos no intencionales al usar métodos anticonceptivos menos efectivos en comparación con no utilizar ninguno. Los factores contextuales que mostraron una asociación más evidente con los informes de resolución de embarazos no intencionales fueron la normativa legal sobre el aborto y la residencia en áreas postsoviéticas/comunistas. En conclusión, la tendencia de las mujeres por reportar abortos y embarazos no intencionales fue influenciada por el contexto. Además las características vinculadas al uso de anticonceptivos, la

notificación de un embarazo no intencional y la determinación de abortar pueden ser muy diferentes.¹³

- Barrow et al. (2022) “Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in The Gambia: findings from 2018 population-based survey”, Gambia

Investigación realizada para analizar la frecuencia y los factores asociados al embarazo no intencional en mujeres en edad fértil en Gambia. Se utilizó información secundaria recopilada a partir de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados de Gambia realizada en 2018. La muestra estuvo conformada por 3790 mujeres en edad fértil que habían dado a luz recientemente. Se realizó un análisis univariado mediante porcentajes. Por otro lado, mediante un modelo de regresión logística multivariable, se calcularon los odds ratios ajustados, junto con su intervalo de confianza del 95%. Se estableció un nivel de significancia estadística del 5%. Se evidenció que 25,3% de las mujeres indicaron que su embarazo no fue planeado (IC del 95%: 23,1%-27,6%). Por otra parte, las mujeres de 30 a 34 años experimentaron una disminución del 45% en los embarazos no planeados, en comparación con las de 15 a 19 años (AOR = 0,55; IC del 95 %: 0,32 a 0,94). Las mujeres fulas experimentaron una disminución del 30%, mientras que las no gambianas una disminución del 45%, en el número de embarazos no planificados, en comparación con las mujeres mandinkas. Además, las mujeres que habían dado a luz a 3-4 hijos y a 5 o más tenían 1,79 y 3,02 veces más probabilidades, respectivamente, de experimentar un embarazo no planificado, en comparación con aquellas que habían dado a luz a 1-2 niños. Las mujeres solteras o no casadas tenían 11,38 veces más probabilidades de experimentar un embarazo no planificado, en comparación con aquellas que estaban casadas o en unión (AOR = 11,38; IC del 95%: 6,38, 20,29). La zona de residencia del municipio se correlacionó de manera significativa con los embarazos no planificados. Así mismo, las mujeres que se encontraban en un estado de ánimo neutro y tenían más de 18 años en el momento de su primera experiencia sexual tenían 1,39 y 1,34 veces más probabilidades, respectivamente, de experimentar un embarazo no planificado, en

comparación con aquellas que estaban felices y que tenían menos de 18 años en su primera relación sexual. En conclusión, se observó una elevada prevalencia de embarazos no intencionales y varios fueron los factores asociados a este.⁵

- Molla et al. (2022) “Unintended pregnancy and associated factors during COVID-19 pandemic in Ethiopia: Community-based cross-sectional study”, Etiopía

Investigación transversal realizada con el fin de estudiar los embarazos no intencionales y examinar los factores asociados a este, en Etiopía, durante el transcurso de la pandemia de COVID-19. La muestra estuvo conformada por 383 mujeres embarazadas a quienes se les realizó un cuestionario cara a cara. Para poder identificar las asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$), se emplearon modelos de regresión logística, tanto bivariados como multivariados. Durante la pandemia de COVID-19, el 36,6% de las mujeres reportaron como no intencional su embarazo actual. Así mismo, se encontró asociación significativa entre el embarazo no intencional con la edad de la encuestada (AOR= 5.214, intervalo de confianza del 95%: 1.449–18.762), con la persona principal que tomaba las decisiones sobre los servicios de planificación familiar (AOR = 9.510, intervalo de confianza del 95%: 5.057–17.887), y con el temor a contagiarse de COVID-19 al asistir a un centro de salud (AOR = 7.061, intervalo de confianza del 95%: 2.665–18.710). En conclusión, durante la pandemia, más de un tercio de las mujeres experimentaron embarazos no intencionales. Además, este tipo de embarazo se encontró asociado de manera significativa con la edad de la mujer, con la autonomía de la mujer en la elección de métodos de planificación familiar y el temor por adquirir el virus al tener que asistir a un centro de salud.⁶

- Ojuok et al. (2022) “Determinants of unintended pregnancy among women attending antenatal clinic at Kenyatta National Hospital”, Kenia

Estudio transversal realizado para identificar los factores vinculados al embarazo no intencional en las mujeres que acudían a clínicas prenatales en Kenia, enfocándose en sus características individuales, el uso de métodos de planificación familiar y los aspectos relacionados con los centros de salud. Para recopilar la información se usó un cuestionario estructurado a una muestra de 227 personas. Además, se usó un análisis bivariado y regresiones logísticas multivariadas para encontrar los factores asociados al embarazo no intencional. Como resultado, casi una tercera parte (29,9%) de las mujeres embarazadas declararon que el embarazo que presentaban en ese momento no había sido planeado. Los factores significativamente asociados a los embarazos no intencionales fueron tener menos de 25 años de edad (AOR 8,1), usar métodos anticonceptivos (AOR 7,9), ser la mujer quien toma la decisión de cuando quedar embarazada (AOR 3,8), nunca haber buscado atención en planificación familiar en algún centro de salud (AOR 4,4) y sentir que las charlas de salud no son efectivas para educar sobre planificación familiar (AOR 5,6). En conclusión, al evidenciarse una proporción considerable de embarazos no intencionales, se destaca la importancia de que los centros que brindan atención médica mejoren la orientación sobre anticoncepción.²¹

- Zeleke et al. (2021) “Individual and community level factors associated with unintended pregnancy among pregnant women in Ethiopia”, Etiopía

Estudio realizado con el objetivo de analizar el embarazo no intencional y los factores asociados embarazadas en Etiopía mediante un análisis multinivel de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) 2016 de ese país. La muestra estuvo conformada por 1122 mujeres embarazadas que respondieron la ENDES del año 2016. Para lograr el objetivo, se utilizó análisis estadístico descriptivo para determinar la prevalencia del embarazo no intencional y se empleó una razón de momios ajustada para evaluar la magnitud y la dirección de la asociación. Como resultado, la prevalencia de embarazos no intencionales fue del 29,7% (IC del 95%: 27,0% - 32,4%), dentro de los cuales el 20,4%, fueron considerados inoportunos y el 9,3%

como no deseados. Por otra parte, ser múltipara y mostrar preferencia por no tener más hijos se correlacionó con un aumento en el riesgo de embarazo no intencional. Adicionalmente, tener maridos polígamos, la falta de autonomía de las mujeres y residir en las regiones de Afar y Somali se asociaron con un menor riesgo de experimentar un embarazo no intencional. En conclusión, la investigación reveló una proporción alta de embarazos no intencionales. Por último, el embarazo no intencional se asoció con la cantidad de hijos previos, la inclinación hacia la fertilidad, la poligamia por parte de la pareja, la independencia de la mujer y la ubicación geográfica.⁴

- Oni et al. (2021) “Individual and community factors associated with unintended pregnancies among women of advanced reproductive age in Nigeria”, Nigeria

Investigación que se realizó con el fin de determinar los factores individuales y de la comunidad asociados al embarazo no intencional entre las mujeres nigerianas con edad reproductiva avanzada. Para lograr el objetivo, se usaron datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria del año 2018. La muestra estuvo conformada por 12509 mujeres y se llevaron a cabo tres modelos de regresión logística multinivel para su análisis. El estudio encontró que el 10,3% de todos los embarazos fueron no intencionales. Además, se observó una asociación significativa entre estos embarazos con las características individuales como la edad de la madre, el número de hijos vivos, la educación de la madre, el retraso para contraer matrimonio, así como con características comunitarias como el alto nivel de pobreza en la comunidad, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en la comunidad y la ubicación geográfica. En conclusión, los factores comunitarios, en comparación con los factores individuales, parecen tener una menor influencia en la ocurrencia de embarazos no intencionales.¹⁷

- Peach et al. (2021) “Risk factors and knowledge associated with high unintended pregnancy rates and low family planning use among pregnant women in Papua New Guinea”, Papúa Nueva Guinea

Investigación transversal realizada con el objetivo de determinar el porcentaje y los factores predictores de embarazos no intencionales y uso de métodos anticonceptivos para con los resultados poder guiar estrategias de salud públicas. La muestra estuvo conformada por 699 mujeres que habían asistido a clínicas prenatales ubicadas en Nueva Bretaña Oriental (provincia de Papúa Nueva Guinea). Se evidenció que más de la mitad de las mujeres presentaba un embarazo no intencional (55%). Solo el 18% mencionaron haber en algún momento un método moderno de planificación familiar. El nivel de conocimiento sobre los distintos métodos fue escaso. El embarazo no intencional se asoció con ser soltero, separado o divorciado (AOR 9.66; 95% CI 3.27-28.54), tener educación terciaria o vocacional (AOR 1,78 IC 1,15-2,73) y haber tenido más de 1 parto (AOR 1,43 por cada embarazo adicional IC 1,29-1,59). Por lo contrario, el embarazo no intencional se asoció negativamente con la presencia de la pareja masculina durante las visitas prenatales (0.46 CI 0.30-0.73). Los factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos fueron la presencia del compañero masculino (AOR 2.26 CI 1.39-3.67) y haber tenido más de 1 parto (AOR 1,54 por cada embarazo adicional IC 1,36-1,74). Además, el uso de métodos anticonceptivos varió según el centro de salud al que asistían las mujeres. En conclusión, los resultados subrayan la importancia de acciones inmediatas dirigidas a mejorar la comprensión, la aceptación y la disponibilidad de métodos anticonceptivos, así como la participación de los compañeros masculinos, con el fin de disminuir los embarazos no intencionales y sus consecuencias.²²

- Sarder et al. (2021) “Prevalence of unintended pregnancy and its associated factors: Evidence from six south Asian countries”, Seis países del sur de Asia

Investigación transversal realizada con el fin de investigar la frecuencia de los embarazos no intencionales y analizar los factores que influyen en ellos entre mujeres en edad fértil en seis naciones del sur de Asia. Se recopilieron datos de las encuestas nacionales más recientes sobre demografía y salud en seis países, que abarcaron Bangladesh (2014), Pakistán (2017 y 2018), Nepal

(2016), Afganistán (2015), Maldivas (2016 y 2017) e India (2015 y 2016). Luego, estos datos fueron analizados mediante un análisis multivariado para determinar los factores asociados al embarazo no intencional. La muestra final estuvo conformada por 41,689 mujeres que estuvieron alguna vez casadas. Se encontró que el 19,1% de los embarazos fueron no intencionales, con una variación significativa entre los países, desde un 11,9% en la India hasta un 28,4% en Bangladesh. Las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años, tenían 1,42 veces más probabilidades de experimentar embarazos no intencionales. Además, las probabilidades de presentar embarazos no intencionales eran 1,24 veces mayores para las mujeres muy pobres y 1,19 veces mayores para las mujeres pobres. Por lo contrario, se presentó menos probabilidad de embarazo no intencional, en las mujeres urbanas (aOR = 0.70, 95% CI = 0.50-0.80), en las mujeres nulíparas (aOR = 0.10, 95% CI = 0.09-0.12), familias más pequeñas (≤ 4) (aOR = 0.72, 95% CI = 0.67-0.78), en mujeres que intentaban usar algún método de planificación familiar (aOR = 0.72, 95% CI = 0.60-0.86), en aquellas que se encontraban viviendo con su pareja (aOR = 0.90, 95% CI = 0.81-0.99), en las mujeres que habían empezado a convivir en la adolescencia (≤ 19) (aOR = 0.85, 95% CI = 0.78-0.92). Se concluyó que los factores asociados al embarazo no intencional fueron la edad de la mujer, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la paridad, el tamaño familiar, la intención de uso de anticonceptivos, la convivencia y la edad de la primera vez que se convive.²³

- Kebede et al. (2021) “Spatial distribution, prevalence, and determinants of unintended pregnancy among youth (15-24) in Ethiopia: Further analysis of Ethiopia Demographic and Health Survey”, Etiopía

Análisis realizado con el fin de identificar la distribución geográfica, la frecuencia y los factores que influyen en el embarazo no planificado en la población joven de Etiopía. Para poder investigar el embarazo no intencional entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años, se usó la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía del año 2016. La muestra estuvo conformada por 2446 mujeres embarazadas en los últimos cinco años, incluido el presente embarazo. Los datos fueron categorizados

geográficamente y se llevó a cabo un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados al embarazo no planificado en la población juvenil. Se calculó que el 20,5% (IC: 19,0- 22,2) de los embarazos fueron no intencionales entre las jóvenes. Mediante el análisis de escaneo espacial, se identificaron 72 grupos primarios ubicados en áreas como Addis Abeba, el sur de Amhara, el noroeste de Oromía y el noreste de la Región de Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur. Se encontraron determinantes del embarazo no intencional en la población joven de Etiopía, como la edad, la región, el estado civil, la ocupación, el sexo del jefe de familia y el tamaño del hogar. Por lo tanto, las estrategias para prevenir esos embarazos deberían enfocarse en los factores identificados como asociados, con el fin de reducir su incidencia.¹⁶

- Bellizzi et al. (2020) “Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries”, 36 países

Investigación retrospectiva y transversal realizada con el propósito de investigar cuáles eran las causas de la discontinuación del último método anticonceptivo empleado en las mujeres que estaban enfrentando un embarazo no intencional en ese momento. Con tal propósito, se analizó la información del calendario anticonceptivo de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) de 36 países de ingresos bajos y medianos entre 2005 y 2014. Además, se determinó la frecuencia del uso de anticonceptivos y los motivos de su interrupción para un total de 10,901 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 49 años antes de sus embarazos. Como consecuencia, se evidenció que el porcentaje de embarazos no intencionales fluctuó de un 5.5% del total de embarazos en la República Kirguisa a un 60,0% en Colombia y Perú. Se encontró asociación significativa entre el área de residencia, el nivel de educación y la intención del embarazo. Por otro lado, en Asia Central y en seis naciones africanas, más del 80% de las mujeres con un embarazo no intencional no habían utilizado ningún método para cuidarse en los 5 años previos. Además, el uso de métodos anticonceptivos modernos de larga duración permaneció bajo en las

diferentes naciones. Por otro lado, el 83,8% de las mujeres que utilizaron un método anticonceptivo tradicional en la última oportunidad, lo interrumpieron debido a fallos; mientras que el 40,2% de las mujeres que usaban un método anticonceptivo moderno de larga duración, lo interrumpieron debido a efectos secundarios. En resumen, se rectifica que más de 65,0% de las mujeres que experimentaron un embarazo no planificado en 36 países de bajos y medianos ingresos, no usaban ningún método o solo hacían uso de los tradicionales, mientras que un 31,2%, utilizaban métodos modernos de corta duración. Además, métodos de larga duración habría prevenido la ocurrencia de los embarazos no intencionales.¹⁵

- Wasswa et al. (2020) “Determinants of unintended pregnancies among currently married women in Uganda”, Uganda

