Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Tesis

Factores asociados al uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes entre 15 y 17 años según ENDES 2023

Para optar el Título Profesional de

Químico Farmacéutico

Presentado por:

Autora: Camarena Torres, Pamela Judith

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8960-6425

Autora: Tenorio Collazos, Rosa Maribel

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0006-7887-8229

Asesor: Dr. Llahuilla Quea, José Antonio

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3926-8069

Lima – Perú

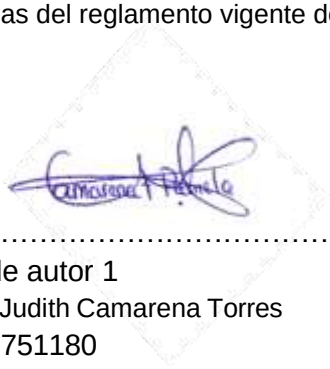
2026

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

Yo, Pamela Judith Camarena Torres egresada de la Facultad de **Farmacia y Bioquímica** y Programa Académico de **Farmacia y Bioquímica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Factores asociados al uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes entre 15 y 17 años según ENDES 2023" Asesorado por el docente: Jose Antonio Llahuilla Quea, DNI N° 09780810, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3926-8069 tiene un índice de similitud de (16) (DIECISEIS) % con código trn:oid::: 14912:601323424 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
Pamela Judith Camarena Torres
DNI: 45751180



……
Firma de autor 2
Rosa Maribel Tenorio Collazos
DNI: 44399647



…….
Firma
Jose Antonio Llahuilla Quea
DNI: 09780810

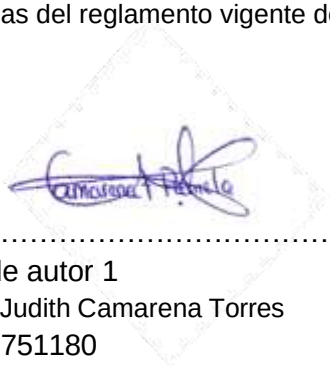
Lima, 13 de octubre de 2026

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

Yo, Rosa Maribel Tenorio Collazos egresada de la Facultad de **Farmacia y Bioquímica** y Programa Académico de **Farmacia y Bioquímica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Factores asociados al uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes entre 15 y 17 años según ENDES 2023" Asesorado por el docente: Jose Antonio Llahuilla Quea, DNI N° 09780810, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3926-8069 tiene un índice de similitud de (16) (DIECISEIS) % con código trn:oid::: 14912:601323424 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
Pamela Judith Camarena Torres
DNI: 45751180



……
Firma de autor 2
Rosa Maribel Tenorio Collazos
DNI: 44399647



…….
Firma
Jose Antonio Llahuilla Quea
DNI: 09780810

Lima, 13 de octubre de 2026

DEDICATORIAS

A Dios, por darme la fortaleza, la sabiduría y la salud necesarias para superar cada obstáculo en este proceso. A mis padres, por ser mi motor, mi refugio seguro y la razón por la que nunca me rendí en este camino. Al cielo que alberga esa luz fugaz que transformó mi vida para bien; y me dio la fuerza silenciosa para culminar este gran sueño.

Pamela Judith Camarena Torres.

A Dios y a la memoria de mi padre Santiago quien me enseñó que los grandes sueños requieren sacrificios, a mis hijos Gabriela y Jhordy que son mi motivo de superación, a Jaime por tu paciencia infinita, por escucharme siempre y por celebrar cada pequeño avance, gracias por recordarme que siempre valía la pena seguir adelante y a mi madre que con sus consejos me supo guiar por el buen camino; Este título va dedicado a ustedes.

Rosa Maribel Tenorio Collazos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad Norbert Wiener por habernos acogido en sus aulas y brindado una formación de excelencia. De manera especial, expresamos nuestro más profundo agradecimiento a nuestro asesor de tesis, el Dr. Llahuilla Quea José Antonio, cuyo conocimiento, paciencia y dirección fueron fundamentales para la culminación de esta tesis. Su compromiso con este proyecto fue un motor constante. Finalmente, agradecemos a la vida y a quienes de forma directa o indirecta aportaron un grano de arena para que este sueño sea hoy una realidad.

