



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

ESCUELA DE POSGRADO

Tesis

Factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años
ENDES Perú 2022

**Para optar el Grado Académico de
Maestro en Salud Pública**

Presentado por:

Autora: Mayhuasca Rosales, Yessica Ruth


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6904-7951>

Asesor: Mg. Arellano Sacramento, César

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5958-8118>

Lima – Perú

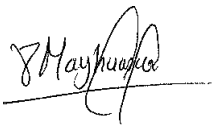
2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, YESSICA RUTH MAYHUASCA ROSALES Egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “Factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú 2022” Asesorado por el docente: Arellano Sacramento Cesar Con DNI 40294542 Con ORCID 0000-0001-5958-8118. tiene un índice de similitud de (15) (Quince)% con código oid: 14912:410504381 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 YESSICA RUTH MAYHASCA ROSALES
 DNI: 70158849.....



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor: Arellano Sacramento Cesar
 DNI: 40294542

Lima, 6 de mayo de 2025

ÍNDICE GENERAL

Declaración jurada de autoría y originalidad del trabajo.....	2
Dedicatoria (opcional)	3
Agradecimiento (opcional).....	4
Resumen (español).....	8
<i>Abstract</i> (inglés)	9
Introducción	10
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema.....	14
1.2.1 Problema general	14
1.2.2 Problemas específicos.....	14
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 Justificación de la investigación.....	15
1.4.1 Teórica.....	15
1.4.2 Metodológica.....	16
1.4.3 Práctica	16
1.5 Limitaciones de la investigación	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes de la investigación.....	17
2.2 Bases teóricas	24
2.3 Formulación de hipótesis	30
2.3.1 Hipótesis general.....	30
2.3.2 Hipótesis específicas.....	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	31

3.1. Método de investigación	31
3.2. Enfoque investigativo	31
Enfoque cuantitativo	31
3.3. Tipo de investigación.....	31
3.4. Diseño de la investigación.....	32
3.5. Población, muestra y muestreo.....	32
3.6. Variables y operacionalización	37
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
3.7.1. Técnica	41
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	41
3.7.3. Validación	41
3.7.4. Confiabilidad	41
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	41
3.9. Aspectos éticos	42
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	43
4.1 Resultados.....	43
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	43
Tabla n. 1	43
4.1.2. Prueba de hipótesis	44
Tabla n 2	45
Tabla n. 3	48
Tabla n. 4	50
4.1.3. Discusión de resultados.....	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1 Conclusiones	60
5.2 Recomendaciones.....	61
REFERENCIAS	62
ANEXOS.....	73
Anexo1: Matriz de consistencia.....	73

Anexo 2: Instrumentos	77
Anexo 3: Validez del instrumento.....	79
No aplica	79
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	80
Anexo 5: Reporte de similitud de Turnitin.....	81

Tabla n. 1	43
Tabla n 2	45
Tabla n. 3	48
Tabla n. 4	50

Resumen (español)

Objetivo: Determinar la relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES 2022 Perú. **Materiales y método:** Estudio hipotético deductivo, cuantitativo, aplicada, no experimental, Transversales. Correlacional. Se consideró como población mujeres entre 12 a 49 años del ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao, según ENDES 2022. La variable dependiente fue embarazo no deseado (deseado/no deseado) y distintas variables independientes (agrupados en factor sociodemográfico, cultural, salud). **Resultados:** Fueron estadísticamente significativos, número de nacimientos en los últimos tres años, el estado civil de la mujer (conviviente, casada), región, nivel educativo (superior); etnicidad y número total de hijos vivos incluido el embarazo actual. No siendo significativo edad, nivel educativo secundaria, riqueza, divorciada/separada, duración del embarazo, seguro de salud, tipo de lugar de residencia no fueron significativos. **Conclusión:** Existe relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años en los tres factores sociodemográfico, cultural, salud.

Palabras clave: Embarazo no Planeado, Embarazo no Deseado, Paridad, Embarazo en la adolescencia

Abstract (inglés)

Objective: To determine the relationship between factors associated with unwanted pregnancy in pregnant women between 12 and 49 years old ENDES 2022 Peru. Materials and method: Hypothetical deductive, quantitative, applied, non-experimental, cross-sectional study. Correlational. Women between 12 and 49 years old were considered as the population at the national level, in urban and rural areas, in the 24 departments of the country and in the Constitutional Province of Callao, according to ENDES 2022. The dependent variable was unwanted pregnancy (wanted/unwanted) and different independent variables (grouped into sociodemographic, cultural, and health factors). Results: The following were statistically significant: number of births in the last three years, the woman's marital status (cohabiting, married), region, educational level (higher); ethnicity and total number of living children including the current pregnancy. Age, secondary educational level, wealth, divorced/separated, duration of pregnancy, health insurance, and type of place of residence were not significant. Conclusion: There is a relationship between factors associated with unwanted pregnancy in pregnant women between 12 and 49 years of age in the three sociodemographic, cultural, and health factors.

Key words: Pregnancy, Unplanned; Pregnancy, Unwanted; Parity; Pregnancy in Adolescence

Introducción

En el capítulo I, se presenta el problema de estudios sobre Determinar la relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú. La principal limitación de estudio los residentes habituales que no hayan pernoctado la noche anterior a la encuesta en la vivienda seleccionada.

En el capítulo II, se explora los antecedentes los cuales en su mayoría son de internacionales y uno nacional esto es debido a la temporalidad de 5 años por ello lo cual no se utilizaron. Asimismo, se hace hincapié en la base teórica sobre el tema relacionado, considerando los aportes de la organización mundial de la salud, la referencia se puede encontrar en la base teórica.

En el capítulo III, se menciona que el estudio es carácter no experimental uso es en base a data secundaria, por lo que no necesita consentimiento informado. La base utilizada es libre y anonimizada, siendo la población de estudio Mujeres entre 12 a 49 años del ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao, según ENDES 2022. El tamaño de la muestra es de 36 650 viviendas utilizará la base de datos del INEI.

En el capítulo IV y V, los resultados se plasmaron en tablas. Asimismo, se presentaron tantas conclusiones como hipótesis, utilizando el estadístico Regresión de Poisson con varianza robusta.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los embarazos no planificados es un problema de salud pública ya que cada año 74 millones de mujeres (países bajos-medianos ingresos) resultan con embarazos no planificados, los que causan abortos peligrosos y muertes maternas (1)

Nuevas estimaciones indican tasas de embarazos imprevistos y de abortos variando de un país a otro (incluso internamente), siendo mayores en América Latina y en el África subsahariana (entre 41 y 107 y entre 49 y 145 por cada 1000 mujeres; respectivamente) (2).

Otro estudio indica que las tasas de embarazos no deseados disminuyeron (especialmente en Europa del Este), siendo menores en África, Asia y América Latina. Estas disparidades indican la necesidad de una mayor inversión en servicios integrales de salud sexual y reproductiva en todo el mundo (3).

Las adolescentes en particular tienen necesidades insatisfechas de atención de salud sexual y reproductiva. Entre los 15 a 19 años con respecto al resto su necesidad insatisfecha de

anticoncepción moderna sería 19% mayor. Se estima 21 millones de embarazos cada año de adolescentes de países de ingresos bajos y medios (50% de los cuales no son planeados) (3).

Un estudio estima que, si la cobertura anticonceptiva se mantiene en los países de ingresos bajos y medios, en conjunto, el 78% de las mujeres en edad reproductiva que desean evitar el embarazo estarían usando métodos modernos en 2030 (4).

El acceder a información sanitaria no garantiza una relación personal de las embarazadas y el personal y servicios (5).

Se considera en el Caribe y América Latina la población adelanta a 140 millones, la región lleva el segundo puesto en contar con mayores embarazos en el mundo, asignándose el 18% de los nacimientos a los jóvenes de 20 años (6).

Según la OMS, poco más de 12 millones de adolescente con edades de 15 a 19 años, y casi los 777 000 niños menor de 15 años, los nacimientos van incrementando por cada año. Los problemas relacionados con la maternidad y el recién nacido son el principal origen a la mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial (7).

El departamento de División de las Naciones Unidas en el año 2020 el porcentaje de nacimientos a nivel mundial para los adolescentes va en 41 partos x cada 1000 jóvenes en función al país disminuye uno más 200 x cada 1000(3) mencionadas cifras indican un incremento desde 1940 aquí indica la caída de la muerte materna de quince a diecinueve años (7).

La mortalidad de materna, es el tercer origen de fallecimiento de las jóvenes con las edades 15 a 19 años. El peligro de muerte a causa del embarazo es por triplicado en comparación con mujeres que pasan los 20 años. Se cree que número de abortos inseguros en adolescente es aproximadamente de 670 mil (6).

La gestación en adolescentes daña directamente al desarrollo de las niñas; afectando el desarrollo psicosocial, la salud de las niñas y sus bebés trasciende en forma perjudicial en la educación, salud y desarrollo socioeconómico de los afectados (8). La gestación y maternidad en la adolescencia son limitantes que influyen para toma de decisiones de la vida para las niñas y adolescentes (9), ocasionando que sus derechos sean vulnerados y sean barreras para su desarrollo y el de su familia.

Según el UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), el país cuenta con 7.5 millones de jóvenes en los periodos de 10 a 24 años representa la cuarta 25% de los habitantes, aproximadamente el 30% representa a los adolescentes que se desarrollan en escasos recursos. De ellos el 26,7% no se instruye, no labora no se prepara (9).

La literatura muestra porcentajes tanto altos como 30,7% (10) y bajos como 9,6% (11) de embarazo no deseado.

En una provincia del Perú, en un grupo de mujeres entre 18-24 años de edad, uno de los dos mayores riesgos percibidos al medir la alfabetización en salud sexual y reproductiva fue el embarazo no deseado (12).

Un estudio en un grupo de madres encontró puntuaciones de sensibilidad hacia sus bebés más bajas cuando tuvieron embarazos no deseados o no planificados (13). Un estudio en Iran, encontró que la puntuación total del apego materno-fetal en las mujeres con un embarazo no planeado estuvo en el rango moderado (14).

Según Lawrence E, et al, 2008 (14), un embarazo no planificado presenta un desempeño deficiente en lo que respecta a la transición a la paternidad y su aceptación.

Un estudio encontró un 27 % y un 31 % menor de probabilidad de asistir al menos cuatro visitas de atención prenatal ante un embarazo inoportuno y no deseado, respectivamente, al compararlo con mujeres que tuvieron un embarazo deseado (15).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál será la relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál será la relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022?

¿Cuál será la relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022?

