



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Asociación entre etnicidad y embarazo no deseado en mujeres peruanas:
análisis de una Encuesta Nacional

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por:

Autora: Mendoza Mendoza, Nohemi Angela

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6769-1182>

Asesor: Dr. Díaz Jordan, Alberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7015-5229>

Lima – Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Nohemi Angela Mendoza Mendoza egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Asociación entre etnicidad y embarazo no deseado en mujeres peruanas: análisis de una encuesta nacional” Asesorado por el docente: ALBERTO DIAZ JORDAN DNI 43602471 ORCID <https://orcid.org/0009-0006-7015-5229> tiene un índice de similitud de **14 (catorce) %** con código OID: 14912:560926631
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
NOHEMI ANGELA MENDOZA MENDOZA
DNI:73006685


.....
Firma de autor 2
Nombres y apellidos del Egresado
DNI:



.....
DR. ALBERTO DÍAZ JORDÁN
MEDICO GINECÓLOGO
CMP 60594 RNE. 31196

.....
Firma
ALBERTO DIAZ JORDAN
DNI: 43602471

Lima, 25 de FEBRERO de 2026

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

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

Justifico que el excedente del 1 % en fuentes primarias, que actualmente alcanza un 5 % frente al máximo permitido de 4 %, se debe a que los términos coincidentes corresponden al marco metodológico propio de una investigación. En ese sentido, se confirma la originalidad de la investigación, sustentando que la fuente identificada (5 %) proviene del repositorio uwiener.edu.pe, en el cual los títulos, subtítulos y términos detectados forman parte de la estructura metodológica establecida por la universidad. Asimismo, los demás términos coincidentes corresponden a expresiones de uso común en la redacción de investigaciones académicas.

**ASOCIACIÓN ENTRE ETNICIDAD Y EMBARAZO NO DESEADO EN
MUJERES PERUANAS: ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA NACIONAL**

Aprobación de jurado

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi amado padre Gerardo
quien desde niña me guio en el camino de la
Medicina, quien me dio las alas para volar a donde
quiera ir. Su inmenso amor fue la luz que iluminó mi
camino hasta en los momentos más penumbrosos.

A mi madre Dolores cuyo amor no conoce fronteras.

Gracias por la valentía de dejarme volar, incluso
cuando tu corazón se resistía. Sé que en cada paso que
di lejos de ustedes una parte de su alma me
acompañó. Los amo más allá de las palabras.

Agradecimientos

Agradezco a Dios quien después de grandes caídas me levantó, haciéndome más fuerte y resiliente.

A Marcia Adrianzen, por darme la valiosa oportunidad de realizar mis prácticas como externa y su inmensa generosidad al compartir sus conocimientos y experiencia como Medico de Emergencia y Desastres.

A mi asesor Alberto Diaz Jordán, quien me regaló la experiencia de traer vida al mundo y me enseñó que la medicina es mucho más que ciencia, es humanidad.

A Andrés M. Cáceres Jara, su ejemplo fue la luz que me guio hacia este camino que junto a la generosidad de abrirme las puertas del quirófano reforzó el cimiento de vocación.

A Gloria Del Carpio quien desde el colegio se preocupó de mi futuro y a lo largo de estos 7 años me dio sabios consejos en los momentos más cruciales.

A mis tíos Yino y Maricruz, José y Donica, Jimmy y Modeli, Pablo y Vicky, Augusto y Placida, Andrés y Justa, mencionar sus nombres es mi forma de honrar el gran pilar que han sido para mí, cada uno apporto algo invaluable a mi formación a través de consejos, cariño, amor y recuerdos.

Índice

Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice... ..	6
Índice de tablas	7
Índice de figuras	8
Resumen	9
Abstract.....	11
I. INTRODUCCIÓN.....	12
II. METODOLOGÍA.....	14
III. RESULTADOS	18
IV. DISCUSIÓN.....	27
V. CONCLUSIONES.....	32
VI. REFERENCIAS	33
VII. ANEXOS	40

Índice de tablas

Tabla 1. Características generales de la muestra incluida en el análisis, ENDES 2024 (n = 18,681; N= 7,344,496).....	19
Tabla 2. Características generales de la muestra incluida en el estudio según la etnicidad.	21
Table 3. Características generales de la muestra incluida en el estudio según la intención de embarazo.....	23
Tabla 4. Modelos crudos y ajustados para evaluar la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en la muestra incluida en el estudio.	25

Índice de figuras

Figura 1. Flujograma de selección de la muestra incluida en el estudio, ENDES 2024. 18

ASOCIACIÓN ENTRE ETNICIDAD Y EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES PERUANAS: ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

ASSOCIATION BETWEEN ETHNICITY AND UNWANTED PREGNANCY IN PERUVIAN WOMEN: ANALYSIS OF A NATIONAL SURVEY

Autora y filiación:

Nohemi Angela Mendoza Mendoza. Estudiante de Medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Resumen

Introducción: El embarazo no deseado es un problema de salud pública asociado a riesgos físicos, emocionales y sociales para la mujer. Diversos factores influyen en su ocurrencia, entre ellos, determinantes socioculturales como la etnicidad. En Perú, país con amplia diversidad étnica, persisten desigualdades en el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual podría influir en la planificación del embarazo. Sin embargo, la evidencia sobre la relación entre etnicidad e intención de embarazo es limitada.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en mujeres peruanas.

Materiales y métodos: Estudio observacional analítico proveniente de los datos de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2024. La población estuvo constituida por mujeres en edad fértil (MEF) que tuvieron historial de embarazo en los últimos cinco años. La etnicidad fue evaluada mediante la autopercepción étnica por los antepasados o costumbres. El embarazo no deseado, incluyó el embarazo no planificado e inoportuno. Se estimaron razones de prevalencia (RP) como medida de asociación.

Resultados: Se analizaron 18,681 MEF, con una edad promedio de 31 años, predominando el grupo de 25 a 34 años (47,37%). Una de cada dos mujeres informó que su embarazo fue no deseado (50,55%), el cual fue mayor en los grupos indígenas y afroperuanos, destacando

las nativas de la Amazonía (62,52%). Tras ajustar por confusores, encontramos que, en comparación con las mestizas, únicamente las mujeres aymaras presentaron mayores proporciones de embarazo no deseado (RP: 1,14; IC 95%: 1,02–1,27). Por otro lado, aquellas mujeres que se identificaron como parte de otros pueblos indígenas presentaron menor prevalencia de embarazo no deseado en comparación con las mestizas (RP: 0,80; IC 95%: 0,65–0,99).

Conclusión: En comparación con las mestizas, las mujeres aymaras presentaron mayores proporciones de embarazo no deseado, mientras que las mujeres que se identificaron como parte de otros pueblos indígenas presentaron menores proporciones.

Palabras clave: Embarazo no deseado; Etnicidad; Salud reproductiva; Perú.

Abstract

Background: Unintended pregnancy is a public health problem associated with physical, emotional, and social risks for women. Various factors influence its occurrence, including sociocultural determinants such as ethnicity. In Peru, a country with great ethnic diversity, inequalities in access to reproductive health services persist, which could influence pregnancy planning. However, evidence on the relationship between ethnicity and pregnancy intention is limited.

Objective: To evaluate the association between ethnicity and unwanted pregnancy in Peruvian women.

Materials and methods: Analytical observational study based on data from the 2024 Demographic and Health Survey (ENDES). The population consisted of women of childbearing age (WCA) who had a history of pregnancy in the last five years. Ethnicity was assessed based on self-perceived ethnicity through ancestry or customs. Unwanted pregnancy included unplanned and untimely pregnancy. Prevalence ratios (PR) were estimated as a measure of association.

Results: A total of 18,681 WCA were analyzed, with an average age of 31 years, predominantly in the 25-34 age group (47.37%). One in two women reported that their pregnancy was unwanted (50.55%), which was higher in the indigenous and Afro-Peruvian groups, particularly among women native to the Amazon (62.52%). After adjusting for confounders, we found that, compared to mestizo women, only Aymara women had higher proportions of unwanted pregnancies (PR: 1.14; 95% CI: 1.02–1.27). On the other hand, women who identified as belonging to other indigenous peoples had a lower prevalence of unwanted pregnancies compared to mestizo women (PR: 0.80; 95% CI: 0.65–0.99).

Conclusion: Compared to mestizo women, Aymara women had higher rates of unwanted pregnancy, while women who identified as belonging to other indigenous groups had lower rates.