ÍNDICE

DEDICATORIAS iii

AGRADECIMIENTOS iv

ÍNDICE DE TABLAS x

RESUMEN xi

ABSTRACT xii

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA 1

1.1. Planteamiento del problema 1

1.2. Formulación del problema 2

1.2.1. Problema general 2

1.2.2. Problemas específicos 3

1.3. Objetivos de la investigación 3

1.3.1. Objetivo general 3

1.3.2. Objetivos específicos 3

1.4. Justificación de la investigación 4

1.4.1. Teórica 4

1.4.2. Metodológica 5

1.4.3. Práctica 6

1.5. Delimitaciones de la investigación 7

1.5.1. Temporal 7

1.5.2. Espacial 7

1.5.3. Recursos 7

1.5.4. Limitaciones metodológicas 8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 9

2.1. Antecedentes de la investigación 9

2.1.1. Antecedentes Internacionales 9

2.1.2. Antecedentes Nacionales 12

2.2. Bases teóricas 14

2.2.1. Anticonceptivo oral de emergencia 14

2.2.1.1. Definición 14

2.2.1.2. Mecanismo de acción 14

2.2.1.3. Indicaciones y pautas de administración 15

2.2.1.4. Efectos colaterales 16

2.2.1.5. Prevalencia del uso de anticonceptivo oral de emergencia 17

2.2.2. Factores asociados al uso de anticonceptivo oral de emergencia 18

2.2.2.1. Aspectos Sociodemográficos 20

2.2.2.2. Educación sexual 21

2.2.2.3. Comportamiento sexual 22

2.3. Definición de términos básicos 23

2.4. Formulación de la hipótesis 24

2.4.1. Hipótesis general 24

2.4.2. Hipótesis específicas 24

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 26

3.1. Método de la investigación 26

3.2. Enfoque de la investigación 26

3.3. Tipo de investigación 27

3.4. Diseño de la investigación 27

3.4.1. Corte 28

3.4.2. Nivel o alcance 28

3.5. Población, muestra y muestreo 28

3.5.1. Población 28

3.5.2. Muestreo 29

3.5.3. Muestra 29

3.5.4. Cálculo de la potencia estadística 29

3.6. Variables y operacionalización 30

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 34

3.7.1. Técnica 34

3.7.2. Descripción de instrumentos 34

3.7.3. Validación 35

3.7.4. Confiabilidad 36

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos 36

3.9. Aspectos éticos 38

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 40

4.1. Resultados 40

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados 40

4.1.2. Descripción de las variables y sus dimensiones 42

4.1.3. Prueba de hipótesis 47

4.1.4. Hipótesis general 48

4.1.5. Hipótesis específica 1 50

4.1.6. Hipótesis específica 2 52

4.1.7. Hipótesis específica 3 53

4.2. Discusión de resultados 56

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 62

5.1. Conclusiones 62

5.2. Recomendaciones 63

REFERENCIAS 64

Anexo 1. Matriz de consistencia 75

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos 77

Anexo 3. Validez de instrumento 80

Anexo 4. Aprobación del Comité de Ética 83

Anexo 5. Base de datos pública de la recolección de datos 84

Anexo 6. Reporte de similitud de Turnitin 85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 : 31

Tabla 2: 33

Tabla 3 40

Tabla 4 42

Tabla 5 44

Tabla 6 45

Tabla 7 48

Tabla 8 50

Tabla 9 53

Tabla 10 54

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en adolescentes mujeres de 15 a 17 años en el Perú, según los microdatos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Metodología: Se empleó un diseño observacional, analítico, transversal y retrospectivo, con análisis descriptivo e inferencial que incluyó pruebas de Chi-cuadrado y regresión logística multivariada. La muestra analítica fue de 2 980 adolescentes. Resultados: Los resultados evidenciaron una prevalencia global de uso de AOE del 9.8% (34.6% entre las 847 con vida sexual activa). Cuatro factores mostraron asociación independiente y significativa con menor uso: residencia rural (RP = 0.670; p = 0.032), lengua indígena (RP = 0.459; p = 0.014), pertenencia a quintiles de pobreza (RP = 0.596; p = 0.018) y estado de unión conyugal (RP = 0.582; p = 0.002). Conclusiones: Se concluyó que los determinantes del uso de AOE son principalmente de carácter estructural (geográfico, étnico y socioeconómico) antes que individuales, lo que demanda estrategias focalizadas en poblaciones rurales, indígenas y de menores recursos para reducir las desigualdades en salud reproductiva adolescente.