Estudio que se realizó para analizar los determinantes del embarazo no intencional entre mujeres que se encontraban casadas en ese momento en Uganda. La muestra estuvo conformada por 10,958 mujeres casadas con edades comprendidas entre los 15 a 49 años que en alguna oportunidad estuvieron embarazadas. Los datos fueron obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Uganda de 2016. Para el análisis se usaron métodos descriptivos, regresión logística y el modelo de ecuaciones estructurales generalizadas. Como resultado se reveló que el 37% de los embarazos en las mujeres casadas fueron catalogados como no intencionales. Los factores que se asociaron directamente con un mayor riesgo de embarazo fueron la juventud de las mujeres, la residencia en hogares de bajos recursos, la residencia en áreas rurales, la ubicación geográfica de las mujeres en las regiones Este y Norte, la afiliación religiosa musulmana, la falta de conocimiento sobre el ciclo de ovulación, las interrupciones en los métodos de planificación familiar, la falta de uso o intención de usar métodos anticonceptivos, el inicio tardío de la actividad sexual, la edad avanzada al momento del primer nacimiento y la alta paridad. Además, las mujeres de mayor edad y que residían en áreas rurales que tenían más cantidad de hijos enfrentaban un mayor riesgo de experimentar un embarazo no intencional. Por lo contrario, se observó ciertos factores que reducían de

manera significativa el riesgo, como tener más hijos y poseer buena educación, tener más hijos y vivir en hogares muy ricos y tener más hijos y tener acceso a la información sobre planificación familiar. En resumen, las medidas claves para prevenir el embarazo no intencional incluyeron una mayor exposición a mensajes de planificación familiar, el empoderamiento de las mujeres y la mejora de los ingresos familiares.²⁴

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- Ticona et al. (2023) “Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru”, Perú

Estudio transversal y analítico realizado con el objetivo de determinar cuáles eran las consecuencias neonatales que estaban asociados al embarazo no planeado en un centro hospitalario público del Perú (Hospital Hipólito Unanue de Tacna). Se encuestó por muestreo de conveniencia, de una población de 850 mujeres, a 306 madres de 15 a 49 años hospitalizadas después del parto, sobre su intención de embarazo, considerándose como embarazo no intencional tanto al no deseado como al inoportuno. Adicionalmente, se encuestó sobre el uso de métodos anticonceptivos y sobre la presencia de violencia familiar. Por otro lado, los datos referentes a las características maternas y a las características de los neonatos se obtuvieron de los registros médicos. Los resultados neonatales que se evaluaron fueron el sexo, el peso al nacer, la edad gestacional, el peso al nacer para la edad gestacional, el Apgar, la morbilidad neonatal, la patología neonatal y la mortalidad neonatal. Se obtuvo como resultado que el total de embarazos no planificados fue del 65%, siendo el 40,5% inoportunos y el 24,5% no deseados. Además, la intención de embarazo se asoció significativamente con las características maternas relacionadas a la edad, nivel educativo, estatus marital, uso de anticonceptivos y paridad. Por otra parte, según el modelo ajustado, el embarazo no planificado y el inoportuno se asociaron significativamente con un peso insuficiente al nacer, al obtenerse una razón de prevalencia ajustada de 2,14 y de 2,43,

respectivamente. El embarazo no deseado se asoció significativamente con la prematuridad, siendo la razón de prevalencia ajustada de 3,49. Así mismo, en el análisis ajustado se evidenció un menor peso al nacer y una edad gestacional más baja en los embarazos no planeados, inoportunos y no deseados. En conclusión, aproximadamente de 10 embarazos 7 fueron no planeados y estos se asociaron con un peso más bajo al nacer y con una edad gestacional más baja en el recién nacido. Finalmente, la intención de embarazo debería ser incluida como un factor de riesgo neonatal y tomada en cuenta por los proveedores de salud, puesto que de lo contrario el embarazo no planificado podría aumentar junto al peso insuficiente al nacer y al parto prematuro.²

- Batyra (2020) “Contraceptive Use Behavior Change After an Unintended Birth in Colombia and Peru”, Colombia y Perú

Estudio realizado con el objetivo de determinar la asociación existente entre los nacimientos no intencionales y las modificaciones en el uso de métodos anticonceptivos en Colombia y Perú. Se emplearon los datos de los registros mensuales del historial reproductivo de las Encuestas Demográficas y de Salud de Colombia y de Perú, con el fin de conocer el uso de anticonceptivo de 13,373 mujeres en el 2010 y de 7,425 mujeres en el 2012, respectivamente. Como resultado, el 55% mujeres en Colombia reportaron que su último embarazo había sido no intencional, mientras que en Perú fueron 57% las mujeres que catalogaron así a su último parto. En los dos países, los factores demográficos y socioeconómicos de las mujeres se asociaron con la intención del embarazo, disminuyendo la proporción de nacimientos no planeados con el aumento del nivel de escolaridad. También, aumentó la probabilidad del nacimiento no planeado si las mujeres pertenecían a un grupo indígena, si pertenecían a un hogar con bajo índice de riqueza, si su residencia era el área rural, si estaban solteras, si tenían intervalos cortos entre sus nacimientos anteriores, si eran jóvenes o de mayor edad y si tenían muchos hijos. Además, las mujeres que presentaron un parto no intencional y que antes del embarazo usaban un método tradicional, de barrera, o hormonal de acción corta (en el caso Colombia), tenían más

probabilidades de elegir un método más efectivo después del parto a no usar ningún método, siendo la razón de riesgo relativo de 1,2-1,3 en Colombia y de 1,6 en Perú. Por otro lado, las mujeres que presentaron un parto no intencional y que antes habían estado usado los métodos más efectivos del país, como el dispositivo intrauterino (DIU) o el implante en Colombia, o la píldora o el inyectable en Perú, tuvieron menos probabilidades de usarlos nuevamente postparto, en comparación de no usar ningún método, siendo la razón de riesgo relativo de 0,7 para Colombia y de 0,8 en Perú. En conclusión, se encontró asociación del parto no intencional con los cambios en la conducta de anticoncepción. Además, se debe tener en cuenta el comportamiento anticonceptivo en diferentes puntos de la vida reproductiva de las mujeres, para poder entender las decisiones anticonceptivas después de un parto no intencional.¹¹

2.2. BASES TEÓRICAS

2.1.3. DEFINICIÓN DE EMBARAZO NO INTENCIONAL

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) definen al embarazo no intencional, a menudo denominado también embarazo no planificado, como aquel que ocurre cuando el embarazo es no deseado o no es oportuno (inoportuno, imprevisto).^{2,11,12}

La literatura también considera un embarazo no intencional cuando la gestación ocurre antes de lo deseado o cuando no se deseaba en absoluto.¹⁰

El embarazo no deseado ocurre cuando una mujer queda embarazada sin tener la intención de tener hijos o cuando no deseaba más hijos,^{2,3,12} es decir, no quería quedar embarazada en absoluto.²² Por otro lado, el embarazo inoportuno o a destiempo es aquel que, aunque deseado, sucede antes de lo planificado.^{2,3,12}

Por el contrario, se considera embarazo intencional cuando una mujer deseaba quedar embarazada en el momento en que ocurrió la concepción o antes,^{9,10} o si ella informa que el embarazo ocurrió en el momento correcto o adecuado.¹⁶

2.1.4. PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL

A nivel mundial, aunque se ha observado una notable disminución en la tasa de embarazos, la tasa de los embarazos no intencionales continua siendo elevada.¹²

Desde 1990-1994 hasta el periodo 2015-2019, se ha observado una disminución en la tasa de embarazos no intencionales, pasando de 79 a 64 embarazos por cada 1000 mujeres de 15 a 49. Este descenso indica que más personas en edad reproductiva pudieron limitar o espaciar su maternidad.¹⁰ Sin embargo, pese a la disminución evidenciada en 30 años, durante el periodo 2015-2019, aproximadamente la mitad de todos embarazos (48%) fueron no intencionales, produciéndose alrededor de 121 millones de embarazos no intencionales cada año durante ese periodo.^{2,10}

Según la clasificación por ingresos del Banco Mundial, entre 2015 y 2019, se evidenció una relación inversa entre el nivel de ingresos de los países y la tasa de los embarazos no intencionales. La tasa anual de embarazos no intencionales fue de 34 por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años en países de ingresos altos, 66 en países de ingresos medianos y 93 en países de ingresos bajos.¹⁰ Los países con ingresos más bajos presentaron tasas más elevadas de embarazos no intencionales, posiblemente debido a las desigualdades económicas que afectan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción.¹⁰ Además, desde 1990-1994 al 2015-2019, se observó una disminución en la tasa de embarazos no intencionales en todos los grupos según sus niveles de ingresos.¹⁰ Por su parte, en los países de ingresos medianos-altos, como el Perú, la tasa de embarazos no intencionales disminuyó un 17%, lo que resultó en una tasa de 67 por cada 1000 mujeres.¹⁰

En América Latina, la proporción de embarazos no intencionales continúa siendo de las más altas del mundo.¹¹ Más de la mitad de los embarazos ocurridos en esa región son no intencionales.¹

2.1.5. CAUSAS DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL

El embarazo no intencional está asociado a una variedad de factores sociodemográficos.¹² Por ejemplo, se ha observado que se asocia con niveles bajos de educación,^{1,11} menor autonomía de la mujer,⁴ residencia en áreas rurales,¹¹ estado civil de soltera,^{1,11} edad temprana o avanzada,^{1,11} afiliación religiosa,¹² ocupación del cónyuge,³ y con la desventaja socioeconómica.^{10,11} También se relaciona con la distancia al centro de salud más cercano, el tamaño del hogar, la compresión del ciclo ovárico y de la planificación familiar.¹² Aunque se reconoce que la planificación familiar es una medida efectiva para controlar el crecimiento demográfico, solo un 18% de individuos aborda este tema con su médico.¹⁸

Así mismo, el embarazo no intencional se ha asociado con mujeres que tienen hijos de ambos sexos,¹³ intervalos cortos entre embarazos anteriores,^{11,13} han alcanzado el tamaño de familia deseado,¹³ han tenido múltiples partos,^{11,13} han presentado un embarazo no intencional previamente,^{1,11} han recibido tratamiento por una enfermedad de transmisión sexual,¹ se han sometido a un aborto,¹ han sufrido abuso por parte de su familia o pareja,^{1,14} han sido víctimas de violación sexual,^{1,14} o han sufrido coerción sexual.¹ Además, otros factores asociados al embarazo no intencional incluyen trastornos de salud mental, uso de drogas ilícitas y el abuso de alcohol.¹

Por otro lado, el embarazo no intencional puede ocurrir debido a factores relacionados con los anticonceptivos, como la falta de uso, la interrupción o el fallo de los mismos, así como por un uso inconsistente e incorrecto de ellos.^{3,11,15} Además, las limitaciones en el acceso a servicios de salud reproductiva, muchas veces debido al estigma social, también pueden contribuir a los embarazos no intencionales.²⁵

2.1.6. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL

Cada año, el embarazo no intencional ocasiona 47,000 muertes maternas.¹⁵ Además, la escasa búsqueda de atención prenatal y la reducida solicitud de asistencia durante el parto por parte de las mujeres con embarazos no intencionales influyen en las 2,7 millones de muertes neonatales y 2,6 millones de mortinatos que ocurren cada año.¹⁵

El aborto es una de las consecuencias principales del embarazo no intencional y también la más grave.^{10,12,15} Estos son empleados para retrasar, prevenir, espaciar o interrumpir la maternidad.¹³ En el mundo, entre 2015 y 2019, se registraron alrededor de 73,3 millones de abortos anuales, lo que representa una tasa global de aproximadamente 39 abortos por cada 1000 mujeres entre 15 a 49 años de edad.¹⁰ Durante esos cuatro años, el 61% de los embarazos no intencionales resultaron en abortos, lo que representa un incremento del 18% en la cantidad de abortos realizados entre los años 2015 y 2019, en comparación con los realizados 30 años antes (1990-1994).¹⁰ Las tasas de los embarazos no planificados y el porcentaje de embarazos que terminan en aborto son mayores en países donde esta práctica está restringida, lo que significa que las mujeres que desean interrumpir su embarazo se ponen en riesgos legales y físicos al someterse a abortos inseguros.^{10,12}

El embarazo no intencional puede ser una experiencia perturbadora que conduzca a depresión,¹ estrés,^{1,11} dificultades sociales,^{1,4,6} y repercusiones económicas^{4,6} y de salud^{4,6,11} tanto para la madre^{1,6,11} como para el padre.¹ Entre otras complicaciones asociadas a los embarazos no intencionales se encuentran la eclampsia, la preeclampsia, la diabetes gestacional y un mayor riesgo de sangrado durante y después del parto.^{1,12,16}

Además, las mujeres que experimentan un embarazo no planificado suelen recibir atención prenatal tardía, inadecuada o incluso no recibirla,^{1,9,16,19,21} lo que puede llevar a una atención médica deficiente, exámenes obstétricos insuficientes y, en algunos casos, en partos no asistidos.¹ El feto en desarrollo

también puede estar expuesto con mayor frecuencia al consumo de drogas ilícitas, alcohol y tabaco, así como a una nutrición deficiente, lo que podría tener consecuencias a largo plazo en su salud y desarrollo.¹

Por otra parte, el embarazo no intencional podría estar asociado con resultados neonatales adversos, como nacimiento prematuro,^{1,2} bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos)^{1,2} y recién nacidos pequeños para la edad gestacional.² La ansiedad prenatal materna, generada por el estrés psicosocial de un embarazo no deseado, puede aumentar los niveles de la hormona liberadora de corticotropina, la cual se ha relacionado con un mayor riesgo de partos prematuros.²

En otro orden de cosas, las consecuencias del embarazo no intencional pueden ser a largo plazo. Por ejemplo, la baja autoestima, los trastornos de salud mental y el desarrollo cognitivo deficiente, son más comunes en los niños nacidos de embarazos no planificados.¹ Entre los jóvenes, se observan efectos como agresión, maltrato infantil y el cese temporal de la educación.¹⁷ Así mismo, se evidencia un mayor riesgo de retraso mental, parálisis cerebral, una menor competencia social en la infancia, relaciones familiares complicadas, bajo rendimiento escolar y un aumento de los síntomas psicosomáticos.⁹

2.1.7. INFLUENCIA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los embarazos no intencionales pueden deberse a una serie de factores, como no utilizar anticonceptivos,^{11,15} interrumpir su uso,^{11,15} o su falla.^{3,11,15} La falla del método se suele dar debido a un uso irregular, inconsciente o inconsistente, y a la elección de métodos con una eficacia relativamente baja,^{11,15} ya que ningún método es perfecto.¹⁰

Del mismo modo, diversas barreras han sido relacionadas con la falta del uso o la discontinuación de los métodos anticonceptivos, como por ejemplo, la información errada,¹¹ la falta de conocimientos, la falta de su disponibilidad física o accesibilidad, su costo,^{11,15} las opciones limitadas de elección,¹¹ las

creencias religiosas,¹⁵ la oposición de la pareja,¹⁵ el fallo del método (salir embarazada),¹⁵ la incomodidad por su uso,¹⁵ el miedo a los efectos secundarios y las preocupaciones de salud.^{11,15}

En lugares con ingresos bajos, los efectos secundarios suelen ser los principales causantes de la interrupción de las píldoras, inyectables y dispositivos intrauterinos.¹⁵ De hecho, estos efectos son los responsables de dos tercios de la interrupción de los anticonceptivos en mujeres sexualmente activas que no planeaban quedar embarazadas.¹⁵ Investigaciones anteriores han demostrado que los métodos hormonales de corta duración y los anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD) suelen ser interrumpidos principalmente debido a efectos secundarios y problemas de salud.¹¹ Además, las mujeres que usan anticonceptivos orales, los cuales dependen de la adherencia de la usuaria, son más propensas a discontinuar su uso en comparación con aquellas que usan dispositivos intrauterinos (DIU).¹⁵ Esto se debe a que los métodos de corta duración no necesitan la intervención del proveedor para ser discontinuados, lo que los hace más fácil dejar de usarlos.¹⁵

La interrupción del método anticonceptivo aumenta 14 veces la probabilidad de que ocurra un embarazo no intencional.¹⁵ Lo mismo ocurre con el uso de métodos tradicionales, los cuales aumentan 3 veces la posibilidad de tener un embarazo no intencional.¹⁵ Además, la tasa de cambio a ningún método es relevante, ya que 85 de cada 100 mujeres pueden quedar embarazadas en el primer año después de suspender el uso de anticonceptivos.¹⁵