Keywords: Unwanted pregnancy; Ethnicity; Reproductive health; Peru.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo no deseado se define como aquel embarazo no planificado, ya sea no deseado o inoportuno; y constituye un problema persistente de salud pública a nivel global y nacional (1). Una gestación no planificada eleva el riesgo de atención prenatal tardía o insuficiente y desenlaces adversos para la madre e hijo, incluyendo malnutrición, morbilidad y mortalidad materna y neonatal (2–4). Asimismo, un embarazo no deseado puede interrumpir proyectos de vida, limitar la educación y oportunidades laborales de la mujer, y perpetuar ciclos de pobreza y dependencia (5,6). Por otro lado, en entornos con leyes restrictivas de aborto, muchas gestaciones no deseadas derivan en interrupciones inseguras, lo que agrava la vulnerabilidad de las mujeres y aumenta los riesgos sanitarios (7).

A nivel mundial, se estima que entre 2015 y 2019 ocurrieron 121 millones de embarazos no planeados por año, lo que equivale a una tasa global de 64 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres de entre 15 y 49 años (8). De estos, el 61% (73,3 millones) culminaron en aborto (8). De igual manera, en América Latina y el Caribe (ALC) el embarazo no deseado sigue siendo muy frecuente, pese a una moderada disminución en las últimas décadas (8). En esta región, se ha registrado una reducción del 27% entre 1990–1994 y 2015–2019 (8). En el Perú, se ha reportado que más de la mitad de las gestaciones fueron no planificadas, alcanzando en 2020 alrededor del 52,1% (9).

Esta problemática se enmarca en los determinantes sociales de la salud, que postulan que las condiciones socioeconómicas y culturales influyen decisivamente en los resultados de salud (10). Uno de los factores más relevantes en este contexto es la persistente brecha en el acceso a la planificación familiar y a información adecuada sobre salud sexual y reproductiva (11). Las mujeres en situación de pobreza, con menor educación o residentes en zonas rurales presentan menor uso de anticonceptivos (12).

El Perú es un país multiétnica y multicultural, donde se han registrado 55 pueblos indígenas y 48 lenguas nativas (13,14), lo que se superpone con las brechas sociales. Estos grupos suelen concentrarse en áreas rurales y presentar mayores niveles de pobreza y marginalidad que la población mestiza (15). Para el 2024, apenas el 1% de los establecimientos de salud peruanos cuenta con adaptaciones interculturales, por

lo que miles de mujeres indígenas son atendidas sin soporte lingüístico ni consideración por sus costumbres, dificultado la comunicación y generando experiencias de atención deficientes (16).

Es así como, la etnicidad emerge como un factor social crítico: en sociedades desiguales como la peruana, la pertenencia a un grupo étnico indígena o afrodescendiente suele correlacionar con desventajas en educación, ingreso, residencia rural y acceso a servicios de salud (17,18). Así también, diversas investigaciones han reportado marcadas desigualdades entre las minorías étnicas y el restringido acceso a la información y los servicios de salud sexual (19), donde se ha reportado menor cobertura sobre planificación familiar, uso de anticonceptivos y tasas más altas de fecundidad no deseada (20–22).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) abogan por que “cada embarazo sea deseado, cada parto sea seguro”, enfatizando que llegar a las poblaciones excluidas es esencial para lograr ese objetivo. En Perú, donde 7 de cada 10 ciudadanos perciben un acceso muy desigual a la salud, estudios como este proveen evidencia para abogar por la equidad. Asimismo, un enfoque analítico que incluya las categorías étnicas ampliamente variada en el Perú contribuirá a visibilizar poblaciones usualmente agregadas bajo categorías amplias, permitiendo un análisis más fino de las desigualdades. Los hallazgos de este estudio pueden orientar políticas y programas de salud pública más equitativos. Igualmente, los resultados podrían sustentar la necesidad de ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales y comunidades nativas, eliminando barreras geográficas y culturales. Dicho esto, el objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en mujeres peruanas.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de estudio

Básico

2.2. Diseño de investigación

Estudio observacional analítico de corte transversal mediante el análisis secundario de datos de la ENDES 2024.

2.3. Población y muestra

La población de estudio corresponde a mujeres en edad fértil (MEF) de 12 a 49 años, residentes en todos los departamentos del Perú. Los datos provienen de la ENDES 2024, la cual contó con un tamaño muestral de 36,760 viviendas a nivel nacional (23).

Se incluyeron MEF de 15 a 49 años que tenga historial de embarazo en los últimos cinco años y hayan otorgado su consentimiento informado en la aplicación principal de la ENDES. Cabe señalar que, conforme al protocolo de la ENDES, fueron excluidas las personas que no se encontraban en su domicilio el día anterior a la encuesta, así como los visitantes que pernoctaron en la vivienda la noche previa a su aplicación. Adicionalmente, fueron excluidas del análisis aquellas participantes con datos faltantes, incoherentes o no plausibles en alguna de las variables clave para el estudio.

Se utilizó toda la información disponible en la base de datos de ENDES de aquellas mujeres que cumplieron con los criterios de selección previamente establecidos. Respecto al muestreo, la ENDES, realizada anualmente por el INEI, utiliza un muestreo probabilístico, bietápico, estratificado y por áreas, diseñado para ser representativo a nivel departamental, incluyendo zonas urbanas y rurales (24). Al tratarse de un análisis secundario, se calculó la potencia estadística obteniéndose un valor de 100% lo que aseguró la representatividad de la muestra incluida.

2.4. Variables

La variable dependiente fue la intención de embarazo. Esta se determinó utilizando la pregunta "Cuando se embarazó, ¿deseaba embarazarse en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?". Esta pregunta mantiene opciones

de respuesta como: "Sí, en ese momento", "Sí, pero quería esperar" y "No quería tener (más) hijos". Luego, se consideró a las mujeres que indiquen la primera opción como embarazo deseado, mientras que aquellas que elijan cualquiera de las dos últimas fueron clasificadas como casos de embarazo no deseado.

La variable independiente fue la etnicidad, evaluada en base a la pregunta "Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres. Usted se siente o se considera:". Estas preguntas fueron respondidas por autoreporte de las participantes con opciones que incluían quechua, aymara, nativo o indígena de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originaria, negro/moreno/zambo/mulato/pueblo afroperuano o afrodescendiente, blanco, mestizo, otras razas. Aquellas respuestas como "No sabe/No responde" fueron excluidas del análisis.

Las covariables que se incluyeron fueron la edad, estado civil, nivel de educación, uso de anticonceptivos, número de hijos, índice de riqueza, seguro de salud, área de residencia y región geográfica de residencia. Las categorías de cada covariables se encuentran descritas en la tabla de operacionalización de variables (**Anexo 1**).

2.5. Procedimientos y técnicas

La ENDES utilizó como marco muestral los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del año 2007, complementados por la Actualización del Padrón del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) 2012-2013 (24).

Al tratarse de un análisis secundario, la recolección de datos fue realizado primariamente por el INEI. Es así como, ENDES realizó entrevistas presenciales aplicadas por personal debidamente capacitado, utilizando cuestionarios estructurados y validados. Previo a cada entrevista, se explicó el objetivo y los procedimientos del estudio, para solicitar la firma del consentimiento informado. Luego, se emplearon tres cuestionarios diseñados para abordar distintos aspectos de la salud pública (24): el Cuestionario del Hogar, Individual de la Mujer y de Salud. Para este estudio, se utilizaron datos del Cuestionario Individual de la Mujer, el cual fue completado por las mismas participantes del estudio (24).

Recopilación de datos

Debido a que la información perteneciente al año 2024 ya fue recolectada por ENDES, no fue necesario realizar un instrumento de recolección de datos y se

descargaron directamente las bases de datos de la ENDES del año 2024 disponibles en la página de microdatos del INEI (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>). Se incluyeron algunos de los módulos correspondientes al Cuestionario de la Salud que incluyen: Datos básicos de MEF (Módulo 1631: REC91 y REC0111); Historia de Nacimiento (Módulo 1632: RE223132); Embarazo, parto, puerperio y lactancia (Módulo 1633: REC41) e Inmunización y Salud (Módulo 1634: REC42). De las bases seleccionadas para el análisis por contener a las variables de interés, estas fueron unidas mediante el uso del identificador “CASEID”. Las observaciones que no lograron ser pareadas entre las bases fueron eliminadas.

Plan de análisis

Los análisis se realizaron en el software estadístico STATA v16.0 (StataCorp, TX, EE. UU.) considerando el diseño muestral complejo de la ENDES, el cual se evalúa de acuerdo con el estrato y factor de ponderación.