¿Cuál será la relación entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022

Identificar la relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

Identificar la relación entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El estudio pretende identificar los diversos factores asociados al deseo de tener hijos en embarazadas, los cuales serán extrapolados a nivel país (Perú), basándose en el uso de la encuesta ENDES 2022.

1.4.2 Metodológica

La investigación comprende elaboración, fusión, depuración de una base de datos secundaria.

1.4.3 Práctica

Los resultados del estudio permitirán realizar análisis sobre la tendencia del deseo de fecundidad ante antecedentes de hijos nacidos, siendo de ayuda a “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” del Ministerio de Salud del Perú. Los resultados del estudio serán reflejo de la situación que acompaña a mujeres en edad fértil de tener hijos y servirá a instituciones como MINSA, ESSALUD, etcétera para mejorar sus políticas de gestión de promoción de salud sexual y reproductiva enfocándose específicamente a los grupos encontrados con mayor relación a la variable dependiente en el país.

1.5 Limitaciones de la investigación

No se consideran datos sobre el padre, ya que no todas las unidades de análisis lo mencionan.

No se consideró información sobre uso de métodos anticonceptivos.

Se abarcó solo la base del año 2022 por la disponibilidad.

La muestra fue reducida debido a que el grupo poblacional es muy específico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Ayele et al. (16) (2023) su estudio con el objetivo “evaluar la prevalencia de embarazos no deseados entre mujeres embarazadas que asisten a unidades de atención prenatal en centros de salud públicos urbanos en la ciudad de Dire Dawa”. Transversal en mujeres embarazadas asistentes a unidades de atención prenatal en centros de salud públicos (Etiopía). Fue una entrevista cara a cara mediante un instrumento estructurado con tres secciones (historia sociodemográfica y económica; historia sexual y reproductiva; necesidades de servicios de planificación familiar y salud reproductiva). Siendo la variable independiente embarazo no deseado. De 382 mujeres actualmente embarazadas el 32,7% tuvieron entre 25 y 29 años, con una edad media de 25,79 (DE \pm 5.32), 90,8% casadas, 39,5% sin educación formal y 25,7%, tenían educación primaria, 31,4% reportaron un alto nivel de ingresos familiares. En el análisis multivariado, estado civil (AOR 10,938, IC 95% 3,653–32,749), ingresos familiares (AOR 4,017, IC 95% 1,738–9,284), número de hijos vivos (AOR 10,263, IC 95% 4,075–25,849). Estado civil, ingreso familiar y número de hijos vivos fueron factores para embarazo no deseado.

Deogan C et al. (17) (2022) su estudio con el objetivo de “identificar la prevalencia del parto no deseado (CU), explorar la asociación con factores sociodemográficos e identificar posibles factores contribuyentes como la salud psicosomática, el uso de anticonceptivos, las experiencias de aborto inducido y la violencia sexual”. Utilizando la encuesta poblacional aleatoria estratificada sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), en 13 965 personas residentes suecos de entre 16 y 84 años en el 2017, sobre sexo, grupo de edad (16 a 29, 30 a 44, 45 a 64 y 65 a 84 años), país de nacimiento, región de residencia, nivel educativo más alto alcanzado y nivel de ingresos. La variable de resultado fue embarazo no deseado: “¿Alguna vez has tenido hijos, aunque no quisieras?”. En el modelo de regresión logística, Ajustado por sexo, edad, país de nacimiento, región geográfica y nivel educativo, la probabilidad de haber tenido un hijo sin quererlo fue mayor mientras más edad tenía la mujer (De 30-44 años; OR: 2,37 a 65 a 84 años; OR: 3,62) tomando como referencia la edad de 16-29 años. Tener una educación más larga (10-12 años y más de 12 años) disminuyó las probabilidades de tener un hijo sin quererlo (OR 0.92 y 0.58; respectivamente). La edad y el tiempo de educación fueron factores para haber tenido un hijo sin quererlo, siendo el primero riesgo y el segundo protector.

Barrow A et al. (18) (2022) en su estudio cuyo objetivo fue “examinar la prevalencia y factores asociados con embarazos no planificados entre mujeres en edad reproductiva en Gambia”. Estudio con datos secundarios de Gambia de la Encuesta por conglomerados de indicadores múltiples (MICS) de 2018 en mujeres en edad reproductiva que habían dado a luz recientemente Utilizaron un muestreo aleatorio por conglomerados estratificado de múltiples etapas. La unidad primaria de muestreo fue el hogar. La variable resultada fue embarazo no planificado: "¿Querías el último hijo entonces?". El estudio incluyó variables como edad (en años), quintiles de riqueza del hogar, educación, seguro médico, entre otros. El 25,3 % de las mujeres reportaron embarazos

no planificados. Las mujeres de 30 a 34 años tuvieron protección de tener embarazos no planificados (AOR = 0,55; IC del 95 %: 0,32, 0,94) comparándolo con las edades de 15 a 19 años. Aquellas que dieron a luz 3–4 niños (AOR = 1,79; IC del 95 %: 1,34, 2,39) y 5 o más niños (AOR = 3,02; IC del 95 %: 2,08, 4,39) tenían más probabilidad de tener un embarazo no planificado, en comparación con las que tuvieron de 1 o 2 hijos. Las solteras tuvieron más probabilidad de tener un embarazo no planificado (AOR = 11,38; IC del 95%: 6,38, 20,29) en comparación con las mujeres actualmente casadas/en unión. No hubo significancia con nivel educativo, tener o no seguro, residencia. La edad, paridad, estado civil fueron asociadas a embarazo no deseado.

Khan MdN et al. (19) (2022) en su estudio con el objetivo de “Investigar los efectos de los factores a nivel de los centros de salud, incluida la disponibilidad de anticonceptivos modernos de acción prolongada (LAMC) en el centro de salud más cercano y su distancia de los hogares de las mujeres, sobre la ocurrencia de embarazos no deseados que resultaron en un nacimiento vivo”. Estudio con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Bangladesh (BDHS) de 2017/18 y se vincularon con la Encuesta de Instalaciones de Salud de Bangladesh (BHFS) de 2017. Estudio transversal utilizando muestreo aleatorio de múltiples etapas siendo los criterios mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvo al menos un nacimiento vivo dentro de los 3 años anteriores a la encuesta e informó su intención de embarazo en el momento de la concepción para este nacimiento vivo. La variable de resultado fue embarazo no deseado: deseada (concepción planificada o deseada), inoportuna (la concepción ocurrió antes de lo esperado, pero era deseada) o no deseada. En el caso de los embarazos no deseados encontraron un riesgo mayor (OR: 4,09) de embarazos no deseados, entre las mujeres de 35 años o más que de las de 19 años o menos. El no tener una educación formal fue un riesgo (OR: 1,67) a comparación de

tener primaria. El tener 1 o 2 hijos (OR: 4,67), así como, más de 2 hijos (OR:5,69) fueron de riesgo a comparación de no tener hijos. El estar en el quintil de riqueza pobre (OR: 0,57) y más rico (OR:0,45) son protectores a comparación de encontrarse en el quintil más pobre. No encontraron significancia con residencia. La edad, le nivel educativo, paridad, riqueza, fueron asociados a embarazo no deseado.

Ajayi AI et al. (20) (2021) en su estudio cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia, los factores asociados y las razones del embarazo no deseado entre niñas adolescentes sexualmente activas”. Diseño transversal convergente de métodos mixtos en el 2018. El estudio utilizó los datos la evaluación del programa “En Sus Manos” (ITH). Encuesta de referencia y un estudio cualitativo en Homa Bay y Narok. El estudio incluyó adolescentes de entre 15 y 19 años que habían comenzado a tener relaciones sexuales en el momento de la encuesta. Un total de 1110 encuestados. La variable resultada fue embarazo no deseado siendo clasificado en deseado, quería esperar, no quería más y no le importaba de ninguna manera. Fueron incluidas edad, estado civil, situación laboral, entre otros. La edad promedio fue de $17,65 \pm 1,4$ años, aproximadamente una de cada dos ya tenía un hijo o estaba embarazada (53,9%), tenía educación secundaria o superior. Los resultados del modelo ajustado muestran que el aumento de la edad de 17,18 y 19 años de edad (OR: 2,66; OR:3,2; OR:3,36), residencia rural (OR:1,64), tener educación primaria o menos (OR:1,5) se asociaron con mayores probabilidades de embarazo no deseado. El estado civil, no tuvo asociación. La edad, residencia, educación fueron asociados a embarazo no deseado.

Ahinkorah BO. (21) (2020) en su estudio que tiene como objetivo “examinar los factores individuales y contextuales asociados con embarazo no deseado entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes en países seleccionados de alta fecundidad en países del África subsahariana”. Estudio en base a Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) entre 2010 y 2018 (en 10 países del África subsahariana). La unidad de análisis fueron mujeres de 15 a 49 años. Fue muestreo estratificado de dos etapas, siendo en jóvenes de 15 a 24 años de edad, que estaban embarazadas durante la encuesta. La variable resultada fue "Intención de embarazo": "Cuando quedó embarazada, ¿quería quedar embarazada en ese momento?". La prevalencia de embarazos no deseados fue de 22,4%. Encontraron embarazos no deseados entre 15 a 19 años (24,3%), aquellas con niveles de educación secundaria o superior (31,2%) y las solteras (60,0%). La probabilidad de embarazo no deseado entre 15 a 19 años fue de ORa = 1,48 (IC 95% = 1,26-1,73), con primaria [aOR = 1,99; IC 95% = 1,69-2,33] y secundaria/superior [ORa = 2,30; IC 95% = 1,90–2,78], solteros (nunca casados/separados/divorciados/viudos) [aOR = 9,23; IC 95% = 7,55-11,28] y conviviente [ORa = 2,53; IC 95% = 2,16–2,96]. Las mujeres que tuvieron dos nacimientos [ORa = 1,42; IC 95% = 1,18-1,71] y tres o más nacimientos tuvieron más probabilidades de tener embarazos no deseados [ORa = 1,99; IC 95% = 1,59–2,48] al compararlas con un solo nacimiento. El pertenecer al quintil de riqueza rico, tuvo más probabilidad de tener embarazos no deseados [1,28; IC 95% = 1,08–1,51] al compararlo con pobre; no hay relación con quintil riqueza media. Nivel educativo, estado civil, paridad y quintil de riqueza son factores asociados a embarazo no deseado.