Los embarazos no planificados como consecuencia de la interrupción de los métodos anticonceptivos podrían indicar una falta de información sobre las inquietudes de las mujeres respecto a los métodos anticonceptivos o plantear la necesidad de aumentar la gama de opciones anticonceptivas.¹¹ Por lo tanto, para prevenir la discontinuación de los métodos, es crucial mejorar la comunicación y el asesoramiento. Además, conocer las razones por las cuales se interrumpió el método es importante, ya que la discontinuación a menudo varía según el método utilizado, lo que permitiría adaptar las intervenciones consecuentemente.¹⁵

Por otro lado, el método anticonceptivo elegido puede indicar el nivel de motivación para prevenir el embarazo, especialmente cuando los anticonceptivos modernos son ampliamente aceptados y accesibles.¹³ La utilización de métodos anticonceptivos altamente eficaces como los métodos anticonceptivos de acción prolongada (la esterilización, los implantes hormonales y los dispositivos intrauterinos), se encuentran en el nivel 1 de acuerdo con la clasificación de la OMS y tienen una tasa de fracaso de menos de 1 por cada 100 mujeres en un año.³ Sin embargo, su utilización es escasa en los países de ingresos bajos y medios.³ En cambio, la elección de métodos anticonceptivos de eficacia baja ocurre generalmente en áreas rurales, donde los métodos anticonceptivos que prevalecen son los tradicionales o folclóricos.¹⁸

Por otra parte, los mecanismos a través de los cuales un nacimiento no planeado influye en el cambio de la práctica anticonceptiva podrían variar dependiendo de los factores que llevaron a que ese embarazo ocurra.¹¹ Por ejemplo, experimentar una gestación no intencional podría cambiar el comportamiento de la madre después del parto y estar relacionado con la decisión de cambiar de anticonceptivo para prevenir de manera más efectiva los futuros embarazos.¹¹ La información actual indica que la gestación no intencional puede llevar a que las mujeres, en particular las jóvenes, busquen atención médica y accedan a información, asesoramiento y métodos anticonceptivos después del parto.¹¹ Esa exposición podría beneficiar a aquellas mujeres cuyos embarazos no intencionales fueron causados por dificultades para utilizar los métodos anticonceptivos de manera eficaz debido a barreras externas, al facilitarles el acceso a los servicios de salud y uso adecuado de esos métodos.¹¹ También, se ha observado que, si un embarazo no intencional ocurre debido a la falla de métodos anticonceptivos poco efectivos o de baja a moderada efectividad, esto podría motivar a cambiar a métodos más eficaces después del parto.¹¹ De manera similar, las mujeres que enfrentan un embarazo no intencional tras haber interrumpido el uso de un método anticonceptivo a causa de sus efectos adversos, problemas de la salud o dificultades, como ocurre frecuentemente con los métodos hormonales de acción corta y los anticonceptivos reversibles de

acción larga, podrían optar por usar otro método anticonceptivo luego del nacimiento para cubrir de manera más efectiva sus necesidades.¹¹

Así mismo, un nacimiento no intencional podría influir en la toma de decisiones de una mujer que creía tener un riesgo bajo de embarazo a modificar su práctica anticonceptiva, al percibir un mayor riesgo de concebir. Por último, una mujer que había mostrado indecisión en relación con el embarazo podría variar su elección de métodos anticonceptivos tras experimentar un nacimiento no planeado. Esto se debe a que el incremento en el tamaño de su grupo familiar reforzó su determinación para prevenir embarazos en un futuro.¹¹

2.1.8. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL PERÚ

En Perú, desde 1995, los métodos de planificación familiar se han proporcionado de manera gratuita y se adquieren mayormente mediante el sistema de salud pública.¹¹ El uso de inyectables aumentó significativamente durante las décadas de 1990 y 2000, impulsado por una mayor disponibilidad proporcionada por el sistema de salud pública.¹¹ A pesar de los avances alcanzados en Perú durante la década de 1990 con el programa de planificación familiar, el progreso se detuvo a principios de la década del 2000 debido a las políticas conservadoras del gobierno. Estas políticas limitaron la accesibilidad a los servicios de salud, lo que llevó a una disminución del uso de métodos anticonceptivos modernos.¹¹ Esta reducción coincidió con un aumento en la utilización de métodos tradicionales, como la abstinencia y el coito interrumpido, que son los preferidos y más comúnmente usados, elegidos por el 30% de las mujeres en edad reproductiva.¹¹ Sin embargo, cuando estos métodos fallan, se convierten en los principales causantes de los embarazos no intencionales en el país.¹¹ La alta utilización de métodos tradicionales se atribuye en parte a su amplia adopción entre las comunidades indígenas, que representan una parte considerable de la población peruana.¹¹

En comparación con países como Colombia, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en Perú en 2012 era más limitada. Por ejemplo, el implante y el inyectable mensual no se encontraban en el sistema público hasta ese año. Antes de eso, solo se ofrecían inyecciones con una cobertura de tres meses.¹¹

En las últimas décadas, se ha observado un aumento significativo en el uso de métodos anticonceptivos en Perú.²⁶ A pesar de que las políticas del Ministerio de Salud (MINSA) han facilitado la disponibilidad y accesibilidad de los métodos anticonceptivos, el uso de anticonceptivos modernos en Perú continúa siendo inferior al promedio sudamericano (68%), mientras que la utilización de métodos tradicionales sigue siendo elevada.²⁶ De hecho, Perú tiene el más alto porcentaje de uso de métodos tradicionales en América Latina.²⁶

En 2012, aproximadamente la mitad de las mujeres que informaron haber experimentado un nacimiento no planificado en Perú (49%) habían utilizado un método anticonceptivo tradicional o de barrera antes de quedar embarazadas, métodos que se consideran poco efectivos. Además, el empleo de métodos anticonceptivos más efectivos, como el dispositivo intrauterino, el implante o la esterilización, fue bajo antes y después del parto, siendo utilizados solo por el 5% de la población peruana. Por lo tanto, en ese año, la píldora y el inyectable fueron reconocidos como los métodos más efectivos en el país.¹¹ Igualmente, en 2012, aproximadamente el 40% de las mujeres embarazadas de manera no planificada no habían utilizado ningún método anticonceptivo en los cinco años anteriores.¹⁵ Además, más del 25% habían utilizado un método tradicional que resultó ineficaz, mientras que menos del 10% habían empleado un método anticonceptivo moderno de acción corta que falló.¹⁵

En 2017, el 29,9% de las mujeres peruanas utilizaban métodos anticonceptivos altamente efectivos como píldoras, dispositivos intrauterinos, inyecciones, esterilización e implantes.²⁷ En 2019, aproximadamente el 39,3% de las mujeres en edad fértil en Perú usaron métodos anticonceptivos modernos. Entre los más populares se encontraban los inyectables (32,3%), el preservativo masculino (27,5%), la esterilización femenina (15,4%) y las pastillas anticonceptivas orales (12,9%).²⁶

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- a) **Intención de embarazo:** Voluntad de la mujer de quedar embarazada. Puede ser intencional o no intencional.
- b) **Edad:** La edad, también llamada edad biológica, es el lapso de tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento de un organismo vivo.
- c) **Paridad:** Es el número de partos que ocurren tanto antes como luego de las 20 semanas de gestación, abarcando cuatro componentes: nacimientos a término, nacimientos prematuros, abortos y el número total de hijos vivos.
- d) **Relación sexual:** Acciones que llevan a cabo al menos dos individuos con el propósito de experimentar placer sexual, ya sea ofreciéndolo o recibiendo.
- e) **Estado civil:** Definido por el INEI como la situación de las personas determinadas por sus relaciones de parentesco y convivencia según diversas formas de unión conyugal. A partir del cual, se establecen una serie de derechos y obligaciones respaldados por el entorno social.
- f) **Parejas sexuales:** Personas que están casadas o solteras y que tienen relaciones sexuales entre sí.
- g) **Grado de instrucción:** Se refiere al nivel educativo más alto alcanzado o en proceso, sin considerar si se ha completado, o si está temporal o permanentemente incompleto.
- h) **Situación laboral:** Condición de una persona económicamente activa respecto a su empleo actual (o anterior si se encuentra desempleada), ya sea como empleador, trabajador independiente, empleado, trabajador familiar no remunerado o miembro de una cooperativa encargada de producción.
- i) **Índice de riqueza:** Medida que evalúa el bienestar económico de una persona, familia o comunidad, considerando diversos elementos como son los ingresos, la posesión de bienes, el nivel de educación, acceso a servicios esenciales, etc.
- j) **Región natural:** Es un área definida por criterios de geografía física, principalmente relacionados con el relieve y, en menor medida, con factores como el clima, la hidrografía, la vegetación, el suelo y otras características naturales.
- k) **Lugar de residencia:** Se refiere a la organización de entidades poblacionales de individuos con el fin de distribuir la población en homogéneos grupos en términos de características relacionadas con el estilo de vida.

- l) Trabajador de salud:** Cualquier individuo que ha finalizado una formación en el ámbito de la salud, como medicina, fisioterapia, enfermería, farmacia, entre otros.
- m) Planificación familiar:** Es la elección consciente y voluntaria de decidir el número, el momento y la frecuencia de los hijos.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS

3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ho: No existen factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

Ha: Existen factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

3.1.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

- La prevalencia del embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 es alta.
- Existen factores sociodemográficos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- Existen factores socioeconómicos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- Existen factores geográficos y geopolíticos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- Existen factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

- VARIABLE DEPENDIENTE:

- Intención de embarazo

- VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Paridad
- Estado civil
- Edad en la primera relación sexual
- número de parejas sexuales en los últimos 12 meses
- Grado de instrucción
- Situación laboral actual de la mujer
- Índice de riqueza
- Región natural
- Lugar de residencia
- La visitó un trabajador de salud para informarle sobre planificación familiar en los últimos 12 meses.
- Exposición a mensajes de planificación familiar en la televisión en los últimos 12 meses.
- Exposición a mensajes de planificación familiar en la radio en los últimos 12 meses.
- Exposición a mensajes de planificación familiar en un periodo o revista en los últimos 12 meses.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del presente estudio es observacional, transversal, analítico, cuantitativo y retrospectivo:

- **Observacional**, porque no presentará intervención y no se manipulará las variables, es decir sólo se las observará.
- **Transversal**, porque se realiza una sola medición en el tiempo.
- **Analítico**, porque se pretende demostrar la asociación entre 2 o más variables.
- **Cuantitativo**, porque se utilizará datos recogidos de la encuesta ENDES del INEI y se analizará con métodos estadísticos las posibles asociaciones entre las variables.
- **Retrospectivo**, porque se estudiarán hechos ocurridos en el pasado.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por mujeres en edad fértil de 12 a 49 años de edad pertenecientes a hogares particulares que participaron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2022.

4.2.2. MUESTRA

4.2.2.1. TAMAÑO MUESTRAL

Considerando los criterios de inclusión y exclusión, se logró obtener una muestra final de 959 mujeres embarazadas al momento de la entrevistada. Estas mujeres respondieron completamente los módulos 1631, 1632, 1635 y 1636, que forman parte del cuestionario individual de la ENDES del año 2022.

4.2.2.2. TIPO DE MUESTREO

La muestra del presente estudio se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.

4.2.2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

4.2.2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 12 a 49 años de edad que mencionaron estar embarazadas al momento de la realización de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

4.2.2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Encuestas que tengan datos incompletos en las variables de interés.
- Encuestas que tengan datos inconsistentes en las variables de interés.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La operacionalización de las variables se puede observar en el Anexo 8

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron extraídos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, disponible en la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el público en general. En esta encuesta, personal debidamente capacitado realiza entrevistas directas para recopilar la información necesaria.

Para obtener la base de datos, se accedió inicialmente a la página web oficial del INEI. Luego, se ingresó a la sección de Microdatos y se seleccionó la opción “Consulta por Encuestas”. Desde allí, se eligió la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2022. Una vez hecho esto, se descargaron las carpetas de los módulos que contenían las variables relevantes para el presente estudio, específicamente los módulos 1631, 1632, 1635 y 1636. A partir de estas carpetas descargadas, se abrieron en SPSS los archivos que contenían las variables de interés: RE223132, REC0111, RE516171, RE758081 y REC91. Luego, se ordenaron todos los archivos en orden ascendente de acuerdo al CASEID. Posteriormente, se utilizó la base de datos que contenía la variable dependiente (RE223132) como base para fusionar los demás archivos (REC0111, RE516171, RE758081 y REC91), formándose así una nueva base de datos.

Una vez unificada la base de datos, se procedió a preparar el diseño de muestras complejas. Para ello, primero se creó una variable con el factor de ponderación dividido entre un millón, denominada Fac_pond. A continuación, se depuró la base de datos, conservando únicamente las variables relevantes para el análisis estadístico. Posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, y algunas variables se recodificaron según su operacionalización establecida.

Con todo esto, se procedió a preparar el diseño de muestras complejas por estrato, conglomerado y Fac_pond. Finalmente, se calculó el coeficiente de variación para determinar si el tamaño de la muestra era adecuado, obteniéndose un coeficiente de variación del 6% para la variable dependiente (intención del embarazo), el cual se considera bueno.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

En el siguiente cuadro se muestran los módulos, y dentro de estos, los archivos de la base de datos de la ENDES 2022 de donde se extrajeron los datos de las variables para el presente estudio:

MÓDULO	ARCHIVO	VARIABLE
1632	RE223132	<ul style="list-style-type: none"> • Intención de embarazo • Paridad • La visitó un trabajador de salud para informarle sobre planificación familiar en los últimos 12 meses. • Exposición a mensajes de planificación familiar en la televisión en los últimos 12 meses. • Exposición a mensajes de planificación familiar en la radio en los últimos 12 meses. • Exposición a mensajes de planificación familiar en un periódico o revista en los últimos 12 meses.
1631	REC0111	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Índice de riqueza • Lugar de residencia
	REC91	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de instrucción

		• Región natural
1635	RE516171	• Estado civil • Edad en la primera relación sexual • Situación laboral de la mujer
1636	RE758081	• Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Se trabajó con la base de datos del INEI, la cual se analizó mediante el programa SPSS versión 29.02. Para ello, se realizó primero un análisis univariado estadístico descriptivo.

Para el análisis descriptivo, Se calculó las frecuencias, porcentajes y coeficientes de variación de cada variable categórica.

Se realizó un análisis bivariado calculado las frecuencias y porcentajes respecto a la variable dependiente. Se obtuvo el valor de p mediante la prueba estadística F ajustada.

Luego, se realizó el análisis bivariado y multivariado mediante el cálculo de las razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, utilizando el modelo de Regresión de Poisson con varianza robusta. Además, se usó un nivel de significancia estadística $p < 0,05$ e intervalos de confianza al 95%

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación no presenta ningún tipo de conflicto de interés. Además, debido a que este estudio se fundamentó en el análisis de datos secundarios obtenidos de una base de datos del sistema de Microdatos del Instituto Nacional de

Estadística e Informática (INEI), el cual es de acceso libre al público en general, no requiere necesariamente aprobación ética; sin embargo, se prefirió solicitarla.

Adicionalmente, antes de realizar la entrevista, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante de la encuesta. Además, el INEI ha codificado cada caso de análisis con técnicas de anonimización, garantizando la confidencialidad de la identidad de cada encuestado y evitando cualquier posibilidad de reconocimiento de los participantes.