Primero, en el análisis descriptivo, las variables cualitativas fueron presentadas mediante frecuencias absolutas y relativas, acompañadas de sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Las variables cuantitativas fueron reportadas como medias y sus correspondientes IC 95%. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando la prueba de Chi-cuadrado con corrección de Rao-Scott, la cual es apropiada para datos provenientes de diseños muestrales complejos.

La asociación entre etnicidad y el embarazo no deseado fue evaluada mediante modelos lineales generalizados de la familia de Poisson, utilizando una función de enlace logarítmica. Se estimaron razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa), cada una con su IC 95%. El primer modelo fue bivariado y el segundo modelo incluirá ajustes por posibles variables confusoras, seleccionadas con base en criterios epidemiológicos. La multicolinealidad se determinó con el cálculo de los factores de inflación de la varianza (FIV), con un punto de corte mayor a 5 como indicativo de colinealidad significativa. En todos los análisis se asumió un valor p menor a 0,05 como umbral de significancia estadística.

2.6. Aspectos éticos y de integridad científica

El presente trabajo fue sometido al Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW) previo a su

ejecución (**Anexo 2**). Al tratarse de un análisis secundario, no se trabajó directamente con sujetos humanos. Las bases de datos utilizadas están disponibles de manera gratuita y pública en la página web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>). Estas bases no incluyeron identificadores personales, cumpliendo con lo establecido en el artículo 21 de la Declaración de Helsinki (25), lo que garantizó el anonimato de los participantes y salvaguarda la confidencialidad de la información. Asimismo, todos los participantes otorgaron su consentimiento informado al momento de realizarse la encuesta.

III. RESULTADOS

La muestra de ENDES 2024 incluyó a 37,117 registros de MER, de las cuales 17,366 se excluyeron por no reportar historial de embarazo en los últimos cinco años, así como 1,070 registros por presentar información incompleta en alguna de las variables de interés. Finalmente, la muestra efectiva estuvo conformada por 18,681 MER que representaron una población expandida de 7,344,496 mujeres a nivel nacional (**Figura 1**).

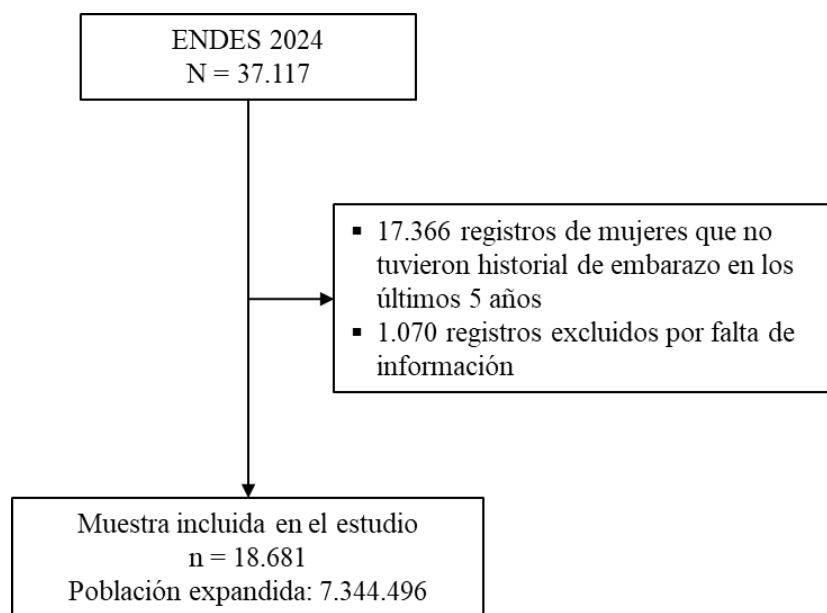


Figura 1. Flujograma de selección de la muestra incluida en el estudio, ENDES 2024.

La edad promedio fue de $31,00 \pm 8,92$ años, predominando el grupo de 25 a 34 años (47,37%). La mayoría presentó educación secundaria (46,78%), y tenía estado civil conviviente (61,82%). El uso actual de métodos anticonceptivos fue del 79,09% y la cobertura de algún seguro de salud (94,60%). En cuanto a la condición socioeconómica, más de la mitad pertenecía a los estratos pobre (23,48%) o muy pobre (26,94%). La mayoría residía en zonas urbanas (73,55%) y la región geográfica de residencia más frecuente fue la Sierra (28,17%), seguida de otras áreas de la Costa (27,67%) y Lima Metropolitana (24,73%). La autoidentificación étnica mestiza (45,87%) fue la más frecuente, seguida de la quechua (25,55%) y la afroperuana (14,23%). Finalmente, la proporción de embarazos deseados (49,45%) y no deseados (50,55%) fue similar en la muestra incluida (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características generales de la muestra incluida en el análisis, ENDES 2024 (n = 18,681; N= 7,344,496).

Características	Frecuencia absoluta	Proporción ponderada*	
	n	%	95% CI
Edad (años)			
Promedio (95% CI)	31,00	30,84-31,14	
15-24	3829	20,03	19,21-20,88
25-34	8954	47,37	46,30-48,44
35-49	5898	32,60	31,59-33,63
Nivel de educación			
Primaria o inferior	2832	14,73	13,94-15,55
Secundaria	9039	46,78	45,66-47,91
Superior no universitaria	3686	20,35	19,49-21,24
Superior universitaria	3124	18,14	17,29-19,01
Estado civil			
Soltera	841	4,67	4,23-5,14
Conviviente	11888	61,82	60,70-62,90
Casada	3434	19,52	18,64-20,43
Viuda/Divorciada	2518	0,00	13,14-14,89
Número de hijos			
1 hijo	5161	28,91	27,99-29,85
2 hijos	6425	34,84	33,77-35,93
3 hijos o más	7095	36,24	35,22-37,28
Uso de anticonceptivos			
No	3803	20,91	20,00-21,85
Si	14878	79,09	78,15-79,99
Seguro de salud			
No	870	5,40	4,90-5,95
Si	17811	94,60	94,05-95,10
Índice de riqueza			
Muy pobre	5671	26,94	25,93-27,97
Pobre	4949	23,48	22,50-24,48
Medio	3679	19,71	18,80-20,66
Rico	2708	16,28	15,48-17,12
Muy rico	1674	13,59	12,71-14,53
Área de residencia			
Urbano	13094	73,55	72,68-74,40
Rural	5587	26,45	25,60-27,32
Región geográfica de residencia			
Lima Metropolitana	2024	24,73	23,74-25,76
Otras regiones de la Costa	5635	27,67	26,57-28,80
Sierra	6023	28,17	26,88-29,50
Selva	4999	19,42	18,44-20,43
Etnicidad			

Mestiza	8021	45,87	44,70-47,06
Quechua	5491	25,55	24,58-26,55
Aymara	647	1,91	1,62-2,24
Nativa de la Amazonía	585	2,23	1,80-2,76
Parte de otros pueblos indígenas	159	0,94	0,63-1,40
Afroperuana	2292	14,23	13,42-15,08
Blanca	1281	7,77	7,20-8,38
Otras razas	205	1,50	1,25-1,80
Embarazo			
Deseado	8958	49,45	48,41-50,49
No deseado	9723	50,55	49,51-51,59

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

*Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño complejo del muestreo de la encuesta.

Al realizar el análisis bivariado entre las características generales y la etnicidad, se encontraron diferencias significativas en todas las variables analizadas ($p < 0,005$), excepto en el seguro de salud ($p = 0,204$). La proporción de embarazo no deseado fue mayor entre las mujeres nativas de la Amazonía (62,52%), seguidas por las afroperuanas (53,56%), aymaras (53,30%), blancas (51,86%), y quechuas (50,08%). En cambio, las mestizas (48,94%), otras razas (51,24%) y aquellas que se identificaron como parte de otros pueblos indígenas (50,25%) mostraron proporciones ligeramente menores (**Tabla 2**).

Tabla 2. Características generales de la muestra incluida en el estudio según la etnicidad.