Palabras clave: Anticoncepción Postcoital; Adolescente; Determinantes Sociales de la Salud; Disparidades en el Estado de Salud.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between associated factors and the use of emergency oral contraception (EOC) among female adolescents aged 15 to 17 years in Peru, based on microdata from the 2023 Demographic and Family Health Survey (ENDES). Methodology: An observational, analytical, cross-sectional, and retrospective design was used, with descriptive and inferential analysis that included Chi-square tests and multivariate logistic regression. The analytical sample consisted of 2,980 adolescents. Results: The results showed an overall EOC use prevalence of 9.8% (34.6% among the 847 sexually active adolescents). Four factors showed an independent and significant association with lower use: rural residence (PR = 0.670; p = 0.032), indigenous language (PR = 0.459; p = 0.014), belonging to poverty quintiles (PR = 0.596; p = 0.018), and marital/cohabiting union status (PR = 0.582; p = 0.002). Conclusions: It was concluded that the determinants of EOC use are mainly structural in nature (geographic, ethnic, and socioeconomic) rather than individual, which calls for targeted strategies in rural, indigenous, and lower-resource populations to reduce inequalities in adolescent reproductive health.

Keywords: Contraception, Postcoital; Adolescent; Social Determinants of Health; Health Status Disparities.

INTRODUCCIÓN

El embarazo no planificado en adolescentes es un problema persistente de salud pública en el Perú, con tasas desiguales que afectan de forma desproporcionada a las jóvenes en condiciones de vulnerabilidad social, geográfica y étnica. La anticoncepción oral de emergencia (AOE) es un método seguro y eficaz para reducir este riesgo; sin embargo, su uso en adolescentes de 15 a 17 años sigue siendo limitado y marcadamente inequitativo.

Aunque la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es la principal fuente nacional sobre salud reproductiva, los estudios específicos sobre uso de anticonceptivo oral de emergencia en este grupo etario son escasos. La mayoría de la evidencia disponible se concentra en mujeres adultas o en el uso de métodos anticonceptivos en general, sin profundizar en los determinantes estructurales que condicionan el acceso a la AOE en las adolescentes más jóvenes.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes mujeres de 15 a 17 años en el Perú a partir de los microdatos de la ENDES 2023 (N = 2 980), mediante un diseño observacional, analítico y transversal con análisis de Chi-cuadrado y regresión logística multivariada.

El informe se estructura en cinco capítulos: el Capítulo I presenta el problema y los objetivos; el Capítulo II desarrolla el marco teórico y las hipótesis; el Capítulo III describe la metodología; el Capítulo IV expone los resultados, la prueba de hipótesis y la discusión; y el Capítulo V formula las conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de las políticas de salud reproductiva adolescente en el Perú.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo humano que influye directamente en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva. La OMS señala que cerca de 16 millones de adolescentes se convierten en madres cada año a nivel global, muchas veces con embarazos no planificados que afectan su continuidad educativa y bienestar. El acceso oportuno a métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), resulta indispensable para la prevención del embarazo adolescente (1). A nivel mundial, la OMS estima que las adolescentes de 15 a 19 años en países de bajos y medianos ingresos, presentan alrededor de 21 millones de embarazos cada año, entre los cuales el 50% aproximadamente, no son planificados (2).

En el contexto latinoamericano y caribeño, la problemática adquiere dimensiones particulares, dado que la región concentra proporciones elevadas de maternidad temprana a nivel mundial, con un impacto desproporcionado sobre las adolescentes que enfrentan condiciones de desventaja socioeconómica, pertenencia étnica y exclusión educativa (3).