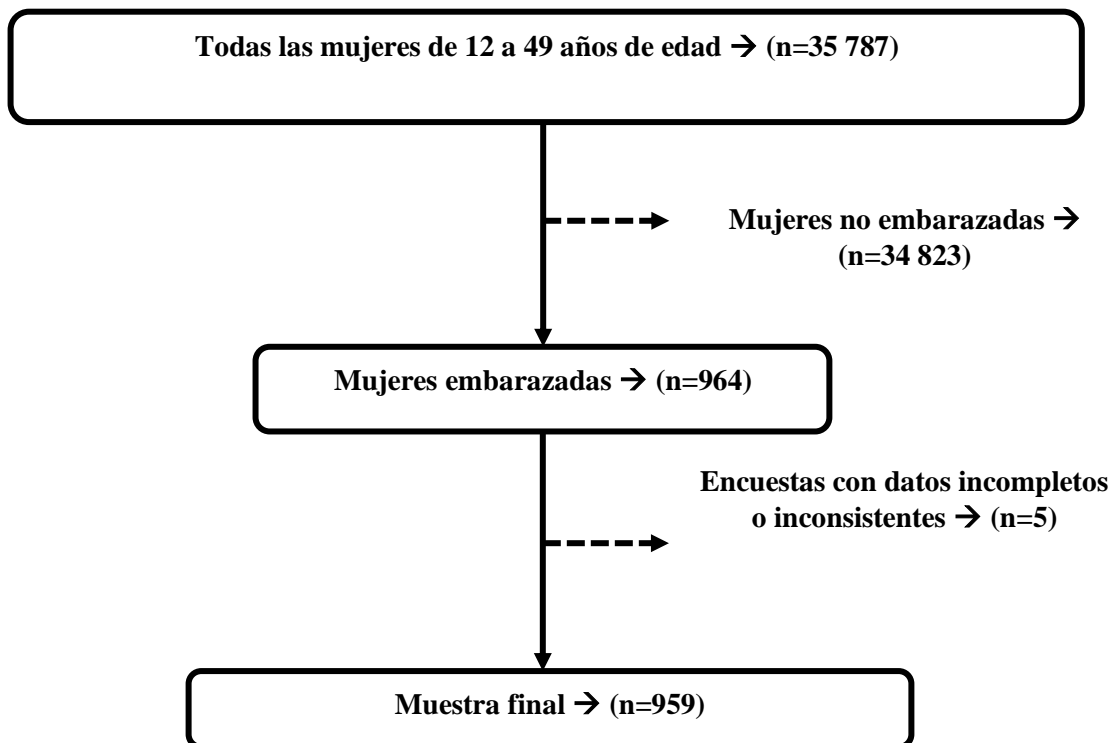
Por último, para poder llevar a cabo el proyecto se requirió contar con la aprobación del proyecto de tesis por el Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Además, el presente trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Ricardo Palma.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

En la **Figura 1** se puede visualizar que de un total de 35 787 mujeres de entre 12 a 49 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2022, 34,823 encuestadas no estaban embarazadas al momento de la entrevista. Como resultado, estas mujeres fueron excluidas del estudio, dejando únicamente a 964 mujeres embarazadas para el análisis. Además, se aplicaron los criterios de exclusión, los cuales llevaron a la eliminación de 5 mujeres más. Finalmente, la muestra final resultó en 959 mujeres embarazadas en el año 2022.

Figura 1. Flujograma de participantes del estudio



En la **Tabla 1** se puede evidenciar que, de las 959 mujeres embarazadas que participaron de la presente investigación, el 52,2% indicó que su embarazo actual

fue no intencional. La mayoría de las mujeres (62,9%) tenía entre 21 y 34 años de edad. Además, el 50,4% tenía entre 1 a 2 hijos. Por otro lado, la mayoría (63,9%) estaba conviviendo, mientras que solo un 7,9% estaba divorciada, separada o viuda. Asimismo, el 72,1% tuvo su primera relación sexual a los 18 años o antes y el 37,5% había tenido relaciones sexuales con 3 o más hombres en los últimos 12 meses.

En lo que respecta a los factores socioeconómicos, la mayoría de las mujeres embarazadas (47,5%) tenía educación secundaria, el 50,0% no tenía trabajo al momento de la entrevista y el 26,6% se encontraba en el grupo de muy pobres según el índice de riqueza. En cuanto a los factores geográficos y geopolíticos, la mayor parte de las gestantes (29,4%) era de Lima Metropolitana, mientras que el 74,5% vivía en áreas urbanas. Respecto a los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar, la mayoría de las mujeres embarazadas (93,8%) no recibió ninguna visita de un trabajador de salud para hablarle sobre planificación familiar en los últimos 12 meses. Además, el 73,1% no escuchó ningún mensaje de planificación familiar en la televisión, mientras que el 80,5% no lo escuchó en la radio. Por otra parte, el 83,6% no leyó ningún mensaje de planificación familiar en periódicos o revistas.

Por otro lado, se calculó el coeficiente de variación para cada una de las variables del estudio, encontrándose que la variable principal, embarazo no intencional, presentó un coeficiente de variación del 6,0%, el cual es considerado bueno y confiable. Además, la mayoría de las variables presentaron un coeficiente de variación menor al 15%, lo cual se considera aceptable y confiable.

Tabla 1. Características generales de las mujeres embarazadas de 12 a 49 años de edad en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

VARIABLES	FRECUENCIA a/.	PORCENTAJE b/.	IC 95%	C.V. ^{cl.}
<u>INTENCIÓN DE EMBARAZO</u>				
EMBARAZO INTENCIONAL	345	47,8%	41,7 - 54,0	6,6%
EMBARAZO NO INTENCIONAL	614	52,2%	46,0 - 58,3	6,0%
<u>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</u>				

EDAD				
≤ 20	182	15,7%	12,2 - 20,0	12,7%
21-34	595	62,9%	57,0 - 68,4	4,6%
≥ 35	182	21,4%	16,6 - 27,2	12,5%
PARIDAD				
0 (Nulípara)	237	36,9%	31,0 - 43,3	8,5%
1-2	530	50,4%	44,3 - 56,6	6,2%
≥ 3	192	12,6%	9,8 - 16,2	13,0%
ESTADO CIVIL				
Soltera	98	9,6%	7,1 - 12,8	15,0%
Casada	161	18,6%	14,3 - 23,9	13,1%
Conviviente	643	63,9%	58,3 - 69,2	4,3%
Divorciada/ Separada/Viuda	57	7,9%	5,0 - 12,2	23,0%
EDAD EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL				
≤ 18	729	72,1%	66,3 - 77,1	3,8%
19-24	201	23,8%	19,1 - 29,3	11,0%
≥ 25	29	4,1%	2,2 - 7,5	30,7%
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				
1	381	36,1%	30,9 - 41,7	7,7%
2	283	26,4%	22,0 - 31,2	8,9%
≥ 3	295	37,5%	31,9 - 43,5	7,9%
<u>FACTORES SOCIOECONÓMICOS</u>				
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Sin educación - Primaria	170	12,5%	10,1 - 15,4	10,7%
Secundaria	507	47,5%	42,0 - 53,2	6,0%
Superior	282	39,9%	34,3 - 45,8	7,4%
SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER				
No trabaja	564	50,0%	44,4 - 55,6	5,7%
Sí trabaja	395	50,0%	44,4 - 55,6	5,7%
ÍNDICE DE RIQUEZA				
Muy pobre	343	26,6%	21,1 - 28,4	7,6%
Pobre	253	21,7%	17,7 - 26,4	10,3%
Medio	168	21,9%	16,9 - 27,8	12,7%
Rico	126	21,0%	15,9 - 27,3	13,7%
Muy rico	69	10,8%	7,3 - 15,6	19,4%
<u>FACTORES GEOGRÁFICOS Y GEOPOLÍTICOS</u>				
REGIÓN NATURAL				
Lima Metropolitana	94	29,4%	23,8 - 35,7	10,3%
Resto de la costa	263	24,7%	21,2 - 28,6	7,6%
Sierra	287	27,2%	23,5 - 31,3	7,3%
Selva	315	18,7%	16,1 - 21,6	7,5%
LUGAR DE RESIDENCIA				
Urbano	603	74,5%	71,1 - 77,6	2,2%

Rural	356	25,5%	22,4 - 28,9	6,5%
<u>FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR</u>				
LA VISITÓ UN TRABAJADOR DE SALUD PARA INFORMARLE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				
No	879	93,8%	91,6 - 95,5	1,0%
Sí	80	6,2%	4,5 - 8,4	15,8%
EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA TELEVISIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				
No	732	73,1%	66,4 - 78,8	4,3%
Sí	227	26,9%	21,2 - 33,6	11,8%
EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA RADIO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				
No	770	80,5%	75,3 - 84,8	3,0%
Sí	189	19,5%	15,2 - 24,7	12,4%
EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN PERIÓDICO O REVISTA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				
No	843	83,6%	77,5 - 88,3	3,3%
Sí	116	16,4%	11,7 - 22,5	16,7%
TOTAL	959	100%		

a/: frecuencias no ponderadas

b/: porcentajes ponderados

c/: coeficiente de variación

Fuente: INEI ENDES 2022

En la **Tabla 2**, respecto a los factores sociodemográficos, 78,8% de las mujeres de 20 años o menos reportaron su embarazo actual como no intencional. De igual manera, 66,4% de las mujeres con 3 o más hijos también reportaron su embarazo como no intencional. Además, el 87,4% de las mujeres solteras y el 92,0% de las mujeres divorciadas, separadas o viudas indicaron que su embarazo actual era no intencional. Del mismo modo, el 56,9% de las mujeres que indicó haber tenido su primera relación sexual a los 18 años o menos y el 53,8% de las que mencionaron haber tenido de 3 a más parejas sexuales en los últimos 12 meses, señalaron a su

embarazo actual como no intencional.

En lo que respecta a los factores socioeconómicos, el 59,5% de las mujeres con educación secundaria, el 59,3% de las que no trabajaban y el 59,1% de las que se encontraban en la categoría muy pobres según el índice de riqueza, indicaron que su embarazo actual era no intencional.

Por otra parte, respecto a los factores geográficos y geopolíticos, el 57,9% de las mujeres pertenecientes a la región Selva y el 54,5% de las que vivían en áreas rurales señalaron que su gestación actual no intencional.

En relación a los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar, el 52,7% de las mujeres que indicaron no haber sido visitadas por un trabajador de salud para informarle sobre planificación familiar, el 55,4% de las que mencionaron no haber escuchado mensajes de planificación familiar en la televisión, el 54,7% de las que no lo oyeron en la radio, y el 56,4% de las que no leyeron ningún mensaje sobre planificación familiar en un periódico o revista, reportaron tener un embarazo no intencional.

Por otro lado, se presenta la prueba de hipótesis de las variables independientes en relación con la intención de embarazo. Se encontró que las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la intención de embarazo fueron la edad ($p < 0,001$), el estado civil ($p < 0,001$), la edad en la primera relación sexual ($p = 0,037$), el grado de instrucción ($p = 0,010$), la situación laboral de la mujer ($p = 0,018$) y la exposición a mensajes de planificación familiar en un periódico o revista en los últimos 12 meses ($p = 0,003$). En contraste, las variables que no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la intención de embarazo fueron la paridad, el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, el índice de riqueza, la región natural, el lugar de residencia, la visita de un trabajador de salud para informar sobre planificación familiar en los últimos 12 meses y la exposición a mensajes de planificación familiar en los últimos 12 meses, ya sea en televisión o radio.

Tabla 2. Análisis bivariado de los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

VARIABLES	INTENCIÓN DE EMBARAZO				p valor
	EMBARAZO INTENCIONAL		EMBARAZO NO INTENCIONAL		
	n ^{a/}	% ^{b/}	n ^{a/}	% ^{b/}	
<u>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</u>					
EDAD					
≤ 20	37	21,2%	145	78,8%	<0,001
21-34	233	51,7%	362	48,3%	
≥ 35	75	55,9%	107	44,1%	
PARIDAD					
0 (Nulípara)	74	50,0%	163	50,0%	0,196
1-2	227	49,7%	303	50,3%	
≥ 3	44	33,6%	148	66,4%	
ESTADO CIVIL					
Soltera	8	12,6%	90	87,4%	<0,001
Casada	83	71,5%	78	28,5%	
Conviviente	244	51,0%	399	49,0%	
Divorciada/ Separada/Viuda	10	8,0%	47	92,0%	
EDAD EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL					
≤ 18	232	43,1%	497	56,9%	0,037
19-24	99	58,3%	102	41,7%	
≥ 25	14	68,1%	15	31,9%	
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES					
1	127	49,1%	254	50,9%	0,910
2	101	48,3%	182	51,7%	
≥ 3	117	46,2%	178	53,8%	
<u>FACTORES SOCIOECONÓMICOS</u>					
GRADO DE INSTRUCCIÓN					
Sin educación - Primaria	53	42,5%	117	57,5%	0,010
Secundaria	162	40,5%	345	59,5%	
Superior	130	58,2%	152	41,8%	
SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER					
No trabaja	190	40,7%	374	59,3%	0,018
Sí trabaja	155	54,9%	240	45,1%	
ÍNDICE DE RIQUEZA					
Muy pobre	109	40,9%	234	59,1%	0,185
Pobre	84	48,5%	169	51,5%	
Medio	56	42,9%	112	57,1%	
Rico	63	50,9%	63	49,1%	
Muy rico	33	66,0%	36	34,0%	

**FACTORES GEOGRÁFICOS Y
GEPOLÍTICOS**

REGIÓN NATURAL

Lima Metropolitana	32	48,1%	62	51,9%	
Resto de la costa	99	46,5%	164	53,5%	
Sierra	118	52,6%	169	47,4%	0,599
Selva	96	42,1%	219	57,9%	

LUGAR DE RESIDENCIA

Urbano	224	48,6%	379	51,4%	
Rural	121	45,5%	235	54,5%	0,579

**FACTORES RELACIONADOS CON EL
CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN
FAMILIAR**

LA VISITÓ UN TRABAJADOR DE SALUD
PARA INFORMARLE SOBRE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS
ÚLTIMOS 12 MESES

No	317	47,3%	562	52,7%	
Sí	28	56,0%	52	44,0%	0,282

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA
TELEVISIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	249	46,6%	483	55,4%	
Sí	96	56,3%	131	43,7%	0,147

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA RADIO
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	272	45,3%	498	54,7%	
Sí	73	57,9%	116	42,1%	0,083

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN
PERIÓDICO O REVISTA EN LOS ÚLTIMOS
12 MESES

No	293	43,6%	550	56,4%	
Sí	52	69,4%	64	30,6%	0,003

a/: frecuencias no ponderadas

b/: porcentajes ponderados

El valor de p se obtuvo con la prueba estadística F ajustada

Fuente: INEI ENDES 2022

En la **Tabla 3**, según los datos analizados, en la población de estudio, las gestantes

que tenían 20 años o menos tuvieron 1,840 veces la prevalencia de embarazo no intencional en comparación con las gestantes de 35 años a más. Este resultado fue estadísticamente significativo (RPc: 1,840; IC95% 1,514 - 2,235; p <0,001). Por otro lado, la prevalencia del embarazo no intencional en el grupo de gestantes con una paridad de 3 o más hijos fue 1,323 veces (RPc: 1,323; IC95% 1,098 - 1,595; p 0,003) con respecto a las nulíparas. De la misma manera, se identificó que la prevalencia de embarazo no intencional en las gestantes casadas fue 67,9% menor (RPc: 0,321; IC95% 0,246 - 0,419; p <0,001) y en las que convivían fue 45,6% menor (RPc: 0,544; IC95% 0,478 - 0,619; p <0,001), en comparación con las gestantes solteras. Además, la prevalencia de embarazo no intencional en el grupo de gestantes que tuvieron su primera relación sexual entre 19 y 24 años fue 24,5% menor (RPc: 0,755; IC95% 0,629 - 0,905; p 0,002), y fue 38,6% menor (RPc: 0,614; IC95% 0,384 - 0,980; p 0,041) en aquellas que la tuvieron a los 25 años o más, en comparación con el grupo de gestantes que tuvieron su primera relación sexual a los 18 años o menos.