Características	Etnicidad																valor p*
	Mestiza		Quechua		Aymara		Nativa de la Amazonía		Parte de otro pueblo indígena		Afroperuana		Blanca		Otras razas		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Embarazo																	0,001
Deseado	4006	51,06	2586	49,92	308	46,70	206	37,48	90	49,75	1056	46,44	608	48,14	98	48,76	
No deseado	4015	48,94	2905	50,08	339	53,30	379	62,52	69	50,25	1236	53,56	673	51,86	107	51,24	
Edad (años)																	<0,001
15-24	1529	17,50	988	17,42	84	15,50	196	32,57	47	31,08	615	28,09	330	25,11	40	19,31	
25-34	4006	49,08	2588	46,63	328	48,72	244	43,93	72	44,35	1033	44,17	585	46,53	98	47,58	
35-49	2486	33,42	1915	35,95	235	35,78	145	23,50	40	24,57	644	27,74	366	28,37	67	33,11	
Nivel de educación																	<0,001
Primaria o inferior	597	6,68	987	16,41	63	12,17	234	42,17	70	44,03	535	25,20	311	25,97	35	18,76	
Secundaria	3461	41,28	2849	51,60	387	58,10	287	45,94	77	45,61	1258	53,84	615	47,30	105	51,16	
Superior no universitaria	1982	25,09	996	19,52	102	15,56	33	5,11	8	4,30	321	13,82	199	14,80	45	18,91	
Superior universitaria	1981	26,95	659	12,47	95	14,17	31	6,77	4	6,06	178	7,14	156	11,93	20	11,18	
Estado civil																	<0,001
Soltera	390	4,93	226	3,72	17	1,62	22	4,27	6	7,19	103	5,02	70	6,52	7	2,88	
Conviviente	4863	57,99	3525	64,57	446	71,49	458	74,47	129	77,60	1514	64,12	819	62,83	134	64,01	
Casada	1570	21,95	1111	19,50	107	16,45	49	8,27	13	6,59	322	15,09	221	18,52	41	21,56	
Viuda	1198	15,13	629	12,21	77	10,44	56	12,98	11	8,62	353	15,77	171	12,13	23	11,54	
Número de hijos																	<0,001
1 hijo	2501	32,35	1370	26,27	160	25,21	108	20,98	21	16,63	585	25,30	357	28,44	59	29,87	
2 hijos	2864	36,03	1909	35,54	282	42,10	128	21,86	37	20,49	738	33,65	398	31,57	69	34,00	

3 hijos o más	2656	31,63	2212	38,19	205	32,69	349	57,16	101	62,87	969	41,05	526	39,99	77	36,13	
Uso de anticonceptivos																	0,001
No	1565	19,57	1103	20,83	143	22,43	181	34,15	40	30,72	478	23,20	251	19,44	42	21,62	
Si	6456	80,43	4388	79,17	504	77,57	404	65,85	119	69,28	1814	76,80	1030	80,56	163	78,38	
Seguro de salud																	0,204
No	408	5,82	190	4,24	38	6,55	29	3,42	11	4,94	112	5,93	73	6,09	9	5,55	
Si	7613	94,18	5301	95,76	609	93,45	556	96,58	148	95,06	2180	94,07	1208	93,91	196	94,45	
Índice de riqueza																	<0,001
Muy pobre	1407	14,97	2268	34,47	118	29,16	491	80,54	136	85,16	787	35,78	422	34,40	42	23,27	
Pobre	1970	20,07	1557	27,73	217	31,77	68	12,17	16	6,40	706	27,96	355	23,64	60	28,65	
Medio	1829	21,32	892	18,66	204	26,38	9	2,02	5	6,90	446	19,09	241	18,51	53	26,40	
Rico	1646	22,35	527	11,65	78	9,59	13	4,03	2	1,54	244	10,86	165	13,40	33	12,25	
Muy rico	1169	21,30	247	7,49	30	3,10	4	1,23	0	0,00	109	6,31	98	10,06	17	9,42	
Área de residencia																	<0,001
Urbano	6667	85,79	3150	65,15	520	68,65	141	25,30	42	22,93	1548	64,86	870	66,12	156	72,30	
Rural	1354	14,21	2341	34,85	127	31,35	444	74,70	117	77,07	744	35,14	411	33,88	49	27,70	
Región geográfica de residencia																	<0,001
Lima Metropolitana	1276	35,00	416	19,52	9	5,28	9	4,37	0	0,00	170	12,47	134	20,84	10	6,68	
Otras regiones de la Costa	2955	31,10	573	10,52	389	27,28	12	2,21	2	1,54	1063	45,03	510	36,84	131	57,61	
Sierra	1339	13,98	3751	60,09	232	66,14	9	1,62	1	0,68	366	20,21	286	24,50	39	21,64	
Selva	2451	19,93	751	9,88	17	1,30	555	91,80	156	97,78	693	22,30	351	17,82	25	14,06	

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño complejo del muestreo de la encuesta.

*Se refiere a la significación estadística obtenida de la comparación de las proporciones entre las categorías de las variables, teniendo en cuenta el muestreo complejo de la encuesta.

No	1807	49,33	47,00-51,67	1996	50,67	48,33-53,00	
Si	7151	49,48	48,35-50,62	7727	50,52	49,38-51,65	
Seguro de salud							0,087
No	417	45,90	41,77-50,09	453	54,10	49,91-58,23	
Si	8541	49,66	48,59-50,72	9270	50,34	49,28-51,40	
Índice de riqueza							<0,001
Muy pobre	2393	44,82	42,94-46,71	3278	55,18	53,29-57,06	
Pobre	2323	46,62	44,74-48,50	2626	53,38	51,50-55,26	
Medio	1781	48,12	45,82-50,43	1898	51,88	49,57-54,18	
Rico	1463	53,38	50,88-55,86	1245	46,62	44,14-49,12	
Muy rico	998	60,77	57,55-63,89	676	39,23	36,11-42,45	
Área de residencia							<0,001
Urbano	6500	50,77	49,54-52,00	6594	49,23	48,00-50,46	
Rural	2458	45,79	43,89-47,70	3129	54,21	52,30-56,11	
Región geográfica de residencia							<0,001
Lima Metropolitana	995	51,37	48,59-54,15	1029	48,63	45,85-51,41	
Otras regiones de la Costa	2750	48,86	47,17-50,55	2885	51,14	49,45-52,83	
Sierra	2952	51,51	49,78-53,23	3071	48,49	46,77-50,22	
Selva	2261	44,87	42,96-46,80	2738	55,13	53,20-57,00	

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño complejo del muestreo de la encuesta.

*Se refiere a la significación estadística obtenida de la comparación de las proporciones entre las categorías de las variables, teniendo en cuenta el muestreo complejo de la encuesta.

Al evaluar la asociación entre la etnicidad y la intención de embarazo, el análisis crudo, mostró que las mujeres nativas de la Amazonía (RP: 1,28; IC 95%: 1,14–1,43; $p < 0,001$) y afroperuanas (RP: 1,09; IC 95%: 1,03–1,16; $p = 0,003$) presentaron mayor prevalencia de embarazo no deseado en comparación con las mestizas. Sin embargo, tras ajustar por edad, nivel educativo, estado civil, número de hijos, índice de riqueza, área y región de residencia, se encontró que únicamente las mujeres aymaras, en comparación con las mestizas, presentaron mayor prevalencia de embarazo no deseado (RP: 1,14; IC 95%: 1,02–1,27; $p = 0,018$). Por el contrario, aquellas mujeres que se identificaron como parte de otros pueblos indígenas presentaron menor prevalencia de embarazo no deseado (RP: 0,80; IC 95%: 0,65–0,99; $p = 0,036$) en comparación con las mestizas (**Tabla 4**).

Tabla 4. Modelos crudos y ajustados para evaluar la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en la muestra incluida en el estudio.

Características	Embarazo no deseado					
	Modelo crudo ^a			Modelo ajustado ^{a,b}		
	RP	IC 95%	valor p	RP	IC 95%	valor p
Etnicidad						
Mestiza	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Quechua	1.02	0.98-1.07	0.343	1.03	0.98-1.08	0.300
Aymara	1.09	0.97-1.22	0.137	1.14	1.02-1.27	0.018
Nativa de la Amazonía	1.28	1.14-1.43	<0,001	1.01	0.90-1.14	0.826
Parte de otros pueblos indígenas	1.03	0.82-1.29	0.819	0.80	0.65-0.99	0.036
Afroperuana	1.09	1.03-1.16	0.003	0.97	0.92-1.03	0.310
Blanca	1.06	0.99-1.14	0.108	0.96	0.90-1.03	0.310
Otras razas	1.05	0.90-1.22	0.559	1.03	0.89-1.20	0.698

RP: Razón de prevalencias; **IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%.

^aModelo lineal generalizado de la familia de Poisson con función de enlace logarítmico; ^bAjustado por edad, nivel de educación, estado civil, número de hijos, índice de riqueza, área de residencia, región geográfica de residencia.