En el Perú, el embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud pública y derechos humanos, con mayores niveles en regiones amazónicas y rurales, donde confluyen violencia sexual, barreras geográficas y limitaciones económicas (4).

Según la ENDES 2023, el 8.4% de las adolescentes peruanas de 15 a 19 años ha estado embarazada alguna vez, cifra que evidencia la persistencia del problema (5).

La AOE es un método eficaz y seguro para prevenir el embarazo tras una relación sexual sin protección o falla del método habitual, pero su uso entre adolescentes peruanas de 15 a 17 años es aún reducido: persisten normas sociales, estigma y temor al juicio moral que dificultan su búsqueda incluso cuando es necesaria (6,7). La Organización Mundial de la Salud reconoce a la anticoncepción de emergencia como un recurso seguro y eficaz para reducir el riesgo de embarazo no deseado dentro de los cinco días posteriores a una relación sin protección (8). Un análisis secundario de la ENDES 2022 en el Perú identificó el bajo nivel socioeconómico, la pluralidad de parejas sexuales y la falta de uso previo de anticonceptivos como determinantes del embarazo adolescente (9).

Las consecuencias son significativas: a nivel personal interrumpe la trayectoria escolar; a nivel social perpetúa ciclos de pobreza; y en salud pública representa una oportunidad perdida para reducir inequidades de género (10).

Frente a este panorama, resulta fundamental contar con evidencia actualizada sobre la relación de factores asociados y el uso de AOE en adolescentes de 15 a 17 años en el Perú, con el fin de diseñar estrategias más inclusivas de educación sexual integral y políticas públicas orientadas a garantizar sus derechos sexuales y reproductivos (11).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo los factores asociados se relacionan con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cómo los aspectos sociodemográficos se relacionan con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años?
2. ¿Cómo la educación sexual se relaciona con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años?
3. ¿Cómo el comportamiento sexual se relaciona con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años en el Perú, a partir de los registros de la ENDES 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar la relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.
2. Determinar la relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.
3. Determinar la relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El fundamento teórico de esta investigación descansa en el reconocimiento de que la etapa adolescente constituye un período formativo en el que las personas comienzan a ejercer autonomía sobre su cuerpo y a desarrollar competencias para la toma de decisiones en materia de salud reproductiva. Desde una perspectiva teórica, el análisis se ancla en el enfoque de los determinantes sociales de la salud, marco que permite comprender cómo las condiciones estructurales, incluyendo el nivel de ingreso, la educación, el entorno cultural y el acceso a servicios sanitarios, moldean las conductas reproductivas de las adolescentes. Dichos determinantes pueden generar desigualdades en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluidas las píldoras anticonceptivas de emergencia.

Por otro lado, el estudio se respalda en la teoría del acceso a los servicios de salud desarrollada por Penchansky y Thomas, en la que se plantean dimensiones como accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad y adecuación. Estas dimensiones ayudan a comprender cómo variables como la orientación recibida en los centros de salud, la ubicación geográfica o los recursos del hogar condicionan la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos tras una relación sexual sin protección.

De igual forma, desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, toda adolescente debe contar con información veraz y acceso oportuno a servicios que le permitan evitar un embarazo no deseado. Sin embargo, la evidencia disponible en el contexto peruano revela la persistencia de estigmas, falta de consejería y limitaciones estructurales que impiden a las adolescentes ejercer plenamente dichos derechos. Por ello, esta investigación aportará evidencia reciente y específica sobre factores asociados al uso

de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de 15 a 17 años, un subgrupo poco explorado en la literatura nacional.

El aporte teórico radica en fortalecer el conocimiento científico sobre las desigualdades en salud sexual en adolescentes peruanas, generando una base conceptual sólida para futuros estudios y para el desarrollo de estrategias de prevención del embarazo adolescente con enfoque en equidad y derechos.

1.4.2. Metodológica

Metodológicamente, esta investigación se beneficia del uso de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, una fuente de datos probabilística y representativa a nivel nacional que permite caracterizar a la población adolescente y analizar de manera rigurosa variables relacionadas con salud sexual y reproductiva.