Respecto a los factores socioeconómicos, en las mujeres en edad fértil de 12 a 49 años de edad, la prevalencia de embarazo no intencional en el grupo de gestantes con grado de instrucción superior fue 25,8% menor en comparación con el grupo de gestantes que no tenían preparación educativa o solo contaban con educación primaria. Este resultado fue estadísticamente significativo (RPc: 0,742; IC95% 0,596 - 0,924; p 0,008). Por otro lado, la prevalencia de embarazo no intencional en el grupo de gestantes que sí trabajaban fue 25,5% menor en comparación con las que no lo hacían, siendo este resultado estadísticamente significativo (RPc: 0,745; IC95% 0,649 - 0,856; p <0,001). De la misma manera, las mujeres embarazadas con un índice de riqueza muy rico presentaron una prevalencia de embarazo no intencional 42,2% menor (RPc: 0,578; IC95% 0,421 - 0,793; p 0,001) en comparación con aquellas gestantes con un índice de riqueza muy pobre.

Adicionalmente, en cuanto a los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar, la prevalencia de embarazo no intencional en la población de estudio fue 17,8% menor en el grupo de gestantes expuestas a mensajes de planificación familiar en la televisión en los últimos 12 meses, en comparación con el grupo de gestantes que no tuvo exposición a dichos mensajes. Este resultado fue

estadísticamente significativo (RPc: 0,822; IC95% 0,695 - 0,972; p 0,022). Además, se determinó que la prevalencia de embarazo no intencional en las mujeres embarazadas expuestas a mensajes de planificación familiar en la radio en los últimos 12 meses fue 22,6% menor (RPc: 0,774; IC95% 0,636 - 0,943; p 0,011), y en aquellas expuestas a estos mensajes en un periódico o revista fue 46,2% menor (RPc: 0,538; IC95% 0,414 - 0,701; p <0,001), en comparación con las gestantes que no tuvieron acceso a estos mensajes.

Tabla 3. Análisis bivariado de los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

EMBARAZO NO INTENCIONAL			
VARIABLES	RPc	IC 95%	p valor
<u>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</u>			
EDAD			
≤ 20	1,840	1,514 - 2,235	<0,001
21-34	1,079	0,888 - 1,312	0,443
≥ 35	ref	ref	ref
PARIDAD			
0 (Nulípara)	ref	ref	ref
1-2	0,973	0,837 - 1,132	0,726
≥ 3	1,323	1,098 - 1,595	0,003
ESTADO CIVIL			
Soltera	ref	ref	ref
Casada	0,321	0,246 - 0,419	<0,001
Conviviente	0,544	0,478 - 0,619	<0,001
Divorciada/ Separada/Viuda	1,077	0,960 - 1,208	0,207
EDAD EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL			
≤ 18	ref	ref	ref
19-24	0,755	0,629 - 0,905	0,002
≥ 25	0,614	0,384 - 0,980	0,041
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			
1	ref	ref	ref
2	1,016	0,851 - 1,214	0,858
≥ 3	1,081	0,924 - 1,266	0,331
<u>FACTORES SOCIOECONÓMICOS</u>			
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
Sin educación - Primaria	ref	ref	ref
Secundaria	1,038	0,852 - 1,265	0,709
Superior	0,742	0,596 - 0,924	0,008

SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER

No trabaja	ref	ref	ref
Sí trabaja	0,745	0,649 - 0,856	<0,001

ÍNDICE DE RIQUEZA

Muy pobre	ref	ref	ref
Pobre	0,817	0,670 - 0,996	0,046
Medio	0,992	0,832 - 1,182	0,925
Rico	0,846	0,696 - 1,028	0,093
Muy rico	0,578	0,421 - 0,793	0,001

FACTORES GEOGRÁFICOS Y GEOPOLÍTICOS

REGIÓN NATURAL

Lima Metropolitana	ref	ref	ref
Resto de la costa	1,034	0,865 - 1,235	0,714
Sierra	0,902	0,751 - 1,084	0,270
Selva	1,025	0,837 - 1,256	0,810

LUGAR DE RESIDENCIA

Urbano	ref	ref	ref
Rural	1,040	0,893 - 1,211	0,617

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LA VISITÓ UN TRABAJADOR DE SALUD PARA INFORMARLE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

No	ref	ref	ref
Sí	0,690	0,473 - 1,007	0,054

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA TELEVISIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	ref	ref	ref
Sí	0,822	0,695 - 0,972	0,022

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA RADIO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	ref	ref	ref
Sí	0,774	0,636 - 0,943	0,011

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN PERIÓDICO O REVISTA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	ref	ref	ref
Sí	0,538	0,414 - 0,701	<0,001

RPc: Razón de Prevalencia cruda

En la **Tabla 4**, el análisis multivariado, ajustado por todas las variables sociodemográficas, socioeconómicas, geográficas y geopolíticas, así como por aquellos factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar, mostró que las gestantes de 20 años o menos tuvieron 1,727 veces la prevalencia de embarazo no intencional en comparación a las gestantes de 35 años a más. Este resultado fue estadísticamente significativo (RPa: 1,727; IC95% 1,297 - 2,300; $p < 0,001$). Además, la prevalencia del embarazo no intencional en el grupo de gestantes con una paridad de 1 a 2 hijos fue 1,518 veces (RPa: 1,518; IC95% 1,273 - 1,811; $p < 0,001$), y en las gestantes con 3 o más hijos fue 2,257 veces (RPa: 2,257; IC95% 1,738 - 2,931; $p < 0,001$), en comparación con las nulíparas. Asimismo, se identificó que la prevalencia de embarazo no intencional en las gestantes casadas fue 68% menor (RPa: 0,320; IC95% 0,234 - 0,436; $p < 0,001$) y en las que convivían fue 48,3% menor (RPa: 0,517; IC95% 0,422 - 0,636; $p < 0,001$), en comparación con las gestantes solteras.

Por otro lado, en relación con los factores socioeconómicos, las gestantes que trabajaban tuvieron una prevalencia de embarazo no intencional 13,9% menor (RPa: 0,861; IC95% 0,750 - 0,988; $p 0,033$) en comparación con las que no trabajaban. Adicionalmente, las gestantes con un índice de riqueza muy rico presentaron una prevalencia de embarazo no intencional 32,6% menor (RPa: 0,674; IC95% 0,473 - 0,961; $p 0,029$) en comparación con aquellas con un índice de riqueza muy pobre.

En cuanto a los factores geográficos y geopolíticos, en la población de estudio, la prevalencia de embarazo no intencional fue 19,7% menor en las mujeres embarazadas que residían en la región natural de la Sierra en comparación con aquellas que residían en Lima Metropolitana (RPa: 0,803; IC95% 0,647 - 0,996; $p 0,045$).

Finalmente, respecto a los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar, después de ajustar todas las variables, se determinó que la prevalencia de embarazo no intencional en las mujeres embarazadas expuestas a

mensajes de planificación familiar en un periódico o revista se reducía en un 30,8% en comparación con aquellas que no estuvieron expuestas a dichos mensajes. Este resultado fue estadísticamente significativo (RPa: 0,692; IC95% 0,540 - 0,887; p 0,004).

Tabla 4. Análisis multivariado de factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

EMBARAZO NO INTENCIONAL			
VARIABLES	RPa	IC 95%	p valor
<u>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</u>			
EDAD			
≤ 20	1,727	1,297 - 2,300	<0,001
21-34	1,061	0,874 - 1,288	0,548
≥ 35	ref	ref	ref
PARIDAD			
0 (Nulípara)	ref	ref	ref
1-2	1,518	1,273 - 1,811	<0,001
≥ 3	2,257	1,738 - 2,931	<0,001
ESTADO CIVIL			
Soltera	ref	ref	ref
Casada	0,320	0,234 - 0,436	<0,001
Conviviente	0,517	0,422 - 0,636	<0,001
Divorciada/ Separada/Viuda	1,041	0,829 - 1,307	0,731
EDAD EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL			
≤ 18	ref	ref	ref
19-24	1,130	0,932 - 1,371	0,215
≥ 25	1,025	0,678 - 1,549	0,908
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			
1	ref	ref	ref
2	1,056	0,883 - 1,262	0,550
≥ 3	1,007	0,839 - 1,208	0,941
<u>FACTORES SOCIOECONÓMICOS</u>			
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
Sin educación - Primaria	ref	ref	ref
Secundaria	0,937	0,746 - 1,176	0,575
Superior	0,941	0,729 - 1,214	0,640
SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER			
No trabaja	ref	ref	ref
Sí trabaja	0,861	0,750 - 0,988	0,033

ÍNDICE DE RIQUEZA

Muy pobre	ref	ref	ref
Pobre	0,833	0,669 - 1,038	0,104
Medio	0,938	0,732 - 1,202	0,613
Rico	0,992	0,745 - 1,320	0,954
Muy rico	0,674	0,473 - 0,961	0,029

FACTORES GEOGRÁFICOS Y GEOPOLÍTICOS

REGIÓN NATURAL

Lima Metropolitana	ref	ref	ref
Resto de la costa	0,990	0,828 - 1,183	0,908
Sierra	0,803	0,647 - 0,996	0,045
Selva	0,852	0,675 - 1,076	0,179

LUGAR DE RESIDENCIA

Urbano	ref	ref	ref
Rural	0,954	0,780 - 1,165	0,642

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LA VISITÓ UN TRABAJADOR DE SALUD PARA INFORMARLE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	ref	ref	ref
Sí	0,760	0,527 - 1,094	0,139

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA TELEVISIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	ref	ref	ref
Sí	0,906	0,749 - 1,097	0,312

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA RADIO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	ref	ref	ref
Sí	0,885	0,707 - 1,108	0,287

EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN PERIÓDICO O REVISTA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

No	ref	ref	ref
Sí	0,692	0,540 - 0,887	0,004

RPa: Razón de Prevalencia ajustada

ref: Categoría referencial

Fuente: INEI 2022

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.2.1. PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ

El estudio actual reveló que, en Perú, la prevalencia de embarazos no intencionales fue notablemente alta, afectando a más de la mitad de las mujeres embarazadas (52,2%) en 2022. Esta cifra supera la prevalencia reportada a nivel mundial (48%), pero es inferior a la de Latinoamérica (63%).¹⁰ Además, la prevalencia en el presente estudio fue ligeramente superior a la reportada en 2020 por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de Perú, la cual fue del 52%.²

Asimismo, se registró una mayor prevalencia de embarazos no intencionales en Perú en comparación con las mujeres nigerianas en edad reproductiva avanzada (10,3%)¹⁷ y con las mujeres jóvenes en Etiopía (20,5%).¹⁶ Sin embargo, es importante señalar que la prevalencia en los países mencionados podría ser menor debido a que, en Etiopía, solo se incluyeron mujeres de 15 a 24 años,¹⁶ mientras que en Nigeria se consideraron mujeres de 35 a 49 años.¹⁷ En contraste, la muestra de este estudio incluyó mujeres de distintas edades reproductivas (de 12 a 49 años).

La prevalencia de embarazos no intencionales en Perú fue más alta que la observada en investigaciones realizadas en otros países y regiones, las cuales también incluyeron como muestra a mujeres embarazadas al momento de la entrevista, al igual que el presente estudio. Por ejemplo, en Zambia fue del 45,2%;¹⁹ en Etiopía, del 20,1% al 29,7%;^{4,20} en una clínica prenatal en Kenia, del 29,9%;²¹ y en la Zona de Gedeo (ubicada en el sur de Etiopía), del 36,6%.⁶ De manera similar, fue mayor que la prevalencia en seis países del sur de Asia, que fue del 19,1%,²³ incluyendo India (11,9%),²³ Pakistán (14,1%),²³ Nepal (26,8%),²³ Bangladesh (28,4%),²³ Afganistán (12,5%)²³ y Maldivas (20,6%).²³

Por otro lado, el porcentaje de embarazos no intencionales en Perú fue mayor que el reportado en estudios que incluyeron embarazos que culminaron en parto y aquellos ocurridos entre 3 y 5 años antes de la encuesta. Por ejemplo, en Gambia fue del 25,3%;⁵ en Bangladesh varió entre el 21% y el 35,8%;^{3,13} en Uganda, entre el 37% y el 44,5%;^{8,24} en la región del Este de África Subsahariana, del 38%;¹⁴ en Albania, del 14,4%;¹³ en Armenia, del 7,2%;¹³ en Azerbaiyán, del 9,1%;¹³ en Tayikistán, del 6,5%;¹³ en Ucrania, del 9,6%;¹³ en Camboya, del 17,4%;¹³ en Nepal, del 20,8%;¹³ en Indonesia, del 22,3%;¹³ y en Filipinas, del 53,6%.¹³ Además, en 61 países de ingresos bajos y medianos, la prevalencia fue del 26,46%,⁷ entre ellos Egipto (19,25%),⁷ Colombia (41,05%),⁷ Guyana (21,96%),⁷ Guatemala (24,85%),⁷ Haití (23,33%),⁷ Honduras (27,49%),⁷ República Dominicana (34,37%),⁷ etc.

Por el contrario, la prevalencia de embarazos no intencionales en el presente estudio fue menor que la reportada en clínicas prenatales en Nueva Bretaña Oriental (Papúa Nueva Guinea), con un 55%;²² en Bolivia, con un 61,71%;⁷ y que la reportada por Batyra y por Bellizzi et al., quienes, al considerar los embarazos ocurridos 5 años antes de la encuesta, determinaron que el porcentaje de embarazos no intencionales en Perú en 2012 varió entre el 57% y el 60,1%.^{11,15} Además, el porcentaje de embarazos no intencionales en 2022 fue menor que el reportado en el estudio realizado por Ticona et al., llevado a cabo en un hospital público del país, el cual mostró una prevalencia del 65%.²

Las disparidades en la prevalencia de los embarazos no intencionales entre países podrían atribuirse a las diferencias en el área de prestación de servicios de salud,⁸ en el acceso a estos servicios,⁶ incluida la accesibilidad a la salud reproductiva,⁸ y en la disponibilidad de planificación familiar. Adicionalmente, estas discrepancias entre países podrían estar influenciadas por variaciones en el tamaño muestral,⁶ en los periodos de análisis,^{6,8} en el lugar de ejecución de la investigación,⁶ así como por factores socioculturales^{6,8} y socioeconómicos entre los diferentes grupos poblacionales estudiados. También podría deberse a la diferencia en el entorno de estudio, ya que el presente estudio se realizó en una comunidad, a diferencia de algunos estudios previos que se llevaron a cabo en instalaciones de salud.⁶

Del mismo modo, en contraste con esta investigación, que se centró en mujeres embarazadas en el momento de la encuesta, algunos estudios anteriores examinaron los embarazos que ya habían culminado en parto,⁵ así como aquellos ocurridos entre 3 y 5 años antes de la encuesta.^{3,7,8,11,13-17,24} Esta diferencia metodológica podría haber llevado a una subestimación de la prevalencia de embarazos no intencionales, ya que algunas mujeres podrían haber optado por no informar que su hijo ya nacido no fue planeado.¹³ Además, al estudiar los embarazos anteriores en lugar de solo el actual, existe una mayor probabilidad de sesgo de recuerdo^{3,12,25} y de que la percepción de las mujeres sobre el embarazo (si era intencional o no) haya cambiado después del parto. Asimismo, estos estudios recopilaron información únicamente de las mujeres que dieron a luz, excluyendo a aquellas cuyos embarazos fueron interrumpidos, la mayoría de los cuales probablemente ocurrieron debido a que no eran intencionales. Por todo lo anterior, es posible que muchos estudios hayan subestimado la cantidad de embarazos no intencionales, lo que podría explicar por qué la prevalencia en Perú resultó ser considerablemente mayor en comparación con otros estudios y países.