Al realizar el análisis estratificado por grupos etarios de la asociación entre etnicidad y embarazo no deseado, encontramos que en el grupo de 15 a 24 años no se observaron asociaciones significativas entre la etnicidad y el embarazo no deseado tras el ajuste por variables sociodemográficas. En el grupo de 25 a 34 años, las mujeres pertenecientes a otros pueblos indígenas presentaron una menor prevalencia de embarazo no deseado en comparación con las mestizas (RP: 0,66; IC95%: 0,44-0,99; p = 0,049). En contraste, entre las mujeres de 35 a 49 años, las aymaras mostraron una mayor probabilidad de embarazo no deseado (RP: 1,41; IC95%: 1,19-1,68; p < 0,001), diferencia que no fue significativa para los demás grupos étnicos tras el ajuste (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis estratificado por edad en la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en la muestra incluida en el estudio.

Exposición	Embarazo no deseado					
	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	RP	IC 95%	valor p	RP	IC 95%	valor p
<i>Estratificado por edad</i>						
15 a 24 años						
Mestiza	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Quechua	0,98	0,92-1,05	0,517	1,04	0,96-1,12	0,348
Aymara	0,94	0,75-1,18	0,589	1,01	0,80-1,29	0,916

Nativa de la Amazonía	1,04	0,91-1,18	0,570	1,01	0,88-1,15	0,913
Parte de otros pueblos indígenas	0,97	0,78-1,22	0,821	0,90	0,74-1,09	0,273
Afroperuana	0,94	0,86-1,04	0,220	0,98	0,90-1,06	0,591
Blanca	0,91	0,82-1,01	0,070	0,94	0,85-1,05	0,272
Otras razas	0,95	0,75-1,20	0,649	0,99	0,77-1,26	0,908
25 a 34 años						
Mestiza	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Quechua	0,95	0,88-1,02	0,189	0,99	0,91-1,07	0,714
Aymara	1,01	0,84-1,22	0,925	1,07	0,89-1,28	0,476
Nativa de la Amazonía	1,16	0,97-1,40	0,108	1,04	0,84-1,28	0,724
Parte de otros pueblos indígenas	0,77	0,50-1,18	0,231	0,66	0,44-0,99	0,049
Afroperuana	1,00	0,92-1,10	0,949	0,94	0,86-1,03	0,181
Blanca	1,01	0,90-1,13	0,899	0,98	0,87-1,09	0,656
Otras razas	1,06	0,83-1,36	0,632	1,05	0,82-1,36	0,682
35 a 49 años						
Mestiza	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Quechua	1,21	1,10-1,33	0,000	1,07	0,96-1,20	0,207
Aymara	1,41	1,17-1,70	0,000	1,41	1,19-1,68	<0,001
Nativa de la Amazonía	1,52	1,24-1,87	0,000	1,09	0,89-1,34	0,417
Parte de otros pueblos indígenas	1,29	0,94-1,77	0,110	0,94	0,68-1,28	0,677
Afroperuana	1,25	1,11-1,41	0,000	1,03	0,91-1,16	0,655
Blanca	1,20	1,02-1,40	0,024	1,00	0,86-1,16	0,974
Otras razas	1,09	0,79-1,51	0,595	1,01	0,76-1,35	0,939

RP: Razón de prevalencias; **IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%.

^aModelo lineal generalizado de la familia de Poisson con función de enlace logarítmico; ^bAjustado por nivel de educación, estado civil, número de hijos, índice de riqueza, área de residencia, región geográfica de residencia.

IV. DISCUSIÓN

Nuestro estudio tuvo como objetivo identificar variaciones en la intención del embarazo basada en la autoidentificación étnica en MEF peruanas que tuvieron historial de embarazo en los últimos cinco años. En general, una de cada dos mujeres informó que su embarazo fue no deseado, el cual fue mayor en los grupos indígenas y afroperuanos, destacando las nativas de la Amazonía. Sin embargo, tras ajustar por confusores, identificamos que únicamente las mujeres aymaras, en comparación con las mestizas, presentaron mayores proporciones de embarazo no deseado. Por otro lado, aquellas mujeres que se identificaron como parte de otros pueblos indígenas presentaron menor proporción de embarazo no deseado en comparación con las mestizas. La estratificación por edad reveló que esta asociación fue especialmente marcada en mujeres de 35 a 49 años, entre quienes el grupo aymara mantuvo una mayor prevalencia de embarazo no deseado, mientras que en las más jóvenes (25 a 34 años) las mujeres pertenecientes a otros pueblos indígenas mostraron menor prevalencia, sugiriendo posibles diferencias generacionales y socioculturales en las decisiones reproductivas.

Nuestros hallazgos observados sobre las disparidades étnicas en el embarazo no deseado se interpretan mejor como un reflejo de desigualdades sociales y no de diferencias biológicas inherentes a la raza/etnia. Esto cobra relevancia en Perú debido a que la pertenencia a un grupo étnico minoritario suele conllevar barreras estructurales que afectan y frustran la planificación familiar adecuada (26,27). Encontramos que únicamente las mujeres autoidentificadas como aymara se asociaron a una mayor proporción de embarazos no deseados en comparación con las mestizas. Si bien, de nuestro mejor conocimiento, no existen análisis disgregados respecto a la intención de embarazo según la raza o etnia en el Perú, la literatura indica resultados desfavorables sobre la salud reproductiva de las mujeres predominante en minorías étnicas (28).

A pesar de ello, nuestros hallazgos son coherentes con estudios realizados en otros contextos. En Brasil, un país multiétnico como el Perú, también se han identificado altas prevalencias de embarazos no intencionados, especialmente entre mujeres vulnerables de piel negra, marrón y amarilla en comparación con las de piel blanca (29). Así también, se ha reportado que en Estados Unidos, las mujeres negras y multirraciales enfrentan un riesgo desproporcionado de embarazo no deseado (30,31)

e incluso en mujeres veteranas (32). Sin embargo, contrario a nuestros hallazgos, un estudio que incluyó a mujeres con embarazos de menos de 24 semanas de gestación informó que ni la raza ni la etnicidad estuvieron significativamente asociadas con la intención, deseabilidad, planificación, tiempo o deseabilidad del embarazo (33). Cabe resaltar que este último estudio si bien incluyó una muestra relativamente pequeña (n=161) en comparación con los otros estudios y sus resultados carezcan de potencia estadística, no se descarta la posibilidad de que la disparidad étnica este mediada por otros factores socioculturales inherente al grupo étnico evaluado.

Por otro lado, un resultado inesperado de nuestro análisis fue que las mujeres pertenecientes a "otros pueblos indígenas" (distintas de quechuas/aymaras) mostraron una prevalencia menor de embarazo no deseado en comparación con las mestizas, contradiciendo parcialmente la tendencia general observada. Sin embargo, este hallazgo, podría explicarse por factores socioculturales y de dinámica familiar que influyen en las decisiones reproductivas (34). Las percepciones sobre la eficacia y seguridad de los métodos anticonceptivos, el uso de métodos tradicionales y la influencia del esposo en la planificación familiar pueden condicionar la regulación de la fertilidad (35). Además, las desigualdades en educación pueden limitar su conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, lo que, paradójicamente, podría asociarse a una menor declaración de embarazos no deseados debido a diferencias en la percepción del control reproductivo y el valor social de la maternidad (34,35).

Nuestros hallazgos finalmente muestran que las poblaciones indígenas no son homogéneas, por lo que existe un gradiente intra-étnico que subraya la importancia de abordar las necesidades de cada pueblo indígena de forma diferenciada, considerando sus contextos culturales, geográficos y sociales. En este sentido, la literatura resalta la falta de análisis desagregados por subgrupos étnicos como un obstáculo para identificar estas variaciones específicas (36).

En el análisis estratificado, la mayor proporción de embarazo no deseado observada entre las mujeres aymaras de 35 a 49 años podría reflejar la persistencia de patrones culturales, barreras estructurales y desigualdades históricas que limitan el acceso y uso sostenido de métodos anticonceptivos en este grupo etario (34,35). Las mujeres mayores pueden haber estado menos expuestas a políticas recientes de salud sexual o a la expansión de servicios interculturales, lo que contrasta con las generaciones más jóvenes, entre quienes se observó una tendencia opuesta en ciertos grupos

indígenas (34,35). En particular, las mujeres pertenecientes a “otros pueblos indígenas” de 25 a 34 años mostraron menor prevalencia de embarazos no deseados, posiblemente vinculada a cambios generacionales en la educación y la autonomía reproductiva. No obstante, estas diferencias deben interpretarse con cautela, ya que algunos subgrupos presentaron tamaños muestrales reducidos, lo que podría limitar la precisión de las estimaciones y la potencia estadística para detectar asociaciones significativas. Aun así, los patrones observados aportan evidencia valiosa sobre cómo la edad y la pertenencia étnica interactúan en la experiencia reproductiva de las mujeres peruanas.