Bekele H. et al (22) (2020) en su estudio con el objetivo de “determinar la magnitud y los factores asociados con el embarazo no deseado entre madres embarazadas que asisten a la atención prenatal en el distrito de Bako Tibe, zona de West Shoa, región de Oromia, Etiopía.”.

estudio realizado en los centros de salud del distrito de Bako Tibe. Estudio transversal, en mujeres embarazadas que recibieron atención en los centros de salud. Herramienta y procedimiento de recopilación de datos mediante un cuestionario estructurado.

Fueron 591 mujeres embarazadas, la edad media fue 27,6 (DE \pm 6:7), el 51,8% fueron habitantes urbanos, 33,7% de primaria, 95,9% eran casados. Del total de gestantes, el 16,8% quedaron embarazadas con menos de dos años del parto anterior, 83,9% tuvieron al menos dos hijos. Del total el 33,3% su embarazo fue no deseado. En el análisis multivariado las mujeres embarazadas que tenían un parto superior a 5 tenían 3 veces más probabilidades de embarazo no deseado [AOR = 3; IC 95% (1,34-6,8)] que aquellas con paridad menor o igual a dos; no encontraron relación entre 3-4 de paridad. Parto superior a 5 fue asociado a embarazo no deseado.

Rizvi F. et al (23) (2019) en su estudio como objetivo principal fue “conocer los factores socioeconómicos y demográficos que influyen UIP entre mujeres sexualmente activas de entre 15 y 29 años en Camboya utilizando las redes sociales de Bronfenbrenner modelo ecológico”. Utilizaron la Encuesta Demográfica y de Salud de Camboya (CDHS) de 2014 por análisis de regresión logística múltiple para 3406 mujeres camboyanas sexualmente activas. La variable resultada fue embarazo no deseado o inoportuno. También toma en cuenta los niños nacidos en los cinco años anteriores. Les preguntaron “Cuando quedó embarazada de (NOMBRE), ¿quería quedar embarazada en ese momento? (Sí/No)” (b) “¿Quería tener un bebé más tarde o no quería tener (más) hijos? Otras variables fueron grupos de edad en años (15–19, 20–24, 25–29), zona de residencia (rural y urbana), paridad (utilizada como variable continua); estado educativo de la mujer (sin educación, primaria, secundaria, superior), estado del índice de riqueza (más pobre, más pobre, medio, más rico y más rico). De un total de 3406 mujeres sexualmente activas de entre 15 y 29 años la prevalencia general de embarazo no deseado fue del 12,3% (16,3% en la

región urbana y 11% en la región rural). El análisis de regresión múltiple encontró una mayor probabilidad de embarazo no deseado en adolescentes (15 a 19 años; AOR: 1,6) y mujeres jóvenes (20 a 24 años; AOR: 1,3) en comparación con mujeres de 25 a 29 años (grupo de referencia). Mayor probabilidad de embarazo no deseado en la región urbana (AOR: 1,4) al compararla con la rural. Menor probabilidad de embarazo no deseado estar en situación de Pobreza (pobre AOR:0,5 y más pobre AOR:0,6) a comparación del más rico. No encontró asociación con educación. Conclusión: encontraron relación entre edad, región de residencia y riqueza.

Almasi-Hashiani et al. (24) (2018) su estudio con el objetivo de “Encontraron una relación significativa entre estatus socioeconómico y número de partos con embarazo no deseado”.

Estudio transversal realizado en Teherán, Irán, en 5152 partos en 2015 en mujeres (primíparas o multíparas). La variable resultada, fue embarazo no deseado. Resultado: De 5152 embarazos, la prevalencia de embarazo no deseado fue del 19,81% (n=1021, IC 95%: 18,75-20,92%). La edad media fue 29,23 años (95% IC: 29,08-29,38 años). Al aumentar en una unidad el estatus económico disminuye la probabilidad de embarazo no deseado (OR ajustado:0,936, IC 95%: 0,889-0,986), y, al elevar el número de partos por 1 unidad, aumenta el embarazo no deseado (IC 95%: 1,794-2,647). Encontraron una relación significativa entre estatus socioeconómico y número de partos con embarazo no deseado.

Nacionales

Sánchez et al. (25) (2019) su estudio tuvo el objetivo de “evaluar la ocurrencia de embarazos no deseados y sus factores asociados en estudiantes de la Universidad Regional Autónoma de los Andes”. Transversal y analítica, partiendo de una población de mujeres estudiantes eligieron mediante muestreo probabilístico 416 sujetos siendo parte de un programa universitario de

cualquier semestre, haber iniciado relaciones sexuales, conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y estado civil. La frecuencia de embarazo no deseado fue de 73,1% (83). El análisis de regresión logística tener una edad entre 18 y 20 años es protector a un embarazo no deseado (OR: 0,574) en comparación con otros grupos. El ser soltera representa un riesgo de ocurrencia de embarazo no deseado (OR: 18,3) a diferencia de una relación de unión libre. Ser más joven es protector a embarazo no deseado ya diferencia de ser soltera.

2.2 Bases teóricas

La prevención de embarazos no deseados ayuda a reducir los problemas de salud materna y número de muertes por complicaciones del embarazo. Esto implica retrasar los embarazos en las niñas, por problemas de maternidad temprana, y, en mujeres mayores. La reducción de embarazos no deseados, reduce la necesidad de abortos inseguros y reduce las transmisiones del VIH de madres a recién nacidos. Esto beneficia a la creación de oportunidades para que las mujeres participen más plenamente en la sociedad (26).

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (asequibles y de buena calidad), es fundamental para la realización de los derechos y para el bienestar de las mujeres y las niñas, los hombres y los niños. El acceso universal a métodos anticonceptivos efectivos lleva a que adultos y adolescentes eviten embarazos no deseados y sus consecuencias económicas y sociales (27). Algunas mujeres dicen que les gustan las píldoras anticonceptivas de urgencia, ya que “Brindan una segunda oportunidad para prevenir embarazos no deseados” (27).

Planificación familiar

La planificación familiar da las herramientas para decidir el número de hijos a tener (el intervalo entre embarazos), incluyendo el no tenerlos, mediante uso de métodos anticonceptivos y tratamiento de la infertilidad (26).

Embarazo no deseado

Se entiende cuando el embarazo no es deseado por la mujer. O en el ámbito académico, se especifica que “o bien no quería tener ningún hijo, o bien no quería tener más hijos”. Ésta no contempla que una mujer puede decidir que sí desea el embarazo después de que se produzca, aunque no tuviese planeado tener (más) hijos. Distinto de embarazo “no intencional” cuando no tenía planeado tener (más) hijos, o un embarazo inoportuno, que sucede antes de lo deseado (28).

Según la ENDES 2021, el 32,7% del total de mujeres actualmente unidas desea tener hijas o hijos, o tener más si ya tienen hijas o hijos. El porcentaje es algo mayor en el área rural (34,0%) en comparación al área urbana (32,2%). En cambio, entre aquellas que no desean tener (o tener más) hijas o /hijos, el porcentaje tiende a ser mayor en el área urbana (64,0%) en comparación al área rural (63,0%) (29).

El 63,8% de las mujeres actualmente unidas (casadas más convivientes) no desean tener más hijas y/o hijos; de este porcentaje, el 52,5% expresó su deseo de no querer más hijas y/o hijos en el futuro y el 11,3% estaban esterilizadas (29).

Salud Sexual y Reproductiva

Cerca de la mitad de todos los embarazos, que suman 121 millones cada año en todo el mundo, no son deseados (28).

Según la OMS un informe indica que más de la mitad de las muertes maternas (62%), se dan en países en estado de crisis o de conflicto, reportando que no se ha avanzado nada en salvar a las mujeres de muertes evitables en el embarazo y el parto (30).

Adolescencia.

Según Darroch J et al. (31), para el 2016, se estima 21 millones de adolescentes de 15 a 19 años quedaron embarazadas viviendo en zonas en desarrollo. En muchos casos las adolescentes no planean ni desean su embarazo, aproximadamente la mitad en el grupo de edad mencionado.

La prevención del embarazo y la maternidad en la adolescencia forman parte de la agenda de los ODS (indicador: 3.7.2, «Tasa de natalidad en adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1000 mujeres en ese grupo de edad) (8).

El ministerio de salud a través de su resolución ministerial N° 538-2009/ MINSA menciona que la determinación de rango de edades de la adolescencia es de 12 a los 17 años, 11 meses y 29 días (32).

Embarazo no deseado

La prevalencia regional general en Sudáfrica de embarazos entre mujeres es del 25% (IC del 95%: 21% a 29%), siendo entre 10 a 19 años de 22% y 15 y 19 años de 24% (33). Un estudio realizado en estudiantes de medicina en Ecuador con vida sexual activa, la media de edad cuando se quedaron embarazadas fue de 20.41 ± 2.18 (34).

Un estudio en Ecuador indica que el recibir información sobre métodos anticonceptivos no garantiza el uso de los mismos ni evita embarazos (5% de adolescentes y 12% de jóvenes

adultas en este estudio) (35). Incluso la autoeficacia en los métodos de control de la natalidad fue menor (aunque ligeramente) entre jóvenes que aún no había tenido relaciones sexuales (36).

Un estudio en Ecuador en 127 mujeres universitarias (edad de 24 años) el 21.2 % había tenido un embarazo no deseado (34). Otro estudio en el mismo país, encontró que el 37,8 % de las estudiantes tuvieron su embarazo no planificado entre los 18 y 19 años (37). El sexo no fue asociado a embarazo deseado en estudio multivariado (38).

El embarazo en universitarias obliga a aplazar sus estudios, al tener que acercarse a consulta, siendo una repercusión negativa en la culminación de su carrera profesional. En promedio se ausentan entre dos y tres semestres académicos y luego destinar un tiempo exclusivo a la crianza inicial (38). Un estudio en universitarias de la carrera de enfermería encontró que el 67,1% coinciden que una de las dificultades durante su embarazo no planificado es la falta de tiempo para combinar su nueva etapa con su vida académica (39).

Un estudio en 12 países, de 7268 embarazos no deseados, la frecuencia más alta fue en Perú (113, 71,5%). Sin embargo, de las 121.894 niñas no embarazadas del estudio, que no deseaban quedar embarazadas, Perú 4132 (94,1%) fue el de mayor frecuencia (40).

Un modelo ajustado en Perú, los bebés de embarazos inoportunos y no deseados tenían 2,43 y 3,49 veces más probabilidades de nacer con peso insuficiente y prematuros en comparación con bebés de embarazos planificados (41).

Factores asociados

Según Chandra-Mouli (42), Múltiples factores han sido asociados con el embarazo adolescente y serían según Santhya (2011) (42) vulnerabilidad, contexto familiar, acceso deficiente a anticonceptivos, violencia, socioeconómico, conflictos armados, religión y cultura.