El estudio empleó análisis descriptivos y un modelo multivariado para identificar la relación de factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes mujeres. Este enfoque fortaleció la validez interna de los hallazgos y permitió comprender el comportamiento de la variable uso de anticonceptivo oral de emergencia en función de aspectos sociodemográficos, de educación y comportamiento sexual.

Asimismo, la metodología utilizada permitió obtener resultados comparables con investigaciones nacionales e internacionales. Esto contribuye a llenar vacíos en la literatura científica peruana, donde el análisis específico del uso de AOE en adolescentes de 15 a 17 años es limitado. De esta manera, la investigación se presenta como un aporte relevante y oportuno para el campo de la epidemiología social y la salud pública.

1.4.3. Práctica

En términos de aplicabilidad, los hallazgos de este estudio ofrecen insumos concretos para el diseño de intervenciones dirigidas a reducir la incidencia del embarazo no planificado en adolescentes peruanas. Los resultados orientan el diseño e implementación de políticas públicas más efectivas en planificación familiar, consejería diferenciada para adolescentes y acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluyendo AOE.

Las principales beneficiarias son las adolescentes mujeres de 15 a 17 años, quienes podrán contar con servicios de salud más accesibles, información clara y mayores oportunidades para ejercer su sexualidad de forma segura. Asimismo, los sistemas de salud podrán optimizar la distribución de recursos destinados a la prevención del embarazo no deseado, con un enfoque prioritario hacia grupos de mayor vulnerabilidad.

A nivel social, contribuye a disminuir los impactos adversos de un embarazo a edad temprana, como la deserción escolar, la precariedad económica y la dependencia familiar, mejorando las perspectivas de desarrollo personal y comunitario. Los hallazgos también son de utilidad para instituciones educativas, ONG, organismos gubernamentales y equipos profesionales que trabajan en la promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Finalmente, los resultados constituyen insumos estratégicos para fortalecer los planes y lineamientos sanitarios del país, con un enfoque basado en derechos, equidad de género y prevención de desigualdades.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La presente investigación se desarrolla utilizando información de los microdatos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2023. Se decidió trabajar con este periodo debido a que proporciona datos recientes, confiables y representativos a nivel nacional sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanas. No se considerarán datos de años previos o posteriores, puesto que el objetivo es ofrecer una visión actual y contextualizada acerca de la relación de factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas de 15 a 17 años.

1.5.2. Espacial

El estudio se circunscribe al territorio de la República del Perú, incluyendo áreas urbanas y rurales de todas las regiones del país. El análisis se realizará considerando a la población adolescente femenina de 15 a 17 años que reside en viviendas particulares y que fue entrevistada en la ENDES 2023. No se incluye población masculina ni adolescentes fuera de este rango etario.

1.5.3. Recursos

Los recursos empleados en esta investigación corresponden principalmente al uso de datos secundarios provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2023), los cuales son de acceso libre y público a través del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Esta fuente de información proporciona datos actualizados y representativos a nivel nacional sobre salud sexual y reproductiva, permitiendo identificar el uso de anticonceptivo oral de emergencia (AOE) y su relación

con factores sociodemográficos, de educación y comportamiento sexual en adolescentes mujeres de 15 a 17 años.

En cuanto a los recursos humanos, la investigación será desarrollada por el tesista, con acompañamiento y asesoría académica especializada en salud pública, epidemiología y métodos estadísticos. Debido a que se trata de un estudio de análisis secundario de datos, no se requiere financiamiento adicional, ni movilización de personal en campo, lo que permite una ejecución eficiente y ajustada al tiempo y capacidades disponibles.