Desde el enfoque de planificación familiar nuestros hallazgos son coherentes con la situación de acceso a la anticoncepción, ya que previamente se ha reportado menor utilización de anticonceptivos modernos en minorías como quechua o aymara (20,37). De igual manera, un análisis secundario multinacional identificó disparidades étnicas en el uso de la esterilización femenina como método anticonceptivo (38). Dicho estudio identificó que en comparación con las mujeres bolivianas, las mujeres guatemaltecas y colombianas presentaron mayores probabilidades de esterilización, contrario a las mujeres peruanas, quienes reportaron menor probabilidad de esterilización (38). Es así como, las mujeres pertenecientes a minorías étnicas tienen menor acceso a educación sexual integral y a servicios de planificación familiar de alta calidad adaptados culturalmente, lo que dificulta el uso efectivo de métodos anticonceptivos (39).

En el Perú el acceso a métodos de planificación familiar alcanza aproximadamente el 75% (40). Sin embargo, resulta paradójico que se haya informado que los departamentos con mayores carencias en servicios básicos como agua, electricidad y saneamiento, así como menores niveles de ingreso y alfabetización, presenten un acceso relativamente superior a estos métodos (40). Esto es relevante si se considera que en dichas regiones habita gran parte de las minorías étnicas del país (41), tradicionalmente expuestas a desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud (42,43). Esto podría sugerir que las estrategias dirigidas a mujeres en contextos vulnerables podrían estar logrando una mayor efectividad en la cobertura de planificación familiar (44). No obstante, en nuestro estudio se evidenció una disparidad persistente en el grupo de mujeres aymaras, en quienes se observó una

mayor prevalencia de embarazos no deseados, lo que pone de manifiesto que el acceso no necesariamente se traduce en una decisión plenamente informada (45).

En términos de salud reproductiva, las brechas en acceso, cobertura y calidad de atención entre las minorías étnicas persisten en el Perú y se explican por barreras geográficas, lingüísticas y culturales, y estructurales (46). Además, persisten sesgos y trato diferencial, y menor poder de decisión femenina en contextos de dominancia conyugal, lo que reduce uso de métodos modernos y la continuidad del cuidado prenatal y posparto (26). Aunque existen políticas de “salud intercultural”, su implementación aún es limitada, como lo reportado en territorios amazónicos (47). La memoria de las esterilizaciones forzadas de los años noventa también sigue afectando la demanda y la relación con los servicios (48).

Las marcadas inequidades en la intención y la planificación del embarazo según la identidad étnica en el Perú tienen importantes implicaciones para las políticas públicas y los programas de salud reproductiva. La ocurrencia de un embarazo no deseado se asocia con menor uso oportuno de atención prenatal, mayor incidencia de conductas de riesgo (por ejemplo, consumo de alcohol o drogas durante la gestación) y un incremento en complicaciones obstétricas como el parto prematuro (49). Adicionalmente, en países con acceso restringido al aborto legal y seguro como el Perú, una gran proporción de embarazos no intencionales termina en abortos inseguros (50). Estos procedimientos realizados en condiciones de riesgo contribuyen de forma sustancial a la morbilidad materna y se estima que el 13% de las muertes maternas a nivel mundial se deben a complicaciones por abortos inseguros (51).

Por ello, resulta prioritario reducir las brechas de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual entre grupos étnicos (53,54). Esto implica fortalecer el sistema de salud con énfasis en áreas rurales y regiones con alta población indígena (p.ej., comunidades andinas y amazónicas), asegurando la disponibilidad continua de métodos anticonceptivos modernos y asesoría competente en lengua materna (53,54). Del mismo modo, es esencial garantizar la calidad culturalmente pertinente de la atención: la capacitación de personal de salud en enfoques interculturales y la participación de líderes comunitarios podrían mejorar la confianza y utilización de los servicios por parte de mujeres quechuas, aimaras, amazónicas y afroperuanas. De hecho, experiencias internacionales subrayan que el brindar cuidados respetuosos de

la diversidad cultural y lingüística, así como abordar las normas de género locales, puede ser determinante para el éxito de las intervenciones de planificación familiar en comunidades indígenas y afrodescendientes (55,56).

Nuestros hallazgos también resaltan la necesidad de mayor investigación y monitoreo desagregado. La evidencia expertos señalan que la falta de datos específicos por etnia ha dificultado identificar grupos con coberturas extremadamente bajas o altas en indicadores reproductivos. Se pueden realizar estudios focalizados que exploren las razones detrás de las diferencias observadas (por ejemplo, indagando las percepciones culturales sobre anticoncepción, el rol de la pareja en la decisión reproductiva, o experiencias de discriminación en salud). Esta información permitirá diseñar estrategias más efectivas y focalizadas.

Asimismo, las políticas deben orientarse a atacar los determinantes sociales de fondo: reducir la pobreza, mejorar la educación de las niñas y promover la autonomía de las mujeres en todas las comunidades son intervenciones clave que han demostrado impactar positivamente en la reducción de embarazos no deseados. En línea con la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, cada embarazo debería ser deseado, planificado y ocurrido en condiciones saludables; para lograrlo en un país pluriétnico como Perú, se requiere un compromiso sostenido para eliminar las disparidades étnicas en salud reproductiva, mediante la combinación de esfuerzos en políticas interculturales, inversión en servicios equitativos y participación activa de las propias comunidades en las soluciones.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio se reconoce el diseño transversal de la ENDES, el cual impide establecer relaciones causales entre la etnicidad y la intención de embarazo. Asimismo, la información de las principales variables analizadas procede de autorreporte, lo que introduce la posibilidad de sesgo de deseabilidad social o recuerdo en variables sensibles tales como la autopercepción étnica, el deseo del embarazo o el uso de anticonceptivos. Otra limitación es la posible subrepresentación de algunos grupos étnicos minoritarios, lo que podría afectar la precisión de las estimaciones en estas categorías. Finalmente, al utilizar datos secundarios de la ENDES, el análisis se restringe a las variables disponibles y no permite explorar otros determinantes culturales o contextuales relevantes en la relación entre etnicidad y

embarazo no deseado. Estos incluyen variables como la disponibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar, las normas culturales sobre maternidad o la experiencia de discriminación étnica, lo que, en consecuencia, se traduce en el posible de sesgo de confusión residual.

A pesar de estas limitaciones, de nuestro mejor conocimiento, este es el primer estudio que aborda las disparidades étnicas presentes en el Perú y su relación con un componente clave de la planificación familiar como la intención de embarazo a partir de una muestra representativa peruana. Por ello, estos hallazgos podrían ser extrapolados y utilizados en países o entornos similares al nuestro, con una amplia diversidad étnica, especialmente aquellos con sistemas sociales y de salud que enfrentan marcadas desigualdades estructurales.

V. CONCLUSIONES

- Una de cada dos mujeres peruanas informó que último de sus embarazos fue no deseado.
- En comparación con las mestizas, la ocurrencia del embarazo no deseado fue mayor entre las mujeres nativas de la Amazonía, seguidas por las afroperuanas, aymaras, blancas, y quechuas. En cambio, las mestizas, otras razas y aquellas que se identificaron como parte de otros pueblos indígenas mostraron proporciones ligeramente menores.
- La edad influyó en la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado, evidenciándose una mayor ocurrencia en mujeres aymaras de 35 a 49 años y una menor ocurrencia en mujeres de otros pueblos indígenas más jóvenes de 25 a 34 años, en comparación con las mestizas.
- Las mujeres autoidentificadas étnicamente como aymaras presentaron mayores proporciones de embarazo no deseado en comparación con las mestizas, mientras que las mujeres que se identificaron como parte de otros pueblos indígenas presentaron menores proporciones.