Madres que tuvieron embarazos inoportunos y no deseados tuvieron menos probabilidad de programar su primera visita y de completar 4 o más visitas de atención prenatal en comparación con las madres que querían su embarazo (43).

Un estudio en Colombia, encontró que el tener mayor edad, vivir con la pareja, sin educación o educación primaria, asistir actualmente al colegio, encontrarse en los 3 quintiles más bajos de riqueza, y haber sido víctima de violencia sexual están asociados a la presentación de embarazo adolescente (44).

Embarazo en adolescentes

Los cambios que atraviesan los adolescentes a nivel psicológicos, sociales y físicos, es principalmente el proceso de cambios psicosocial los cuales se relacionan con embarazos no planificados, inestabilidad emocional y cambios de personalidad (45).

El embarazo obliga a muchas veces a que las adolescentes deban dejar la escuela, lo que ocasiona que el nivel educativo se baja o nula, ocasionando que las jóvenes deban dejar la escuela. Esta situación de nula o nivel bajo de educación lleva a la adolescente a tener menos

competencias y oportunidades de poder tener una profesión o trabajo que le permita alcanzar sus expectativas de su vida (46).

Martínez, Montero, Zambrano (2020), señalan la etapa de gestación en adolescentes se debe a elementos socioeconómicos y socio culturales, lo que depende de las reglas o el tipo de crianza de que se establece en el hogar La sociedad y la escuela cumplen un rol importante ya que la sociedad en América Latina, aún en la actualidad, vulnera y discrimina a adolescente embarazada, a pesar de existir legislación que las protege (47).

Factores de embarazo en Adolescentes

Estos factores de riesgo se localizan en los individuos, en las familias, en la comunidad y en el ambiente, y cuando existe una interrelación entre ellos los efectos aumentan de cada uno de ellos por la probabilidad de estos como son el analfabetismo, pobreza y las enfermedades interrecurrentes tienen efectos sobre el peso al nacer (48).

La unión de elementos personales, económicos y personales conllevan a una afectación de perjudicial para la salud dichos determinantes se dividen en dos grupos (49).

- Los de responsabilidad Multisectorial del Estado: económico, sociales y políticos.
- Compromiso del sector salud, así como las políticas aplicadas por el estado en cuanto educación para la salud, la evolución de la disponibilidad en los establecimientos de salud la praxis de vida saludable y antecedentes hereditarios.

Teoría científica

Según Maque et al. (50), al mencionar embarazo en adolescentes sin haberlo planeado, mencionan tres factores relacionados cultural, social y emocional. El factor cultural refiere aspectos educativos y familiares. El factor social la categoría social manifiesta aspectos de su relación con familiares. El factor emocional está la idealización de la maternidad, como el número de hijos que tendría.

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Existe relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú.

2.3.2 Hipótesis específicas

Existe relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022

Existe relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

Existe relación entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Se elige el método hipotético deductivo, ya que por medio de este método se propone una hipótesis como consecuencia de, por ejemplo, inferencias de un conjunto de datos empíricos. Primero se formula la hipótesis, y después, a partir de inferencia (lógica deductiva), se llega a conclusiones particulares, las cuales se pueden comprobar de forma experimental; o sea planteamiento de una hipótesis la cual debe ser verificada mediante deducción (51).

3.2. Enfoque investigativo

Enfoque cuantitativo

Según Bonilla, 2005, éste “se encuentra basado en el paradigma positivista, donde lo que interesa es la medición y la cuantificación, puesto que a través de la medición se pueden obtener tendencias, plantear nuevas hipótesis y de esa manera construir teorías. Este enfoque utiliza la estadística como herramienta para la cuantificación” (52).

3.3. Tipo de investigación

Aplicada.

Según Gonzalez (2004) por la finalidad el estudio “se enfoca en identificar a través del conocimiento científico, los medios (metodologías, tecnologías y protocolos) por los cuales se puede contribuir a solucionar una necesidad reconocida, práctica y específica” (52).

Alcance: correlacional.

Útiles para establecer relaciones entre dos a más categorías, conceptos o variables; en este caso en una situación correlacional (53).

3.4. Diseño de la investigación

No experimentales:

Transversales o transeccionales

Correlacionales/Causales

El estudio es no experimental, ya que entra en la categoría de estudios “en los que no haces variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (54) y es transversal, ya que entra en la categoría de estudios que “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (55).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: Mujeres entre 12 a 49 años del ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao, según ENDES 2022. (56).

Para el estudio se utilizará los datos presentes en la base de datos ENDES 2022 (57).

Cálculo del tamaño de muestra (si es pertinente):

Se menciona los aspectos de la población y muestra de la ENDES 2022.

Muestra bietápica, probabilística (equilibrado), estratificada e independiente, a nivel departamental (tanto urbana como rural) (58).

El tamaño de la muestra anual de la ENDES es de 36 650 viviendas (área sede como capitales de departamento y los 43 distritos que conforman Lima Metropolitana, viviendas al resto urbano y viviendas al área rural). Esta distribución fue calculada en base a una estimación previa de periodos 2012 a 2020 y de otros lineamientos del tipo de diseño. Siendo en el área Urbana: El conglomerado y la vivienda particular, y, en el área Rural: el área de Empadronamiento Rural y la vivienda particular (58).

La unidad de investigación utilizada en la ENDES fue (58):

-“Los residentes habituales de viviendas particulares de áreas urbanas y rurales del país que hayan pernoctado la noche anterior, a la encuesta, en la vivienda seleccionada”.

Excluyendo a:

-“Los residentes habituales que no hayan pernoctado la noche anterior a la encuesta en la vivienda seleccionada”.

-“Visitantes que pasaron la noche anterior al día de la encuesta en la vivienda seleccionada”.

En la ENDES 2022 se aplican tres cuestionarios: Hogar y sus miembros, el otro, a todas las mujeres elegibles, es decir, de 12 a 49 años de edad y el Cuestionario de Salud que es aplicado a una persona de 15 años a más (58).

Para el presente estudio se utilizará la cantidad de datos de los sujetos que cumplan criterios de selección y disponibilidad de las variables en la base. Al ser una base obtenida por muestras

complejas por el INEI (probabilística) el conjunto de datos obtenido ya tiene naturaleza probabilística por ello no se calculará muestra.

De los tres cuestionarios (Hogar, individual y salud) los datos de la variable dependiente se pertenecen al cuestionario individual cuyo informante fueron Mujeres de 12 a 49 años de edad.

Número de muestra final para el presente estudio (n):

Por calcular. Será en base a los filtros incluidos en el estudio y el análisis de las variables.

Criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio:

Inclusión:

Que esté embarazada en el momento de la entrevista.

Que haya respondido sobre si su embarazo fue deseado y el antecedente de nacimientos

Entre 12 a más años de edad.

Residente habitual o visitante del hogar entrevistado.

Cualquier nacionalidad.

Exclusión:

Que no haya contestado todas las preguntas incluidas para el estudio.

Aquellos que no hayan dormido en casa la noche anterior.

Se realizará una revisión de los cuestionarios de ENDES 2022 (56) para elegir las variables a ser incluidas en el estudio. Las bases de datos elegidas serán fusionadas en una única base, obteniéndose así la variable dependiente e independientes. Se usarán los factores de expansión ajustados en base a las proyecciones de población de acuerdo al componente demográfico de

ENDES 2022. Las variables independientes podrían variar dependiendo de su disponibilidad en la base, de la baja frecuencia de las mismas que alteraría el resultado, de su categorización posterior.

Durante el proceso de revisión y depuración las variables mencionadas para el estudio pueden variar. Durante el proceso pueden no estar disponibles, tener datos perdidos, su frecuencia puede ser baja para un análisis, etcétera.

La variable dependiente (embarazo no deseado) será categorizada en deseado: “En ese momento” considerándolo como una situación positiva, y, no deseado: “Quería esperar/ No quería tener (más) hijas/hijos”, considerándolo como negativa. Para el análisis se considerará “no deseado” como la referencia.

Edad: <=18 y 19 a más años (adolescentes y no adolescentes) (59)

Número de nacimientos en los últimos tres años: Ninguno/1 De 1 a 2 nacimientos.

Estado civil: soltera/casada/conviviente/divorciada+separada (no se encontró viuda).

Región: Lima/Provincias.

Tipo de lugar de residencia: urbano/rural

Riqueza: Pobre (El más pobre+ Pobre), Medio, Rico (Rico + Más rico)

Nivel educativo: Primaria a menos (sin educación+ preescolar) /Secundario/Superior

Etnicidad: ¿Cuál es el idioma o lengua materna que aprendió en

su niñez? Castellano/No castellano (Quechua+Aymara+Lengua aborigen+Otras lenguas aborigen+Idioma extranjero).

Seguro: Si/No

Duración del embarazo actual: Primer trimestre, Segundo trimestre, Tercer trimestre.

Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual: De 1 a 4/De 5 a más (60).

Para el estudio se cambió el nombre del factor “emocional” (50), a “salud”, si bien las variables denotan una situación de emoción hacía el tener hijos, denotan específicamente un aspecto de salud.

Por ser un estudio de análisis documental realizado por el INEI el instrumento (ficha de captura de datos) no requiere validación.

En la sección con el título de “REPRODUCCIÓN”, se recolecta información sobre la situación reproductiva de las mujeres de 12 a 49 años de edad (todos y cada uno de las/os hijas/os nacidas/os vivas/os que en total ha tenido), así como, condición de embarazo actual (61).

El deseo de haber quedado o no embarazada para ENDES 2022, es diferente a haber deseado interrumpir el embarazo (61).

Después de los criterios utilizados no se encontró mujeres de 12 ni de 47-49 años.