1.5.4. Limitaciones metodológicas

Además de las delimitaciones temporal, espacial y de recursos señaladas, la presente investigación reconoce limitaciones de carácter metodológico inherentes al diseño y a la fuente de información empleada. En primer lugar, el diseño transversal utilizado permite identificar asociaciones estadísticas entre las variables, pero no establecer relaciones de causalidad entre los factores estudiados y el uso de anticonceptivo oral de emergencia, dado que la exposición y el desenlace se midieron en un mismo momento. En segundo lugar, al tratarse de un análisis secundario de datos, el estudio queda limitado a las variables efectivamente recogidas por la ENDES 2023, sin posibilidad de incorporar factores adicionales relevantes (por ejemplo, conocimiento específico sobre AOE o actitudes hacia su uso) no contemplados en el cuestionario original. En tercer lugar, al provenir la información de autorreporte de las entrevistadas, no puede descartarse la presencia de sesgo de información o de deseabilidad social, particularmente en temas sensibles como la vida sexual y el uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes. Estas limitaciones metodológicas se retoman en la discusión de resultados y deben considerarse al interpretar los hallazgos del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Mesfin D (12), en un estudio desarrollado en Wolkite, Etiopía, se indagó sobre el nivel de conocimiento, prácticas de uso y factores explicativos del empleo de anticoncepción de emergencia entre escolares mujeres de nivel secundario. El diseño correspondió a un estudio transversal de base institucional con 327 participantes reclutadas durante el trabajo de campo del año 2019, con una tasa de participación del 97%. Los datos fueron recopilados a través de un cuestionario estructurado y analizados con modelos de regresión logística. En resultados, 54.8% mostró "buen conocimiento" sobre AE; 27.2% reportó haber tenido relaciones sexuales alguna vez, y entre quienes tuvieron sexo sin protección, 40.5% usó AE. En el modelo ajustado, se asociaron con mayor uso de AE: estar en grado 11 (aOR 1.812, p=0.038) y grado 12 (aOR 2.83, p=0.026), y tener novio (aOR 5.723, p=0.015). Concluye que el conocimiento fue "aceptable", pero el uso fue bajo, recomendando educación sexual y diálogo familiar.

Barbian J et al. (13) evaluaron el conocimiento y uso de anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios. Estudio transversal con cuestionario autoaplicado a estudiantes de universidades públicas. Se aplicó análisis descriptivo y

modelos de regresión logística para identificar factores asociados al uso de la píldora de emergencia. La prevalencia de uso de anticoncepción de emergencia osciló alrededor de un tercio de los estudiantes encuestados. Mejor conocimiento sobre el tiempo máximo de uso y el mecanismo de acción se asoció con mayor probabilidad de haber utilizado la píldora (OR ajustados significativos, $p<0,05$). Las mujeres con mayor educación en salud sexual y que habían tenido relaciones sexuales sin protección mostraron mayor uso. Concluyen que el nivel de conocimiento y la educación en salud sexual son determinantes clave del uso de anticoncepción de emergencia.

León-Larios F et al. (14) analizaron el conocimiento, actitudes y experiencias de uso de la píldora de anticoncepción de emergencia en estudiantes de enfermería. Estudio transversal mediante cuestionario validado aplicado a estudiantes de enfermería de varias universidades. Se realizó análisis descriptivo, pruebas de Chi-cuadrado y regresión logística para factores asociados al uso. Una proporción importante de estudiantes conocía la existencia de la anticoncepción de emergencia, pero menos de la mitad respondía correctamente sobre el periodo de uso o mecanismo de acción. El uso previo se asoció a tener vida sexual activa, mayor edad y mejor conocimiento (OR ajustados significativos, $p<0,05$). Persistían mitos sobre efectos secundarios e impacto en la fertilidad. Concluyeron que incluso en población sanitaria en formación, el conocimiento sobre anticoncepción de emergencia es incompleto, subrayando la necesidad de intervenciones educativas específicas.

Thapa M (15) evaluó el conocimiento y actitud hacia la anticoncepción de emergencia en estudiantes de secundaria. Estudio transversal en colegios con muestreo por conglomerados. Se usó un cuestionario estructurado y se analizaron datos con

estadística descriptiva y pruebas de asociación (Chi-cuadrado). Solo una minoría de estudiantes había oído hablar de la anticoncepción de emergencia; menos de 20% respondió correctamente preguntas clave sobre dosis y momento de uso. Las actitudes favorables se asociaron con haber recibido educación sexual en la escuela y discutir temas de sexualidad con los padres ($p<0,05$). Concluyen que entre adolescentes escolares, el conocimiento sobre anticoncepción de emergencia es muy bajo y fuertemente ligado a la educación sexual formal e informal.