VI. REFERENCIAS

1. Ulubaşoğlu H, Şahinöz S, Şahinöz T, Ulubaşoğlu P. An important public health problem that cannot be prevented still: Unwanted pregnancies and its epidemiology. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg.* 2022;19(3):1356–62.
2. Nelson HD, Darney BG, Ahrens K, Burgess A, Jungbauer RM, Cantor A, et al. Associations of Unintended Pregnancy With Maternal and Infant Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Anesth Dig.* 2023;43(3):134–134.
3. Hajizadeh M, Nghiem S. Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries. *Int J Public Health.* 2020;65(4):457–68.
4. Ermiati E, Widiastih R, Mediani HS. The Impact of Unwanted Pregnancy in Adolescents toward Pregnancy Care: A Systematic Review. *Open Access Maced J Med Sci.* 2022;10:7–14.
5. Fitri Ayu Pertiwi N, Fitriani H, Anjarwati. Causes and Impacts of Unwanted Pregnancy in Adolescents. *Heal Act Ageing.* 2019;1(1):130–41.
6. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: A narrative review article. Vol. 44, *Iranian Journal of Public Health.* 2015. p. 12–21.
7. Gerdts C, Dobkin L, Foster DG, Schwarz EB. Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. *Women’s Heal Issues.* 2016;26(1):55–9.
8. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Heal.* 2020;8(9):e1152–61.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2020 [Internet]. 2021 [citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/3294010-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2020>

10. Aziz Ali SAA, Aziz Ali S, Khuwaja NS. Determinants of Unintended Pregnancy among Women of Reproductive Age in Developing Countries: A Narrative Review. *J Midwifery Reprod Heal* [Internet]. 2016;4(1):513–21. Disponible en: http://jmrh.mums.ac.ir/article_6206_4.html
11. Sharma AE, Frederiksen BN, Malcolm NM, Rollison JM, Carter MW. Community Education and Engagement in Family Planning: Updated Systematic Review. Vol. 55, *American Journal of Preventive Medicine*. 2018. p. 747–58.
12. D’Souza P, Bailey J V., Stephenson J, Oliver S. Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. Vol. 27, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2022. p. 364–72.
13. Base de datos de pueblos indígena y originarios. Lista de lenguas indígenas u originarias | BDPI. Minist Cult [Internet]. 2021 [citado el 9 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/lenguas>
14. Base de datos de pueblos indígena y originarios. Ministerio de Cultura. 2021 [citado el 9 de marzo de 2022]. Lista de pueblos indígenas u originarios | BDPI. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>
15. Jaramillo Lizana J. Regional Inequality in Peru: Causes, Effects, and Strategies for Equitable Development [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.ssrn.com/abstract=5020164>
16. Tovar A. saludconlupa. 2025. Eulogia Guzmán y las mujeres indígenas: cuando parir se convierte en una lucha por justicia. Disponible en: <https://saludconlupa.com/genero/eulogia-guzman-y-las-mujeres-indigenas-cuando-parir-se-convierte-en-una-lucha-por-justicia/>
17. Villar-Márquez E. Educational Gaps among Ethnic Minorities: The Case of Afro-Peruvian Girls. *Echidna Global Scholars Program Paper* [Internet]. Center for Universal Education at The Brookings Institution. 2018. Disponible en: <https://ezproxy.msu.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED592784&site=ehost-live&scope=site>
18. Herrera-Añazco P, Benites-Zapata VA, Hernández A V. Association between the Non-use of Health Services and Maltreatment Based on Ethnicity in Peru. *J Health*

- Care Poor Underserved [Internet]. el 1 de febrero de 2022 [citado el 2 de mayo de 2022];33(1):234–52. Disponible en: <https://muse.jhu.edu/article/847210>
19. Apodaca-Orozco GUG, Calvario-Parra JE, Gómez-Rodríguez GA. Barreras estructurales para el acceso a una educación sexual integral desde el cuidado de la salud de jornaleras agrícolas Yoreme-Mayo. *Yachay - Rev Científico Cult.* 2023;12(1):31–40.
 20. Intimayta-Escalante C, Ccami-Bernal F, Salvador-Oscco E. Ethnic inequalities in the use of contraceptive methods among Peruvian women: a propensity score matching study [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-4584053/v1>
 21. Wise LA, Hoffman MN, Lovett SM, Geller RJ, Schragger NL, Ukah UV, et al. Racial and ethnic disparities in fecundability: a North American preconception cohort study. *Hum Reprod* [Internet]. el 17 de abril de 2025; Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/advance-article/doi/10.1093/humrep/deaf067/8115701>
 22. Sutton MY, Anachebe NF, Lee R, Skanes H. Racial and Ethnic Disparities in Reproductive Health Services and Outcomes, 2020. Vol. 137, *Obstetrics and Gynecology*. 2021. p. 225–33.
 23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha Técnica – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. INEI [Internet]. 2024; Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2024-5/FichaTecnica.pdf>
 24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha Técnica – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. INEI [Internet]. 2019; Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2019-5/FichaTecnica.pdf>
 25. World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* [Internet]. el 27 de noviembre de 2013;310(20):2191–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24141714/>
 26. Planas ME, García PJ, Bustelo M, Carcamo CP, Martínez S, Nopo H, et al. Effects

- of ethnic attributes on the quality of family planning services in Lima, Peru: A randomized crossover trial. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(2):e0115274. Disponible en:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L602263347%0Ahttp://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0115274>
27. Battaglia M, Pallarés N. Family Planning and Child Health Care: Effect of the Peruvian Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1996–2000. *Popul Dev Rev.* 2020;46(1):33–64.
 28. Muñoz-del-Carpio-Toia A, Herrera-Añazco P, Benites-Meza JK, Benites-Zapata VA. Antenatal care adequacy before and during the COVID-19 pandemic in indigenous populations in Peru. *J Public health Res* [Internet]. el 31 de octubre de 2025;14(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/22799036251388564>
 29. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayers S, Da Gama SGN, Leal MDC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: Cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health* [Internet]. 2016;13:118. Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/home/>
 30. Kim TY, Dagher RK, Chen J. Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of U.S. Women. *Am J Prev Med.* 2016;50(4):427–35.
 31. Holliday CN, McCauley HL, Silverman JG, Ricci E, Decker MR, Tancredi DJ, et al. Racial/Ethnic Differences in Women’s Experiences of Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy. *J Women’s Heal.* 2017;26(8):828–35.
 32. Quinn DA, Sileanu FE, Zhao X, Mor MK, Judge-Golden C, Callegari LS, et al. History of unintended pregnancy and patterns of contraceptive use among racial and ethnic minority women veterans. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(4):564.e1-564.e13.
 33. Kemet S, Lundsberg LS, Gariepy AM. Race and ethnicity may not be associated with risk of unintended pregnancy. *Contraception* [Internet]. abril de

- 2018;97(4):313–8. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782417305401>
34. Smith W, Turan JM, White K, Stringer KL, Helova A, Simpson T, et al. Social Norms and Stigma Regarding Unintended Pregnancy and Pregnancy Decisions: A Qualitative Study of Young Women in Alabama. *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(2):73–81.
 35. Wurtz H. Indigenous Women of Latin America: Unintended Pregnancy, Unsafe Abortion, and Reproductive Health Outcomes. *Pimatisiwin* [Internet]. 2012;10(3):271–82. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772229><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3679907>
 36. Ríos-Quituzaca P, Endara-Mina J, Ramos-Avasola S, Yáñez A, Armenta-Paulino N. Ethnic inequalities and contraception in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Int J Equity Health*. 2025;24(1):272.
 37. Díaz-Alvites AL, Yrala-Castillo G, Al-kassab-Córdova A, Munayco C V. Associated factors, inequalities, and spatial distribution of the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age in Peru: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022;22(1).
 38. Mena-Meléndez L. Ethnoracial and rural-urban differences in female sterilization in Bolivia, Colombia, Guatemala, and Peru. *Front Glob Women's Heal*. 2025;6.
 39. Sinai I, Omoluabi E, Jimoh A, Jurczynska K. Unmet need for family planning and barriers to contraceptive use in Kaduna, Nigeria: culture, myths and perceptions. *Cult Heal Sex*. 2020;22(11):1253–68.
 40. Ascencio Bernardo NN, Brenis Huaranga LM. Desigualdad del acceso en las actividades de planificación familiar y control prenatal en los departamentos del Perú en los años 2009-2014-2019 [Internet]. *Universidad Privada de Ciencias Aplicadas*; 2024. Disponible en:
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/667631>
 41. Carrasco-Escobar G, Manrique E, Tello-Lizarraga K, Miranda JJ. Travel Time to Health Facilities as a Marker of Geographical Accessibility Across Heterogeneous