Asimismo, la alta prevalencia de embarazos no intencionales en el país podría reflejar una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, que son fundamentales para prevenir estos embarazos. Asimismo, esta alta prevalencia en Perú podría deberse al bajo uso de métodos anticonceptivos altamente eficaces entre las mujeres peruanas, empleados por apenas el 29,9%,²⁷ y de métodos anticonceptivos modernos, utilizados por solo el 39,3%.²⁶ Además, los obstáculos para acceder a la atención médica y los problemas relacionados con el uso de anticonceptivos también contribuyen a este problema.²⁷

El ligero aumento en la prevalencia de embarazos no intencionales en Perú en 2022, en lugar de la esperada reducción con respecto a 2020, junto con su alta frecuencia en comparación con otros países o regiones, es sumamente preocupante. Como se ha mencionado anteriormente, el embarazo no intencional puede tener graves consecuencias para la madre,^{1,2,4-6,11,12,16} el padre,^{1,4} la familia,^{4,6} el recién nacido^{1,2,5} e incluso para el niño y joven que resultan de

dicho embarazo.^{1,6,9,17} Asimismo, la literatura indica que alrededor de la mitad de las mujeres con embarazos no intencionales eligen someterse a un aborto.¹³ En el caso de Perú, donde el aborto está restringido, muchas de estas mujeres podrían enfrentar riesgos al buscar un aborto clandestino e inseguro. Aunque los programas de planificación familiar en Perú tienen como objetivo alcanzar a toda la población,^{26,27} pareciera que no están logrando hacerlo de manera efectiva, como lo demuestra la alta prevalencia de embarazos no intencionales entre las mujeres peruanas.

5.2.2. FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL

5.2.2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En lo que respecta a los factores asociados al embarazo no intencional, tras realizar el análisis multivariado y ajustar todas las variables, se evidenció que las mujeres de 20 años o menos tenían una mayor prevalencia de embarazos no intencionales en comparación con las mujeres mayores de 34 años. Este hallazgo coincide con los resultados de varios estudios, como el de Molla et al., que encontró que las mujeres embarazadas menores de 20 años tenían una mayor probabilidad de tener un embarazo no intencional en comparación con las mayores de 34 años.⁶ Asimismo, en el estudio de Sarder et al., se observó que las mujeres de 15 a 19 años tenían más probabilidades de experimentar embarazos no intencionales en contraste con mujeres de otros grupos de edad.²³ Igualmente, la investigación realizada por Ojuok et al., evidenció que las mujeres menores de 25 años tenían una mayor probabilidad de reportar su embarazo como no intencional en comparación con aquellas de 35 años a más.²¹ Del mismo modo, en el estudio realizado por Kebede et al., con una muestra de mujeres de 15 a 24 años en Etiopía, se encontró que las posibilidades de embarazo no intencional eran más bajas entre las jóvenes de 20 a 24 años en contraste con las mujeres de 15 a 19 años.¹⁶ Por último, en el estudio de Wasswa et al., realizado en Uganda, se encontró que las mujeres de mayor edad (25-49 años) tenían una menor

probabilidad de experimentar embarazos no intencionados en comparación con las mujeres más jóvenes (≤ 24).²⁴

Este fenómeno puede atribuirse a que las mujeres jóvenes suelen experimentar un mayor deseo sexual⁶ y tienen relaciones sexuales con mayor frecuencia en comparación con las mujeres de mayor edad.^{8,21,23} Esta mayor actividad sexual podría incrementar el riesgo de embarazos no intencionales, ya que las mujeres podrían tener relaciones sexuales por placer en lugar de con la intención de concebir. Adicionalmente, la mayor probabilidad de embarazos no intencionales en mujeres de menor edad también podría explicarse por su mayor capacidad reproductiva^{8,24} y por la vergüenza que sienten al buscar orientación sobre planificación familiar de familiares, organizaciones de atención familiar²³ y personal de salud.²⁴ Además, estas mujeres, pueden rechazar e incluso temer discutir abiertamente sobre métodos anticonceptivos con sus parejas.²⁴ También es importante considerar que las mujeres jóvenes tienden a utilizar menos los métodos anticonceptivos,²¹ presentan una tasa de fracaso anticonceptivo más alta que las mujeres mayores^{8,21,23} y suelen estar menos informadas sobre su uso correcto.^{8,23} Por último, otra posible razón para esta asociación podría ser los obstáculos que encuentran las mujeres jóvenes para acceder a los servicios de planificación familiar, debido a su falta de autonomía y al estigma.⁸

Por el contrario, los resultados de este estudio, que muestran una mayor prevalencia de embarazos no intencionales en mujeres jóvenes, contrastan con los hallazgos del estudio realizado por Sikaluzwe et al. en Zambia, donde se observó que las mujeres de 15 a 34 años de edad tenían menos probabilidades de experimentar un embarazo no intencional en comparación con aquellas de 35 a 49 años de edad.¹⁹ De manera similar, la investigación de Barrow et al. realizada en Gambia reveló que las mujeres de 30 a 34 años tenían menos posibilidades de tener un embarazo no intencional en comparación con las mujeres de 15 a 19 años.⁵ Estas discrepancias podrían explicarse por las diferencias en la ubicación geográfica, así como en las costumbres culturales y religiosas de cada país, como el matrimonio a una edad temprana, la presión para tener hijos en la juventud o la autoridad de la pareja sobre el número de hijos a tener.⁶ Además, las variaciones entre estos

países también podrían deberse a las diferencias en el periodo en el que se realizaron las encuestas y en los instrumentos utilizados. La investigación en Zambia incluyó datos de la ENDES desde 2001 hasta 2018,¹⁹ mientras que en Gambia se usó la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados de 2018,⁵ y el presente estudio se basó en la ENDES peruana del 2022.

Por otro lado, en cuanto a los factores sociodemográficos, la paridad también demostró estar significativamente asociada con el embarazo no intencional. Se observó que las gestantes con uno a dos hijos, así como aquellas con tres hijos a más, tenían una menor prevalencia de embarazo no intencional en comparación con las gestantes nulíparas. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas. Por ejemplo, Khan et al. en su estudio realizado en Bangladesh, encontraron que el riesgo de embarazo no deseado, el cual es un tipo de embarazo no intencional, era mayor entre las mujeres con uno o dos hijos, y aún más alto en aquellas con más de dos hijos, en comparación con las mujeres sin hijos.³

De manera similar, la investigación de Muluneh et al, que analizó seis Encuestas Demográficas y de Salud familiar de África Subsahariana, reportó mayores posibilidades de embarazo no planificado en las mujeres con más de cinco hijos vivos.¹⁴ Además, el estudio realizado por Väisänen y Batyra, que revisó 12 ENDES de países con ingresos económicos medios y bajos, mostró que en la mayoría de los países (Albania, Azerbaiyán, Tayikistán, Camboya, Indonesia, Bolivia), las mujeres con tres o más hijos tenían una mayor probabilidad de informar un embarazo no intencional en comparación con aquellas con familias más pequeñas.¹³

En la misma línea, Zeleke et al., en su investigación basada en mujeres embarazadas entrevistadas según la ENDES en Etiopía, reportaron que las mujeres con uno a cuatro hijos, así como las que tenían cinco hijos o más, tenían una probabilidad significativamente mayor de experimentar un embarazo no intencional en comparación con las mujeres sin hijos.⁴ De forma análoga, tanto Oni et al.¹⁷ como Barrow et al.⁵ encontraron que a medida que aumentaba el número de hijos vivos (ya sea entre mujeres con

tres o cuatro hijos o con cinco o más), también crecía la posibilidad de experimentar embarazos no intencionales en mujeres nigerianas de edad avanzada y en mujeres de Gambia, en comparación con aquellas con uno o dos hijos.^{5,17}

En un contexto similar, la investigación de Peach et al., realizada en clínicas prenatales de Nueva Bretaña Oriental (Papúa Nueva Guinea), mostró que la probabilidad de considerar el embarazo actual como no intencional aumentaba con cada embarazo adicional.²² Asimismo, Wasswa et al. encontraron que un mayor número de hijos se asociaba significativamente con la probabilidad de tener un embarazo no intencional.²⁴ Del mismo modo, Wobse y Gashaw determinaron que las mujeres con uno a tres hijos vivos, así como las que tenían cuatro o más, tenían una mayor probabilidad de tener hijos no planificados en comparación con las mujeres nulíparas en Etiopía.²⁰ De manera similar, el estudio de Sarder et al., evidenció que las mujeres sin hijos y aquellas con uno o dos hijos tenían una menor probabilidad de reportar su embarazo como no intencional, en contraste con aquellas que tenían al menos tres hijos, confirmando así la mayor prevalencia de embarazos no intencionales entre las mujeres con un mayor número de hijos.²³

La razón por la cual las mujeres con mayor paridad presentan una mayor prevalencia de embarazos no intencionales podría estar relacionada con variaciones en los reportes.⁴ Las mujeres que esperan su primer hijo podrían considerar el embarazo como intencional y reportarlo así, mientras que aquellas con varios hijos podrían informar con mayor precisión si el embarazo fue intencional o no.⁴ Otra posible explicación es que las mujeres con varios hijos vivos podrían considerar cualquier embarazo adicional como no intencional o no deseado, dado que podrían sentir que han alcanzado su número ideal de hijos.⁵

En contraste, respecto a la paridad, los resultados de este estudio mostraron discrepancias con los hallazgos presentados de Väisänen y Batyra.¹³ Aunque ellos observaron una mayor probabilidad de reportar un embarazo no

intencional en mujeres con más de tres hijos en seis países, en dos países (Armenia y Filipinas) se encontró lo contrario.¹³ En estos dos países, las mujeres con familias más numerosas (tres hijos o más) tenían una menor probabilidad de reportar un embarazo no intencional en comparación con aquellas que tenían uno o dos hijos.¹³ Esta discrepancia en los resultados podría atribuirse a las diferencias culturales entre los países.¹³

Por otra parte, respecto a los factores sociodemográficos, también se encontró una asociación significativa con el estado civil. La prevalencia de embarazo no intencional fue menor entre las mujeres que convivían y aún más baja entre las casadas, en comparación con las solteras. Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos por Wobse y Gashaw, quienes determinaron que las mujeres casadas embarazadas al momento de la entrevista en Etiopía tenían menos probabilidades de experimentar un embarazo no intencional que las solteras.²⁰ Sin embargo, es importante señalar que no se puede realizar una comparación directa con respecto a las mujeres convivientes, ya que Wobse y Gashaw clasificaron el estado civil en casadas o no casadas, mientras que en este estudio se categorizó a las mujeres como solteras, casadas, convivientes, divorciadas/separadas/viudas. Por otro lado, a diferencia de este estudio, que utilizó a las mujeres solteras como referencia, investigaciones anteriores, como las de Barrow et al.,⁵ Väisänen y Batyra,¹³ Peach et al.²² y Kebede et al.,¹⁶ optaron por utilizar a las mujeres casadas o convivientes como punto de referencia. No obstante, es importante destacar que estos cuatro estudios también presentan diferencias en la selección de su muestra y en la categorización de los otros grupos del estado civil. A pesar de las diferencias, los resultados de estos cuatro estudios y el presente son consistentes. Por ejemplo, Barrow et al. encontraron que las mujeres solteras que habían dado a luz recientemente en Gambia tenían más probabilidades de experimentar un embarazo no intencional que aquellas casadas o en unión.⁵ De manera similar, Väisänen y Batyra encontraron una mayor probabilidad de embarazos no intencionales entre las mujeres sin pareja en comparación con aquellas casadas o convivientes en Armenia, Azerbaiyán, Ucrania, Bangladesh, Indonesia, Filipinas, Bolivia y Colombia.¹³ Igualmente, Peach et al. observaron que las

mujeres solteras, separadas o divorciadas que asistieron a clínicas prenatales en Nueva Bretaña Oriental (Papúa Nueva Guinea) tenían una mayor probabilidad de experimentar un embarazo no intencional en comparación con las casadas o convivientes.²² Asimismo, Kebede et al. identificaron un mayor riesgo en las mujeres jóvenes de Etiopía que nunca se habían casado en comparación con las casadas.¹⁶

Los motivos por los cuales estar casada o conviviendo se asocian con una menor prevalencia de embarazos no intencionales pueden ser diversos. En primer lugar, esto podría estar relacionado con normas culturales y estigmas sociales,¹³ dado que se espera que las mujeres estén casadas o conviviendo antes de concebir un hijo. En segundo lugar, es probable que las mujeres casadas o que conviven tengan una planificación familiar más efectiva que las mujeres solteras, lo cual podría deberse a una mejor comunicación con sus parejas sobre los métodos anticonceptivos y el momento en que desean o planean tener hijos. En tercer lugar, esta menor prevalencia podría atribuirse a que las mujeres casadas o convivientes en Perú tienen más probabilidades de usar métodos anticonceptivos altamente eficaces, cuyo uso reduciría considerablemente el riesgo de tener un embarazo no planeado.²⁷ Esto posiblemente se deba a un mayor apoyo por parte de sus parejas, lo que les facilitaría el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y por ende, a los métodos anticonceptivos adecuados. En cuarto lugar, está asociación podría deberse a que las mujeres casadas suelen tener relaciones sexuales de manera voluntaria, lo que podría hacer que perciban su embarazo como planeado o intencional.²⁰

Por otra parte, en el presente estudio se evidencia que, si bien tanto las mujeres casadas como las convivientes tenían una menor probabilidad de experimentar embarazos no intencionales, las mujeres casadas presentaban una prevalencia aún menor. Esto podría deberse a que las mujeres casadas, al contar con una mayor estabilidad en su relación en comparación con las convivientes, pueden sentirse más seguras respecto a su unión conyugal y a la estabilidad del hogar proporcionada por el matrimonio, lo que podría reducir la probabilidad de que perciban su embarazo como no intencional.

5.2.2.2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

En cuanto a los factores socioeconómicos, se encontró que las mujeres que trabajaban tenían una menor prevalencia de embarazo no intencional en comparación con aquellas que no trabajaban. Sin embargo, los hallazgos de este estudio sobre la situación laboral difieren de los reportados por Kebede et al.,¹⁶ Aragaw et al.,⁷ Asrat et al.,⁸ y Wobse y Gashaw.²⁰ Estos autores observaron que, en comparación con las mujeres desempleadas, las mujeres que sí trabajaban tenían mayores probabilidades de experimentar embarazos no intencionales en diversos contextos: entre mujeres jóvenes de Etiopía,¹⁶ mujeres en edad fértil en países de ingresos bajos y medianos,⁷ mujeres de Uganda, y mujeres embarazadas entrevistadas en Etiopía,²⁰ respectivamente. Esta discrepancia en los resultados podría deberse a las diferencias socioculturales o socioeconómicas entre las poblaciones estudiadas en investigaciones previas, en contraste con el presente estudio, que se centró en una muestra nacional. Por lo tanto, es probable que los factores asociados con el embarazo no intencional varíen según el contexto específico de cada país, lo que podría explicar las diferencias observadas en relación con la situación laboral de las mujeres.