Abewa T et al. (7) examinaron el conocimiento y uso de métodos de anticoncepción de emergencia y sus factores asociados en estudiantes de college. Estudio transversal, muestra de mujeres estudiantes seleccionadas aleatoriamente. Se aplicó un cuestionario estructurado; se realizaron análisis bivariados y multivariados con regresión logística. Más de la mitad había oído sobre anticoncepción de emergencia, pero solo una fracción conocía correctamente la ventana de uso. La prevalencia de uso fue baja-moderada. El uso se asoció con edad mayor, vida sexual activa, haber recibido consejería sobre planificación familiar y buen nivel de conocimiento (OR ajustados >2, $p<0,05$). Falta de información, miedo a efectos secundarios y desaprobación social fueron las principales razones de no uso. Concluyen que la información y consejería formal son claves para incrementar el uso adecuado de anticoncepción de emergencia.

Laker F et al. (16) determinaron la utilización de anticoncepción de emergencia y los factores asociados entre estudiantes mujeres. Estudio transversal en instituciones educativas; muestreo probabilístico de estudiantes. Se aplicaron cuestionarios autoaplicados y regresión logística para identificar factores asociados a la utilización. La prevalencia de uso de anticoncepción de emergencia fue de alrededor de una cuarta parte

de las estudiantes sexualmente activas. El uso estuvo asociado con mayor edad, residencia urbana, conocimiento adecuado del tiempo de uso y acceso previo a servicios de salud sexual (OR ajustados significativos, p<0,05). Las barreras reportadas incluyeron miedo a efectos secundarios y estigma social. Concluyen que el uso de anticoncepción de emergencia en jóvenes se concentra en quienes tienen mejor acceso a servicios y mayor información, mientras que el estigma y la desinformación siguen limitando su utilización.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Quispe-Moreno D, Medina-Nolasco E. (17) identificaron factores asociados al uso de métodos anticonceptivos altamente efectivos (por ejemplo, inyectables, implantes, DIU, esterilización) en mujeres peruanas en edad fértil. Estudio transversal analítico con datos de ENDES (muestra nacional de mujeres 15-49 años). Se aplicó regresión de Poisson o logística para estimar razones de prevalencia u odds ratios ajustados, considerando el diseño complejo de la encuesta. La prevalencia de uso de métodos altamente efectivos fue cercana a 30% (29,9% citada en estudios posteriores). El uso fue significativamente mayor en mujeres casadas/convivientes, residentes en áreas urbanas, con educación secundaria/superior y mayor índice de riqueza (p<0,05). Algunas regiones de la sierra y selva presentaron menores niveles de uso. Concluyen que el patrón de uso de métodos altamente efectivos está fuertemente determinado por factores sociodemográficos y territoriales.

Díaz-Alvites A et al. (18) estimaron la prevalencia, factores asociados, desigualdades e inequidades espaciales en el uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres peruanas de 15-49 años. Es un estudio transversal poblacional con ENDES 2019 (n=33 311). Se usó análisis descriptivo, regresión de Poisson con varianza robusta

(aPR) y análisis de concentración e interpolación espacial. La prevalencia de uso de métodos modernos fue 39,3%. El uso fue mayor en mujeres 15-19 años (aPR=1,39 frente a 35-49), con educación superior (aPR=1,23), mayor índice de riqueza (aPR hasta 1,33) y primera relación sexual <18 años (aPR=1,41). Hablar quechua/aimara y residir en la sierra se asoció con menor uso (aPR=0,87). Concluyen que el uso de métodos modernos en Perú sigue siendo bajo y desigual, concentrado en mujeres más jóvenes, con mayor educación y mejor posición socioeconómica; las brechas geográficas y étnicas persisten.