- Land Coverage in Peru. *Front Public Heal*. 2020;8.
42. Bazualdo Fiorini ME, Contreras Rivera DRJ. La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 2022;6(6):973–98.
 43. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougenot B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, et al. Health insurance coverage: The peruvian case since the universal insurance act. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. el 1 de junio de 2019 [citado el 9 de marzo de 2022];36(2):196–206. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 44. Fagan T, Dutta A, Rosen J, Olivetti A, Klein K. Family planning in the context of Latin America’s universal health coverage Agenda. *Glob Heal Sci Pract*. 2017;5(3):382–98.
 45. Irons R. Qualitative analysis of the care in the family planning services offered quechua-speaking patients in Ayacucho, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(2):188–95.
 46. Gardiner E, Lai JF, Khanna D, Meza G, de Wildt G, Taylor B. Exploring women’s decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; why do women continue to give birth at home? A qualitative study. *PLoS One*. 2021;16(9 September).
 47. Lazo-Gonzales AO, Sarmiento-Casavilca T, Espinosa-Henao OE, Ruelas-González MG, Alcalde-Rabanal JE. Looking at maternal health of Asháninka communities from the conceptual framework of the accessibility of care. *Int J Equity Health*. 2023;22(1).
 48. Puig Borràs C, Álvarez Álvarez BI. The history of universal access to emergency contraception in Peru: a case of politics deepening inequalities. *Reprod Health Matters*. 2018;26(54):47–50.
 49. Haider S, Stoffel C, Donenberg G, Geller S. Reproductive Health Disparities: A Focus on Family Planning and Prevention among Minority Women and Adolescents. *Glob Adv Heal Med* [Internet]. el 1 de septiembre de 2013;2(5):94–9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.7453/gahmj.2013.056>

50. Upadhyay UD, Aztlan-James EA, Rocca CH, Foster DG. Intended pregnancy after receiving vs. being denied a wanted abortion. *Contraception*. 2019;99(1):42–7.
51. WHO. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates [Internet]. WHO, Geneva. 2021. 12 p. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>
52. 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*. 2024;21(1).
53. Khozah MY, Nunu WN. Sexual and Gender Minorities Inclusion and Uptake of Sexual and Reproductive Health Services: A Scoping Review of Literature. Vol. 17, *American Journal of Men’s Health*. 2023.
54. Alonso JP, Cejas C, Berrueta M, Vazquez P, Perrotta G, Formia S, et al. Barriers to advancing the sexual and reproductive health agenda in Latin America: a qualitative study of key informants’ perspectives. *Reprod Health*. 2024;21(1).
55. Dorsey MS, King D, Howard-Howell T, Dyson Y. Culturally responsive sexual health interventions for black adolescent females in the United States: A systematic review of the literature, 2010–2020. *Child Youth Serv Rev*. 2022;137.
56. Redden K, Safarian J, Schoenborn C, Shortall C, Gagnon AJ. Interventions to support international migrant women’s reproductive health in western-receiving countries: A systematic review and meta-analysis. Vol. 5, *Health Equity*. 2021. p. 356–72.

VII. ANEXOS

ANEXO 1: TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Valores posibles
<i>Variable dependiente</i>					
Embarazo no deseado	Es aquel que ocurre cuando la gestación no ha sido planificada ni buscada por la mujer, ya sea porque no deseaba embarazarse en ese momento o no deseaba tener más hijos.	Autoreporte sobre su intención de embarazo	Cualitativa	Nominal	No Si
<i>Variable independiente</i>					
Etnicidad	Identidad cultural compartida basada en origen, lengua, tradiciones y autoidentificación del individuo.	Autorreporte sobre pertenencia a algún grupo étnico de acuerdo con las costumbres y antepasados.	Cualitativa	Nominal	Mestiza Quechua Aymara Nativas de la Amazonía Negra Blanca Otras razas
<i>Co-variables</i>					
Edad	Cantidad de años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Número de años cumplidos al momento de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	12-17 años 18-24 años 25-34 años 35-49 años

Estado civil	Estado marital de una persona según su DNI.	Estado de unión de la mujer al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Soltera Conviviente Casado Viuda/Divorciada
Nivel de educación	Grado de instrucción alcanzado.	Máximo nivel educativo alcanzado por la mujer al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa	Ordinal	Primaria o inferior Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria
Uso de anticonceptivos	Práctica destinada a prevenir o espaciar embarazos mediante métodos reversibles o permanentes.	Autoreporte de usar actualmente algún método anticonceptivo moderno o tradicional.	Cualitativa	Nominal	No Sí
Número de hijos	Cantidad total de hijos biológicos nacidos vivos que una persona ha tenido.	Autoreporte del número de hijos vivos al momento de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	1 hijo 2 hijos 3 o más hijos
Índice de riqueza	Indicador del nivel socioeconómico de un hogar basado en posesiones y condiciones materiales.	Índice compuesto que otorga un nivel socioeconómico específico al Hogar, categorizado según el INEI	Cualitativa	Ordinal	Muy pobre Pobre Medio Rico Muy rico
Seguro de salud	Sistema que garantiza acceso parcial o total a servicios médicos mediante afiliación o contribución.	Contar con acceso a algún establecimiento de salud y que sea subvencionado de manera particular o por el estado.	Cualitativa	Nominal	No Sí
Área de residencia	Clasificación territorial que distingue el tipo de residencia, definida según el	Zona en la cual la mujer residía al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural

	número y distribución de viviendas y habitantes.				
Región geográfica de residencia	División territorial del país que agrupa departamentos según características geográficas y administrativas comunes.	Región geográfica del Perú en la cual la mujer residía al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Lima metropolitana Resto de la Costa Sierra Selva

ANEXO 2: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 08 de septiembre del 2025.

Autor Responsable:

NOHEMI ANGELA MENDOZA MENDOZA

Exp. N°: 1923-2025

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Asociación entre etnicidad y embarazo no deseado en mujeres peruanas: análisis de una encuesta nacional" Versión Nro. 2, con fecha 08/09/2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

NOHEMI ANGELA MENDOZA MENDOZA

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La **vigencia** de la aprobación es **24 meses** a partir de la emisión de este documento.
- Toda **enmienda** deberá presentarse al CIEIC-UPNW; el proyecto no podrá ejecutarse sin su aprobación previa.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza la aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarraga
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema general ¿Existe asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en mujeres peruanas?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la frecuencia del embarazo no deseado en mujeres peruanas? • ¿Existen diferencias en la frecuencia del embarazo no deseado según la 	<p>Objetivo general Evaluar la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en mujeres peruanas.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimar la frecuencia del embarazo no deseado en mujeres peruanas. • Comparar la frecuencia del 	<p>Hipótesis general La etnicidad se asocia con el embarazo no deseado en mujeres peruanas.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La frecuencia del embarazo no deseado en mujeres peruanas es superior al 10%. • La frecuencia del embarazo no deseado es superior para aquellas mujeres peruanas 	<p>Variable dependiente: Embarazo no deseado</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No • Si <p>Variable independiente: Etnicidad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Quechua • Aymara • Nativa de la Amazonía 	<p>Método: Hipotético deductivo</p> <p>Tipo: Básico</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: Estudio observacional analítico de corte transversal mediante el análisis secundario de datos de la ENDES 2024.</p>	<p>Población Mujeres de 12 a 49 años, residentes en todos los departamentos del Perú.</p> <p>Muestra Mujeres peruanas de 12 a 49 años disponible en la base de datos de ENDES que cumpla con los criterios de selección.</p> <p>Muestreo</p>

<p>etnicidad en mujeres peruanas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la influencia de la edad en la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en mujeres peruanas? 	<p>embarazo no deseado según la etnicidad de mujeres peruanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la influencia de la edad en la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en mujeres peruanas. 	<p>que son de etnia quechua o aymara.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las madres adolescentes y de edad avanzada influye sobre la asociación entre la etnicidad y el embarazo no deseado en mujeres peruanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parte de otro pueblo indígena • Negra • Blanca • Otras razas 		<p>Probabilístico, bietápico, estratificado y por áreas, diseñado para ser representativo a nivel departamental, incluyendo zonas urbanas y rurales.</p> <p>Análisis estadístico</p> <p>Frecuencia relativa y absoluta</p> <p>Análisis bivariado con Chi-cuadrado con corrección de Rao-Scott</p> <p>Análisis multivariado mediante modelos lineales generalizados para calcular razón de prevalencias.</p>
---	---	---	---	--	--




14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uns.edu.pe	5%
2	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2025-03-27	1%
3	Internet	repositorio.continental.edu.pe	1%
4	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2023-08-02	<1%
5	Internet	hdl.handle.net	<1%
6	Internet	www.coursehero.com	<1%
7	Internet	www.scielo.br	<1%
8	Internet	repositorio.cientifica.edu.pe	<1%
9	Internet	www.researchgate.net	<1%
10	Trabajos entregados	Pontificia Universidad Catolica del Peru on 2025-05-12	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2023-01-25	<1%