3.6. Variables y operacionalización

<i>Variables</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Escala valorativa (niveles o rangos)</i>
Embarazo no deseado Var. dependiente	Deseo de tener hijos en mujeres que están embarazadas en el momento de la encuesta Diversas variables relacionadas al	Ante la pregunta ¿El embarazo actual es deseado? (57)(61), se considerará como “deseado” una manifestación positiva: “En ese momento”. Considerándolo como un aspecto negativo (no deseado) todo lo demás (“Quería esperar/ No quería tener (más) hijas/hijos” considerándolo como no).	Unidimensional	¿El embarazo actual es deseado?	Cualitativo nominal	Deseado/no deseado

Factores asociados	embarazado deseado presentes en la base	Diferentes aspectos considerados en la relación con la variable dependiente en el aspecto socioeconómico, cultural y salud presentes en la base ENDES 2022	CULTURAL	¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que aprobó?	Cualitativo ordinal	Primaria menos/Secundario/ Superior	a
			SOCIODEMOGRÁFICO	Etnicidad	Cualitativo nominal	Castellano/No castellano	
r. independientes			SOCIODEMOGRÁFICO	Región	Cualitativo nominal	Lima/Provincia	
				Tipo de lugar de residencia	Cualitativo nominal	Urbano/Rural	
				Riqueza	Cualitativo ordinal	Pobre/Medio/ Rico	
				¿Cuál es su estado civil o conyugal?	Cualitativo nominal	Soltera/Casada/Conviviente/ Divorciada+Separada	
				Edad en años	Cualitativo ordinal	<= 18 años/19 a más años	
			SALUD	¿Número de nacimientos en los últimos tres años?	Cualitativo nominal	Ninguno/ de 1 a 2 nacimientos	

			Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual	Cualitativo nominal	De 1 a 4/De 5 a más
			Duración del embarazo actual (trimestres)	Cualitativo ordinal	Primer trimestre/Segundo trimestre/Tercer trimestre
			¿Tiene seguro?	Cualitativo nominal	No/Si

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Variable dependiente e Variable independiente:

Técnica: Análisis documental

Instrumento: Ficha de captura de datos.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

No aplica (por la técnica de recolección).

3.7.3. Validación

No aplica (por la técnica de recolección).

3.7.4. Confiabilidad

No aplica (por la técnica de recolección).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se utilizará el programa Word y el programa Excel para los documentos y base de datos; respectivamente. El número de unidades de análisis se basará en los filtros (criterios de inclusión y exclusión). Algunas variables serán categorizadas para el análisis. Se realizará un análisis de regresión (Razón de Proporciones; Poisson de varianza robusta) con su respectivo intervalo de confianza para hallar la hipótesis de estudio. Se utilizará el programa estadístico SPSS, para la estadística descriptiva e inferencial. Se utilizará una confianza del 95%.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio utilizará base de datos de acceso libre anonimizado (57), por ello, no requiere consentimiento informado ni carta de autorización por parte de alguna institución. Asimismo, al ser base de datos secundaria no pasó por revisión de comité de ética.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla n. 1

		Estimación	Error estándar	95% de intervalo de confianza		Coeficiente de variación	Recuento no ponderado
				Inferior	Superior		
Embarazo	0 Embarazo deseado	48.6%	3.2%	42.3%	54.9%	0.066	337
	1 Embarazo No deseado	51.4%	3.2%	45.1%	57.7%	0.063	588
	Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.000	925

4.1.2. Prueba de hipótesis

-Prueba de hipótesis General

Hipótesis Nula: No existe relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú.

Hipótesis Alternativa: Existe relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión de Poisson con varianza robusta

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): p menor a 0,05 según corresponda

-Toma de decisión: Se encontró asociación estadísticamente significativa en los tres factores específicamente en el estado civil de la mujer ($p=0.000$); la región ($p=0.003$) (SOCIODEMOGRÁFICO); el nivel educativo más alto alcanzado ($p=0.006$) y la etnicidad ($p=0.008$) (CULTURAL) y número de nacimientos en los últimos tres años ($p<0.001$) y número total de hijos vivos incluido el embarazo actual ($p<0.001$) (SALUD).

-Prueba de hipótesis específica 1:

Hipótesis Nula: No existe relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022

Hipótesis Alternativa: Existe relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión de Poisson con varianza robusta

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): p menor a 0,05 según corresponda

-Toma de decisión:

Tabla n 2

Parameter	B	Std. Error	95% Wald Confidence Interval		Hypothesis Test			95% Wald Confidence Interval for Exp(B)		
			Lower	Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
(Intercept)	0.079	0.1564	-0.228	0.385	0.254	1	0.614	1.082	0.796	1.470
[Edad (Agrupada)=1]	0.163	0.1042	-0.041	0.368	2.463	1	0.117	1.178	0.960	1.444
[Edad (Agrupada)=0]	0 ^a							1		
[¿Cuál es su estado civil o conyugal?=3]	0.030	0.0991	-0.164	0.225	0.094	1	0.759	1.031	0.849	1.252
[¿Cuál es su estado civil o conyugal?=2]	-0.696	0.0932	-0.879	-0.514	55.865	1	0.000	0.498	0.415	0.598
[¿Cuál es su estado civil o conyugal?=1]	-1.217	0.1479	-1.507	-0.927	67.704	1	0.000	0.296	0.222	0.396
[¿Cuál es su estado civil o conyugal?=0]	0 ^a							1		
[Región=1]	-0.255	0.0850	-0.421	-0.088	8.978	1	0.003	0.775	0.656	0.916
[Región=0]	0 ^a							1		
[Tipo de lugar de residencia=1]	0.030	0.0964	-0.159	0.219	0.096	1	0.756	1.030	0.853	1.245
[Tipo de lugar de residencia=0]	0 ^a							1		
[Riqueza=3]	-0.022	0.1007	-0.220	0.175	0.049	1	0.825	0.978	0.803	1.191
[Riqueza=2]	0.119	0.0941	-0.065	0.303	1.601	1	0.206	1.126	0.937	1.354
[Riqueza=1]	0 ^a							1		

Edad no fue significativo. Estado civil divorciada/separada/viuda no fue significativo. Aquellas mujeres cuyo estado civil es conviviente tienen 50.17% menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas solteras. Aquellas mujeres cuyo estado civil es casadas tienen 70.40% menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas solteras. Aquellas mujeres que residen en provincias tienen 22.48% menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas que residen en Lima. Tipo de lugar de residencia (urbano/rural) no fue significativo. Riqueza no fue significativo.

-Prueba de hipótesis específica 2:

Hipótesis Nula: No existe relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

Hipótesis Alternativa: Existe relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión de Poisson con varianza robusta

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): p menor a 0,05 según corresponda

-Toma de decisión:

Tabla n. 3

Parameter	B	Std. Error	95% Wald Confidence Interval		Hypothesis Test			Exp(B)	95% Wald Confidence Interval for Exp(B)	
			Lower	Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.	Lower	Upper	
(Intercept)	0.079	0.1564	-0.228	0.385	0.254	1	0.614	1.082	0.796	1.470
[¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que aprobó?=3]	-0.315	0.1287	-0.567	-0.063	6.004	1	0.014	0.730	0.567	0.939
[¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que aprobó?=2]	-0.086	0.1191	-0.319	0.148	0.516	1	0.472	0.918	0.727	1.159
[¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que aprobó?=1]	0 ^a							1		
[Etnicidad=1]	0.311	0.1177	0.081	0.542	7.002	1	0.008	1.365	1.084	1.720
[Etnicidad=0]	0 ^a							1		

Aquellas mujeres con nivel educativo superior tienen 27.04% menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas con nivel educativo de primaria a menos. El nivel educativo secundaria no fue significativo. Aquellas mujeres con etnicidad diferente al castellano tienen 36.54% mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas con etnicidad castellana.

-Prueba de hipótesis específica 3:

Hipótesis Nula: No existe relación entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

Hipótesis Alternativa: Existe relación entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión de Poisson con varianza robusta

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): p menor a 0,05 según corresponda

-Toma de decisión:

Tabla n. 4

Parameter	B	Std. Error	95% Wald Confidence Interval		Hypothesis Test			Exp(B)	95% Wald Confidence Interval for Exp(B)	
			Lower	Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.	Lower	Upper	
(Intercept)	0.079	0.1564	-0.228	0.385	0.254	1	0.614	1.082	0.796	1.470
[Nacimientos en los últimos tres años=1]	0.605	0.0820	0.445	0.766	54.514	1	0.000	1.832	1.560	2.151
[Nacimientos en los últimos tres años=0]	0 ^a							1		
[Seguro de salud: No tienen=1]	0.080	0.1446	-0.204	0.363	0.305	1	0.581	1.083	0.816	1.438
[Seguro de salud: No tienen=0]	0 ^a							1		
[Duración del embarazo actual (trimestres)=3]	-0.121	0.0874	-0.292	0.050	1.913	1	0.167	0.886	0.747	1.052
[Duración del embarazo actual (trimestres)=2]	0.034	0.0806	-0.124	0.192	0.175	1	0.675	1.034	0.883	1.211
[Duración del embarazo actual (trimestres)=1]	0 ^a							1		
[Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual=1]	0.478	0.1334	0.216	0.739	12.813	1	0.000	1.612	1.241	2.094
[Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual=0]	0 ^a							1		
(Scale)	1 ^b									

Las mujeres que en los últimos tres años han tenido de 1 a 2 nacimientos tienen 83.2% mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de aquellas que no tienen ningún nacimiento en los últimos tres años. Seguro de salud y duración del embarazo no fueron significativos. Aquellas mujeres con 5 a más hijos tienen 61.22% mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las mujeres cuyo número de hijos es de 1 a 4.

4.1.3. Discusión de resultados

El presente estudio no encontró significancia con la variable edad. Sin embargo, la literatura muestra significancia entre embarazo no deseado y edad.

Algunos estudios muestran relación a una mayor edad. La probabilidad de haber tenido un hijo sin quererlo fue mayor mientras más edad tenía la mujer (de 30-44 años; OR: 2,37 a 65 a 84 años; OR: 3,62) tomando como referencia la edad de 16-29 años (17). Los resultados del modelo ajustado muestran que el aumento de la edad de 17,18 y 19 años de edad (OR: 2,66; OR:3,2; OR:3,36), se asociaron con mayores probabilidades de embarazo no deseado a comparación de los 15 años o menos (20). En el caso de los embarazos no deseados encontraron un riesgo mayor (OR: 4,09) de embarazos no deseados, entre las mujeres de 35 años o más que de las de 19 años o menos (19).

Mientras que otros a una menor edad. Las mujeres de 30 a 34 años tuvieron protección de tener embarazos no planificados (AOR = 0,55; IC del 95 %: 0,32, 0,94) comparándolo con las edades de 15 a 19 años (18) La probabilidad de embarazo no deseado entre 15 a 19 años fue de ORa = 1,48 (IC 95% = 1,26-1,73) a comparación con edades de 20-24 años (21). El análisis de regresión encontró una mayor probabilidad de embarazo no deseado en adolescentes (15 a 19 años; AOR: 1,6) y mujeres jóvenes (20 a 24 años; AOR: 1,3) en comparación con mujeres de 25 a 29 años (grupo de referencia) (23). El análisis de regresión tener una edad entre 18 y 20 años es protector a un embarazo no deseado (OR: 0,574) en comparación con otros grupos (de 15 a 24 años) (25).