La menor prevalencia de embarazos no intencionales entre las mujeres que trabajaban podría estar relacionada con el mayor grado de autonomía que suelen tener para tomar decisiones relacionadas con su salud. Esta autonomía les permitiría desempeñar un papel importante en la planificación de su embarazo, decidir el número de hijos que desean tener y elegir el método anticonceptivo que prefieren, evitando que estas decisiones recaigan únicamente de la pareja. Esto concuerda con la literatura existente, que ha demostrado que la autonomía de las mujeres se asocia con el uso de métodos anticonceptivos,²⁷ y que tener control sobre esta elección se asocia con una menor probabilidad de experimentar embarazos no intencionales.⁶ Además, concuerda con una investigación realizada en Uganda, que identificó que las

mujeres que decidían usar anticonceptivos de manera independiente tenían una menor probabilidad de experimentar embarazos no intencionales en comparación con aquellas cuya decisión fue tomada conjuntamente con sus esposos o únicamente por ellos.⁸ Por otro lado, la menor prevalencia de embarazo no intencional entre las mujeres que trabajan también podría deberse a que, al generar sus propios ingresos, estas mujeres suelen tener un mayor grado de independencia económica. Esto podría llevarlas a buscar servicios de salud sexual y reproductiva por sí mismas y a costear sus métodos anticonceptivos sin depender de su pareja. Esta idea concuerda con un estudio previo realizado en África Subsahariana, que encontró que las mujeres con dificultades económicas para acceder a la atención médica tenían un mayor riesgo de experimentar un embarazo no intencional.¹⁴

Otro factor socioeconómico que mostró una asociación significativa con el embarazo no intencional fue el índice de riqueza. Se determinó que las mujeres peruanas que pertenecían al índice de riqueza “muy rico” presentaban una menor prevalencia de embarazo no intencional en comparación con aquellas con un índice de riqueza “muy pobre”. Esto concuerda con investigaciones previas, como la de Khan et al., quienes encontraron que las mujeres del quintil de riqueza más tenían un menor riesgo de embarazo no deseado (un tipo de embarazo no intencional) en comparación con aquellas del quintil de riqueza medio.³ Además, coincide con la investigación llevada a cabo por Wasswa et al., quienes determinaron que las mujeres casadas en Uganda que vivían en hogares ricos tenían un menor riesgo de experimentar un embarazo no intencional en comparación con aquellas de hogares pobres.²⁴ Igualmente, Asrat et al., encontraron que las mujeres de Uganda que habían tenido al menos un embarazo en los cinco años previos a la encuesta y gozaban de una situación económica catalogada como rica mostraban menos probabilidades de embarazos no intencionales en comparación con aquellas en una situación económica pobre.⁸ De manera similar, el estudio realizado por Sarder et al. encontró que las mujeres con bajos ingresos, clasificadas como pobres o muy pobres, tenían una mayor probabilidad de experimentar embarazos no intencionales en comparación con aquellas en el grupo de mayores ingresos (muy ricas).²³

Una posible explicación podría ser que las mujeres pertenecientes a hogares más acomodados probablemente estén mejor informadas sobre los métodos disponibles para controlar su fertilidad y tengan mayor facilidad para acceder a los servicios de planificación familiar, lo que les permitiría tener el número de hijos que desean.^{8,24} Además, estas mujeres también podrían tener acceso a una gama más amplia de métodos anticonceptivos,⁸ lo que contribuiría a prevenir embarazos no intencionales. Asimismo, otra razón podría ser que las mujeres peruanas pertenecientes a un índice de riqueza más rico tienden a utilizar métodos anticonceptivos modernos en mayor medida,²⁶ los cuales son más efectivos para prevenir embarazos no intencionales en comparación con los métodos tradicionales.

5.2.2.3. FACTORES GEOGRÁFICOS Y GEOPOLÍTICOS

En relación con los factores geográficos y geopolíticos, se identificó una menor prevalencia de embarazos no intencionales en las gestantes que residían en la región natural de la Sierra en comparación con aquellas que vivían en Lima Metropolitana. Aunque no se encontraron estudios que hayan evaluado la asociación entre la región natural y el embarazo no intencional en el Perú, hay evidencia de que la región natural y el uso de métodos anticonceptivos altamente eficaces y modernos en Perú están relacionados.

Soriano-Moreno et al. identificaron que residir en la Sierra disminuía la probabilidad de usar métodos anticonceptivos altamente eficaces en comparación con residir en Lima Metropolitana.²⁷ De manera similar, Díaz-Alvites et al. encontraron en su estudio que las mujeres que residían en la Sierra tenían menores probabilidades de usar métodos anticonceptivos modernos en comparación con las que vivían en Lima Metropolitana.²⁶ Esto contrasta con los resultados de este estudio, ya que el bajo uso de métodos anticonceptivos altamente eficaces o modernos en la Sierra debería estar asociado con una mayor prevalencia de embarazos no intencionales, en lugar

de con una reducción, como se observa en este estudio. Esto podría deberse a que el estudio realizado por Soriano-Moreno et al. utilizó datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2017,²⁷ mientras que Díaz-Alvites y colaboradores emplearon datos de la ENDES de 2019,²⁶ y el presente estudio utilizó datos de la ENDES de 2022.

En los últimos años, especialmente en la Sierra, es posible que los programas de planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos hayan mejorado. Estos programas, descritos en la literatura como orientados hacia un enfoque intercultural, integral, con igualdad de género e inclusivos socialmente,^{26,27} parecen estar dando buenos resultados. Además, es probable que el acceso restringido a la planificación familiar, debido a las disparidades geográficas y lingüísticas que anteriormente posicionaban al Perú como líder en el uso de métodos anticonceptivos tradicionales en América Latina,²⁶ haya disminuido. Por otro lado, estas discrepancias también podrían deberse a que la centralización, que ha sido un problema en el Perú,²⁶ y la fragmentación del sistema de salud peruano²⁶ se hayan reducido, logrando una descentralización más eficaz.

Adicionalmente, es posible que la pobreza, que suele ser más alta en la Sierra²⁷ y se asocia con una menor probabilidad de usar métodos anticonceptivos altamente eficaces, junto con el acceso limitado a los servicios de atención médica, particularmente para las mujeres que residen en zonas rurales,²⁷ hayan mejorado. Asimismo, aunque Lima Metropolitana cuenta con una mayor concentración de centros de salud y médicos por persona,²⁶ es probable que en la Sierra existan programas de salud sexual y reproductiva más eficientes y personalizados, debido a la menor afluencia de pacientes en comparación con la capital.

Finalmente, otra razón podría ser que, a diferencia de la Sierra, Lima Metropolitana, al ser la capital del Perú, ofrece una vida social más activa, lo que podría predisponer a las mujeres que viven allí a tener mayores probabilidades de experimentar embarazos no intencionales. Esto podría

reflejarse en una menor prevalencia de embarazos no intencionales en la Sierra en comparación con Lima Metropolitana.

5.2.2.4. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para finalizar, el único factor relacionado con el conocimiento en planificación familiar que mostró una asociación significativa con el embarazo no intencional fue la exposición a mensajes de planificación familiar en un periódico o revista en los últimos 12 meses. Se identificó una menor prevalencia de embarazo no intencional en las mujeres expuestas a estos mensajes en comparación con aquellas que no estuvieron expuestas. En comparación con otros estudios, Sikaluzwe y colaboradores analizaron la exposición a mensajes de planificación familiar sin especificar si estos fueron difundidos a través de radio, televisión, periódico, revista o una combinación de estos medios, y no encontraron una asociación estadísticamente significativa.¹⁹

Por otro lado, algunos autores investigaron la exposición a los medios de comunicación como posible factor asociado al embarazo no intencional, pero lo hicieron de manera general, sin centrarse específicamente en mensajes de planificación familiar. Estas investigaciones fueron realizadas por Barrow et al.,⁵ Kebede et al.,¹⁶ Oni et al.,¹⁷ Sikaluzwe et al.¹⁹ y Aragaw et al.,⁷ de los cuales solo Sikaluzwe et al. y Aragaw et al. encontraron una asociación. En el estudio de Sikaluzwe et al., se identificó que las mujeres que veían televisión con regularidad, es decir, que estaban expuestas a este medio, tenían un menor riesgo de experimentar un embarazo no intencional.¹⁹ Aunque estos autores encontraron una asociación con la exposición a un medio de comunicación (televisión), no observaron una asociación significativa con la exposición a periódicos o revistas, a diferencia de lo que se identificó en este estudio. Asimismo, Aragaw y sus colaboradores

determinaron que las mujeres expuestas a los medios de comunicación tenían mayores probabilidades de experimentar un embarazo no intencional en comparación con las no expuestas.⁷ Sin embargo, al considerar conjuntamente la exposición a radio, televisión, periódicos y revistas como una sola variable, y al no centrarse exclusivamente en la exposición a mensajes de planificación familiar, sus resultados no se pueden comparar directamente con los de la presente investigación.

El motivo por el cual las mujeres expuestas a mensajes de planificación familiar en periódicos o revistas tenían una menor prevalencia de embarazo no intencional podría estar relacionado con el papel que estos mensajes desempeñan en la promoción de la planificación familiar. Estos mensajes podrían hacer que las mujeres estén mejor informadas sobre los métodos anticonceptivos disponibles y cómo acceder a ellos. Esto se alinea con la literatura, que indica que los medios de comunicación se han utilizado comúnmente en diferentes países como estrategia para promocionar la planificación familiar y educar a las personas sobre sus beneficios.²⁸ De manera similar, se menciona que la difusión constante de mensajes a través de los medios de comunicación masivos promueve cambios positivos y comportamientos saludables al educar a los jóvenes sobre las ventajas de utilizar los servicios de salud reproductiva y los anticonceptivos, especialmente los modernos.²⁸ Además, estos proporcionan información a las personas sobre el horario y la disponibilidad de los centros de salud públicos que ofrecen atención gratuita.²⁸ Asimismo, en Perú, los programas de planificación familiar tienen como objetivo alcanzar a todas las personas mediante enfoques que promueven la igualdad de género, la integralidad, la inclusión social y la interculturalidad.^{26,27} Para alcanzar este objetivo, se implementan diversas estrategias, como visitas informativas sobre planificación familiar y la comunicación de información a través de distintos canales.²⁷

Además, es importante destacar que se encontró que, en general, las gestantes que recibieron visitas de un trabajador de salud para obtener información sobre planificación familiar, así como aquellas expuestas a

mensajes sobre el tema en televisión, radio, periódicos o revistas, mostraron una menor prevalencia de embarazo no intencional, en comparación con las que no recibieron visitas ni estuvieron expuestas a estos mensajes. Aunque solo se encontró una asociación estadísticamente significativa en las gestantes expuestas a mensajes de planificación familiar en periódicos o revistas, es importante destacar que, en las mujeres embarazadas que recibieron la visita de un trabajador de salud para informarles sobre planificación familiar, el RPa fue de 0,760; en las que estuvieron expuestas a mensajes de planificación familiar en la televisión, el RPa fue de 0,906; y en las que accedieron a estos mensajes a través de la radio, el RPa fue de 0,885. Por lo tanto, si se hubiera utilizado una muestra mayor que incluyera datos de otros años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), es probable que el intervalo de confianza hubiera sido más estrecho y el valor de p se hubiera reducido. Esto sugiere que los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar estudiados en esta investigación podrían contribuir a la reducción de la incidencia de embarazos no intencionales en Perú.

En otro aspecto, la razón por la cual se encontró una asociación significativa con la exposición a mensajes de planificación familiar en periódicos o revistas, y no en otros medios como la televisión y la radio, podría deberse a que, al leer, las personas tienden a concentrarse más y a procesar la información de manera más efectiva en comparación con solo ver o escuchar los mensajes.

5.2.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La principal limitación del presente estudio es que, al tratarse de un análisis de datos secundarios, no permite analizar otros factores mencionados en investigaciones previas, que podrían estar asociados con el embarazo no intencional. Esto se debe a que el objetivo de la ENDES 2022 no fue identificar estos factores.

Por otro lado, una limitación importante del presente estudio radica en el diseño transversal de la investigación, lo que dificulta establecer una secuencia temporal entre los factores asociados y el embarazo no intencional. Por ende, los resultados presentados en este estudio son únicamente correlacionales y no permiten establecer una relación causal.

Adicionalmente, dado que los datos de la encuesta fueron autoinformados, podría surgir el problema de sesgo de memoria y la influencia de la deseabilidad social. Sin embargo, en esta investigación, la probabilidad de sesgo de memoria es mínima, ya que solo se estudió el embarazo actual y no los anteriores.

Asimismo, otra posible limitación, reconocida en una investigación previa, es que las preguntas sobre la intención del embarazo podrían proporcionar respuestas más exactas y claras al inicio del mismo, en comparación con las realizadas en la última etapa del embarazo.²⁴ Lamentablemente, esto no puede ser reflejado en los resultados ni analizado, ya que la ENDES 2022 del Perú no preguntó en qué mes del embarazo se encontraba la gestante.

A pesar de las limitaciones mencionadas, esta investigación sigue siendo relevante para comprender el embarazo no intencional en el Perú y sus principales factores asociados. Además, los resultados podrían proporcionar una base sólida para la elaboración y mejora de políticas de salud pública destinadas a reducir la incidencia del embarazo no intencional en el país y sus complicaciones asociadas.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Existen factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.
- La prevalencia del embarazo no intencional en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, fue alta, alcanzando el 52,2%.
- Los factores sociodemográficos asociados al embarazo no intencional en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, fueron la edad, la paridad y el estado civil.
- Los factores socioeconómicos asociados al embarazo no intencional en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, fueron la situación laboral actual de la mujer y el índice de riqueza.
- El factor geográfico y geopolítico asociado al embarazo no intencional en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, fue la región natural.
- El factor relacionado con el conocimiento en planificación familiar asociado al embarazo no intencional en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, fue la exposición a mensajes de planificación familiar en un periódico o revista en los últimos 12 meses.

6.2. RECOMENDACIONES

- Es fundamental considerar los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú, identificados en esta investigación a partir de la Encuesta Demográfica y

de Salud Familiar (ENDES) 2022, al establecer políticas y programas destinados a reducir la incidencia de embarazos no intencionales en el Perú.

- Establecer un programa de planificación familiar a nivel nacional que proporcione métodos anticonceptivos de manera gratuita o a bajo costo, junto con educación sobre su correcta utilización y asesoramiento para elegir el método que mejor se adapte a cada persona.
- Brindar información y asesoramiento sobre planificación familiar a todas las mujeres, con especial énfasis en aquellas que tienen más de un hijo, las menores de 21 años, las solteras, las desempleadas, las pertenecientes al índice de riqueza “muy pobre” y las residentes en Lima Metropolitana.
- Proporcionar educación sobre salud sexual y reproductiva, así como sobre planificación familiar, de acuerdo a la edad, en instituciones educativas (colegios, institutos y universidades), priorizando a las mujeres menores de 21 años.
- Brindar orientación e información sobre métodos anticonceptivos tanto antes como después del parto, priorizando a las mujeres que ya tienen tres o más hijos, aunque también a aquellas con uno o dos. Aprovechar ambos momentos, antes y después del parto, para ofrecerles consejería en planificación familiar y darles a conocer la amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles.
- Fortalecer la difusión de mensajes de planificación familiar a través de todos los medios de comunicación, pero sobre todo en periódicos o revistas, e incluso considerar aumentar estas iniciativas para reducir la incidencia de embarazos no intencionales entre las mujeres peruanas.
- Incrementar las visitas del personal de salud a las comunidades para brindar información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos.