Esta variación queda plasmada en una revisión sistemática, que encontró resultados diversos entre edad y embarazo no deseado. Según esta revisión, algunos estudios indican que mujeres

más jóvenes tienen más probabilidades de un embarazo no deseado, mientras que otros indican a las mujeres mayores (62).

No hay un consenso en las publicaciones sobre la edad como riesgo de embarazo no deseado. Tanto a edades tempranas como muy mayores puede haber complicaciones en el parto. Son complicaciones propias de la edad. La depresión, ansiedad, falta de autoestima y confianza y pensamientos suicidas aparecen en las madres adolescentes (63). Con respecto al apoyo algunas adolescentes mencionaron que el apoyo que recibieron les ayudó a mejorar su confianza, esto fue una motivación para desarrollarse ellas mismas como volver a la escuela (63).

Aquellas mujeres con nivel educativo superior tienen 0.730 menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas con nivel educativo de primaria o menos. El nivel educativo secundaria no fue significativo. A diferencia de (18) y (23), el presente estudio encontró significancia con educación (18) y (23).

Otros estudios, como el presente, encontraron relación significativa (17), indicó que tener una educación más larga (10-12 años y más de 12 años) disminuyó las probabilidades de tener un hijo sin quererlo (OR 0.92 y 0.58; respectivamente). El no tener una educación formal fue un riesgo (OR: 1,67) a comparación de tener primaria (19). El tener educación primaria o menos (OR:1,5) se asociaron con mayores probabilidades de embarazo no deseado (20). El estudio de (21) encontraron embarazo no deseado asociado con primaria (aOR =1,99; IC 95% = 1,69-2,33) y secundaria/superior (ORa = 2,30; IC 95% =1,90-2,78).

Una adecuada educación facilitaría el acceso a los métodos de planificación familiar, brindando la oportunidad de alcanzar un mayor nivel educacional, mayor oportunidad laboral y una mejor calidad de vida. La mujer que se desarrolla profesionalmente tendería a contar con una vida sexual responsable, debido al posible acceso a una educación sexual en sus niveles educativos previos.

El presente estudio no encontró asociación entre embarazo no deseado y riqueza.

Algunos estudios encontraron que tener riqueza lleva a un embarazo no deseado. La probabilidad de embarazo no deseado el pertenecer al quintil de riqueza rico, tuvo más probabilidad de tener embarazos no deseados [1,28; IC 95% = 1,08–1,51] al compararlo con pobre; no hay relación con quintil riqueza media (21). El análisis de regresión encontró menor probabilidad de embarazo no deseado estar en situación de Pobreza (pobre AOR:0,5 y más pobre AOR:0,6) a comparación del más rico (23).

El no tener riqueza lleva a embarazo no deseado. Tener ingresos familiares bajos a comparación de altos (AOR 4,017, IC 95% 1,738–9,284) (16). Al aumentar en una unidad el estatus económico disminuye la probabilidad de embarazo no deseado (OR ajustado:0,936, IC 95%: 0,889-0,986) (24).

Otros muestran ambigüedad. En el caso de los embarazos no deseados encontraron que el estar en el quintil de riqueza pobre (OR: 0,57) y más rico (OR:0,45) son protectores a comparación de encontrarse en el quintil más pobre (19).

Un estudio en África, madres adolescentes, mencionan el encontrarse en un entorno socioeconómico pobre, como razón para quedar embarazadas inesperadamente. Admitiendo que tanto ellas como sus padres estuvieron devastados ante la noticia del embarazo (63). Asimismo, una revisión sistemática, encontró que es más probable que el embarazo de las mujeres desempleadas sea no deseado que las mujeres empleadas (62).

El nivel socioeconómico de la mujer determinaría su riesgo ante un embarazo no deseado. Un estudio en Sudáfrica muestra que un segundo embarazo en adolescentes fue el desencadenante de dificultades financieras (64). Un metanálisis en 26 ensayos controlados aleatorizados encontró que intervenciones psicológicas resultaron en tasas de embarazo más bajas que el control (65).

En el presente estudio, estado civil divorciada/separada/viuda no fue significativo. Aquellas mujeres cuyo estado civil es conviviente tienen 0.498 menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas solteras. Aquellas mujeres cuyo estado civil es casadas tienen 0.296 menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas solteras. Resultados que coinciden con los (16) (18) (21) (25). Este estudio encontró que mujeres solteras tuvieron 10,9 veces más probabilidades de haber tenido un embarazo no deseado (AOR 10,938 IC del 95% 3,653–32,749) que las mujeres casadas (16). Las solteras tuvieron más probabilidad de tener un embarazo no planificado (AOR = 11,38; IC del 95%: 6,38, 20,29) en comparación con las mujeres actualmente casadas/en unión (18). Asimismo, otro estudio donde la probabilidad de embarazo no deseado en solteros (nunca casados/separados/divorciados/viudos) (aOR =9,23; IC 95% = 7,55-11,28) y conviviente (ORa = 2,53; IC 95% = 2,16–2,96) a comparación de casados (21).

Asimismo, un estudio nacional indica que el ser soltera representa un riesgo de ocurrencia de embarazo no deseado (OR: 18,3) a diferencia de una relación de unión libre (25).

Un estudio muestra que estado civil no tuvo asociación a embarazo no deseado (20).

Puede que el sentido de pertenencia a una pareja, y otros componentes como la seguridad y la estabilidad emocional y económica, propicie que el no tener pareja lleve a un embarazo no deseado. Un estudio en China encontró que mujeres casadas ya con hijos no elegirán tener otro, si tienen que hacerlo solas. Encontrándose con la encrucijada de “¿Cuál es el propósito de tener un hijo?”. ¿visión tradicional? ¿búsqueda de un hijo varón? (66).

Las mujeres que en los últimos tres años han tenido de 1 a 2 nacimientos tienen 1.832 mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de aquellas que no tienen ningún nacimiento en los últimos tres años.

Aquellas mujeres con 5 a más hijos tienen 1.612 mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las mujeres cuyo número de hijos es de 1 a 4. Estos resultados coinciden con el estudio de (16) quienes encontraron un mayor riesgo de embarazo no deseado ante un número de hijos vivos mayor a 3 a comparación de no tener hijos (AOR 10,263, IC 95% 4,075–25,849) Aquellas que dieron a luz 3–4 niños (AOR = 1,79; IC del 95 %: 1,34, 2,39) y 5 o más niños (AOR = 3,02; IC del 95 %: 2,08, 4,39) tenían más probabilidad de tener un embarazo no planificado, en comparación con las que tuvieron de 1 o 2 hijos (18). En el caso de los embarazos no deseados encontraron que el tener 1 o 2 hijos (OR: 4,67), así como, más de 2 hijos (OR:5,69)

fueron de riesgo a comparación de no tener hijos (19). La probabilidad de embarazo no deseado, las mujeres que tuvieron dos nacimientos ($ORa = 1.42$; IC 95% =1,18-1,71) y tres o más nacimientos tuvieron más probabilidades de tener embarazos no deseados ($ORa = 1,99$; IC 95% = 1,59–2,48) al compararlas con un solo nacimiento (21).

Los resultados del presente estudio se pueden comparar más cercanamente con el estudio de (22), quienes también consideraron mujeres embarazadas, encontrando que quienes tenían parto superior a 5 tuvieron 3 veces más probabilidades de embarazo no deseado ($AOR = 3$; IC 95% (1,34-6,8)) que aquellas con paridad menor o igual a dos; no encontraron relación entre 3-4 de paridad.

Otro estudio (24), manifestó que, al elevar el número de partos por 1 unidad, aumenta el embarazo no deseado (IC 95%: 1,794-2,647).

Una revisión sistemática, encontró que la paridad fue significativa con un embarazo no deseado. Mujeres multíparas tuvieron más probabilidades de experimentar un embarazo no deseado que nulípara (62).

El sentido común llevaría pensar que una mujer que tienen ya muchos hijos, tendería a no tener más, sin embargo, fueron las mujeres con mayor número de hijos las que tuvieron mayor probabilidad de embarazo no deseado. Esto se podría deber a fallas de métodos anticonceptivos o no utilizarlos, a desconocimiento educación sexual y reproductiva. Un grupo de adolescentes y mujeres jóvenes, cuya característica fue la no repetición de embarazo, tendieron a evitar una nueva experiencia de maternidad, priorizando sus estudios, formación para una ocupación y/o

inserción laboral (reducción de dependencia económica). Mientras que un grupo caracterizado por la repetición tendieron a concentrarse en su rol de madre, reforzando su visión de la maternidad como un revés personal (67).

Duración del embarazo no fueron significativos en el presente estudio. La puntuación de calidad de vida relacionada con la salud disminuyó durante el primer trimestre, manteniéndose estable en el segundo trimestre, disminuyendo después del segundo y durante el tercer trimestre (68).

Seguro de salud no fueron significativos en el presente estudio. Estos resultados coinciden con (18), al no encontrar significancia con tener o no seguro. Es fundamental contar con un seguro de salud, pero según los resultados no es trascendente debido que hay otros factores más significativos que influyen directamente al embarazo no deseado. Visitar un centro de salud fue una de las razones para la reducción de los embarazos no deseados en un 10% (69), según Curtis et al, 2010 (69), debido a la disponibilidad de tener un servicio de planificación familiar para evitar embarazos no deseados. En el Perú siete de cada 10 peruanos cuentan con una afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) (alternativa para quienes no cuentan con un seguro de salud formal) (70).

Aquellas mujeres que residen en provincias tienen 0.775 menor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas que residen en Lima (capital).

Tipo de lugar de residencia (rural/urbano) no fue significativo. Estos resultados coinciden con (19) que en el caso de los embarazos no deseados, no encontraron significancia con residencia

entre rural y urbana (19). Mientras que un estudio muestra asociación con residencia rural (OR:1,64) (20), y otro con urbana (AOR: 1,4) (23).

Aquellas mujeres con etnicidad diferente al castellano tienen 1.365 mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado respecto de las personas con etnicidad castellana.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Existe relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú, en los tres factores, específicamente en el estado civil de la mujer; la región (SOCIODEMOGRÁFICO); el nivel educativo más alto alcanzado y la etnicidad (CULTURAL) y número de nacimientos en los últimos tres años y número total de hijos vivos incluido el embarazo actual ($p < 0.001$).
2. Existe relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022. Mujeres cuyo estado civil es conviviente y casadas, cuya residencia es provincia tienen menor posibilidad de tener un embarazo no deseado.
3. Existe relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022. Mujeres con nivel educativo superior tienen menor posibilidad de tener un embarazo no deseado y aquellas mujeres con etnicidad diferente al castellano tienen mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado.
4. Existe relación entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022. Mujeres que en los últimos tres años han tenido de 1 a 2

nacimientos y con 5 a más hijos tienen mayor posibilidad de tener un embarazo no deseado.

5.2 Recomendaciones

1. Las instituciones gubernamentales deben garantizar la salud integral, incluida la vida sexual y reproductiva de manera que los establecimientos de salud cuenten con protocolos de atención, disponibilidad de anticonceptivos y brindar el servicio de atención en todas las etapas de embarazo.
2. Concientizar a la población sobre las consecuencias graves que e involucra al embarazo no deseado, fomentando la cultura de la planificación dentro en un contexto sociocultural.
3. Desarrollar estrategias que permitan implementar una educación integral de la sexualidad dentro de las instituciones educativas, comunidad y familias por lo cual debe contar con herramientas e información para una vida y salud plenas.
4. Diseñar estratégicas de intervención con el fin de mejorar las políticas de gestión de promoción de salud sexual y reproductiva enfocándose específicamente a las mujeres en edad fértil con el fin de garantizar que las políticas de intervención sean a su realidad y aborden de manera directa la problemática del embarazo no deseado.

REFERENCIAS

1. Who.int. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. [Internet]. Ginebra:WHO; 25 de octubre de 2019 [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
2. Who.int. Se publican las primeras estimaciones nacionales sobre embarazos imprevistos y abortos. [Internet]. Ginebra:WHO; 24 de marzo de 2022 [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion>
3. Guttmacher Institute. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. [Internet]. Washington, DC: Guttmacher; Julio 2020 [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
4. Biddlecom A, Sully EA, Kantorová V, Wheldon MC, Lince-Deroche N, Riley T. Setting Health Targets Using Information from Probabilistic Projections: A Research Brief on an Application to Contraceptive Coverage. *Popul Res Policy Rev.* febrero de 2023;42(1):13.
5. Mackintosh N, Rance S, Carter W, Sandall J. Working for patient safety: a qualitative study of women's help-seeking during acute perinatal events. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 232.
6. Naciones Unidas. UNFPA. Embarazo en adolescentes. [Internet]. América Latina y el Caribe. 2019 [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>

7. Who. Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
8. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Ginebra: OMS; 31 de enero del 2020. Embarazo en la adolescencia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
9. Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú. UN; 2021 [Internet]. Disponible en: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio_csemap_ver_digital_1.pdf
10. Maghalian M, Nikanfar R, Nabighadim M, Mirghafourvand M. The prevalence of unintended pregnancy and its influence on pregnancy experience in Tabriz, Iran, 2023: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 5 de junio de 2024;21(1):79.
11. Zimmerman LA, Karp C, Magalona S, Shiferaw S, Seme A, Ahmed S. Exploring Multiple Measures of Pregnancy Preferences and Their Relationship with Postpartum Contraceptive Uptake Using Longitudinal Data from PMA Ethiopia. *Studies in Family Planning*. septiembre de 2023;54(3):467-86.
12. McGuire MF, Ortega E, Patel R, Paz-Soldán VA, Riley-Powell AR. Seeking information and services associated with reproductive health among rural Peruvian young adults: exploratory qualitative research from Amazonas, Peru. *Reprod Health*. 13 de marzo de 2024;21(1):36.
13. Ribeiro-Accioly ACL, Seidl-de-Moura ML, Fernandes Mendes DML, Mesman J. Maternal sensitivity in interactions with their 2-month-old infants in Rio de Janeiro - Brazil. *Attachment & Human Development*. 2 de noviembre de 2021;23(6):761-70.

14. Ekrami F, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Babapour Kheyradin J. Maternal-Fetal Attachment and its Sociodemographic Determinants in Women With Unplanned Pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 25 de marzo de 2018;7(1):106-11.
15. Khan MN, Harris ML, Oldmeadow C, Loxton D. Effect of unintended pregnancy on skilled antenatal care uptake in Bangladesh: analysis of national survey data. *Arch Public Health*. diciembre de 2020;78(1):81.
16. Ayele A, Abdurashid N, Hailu M, Tefera B. Unintended Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care Unit in Public Health Facilities of Dire Dawa City, Eastern Ethiopia, 2021. Singh M, editor. *Obstetrics and Gynecology International*. 4 de septiembre de 2023; 2023:1-10.
17. Deogan C, Abrahamsson K, Mannheimer L, Björkenstam C. Having a child without wanting to? Estimates and contributing factors from a population-based survey in Sweden. *Scand J Public Health*. marzo de 2022;50(2):215-22.
18. 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*. diciembre de 2022;22(1):17.
19. Khan MdN, Harris ML, Huda MdN, 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.
20. Ajayi AI, Odunga SA, Oduor C, Ouedraogo R, Ushie BA, Wado YD. «I was tricked»: understanding reasons for unintended pregnancy among sexually active adolescent girls. *Reprod Health*. 22 de enero de 2021;18(1):19.

21. Ahinkorah BO. Individual and contextual factors associated with mistimed and unwanted pregnancies among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa: A multilevel mixed effects analysis. Navaneetham K, editor. PLoS ONE. 22 de octubre de 2020;15(10): e0241050.
22. Bekele H, Dheressa M, Mengistie B, Sintayehu Y, Fekadu G. Unintended Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care at Bako Tibe District Public Health Facility, Oromia Region, Ethiopia. *Journal of Pregnancy*. 19 de marzo de 2020; 2020:1-7.
23. Rizvi F, Williams J, Hoban E. Factors Influencing Unintended Pregnancies amongst Adolescent Girls and Young Women in Cambodia. *IJERPH*. 19 de octubre de 2019;16(20):4006.
24. Almasi-Hashiani A, Omani-Samani R, Sepidarkish M, Khodamoradi F, Ranjbaran M. Unintended Pregnancy in Iran: Prevalence and Risk Factors. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 9 de julio de 2018;7(3):319-23.
25. Sánchez AS, Bastidas TG, Alfonso GI, Labrada GE. Embarazo no deseado y sus factores asociados en estudiantes universitarias. *Revista ESPACIOS*. 2019; 40(39).
26. Who.int. Contraception. [Internet]. Ginebra:WHO; [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1
27. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington, D.C.: CCP, OPS; 2019. Disponible en: https://fphandbook.org/sites/default/files/JHU-Handbook22_Spanish.pdf
28. UNITED NATIONS. ESTADO DE LA POBLACION MUNDIAL 2022; INTENCIONALES VISIBILIZAR LOINVISIBLE - LA NECESIDAD ACTUAR PARA

PONER FIN A LA CRISIS DESATENDIDA DE LOS. NEW YORK: UNITED NATIONS; 2022.

29. INEI. ENDES. CAPITULO 6 REFERENCIA A LA FECUNDIDAD https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap006.pdf

30. ONU. La desigualdad en la salud reproductiva se refleja en un mayor número de muertes de las madres más pobres o marginadas. [Internet]. 17 Abril 2024 [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2024/04/1529101>

31. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 15 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/312341>

32. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. NTPN^a130MINSA/2017/DGIESP. MINSA:Lima; 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>

33. Yah CS, Ndlovu S, Kutuywayo A, Naidoo N, Mahuma T, Mullick S. The prevalence of pregnancy among adolescent girls and young women across the Southern African development community economic hub: A systematic review and meta-analysis. Health Promot Perspect. 7 de noviembre de 2020;10(4):325-37.

34. Vanegas-Coveña DP, Parrón-Carreño T, Aranda-Torres C, Alarcón-Rodríguez R. Factores de riesgo asociados con embarazos no deseados en mujeres estudiantes de medicina. GMM. 2019;155(4):2051.

35. Aslalema A, Ortuño D, Merlyn MF. Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones diferentes según la edad? Estudio realizado en

Quito, Ecuador (2017). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2019; 9(1), 7-30. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v9.n1.5>

36. Minnis AM, Browne EN, Chavez M, McGlone L, Raymond-Flesch M, Auerswald C. Early Sexual Debut and Neighborhood Social Environment in Latinx Youth. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2022;149(3):e2021050861.

37. Belduma SKA, Cedeño MLI, Chamba TMJ. Embarazo no planificado como factor influyente en el rendimiento académico de estudiantes de la Carrera de Enfermería. *Dom. Cien*. 2022; 8(3): 255-268.

38. Hernández QA, Cáceres MFDM, Rivero-Rubio C. Estudio y embarazo en la universidad. Un reto difícil de superar. *Divers: Perspect Psicol* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 14 de junio de 2024];16(2). Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/6318>

39. Vargas Rodríguez LJ, Niño Avendaño CA, Barón Sánchez A. Factores asociados al embarazo no deseado: Estudio analítico. *Ciencia e Innovación en Salud* [Internet]. 5 de abril de 2022 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/4195>

40. Bellizzi S, Pichierri G, Menchini L, Barry J, Sotgiu G, Bassat Q. The impact of underuse of modern methods of contraception among adolescents with unintended pregnancies in 12 low- and middle-income countries. *Journal of Global Health*. diciembre de 2019;9(2):020429.

41. Ticona DM, Huanco D, Ticona-Rendón MB. Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru. *International Health*. 2 de enero de 2024;16(1):52-60.

42. Vieira MM, Karara N, Dembiński L, Jacot-Guillarmod M, Mazur A, Hadjipanayis A, et al. Adolescent pregnancy: An important issue for paediatricians and primary care providers—A

position paper from the European academy of paediatrics. *Front Pediatr.* 7 de febrero de 2023; 11:1119500.

43. Uwimana G, Elhoumed M, Gebremedhin MA, Nan L, Zeng L. Determinants of timing, adequacy and quality of antenatal care in Rwanda: a cross-sectional study using demographic and health surveys data. *BMC Health Serv Res.* 6 de marzo de 2023;23(1):217.

44. Pinzón-Rondón AM, Ruiz-Sternberg AM, Aguilera-Otalvaro PA, Abril-Basto PD. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018; 83(5): 487 – 499.