- Este estudio sugiere algunas direcciones para investigaciones futuras en este ámbito. Se recomienda realizar un estudio longitudinal para explorar la relación causal de los factores asociados al embarazo no intencional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enthoven CA, El Marroun H, Koopman-Verhoeff ME, Jansen W, Lambregtse-van den Berg MP, Sondejker F, et al. Clustering of characteristics associated with unplanned pregnancies: the generation R study. *BMC Public Health*. 24 de octubre de 2022;22(1):1957.
2. Ticona DM, Huanco D, Ticona-Rendón MB. Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru. *Int Health*. 21 de marzo de 2023;ihad018.
3. Khan MN, Harris ML, Huda MN, Loxton D. A population-level data linkage study to explore the association between health facility level factors and unintended pregnancy in Bangladesh. *Sci Rep*. 7 de septiembre de 2022;12(1):15165.
4. Zeleke LB, Alemu AA, Kassahun EA, Aynalem BY, Hassen HY, Kassa GM. Individual and community level factors associated with unintended pregnancy among pregnant women in Ethiopia. *Sci Rep*. 16 de junio de 2021;11(1):12699.
5. Barrow A, Jobe A, Barrow S, Touray E, Ekholuenetale M. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in The Gambia: findings from 2018 population-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 6 de enero de 2022;22(1):17.
6. Molla W, Hailemariam S, Mengistu N, Madoro D, Bayisa Y, Tilahun R, et al. Unintended pregnancy and associated factors during COVID-19 pandemic in Ethiopia: Community-based cross-sectional study. *Womens Health (Lond)*. 16 de agosto de 2022;18:17455057221118170.
7. Aragaw FM, Amare T, Teklu RE, Tegegne BA, Alem AZ. Magnitude of unintended pregnancy and its determinants among childbearing age women in low and middle-income countries: evidence from 61 low and middle income countries. *Front Reprod Health*. 2023;5:1113926.
8. Asrat D, Copas A, Olubukola A. Exploring the association between unintended pregnancies and unmet contraceptive needs among Ugandan women of reproductive

- age: an analysis of the 2016 Uganda demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 de febrero de 2024;24(1):117.
9. Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. *Social Science & Medicine*. 1 de abril de 2002;54(7):1065-79.
 10. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*. 1 de septiembre de 2020;8(9):e1152-61.
 11. Batyra E. Contraceptive Use Behavior Change After an Unintended Birth in Colombia and Peru. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 3 de marzo de 2020;46:9-19.
 12. Tareke AA, Enyew EB, Dubale AT, Shimie AW, Kasaye MD, Eshetu HB. Determinants of change in unintended pregnancy in Ethiopia using the 2005 and 2016 EDHS: non-linear multivariable decomposition analysis. *Arch Public Health*. 10 de noviembre de 2022;80(1):232.
 13. Väisänen H, Batyra E. Unintended pregnancy resolution among parous women in twelve low- and middle-income countries. *J Biosoc Sci*. julio de 2022;54(4):698-724.
 14. Muluneh MD, Francis L, Agho K, Stulz V. The Relationship Between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy: Eastern Sub Saharan African Countries' Analysis of Demographic and Health Surveys. *J Interpers Violence*. 1 de abril de 2023;38(7-8):5375-403.
 15. Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. enero de 2020;101(1):26-33.
 16. Kebede SA, Tusa BS, Weldesenbet AB. Spatial distribution, prevalence, and determinants of unintended pregnancy among youth (15-24) in Ethiopia: Further analysis of Ethiopia Demographic and Health Survey. *SAGE Open Med*. 2021;9:20503121211059963.

17. Oni TO, Ilesanmi BB, Yinusa RA, Oyeleye OJ, Oluwatope OB, Solanke BL. Individual and community factors associated with unintended pregnancies among women of advanced reproductive age in Nigeria. *Women Health*. agosto de 2021;61(7):700-12.
18. Mendez-Guerra C, Al-Kassab-Córdova A, Cornejo-Venegas G, Quevedo-Ramirez A, Alva K, Napanga-Saldaña E. Factors associated with unwanted additional fertility: secondary analysis of a national survey in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(4):645-53.
19. Sikaluzwe M, Phiri M, Lemba M, Shasha L, Muhanga M. Trends in prevalence and factors associated with unintended pregnancies in Zambia (2001-2018). *BMC Pregnancy Childbirth*. 21 de febrero de 2024;24(1):148.
20. Wobse BA, Gashaw TA. Multilevel modeling of unintended current pregnancy: In the case of Ethiopian Demographic and Health Survey, 2016. *Digit Health*. 2023;9:20552076231173306.
21. Ojuok R, Nyamongo DD, Mutai DJ. Determinants of unintended pregnancy among women attending antenatal clinic at Kenyatta National Hospital. *F1000Res*. 2022;11:585.
22. Peach E, Morgan C, Scoullar MJL, Fowkes FJI, Kennedy E, Melepie P, et al. Risk factors and knowledge associated with high unintended pregnancy rates and low family planning use among pregnant women in Papua New Guinea. *Sci Rep*. 13 de enero de 2021;11(1):1222.
23. Sarder A, Islam SMS, Maniruzzaman null, Talukder A, Ahammed B. Prevalence of unintended pregnancy and its associated factors: Evidence from six south Asian countries. *PLoS One*. 2021;16(2):e0245923.
24. Wasswa R, Kabagenyi A, Atuhaire L. Determinants of unintended pregnancies among currently married women in Uganda. *J Health Popul Nutr*. 7 de diciembre de 2020;39(1):15.

25. Okoli CI, Hajizadeh M, Rahman MM, Velayutham E, Khanam R. Socioeconomic inequalities in teenage pregnancy in Nigeria: evidence from Demographic Health Survey. *BMC Public Health*. 12 de septiembre de 2022;22(1):1729.
26. Díaz-Alvites AL, Yrala-Castillo G, Al-kassab-Córdova A, Munayco CV. Associated factors, inequalities, and spatial distribution of the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age in Peru: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 5 de diciembre de 2022;22(1):2267.
27. Soriano-Moreno DR, Soriano-Moreno AN, Mejia-Bustamante A, Guerrero-Ramirez CA, Toro-Huamanchumo CJ. Factors associated with highly effective contraceptive use among reproductive-age women in Peru: Evidence from a nationwide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 de febrero de 2020;245:114-20.
28. Sserwanja Q, Turimumahoro P, Nuwabaine L, Kamara K, Musaba MW. Association between exposure to family planning messages on different mass media channels and the utilization of modern contraceptives among young women in Sierra Leone: insights from the 2019 Sierra Leone Demographic Health Survey. *BMC Women's Health*. 16 de septiembre de 2022;22(1):376.

ANEXOS:

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2022” que presenta la SR(A). María Fernanda Corpus Arenas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Mag. Dante Manuel Quiñones Laveriano
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

SURCO, 02 de MAYO DE 2024

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. María Fernanda Corpus Arenas, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,



Mag. Dante Manuel Quiñones Laveriano
ASESOR DE TESIS

Lima, 02 de mayo de 2024

**ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS,
FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°040-2016 SUNEDU/CD

**Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero**

Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas



Oficio electrónico N°0124-2024-INICIB-D

Lima, 13 de junio de 2024

Señorita
MARÍA FERNANDA CORPUS ARENAS
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis **“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2022.”**, presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”

Av. Benavides 5440 – Urb. Las Gardenias – Surco
Apartado postal 1801, Lima 33 – Perú
www.urp.edu.pe/medicina

Central 708-0000
Anexo 6016

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

Título: “FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2022”.

Investigadora: MARÍA FERNANDA CORPUS ARENAS

Código del Comité: PG 105 - 2024

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de exento de revisión por el período de un año.

Exhortamos al investigador a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 15 de mayo del 2024

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2022”, que presenta la Señorita **MARÍA FERNANDA CORPUS ARENAS** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dra. Esperanza Julia Arce Fontela
PRESIDENTE

MC. Pedro Mariano Arango Ochante
MIEMBRO

Dr. Rubén Espinoza Rojas
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS

Mg. Dante Manuel Quiñones Laveriano
ASESOR DE TESIS

Lima, 16 de agosto del 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

MARÍA FERNANDA CORPUS ARENAS

Ha cumplido con los requisitos del curso-taller para la Titulación por Tesis durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2022”

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de junio de 2024.



ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuáles son los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022?	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar los factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Ho: No existen factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.</p> <p>Ha: Existen factores asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intención de embarazo 2. Edad 3. Paridad 4. Estado civil 5. Edad en la primera relación sexual 6. Número de parejas sexuales en los últimos 12 	El diseño del presente estudio es observacional, transversal, analítico, cuantitativo y retrospectivo	<p>Población:</p> <p>La población de estudio estuvo conformada por mujeres en edad fértil de 12 a 49 años de edad pertenecientes a hogares particulares que participaron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar</p>	Los datos fueron extraídos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, la cual está ubicada en la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), disponible para el público en general. En esta encuesta, personal debidamente capacitado realiza entrevistas directas para recopilar la	Se trabajó con la base de datos del INEI, la cual será analizada mediante el programa SPSS versión 29.02. Para ello, se realizó primero un análisis univariado estadístico descriptivo.

		Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.	meses		(ENDES) durante el año 2022.	información necesaria.	Para el análisis descriptivo, Se calculó las frecuencias, porcentajes y coeficientes de variación de cada variable categórica.
			7. Grado de instrucción				
			8. Situación laboral actual de la mujer		Muestra (Tamaño muestral):		
			9. Índice de riqueza		Considerando los criterios de inclusión y exclusión, se logró obtener una muestra final de 959 mujeres embarazadas al momento de la entrevistada. Estas mujeres respondieron completamente los módulos 1631, 1632,		
			10. Región natural				Se realizó un análisis bivariado calculado las frecuencias y porcentajes respecto a la variable
			11. Lugar de residencia				
			12. La visitó un trabajador de salud para informarle sobre planificación				
	Objetivos Específicos:	Hipótesis específicas:					
	• Determinar la prevalencia del embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.	• La prevalencia del embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 es alta.					

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores sociodemográficos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existen factores sociodemográficos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 	<p>familiar en los últimos 12 meses</p> <p>13. Exposición a mensajes de planificación familiar en la televisión en los últimos 12 meses</p>		<p>1635 y 1636, que forman parte del cuestionario individual de la ENDES del año 2022.</p>		<p>dependiente. Se obtuvo el valor de p mediante la prueba estadística F ajustada</p> <p>Luego se realizó el análisis bivariado y multivariado mediante el cálculo de las razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas a partir del modelo de</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores socioeconómicos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existen factores socioeconómicos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 	<p>14. Exposición a mensajes de planificación familiar en la radio en los últimos 12 meses</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores geográficos y geopolíticos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existen factores geográficos y geopolíticos asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 	<p>15. Exposición a mensajes de planificación familiar en un periódico o revista en los últimos 12 meses</p>				<p>Regresión de Poisson con varianza robusta. Así mismo, se usó un nivel de significancia estadística $p < 0,05$ e intervalos de confianza al 95%.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existen factores relacionados con el conocimiento en planificación familiar asociados al embarazo no intencional en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. 					

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Nombre de variable	Definición operacional	Tipo y Naturaleza	Escala	Ubicación en la base de datos ENDES 2022	Categoría o unidad en la ENDES 2022	Categoría o unidad de recodificación
1	INTENCIÓN DE EMBARAZO	Intención de embarazo de la mujer. Respuesta a la pregunta: Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijas o hijos?	Dependiente Cualitativa	Nominal	Módulo 1632 RE223132	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = En ese momento • 2 = Quería esperar • 3 = No quería tener (más) hijas/hijos 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Embarazo intencional • 1 = Embarazo no intencional
2	EDAD	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada.	Independiente e Cuantitativa	Ordinal	Módulo 1631 REC0111	Años	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = ≤ 20 • 1 = 21 - 34 • 2 = ≥ 35
3	PARIDAD	Número total de hijos vivos	Independiente e Cuantitativa	Ordinal	Módulo 1632 RE223132	Número de hijos/hijas	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = 0 • 1 = 1 - 2 • 2 = ≥ 3

4	ESTADO CIVIL	Estado civil de la entrevistada. Respuesta proviene de las preguntas: “¿Actualmente ud. está casada o conviviendo?”, “¿Usted ha estado casada o ha convivido?” y “Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?”	Independiente e Cualitativa	Nominal	Módulo 1635 RE516171	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Nunca casada • 1 = Casado • 2 = Viviendo juntos • 3 = Viuda • 4 = Divorciada • 5 = No viven juntos 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Soltera • 1 = Casada • 2 = Conviviente • 3 = Viuda/Divorciada/Separada
5	EDAD EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	Edad en la que la persona entrevistada menciona experimentar su primera relación sexual al responder a la pregunta: “¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?”	Independiente e Cuantitativa	Ordinal	Módulo 1635 RE516171	*Edad en años	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = ≤ 18 • 1 = 19-34 • 2 = ≥ 35
6	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Número de hombres diferentes con los que la entrevistada tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Respuesta a la pregunta: “¿En total, con cuántos hombres diferentes ha	Independiente e Cuantitativa	Ordinal	Módulo 1636 RE758081	*Número de hombres	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = 1 • 1 = 2 • 3 = ≥ 3

		tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses?"					
7	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Último nivel académico que aprobó la persona en estudio.	Independiente e Cualitativa	Ordinal	Módulo 1631 REC91	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Sin educación • 1 = Primario • 2 = Secundario • 3 = Superior 	<ul style="list-style-type: none"> • 1= Sin educación – Primaria • 2 = Secundaria • 3 = Superior
8	SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DE LA MUJER	Respuesta a la pregunta respecto a si la persona encuestada ha trabajado en los últimos 12 meses.	Independiente e Cualitativa	Nominal	Módulo 1635 RE516171	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí
9	ÍNDICE DE RIQUEZA	Posición social y económica social que tenga la encuestada.	Independiente e Cualitativa	Ordinal	Módulo 1631 REC0111	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = El más pobre • 2 = Pobre • 3 = Medio • 4 = Rico • 5 = Más rico 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = Muy pobre • 2 = Pobre • 3 = Medio • 4 = Rico • 5 = Muy rico
10	REGIÓN NATURAL	Área geográfica de la mujer encuestada	Independiente e Cualitativa	Nominal	Módulo 1631 REC91	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = Lima Metropolitana • 2 = Resto Costa • 3 = Sierra 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = Lima Metropolitana • 2 = Resto Costa • 3 = Sierra

						<ul style="list-style-type: none"> • 4 = Selva 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 = Selva
11	LUGAR DE RESIDENCIA	Área de residencia de la mujer encuestada.	Independient e Cualitativa	Nominal	Módulo 1631 REC0111	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = Urbano • 2 = Rural 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Urbano • 1 = Rural
12	LA VISITÓ UN TRABAJADOR DE SALUD PARA INFORMARLE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Respuesta de la entrevistada a la pregunta: ¿La ha visitado un trabajador de salud para hablarle sobre planificación familiar en los últimos 12 meses?	Independient e Cualitativa	Nominal	Módulo 1632 RE223132	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí
13	EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA TELEVISIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Entrevistada menciona si en los últimos 12 meses escuchó sobre planificación familiar a través de la radio. Respuesta a la pregunta: “En los últimos 12 meses, ¿Ud. ha oído algún mensaje sobre planificación familiar: en la radio?	Independient e Cualitativa	Nominal	Módulo 1632 RE223132	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí

14	EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA RADIO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Entrevistada menciona si en los últimos 12 meses escuchó sobre planificación familiar a través de la televisión. Respuesta a la pregunta: “En los últimos 12 meses, ¿Ud. ha oído algún mensaje sobre planificación familiar: en la televisión?”	Independient e Cualitativa	Nominal	Módulo 1632 RE223132	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí
15	EXPOSICIÓN A MENSAJES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN PERIÓDICO O REVISTA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Entrevistada menciona si en los últimos 12 meses leyó sobre planificación familiar en un periódico o revista. Respuesta a la pregunta: “En los últimos 12 meses, ¿Ud. ha leído algún mensaje sobre planificación familiar: en un periódico o revista?”	Independient e Cualitativa	Nominal	Módulo 1632 RE223132	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No • 1 = Sí

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Se utilizó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 del Perú – Cuestionario Individual de la Mujer.

REPÚBLICA DEL PERÚ
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2022
PRIMER SEMESTRE
 CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es _____ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____ FECHA: _____

SI, ACEPTA: 1 SI, EN OTRO MOMENTO: 2 NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR : _____																					
MUJER SELECCIONADA PARA SECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SI = 1 NO = 2																					
VISITAS DE LA ENTREVISTADORA																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">1a.</th> <th style="width: 15%;">2a.</th> <th style="width: 15%;">3a.</th> <th style="width: 15%;">4a.</th> <th style="width: 15%;">5a.</th> <th style="width: 20%;">VISITA FINAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">FECHA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="padding: 5px;"> FECHA: DÍA..... MES..... AÑO..... </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="padding: 5px;"> EQUIPO NÚMERO..... </td> </tr> </tbody> </table>		1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL	FECHA						FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....	NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						EQUIPO NÚMERO.....
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL															
FECHA						FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....															
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						EQUIPO NÚMERO.....															

ANEXO 10: LINK DE BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INEI

Se usó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 del Perú, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>