45. Gálvez EM, Rodríguez AL, Rodríguez SCO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. junio de 2016 [citado 8 de noviembre de 2022];32(2):280-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252016000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

46. Mingo CV. complicaciones durante el embarazo en adolescentes. [trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico]. Ecuador: UCC;2020. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8571/1/9BT2020-MTI124-VALERIA%20NATALY%20MINGO%20CARCHI.pdf>

47. Martínez EA, Montero GI, Zambrano RM. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Rev. Espacios.*2020;41(47):1-10. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>

48. Villar AM. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Perú* [Internet]. octubre de 2011 [citado 10 de noviembre de 2022];28(4):237-41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-

49. Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Med Clínica* [Internet]. julio de 2005 [citado 10 de noviembre de 2022];125(5):193-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775305719904>
50. Maque PML, Córdova RRL, Soto RAM, Ramos GJM, Rocano RL. Embarazo no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la adolescente, 2017. *Revista de Investigación Valdizana*. 2018;12(2):83-94.
51. Ronquillo MV, Castro OML, Castro MJP, Macklitff VIA, Jaime CBE, Delgado RCJ, et al. *Metodología de la investigación educacional* [Internet]. Amarillo, Texas: Editorial Tecnocientífica Americana; 2024. [citado julio 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.unir.net/Biblioteca/Portada?mostrar=Todo>
52. Arispe AC, Yangali VJ, Guerrero BM, Lozada de Bonilla O, Acuña GL, Arellano SC. *La investigación científica, Una aproximación para los estudios de posgrado*. Ecuador: GUAYAQUIL/UIDE/2020; 2021. Disponible: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACION%20CIENTIFICA.pdf>
53. Hernández-Sampieri R. Concepción o elección del diseño de investigación en la ruta cuantitativa: el mapa. En: Hernández-Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw;2018. p. 178.
54. Hernández-Sampieri R. Concepción o elección del diseño de investigación en la ruta cuantitativa: el mapa. En: Hernández-Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw;2018. p. 174.

55. Hernández-Sampieri R. Concepción o elección del diseño de investigación en la ruta cuantitativa: el mapa. En: Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw;2018. p. 176.
56. INEI. ENDES documentos metodológicos. Perú: INEI; 2022. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp>
57. INEI. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. [Internet]. Lima:INEI; 05 Septiembre 2023 [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/760/related_materials
58. INEI. Ficha técnica ENDES 2022. Perú:INEI. 2022 disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_ENDES_2022.pdf
59. National Library of Medicine. Adolescent. [Internet]. Bethesda, MD: National Library of Medicine; [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000293>
60. Who.int. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas. [Internet]. Ginebra:WHO; 23 de febrero de 2023 [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>
61. INEI. Manual de la entrevistadora. ENDES. Perú: INEI;2022. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2022-5/ManualEntrevistadora.pdf>

62. Alene M, Yismaw L, Berelie Y, Kassie B, Yeshambel R, Assemie MA. Prevalence and determinants of unintended pregnancy in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Adu-Afarwuah S, editor. PLoS ONE. 7 de abril de 2020;15(4): e0231012.
63. Gbogbo S. Early motherhood: voices from female adolescents in the Hohoe Municipality, Ghana—a qualitative study utilizing Schlossberg’s Transition Theory. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 1 de enero de 2020;15(1):1716620.
64. Govender D, Naidoo S, Taylor M. “I have to provide for another life emotionally, physically and financially”: understanding pregnancy, motherhood and the future aspirations of adolescent mothers in KwaZulu-Natal South, Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. diciembre de 2020;20(1):620.
65. Swain LT, Malouff JM, Meynadier J, Schutte NS. Psychological interventions decrease unintended pregnancies: A meta-analysis of randomized controlled trials. *British J Health Psychol*. mayo de 2023;28(2):567-85.
66. Zhang Y, Jin A, Zhu J, Zhou J, Cai J, Liu Y, et al. Stress Response to Fertility Decisions of Married and Parous Women with Unexpected Pregnancy: A Three Month Study at Tertiary Suzhou Hospital, China. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 9 de octubre de 2023;50(10):208.
67. Luttges C, Leal I, Huepe G, González D, González E, Molina T. Pregnant again? Perspectives of adolescent and young mothers who and do not experience a repeat pregnancy in adolescence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 1 de enero de 2021;16(1):1898317.
68. Kazemi A, Dadkhah A, Torabi F. Changes of health related quality of life during pregnancy based on pregnancy context: a prospective study. *Arch Public Health*. diciembre de 2022;80(1):37.

69. 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.

70. Gestion. Minsa: 7 de cada 10 personas peruanos están afiliados al Seguro Integral de Salud.

[Internet]. Lima: Gestión; 30/01/2024 [consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en:

<https://gestion.pe/peru/gobierno-peruano-ministerio-de-salud-7-de-cada-10-personas-peruanos-estan-afiliados-al-seguro-integral-de-salud-minsa-noticia/>

ANEXOS

Anexo1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál será la relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación entre factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Embarazo no deseado</p> <p>Variable 2</p> <p>CULTURAL</p> <p>¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que aprobó?</p> <p>Etnicidad</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Estudio hipotético deductivo, cuantitativo,</p> <p>Método y diseño de la investigación aplicada, no experimental, Transversales. Correlacional</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál será la relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022?</p> <p>¿Cuál será la relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022</p> <p>Identificar la relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.</p> <p>Identificar la relación</p>	<p>Hipótesis Específica</p> <p>Existe relación entre factor sociodemográfico y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022</p> <p>Existe relación entre factor cultural y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.</p> <p>Existe relación entre factor salud y embarazo no deseado en</p>	<p>SOCIODEMOGRÁFICO</p> <p>Región</p> <p>Tipo de lugar de residencia</p> <p>Riqueza</p> <p>¿Cuál es su estado civil o conyugal?</p> <p>Edad en años</p> <p>SALUD</p> <p>¿Número de nacimientos en los</p>	<p>Población Muestra</p> <p>Se consideró como población mujeres entre 12 a 49 años del ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao, según ENDES 2022</p>

<p>¿Cuál será la relación entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022?</p>	<p>entre factor salud y embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.</p>	<p>embarazadas de entre 12 a 49 ENDES Perú 2022.</p>	<p>últimos tres años?</p> <p>Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual</p> <p>Duración del embarazo actual (trimestres)</p> <p>¿Tiene seguro?</p>	
---	--	--	---	--

Anexo 2: Instrumentos

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO

¿El embarazo actual es deseado?

Deseado () No deseado ()

¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que aprobó?

Primaria a menos () Secundario () Superior()

Etnicidad

Castellano () No castellano ()

Región

Lima () Provincia ()

Tipo de lugar de residencia

Urbano () Rural ()

Riqueza

Pobre () Medio () Rico ()

¿Cuál es su estado civil o conyugal?

Soltera () Casada() Conviviente () Divorciada+Separada ()

Edad en años

<= 18 años () 19 a más años ()

¿Número de nacimientos en los últimos tres años?

Ninguno () De 1 a 2 nacimientos ()

Número total de hijos vivos incluido el embarazo actual

De 1 a 4 () De 5 a más ()

Duración del embarazo actual (trimestres)

Primer trimestre() Segundo trimestre () Tercer trimestre ()

¿Tiene seguro?

No () Si ()

Anexo 3: Validez del instrumento

No aplica

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

No aplica

Anexo 5: Reporte de similitud de Turnitin

NOMBRE DEL TRABAJO

Factores asociados a embarazo no deseado en embarazadas de entre 12 a 49 años ENDES Perú 2022

AUTOR

Yessica Ruth Mayhuasca Rosales

RECuento DE PALABRAS

13610 Words

RECuento DE CARACTERES

75197 Characters

RECuento DE PÁGINAS

84 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

135.7KB

FECHA DE ENTREGA

Nov 29, 2024 12:00 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 29, 2024 12:01 PM GMT-5

● 15% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

● **15% de similitud general**

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	uwiener on 2023-02-17 Submitted works	3%
3	hdl.handle.net Internet	1%
4	Universidad Wiener on 2024-10-14 Submitted works	1%
5	cdn.gob.pe Internet	<1%
6	uwiener on 2023-02-17 Submitted works	<1%
7	Universidad de San Martín de Porres on 2018-08-02 Submitted works	<1%
8	iris.paho.org Internet	<1%

9	fdocuments.es Internet	<1%
10	Federal University of Technology on 2018-10-14 Submitted works	<1%
11	University of Houston, Downtown on 2023-05-13 Submitted works	<1%
12	uwiener on 2023-09-12 Submitted works	<1%
13	Ronald H. Heck, Scott L. Thomas, Lynn N. Tabata. "Multilevel Modeling..." Publication	<1%
14	UTEC Universidad de Ingeniería & Tecnología on 2020-07-18 Submitted works	<1%
15	Universidad San Francisco de Quito on 2024-04-04 Submitted works	<1%
16	Universidad Wiener on 2024-07-31 Submitted works	<1%
17	Instituto Superior de Artes, Ciencias y Comunicación IACC on 2024-0... Submitted works	<1%
18	microdata.worldbank.org Internet	<1%
19	repositorio.uap.edu.pe Internet	<1%
20	Universidad Nacional de Colombia on 2014-06-03 Submitted works	<1%

21	Universidad Wiener on 2023-05-20 Submitted works	<1%
22	Universidad Catolica De Cuenca on 2019-07-29 Submitted works	<1%
23	Universidad Cesar Vallejo on 2016-03-24 Submitted works	<1%
24	Universidad de San Martín de Porres on 2018-05-07 Submitted works	<1%
25	cybertesis.unmsm.edu.pe Internet	<1%
26	uwiener on 2023-12-06 Submitted works	<1%
27	sld.cu Internet	<1%
28	Pontificia Universidad Catolica del Peru on 2024-03-18 Submitted works	<1%
29	Universidad Wiener on 2022-08-24 Submitted works	<1%
30	gerontologia.org Internet	<1%
31	publicaciones.ibero.edu.co Internet	<1%
32	repositorio.upch.edu.pe Internet	<1%

33	uwiener on 2023-11-06 Submitted works	<1%
34	uwiener on 2024-04-09 Submitted works	<1%
35	Fundacion Universitaria Konrad Lorenz on 2021-09-13 Submitted works	<1%
36	Submitted on 1689037266850 Submitted works	<1%
37	Universidad Ricardo Palma on 2020-02-26 Submitted works	<1%
38	Universidad San Francisco de Quito on 2023-03-01 Submitted works	<1%
39	plenilunia.com Internet	<1%
40	repositorio.usmp.edu.pe Internet	<1%
41	uwiener on 2023-11-10 Submitted works	<1%
42	elsiglodedurango.com.mx Internet	<1%

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	uwiener on 2023-02-17 Submitted works	3%
3	hdl.handle.net Internet	1%
4	Universidad Wiener on 2024-10-14 Submitted works	1%
5	cdn.gob.pe Internet	<1%
6	uwiener on 2023-02-17 Submitted works	<1%
7	Universidad de San Martín de Porres on 2018-08-02 Submitted works	<1%
8	iris.paho.org Internet	<1%