Meléndez-Asipali J et al. (19) analizaron los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres peruanas en edad fértil a partir de ENDES 2018/2019. Estudio cuantitativo observacional, analítico y transversal, con análisis secundario de ENDES. Se utilizaron razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, con IC95% y $p<0,05$, considerando el diseño complejo de la encuesta. En ENDES 2019 se incluyeron 29 691 mujeres; 97,3% había usado anticonceptivos alguna vez. Se encontró asociación significativa entre residir en área urbana (RP ajustada≈1,03), estar en pareja, tener educación secundaria o superior y mayor número de hijos (RP ajustadas >1,0) con mayor probabilidad de uso de métodos. Concluyen que la residencia urbana, la unión conyugal, la educación y la paridad se confirman como predictores del uso de anticoncepción en Perú.

Vela-Ruiz J et al. (20) Determinaron los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15-49 años) según la ENDES 2018. Estudio analítico transversal de análisis secundario. Se utilizaron los microdatos de ENDES; se aplicó estadística descriptiva y análisis bivariado con Chi-cuadrado, seguido de regresión multivariada (razones de prevalencia ajustadas con IC95%).Más del 90% de las mujeres

había usado algún método anticonceptivo alguna vez, pero el uso actual de métodos modernos fue menor. Se encontraron asociaciones significativas para: residencia urbana, estar casada o conviviente, tener educación secundaria/superior y mayor número de hijos ($p<0,05$) con mayor probabilidad de uso de métodos. Concluyen que el uso de anticonceptivos en Perú se relaciona con factores socioeconómicos y reproductivos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Anticonceptivo oral de emergencia

2.2.1.1. Definición

El anticonceptivo oral de emergencia (AOE) se define como un método hormonal postcoital destinado a evitar un embarazo no planificado después de una relación sexual sin protección, falla o uso incorrecto del método anticonceptivo habitual, o agresión sexual, siempre que se administre dentro de los primeros cinco días (120 horas) posteriores al coito (8). A diferencia de los anticonceptivos de uso regular, el AOE no constituye un método de planificación familiar continuo, sino un recurso de rescate que se emplea de manera puntual y excepcional. La Organización Mundial de la Salud reconoce cuatro presentaciones principales: las píldoras de levonorgestrel solo, el acetato de ulipristal, el método combinado de estrógeno y progestágeno (método de Yuzpe) y el dispositivo intrauterino de cobre insertado como anticoncepción de emergencia (8)(55).

2.2.1.2. Mecanismo de acción

El modo de acción del AOE varía según el principio activo empleado. Las píldoras de levonorgestrel y el acetato de ulipristal actúan principalmente inhibiendo o retrasando la ovulación, lo que impide el encuentro entre el óvulo y el

espermatozoide; de manera complementaria, pueden espesar el moco cervical y dificultar la migración espermática (8,59). La evidencia científica acumulada durante más de dos décadas ha descartado que estos métodos interfieran con un óvulo ya fecundado o con un embarazo en curso; no impiden la implantación ni interrumpen una gestación establecida, por lo que no son considerados abortivos (8,55). Esta precisión resulta central para el marco teórico del presente estudio, pues buena parte del estigma y la desinformación que rodean al AOE en el contexto peruano parte precisamente de la confusión entre anticoncepción de emergencia y aborto farmacológico, confusión que ha alimentado décadas de disputa judicial y administrativa en torno a su distribución gratuita (55). El acetato de ulipristal, por su mecanismo antiprogestágeno más potente, mantiene una eficacia mayor y más sostenida en el tiempo que el levonorgestrel, en particular cuando la toma se retrasa (8).

2.2.1.3. Indicaciones y pautas de administración

El AOE está indicado ante una relación sexual sin protección, la sospecha de fallo del método anticonceptivo habitual (rotura o deslizamiento del condón, olvido de dos o más píldoras, expulsión del dispositivo intrauterino, entre otros) y en casos de violencia o agresión sexual (8). La Organización Mundial de la Salud recomienda dos esquemas principales: levonorgestrel en dosis única de 1,5 mg, o en dos dosis de 0,75 mg separadas por 12 horas, administrado idealmente dentro de las primeras 72 horas y hasta un máximo de 120 horas tras el coito; y acetato de ulipristal en dosis única de 30 mg, eficaz hasta 120 horas después de la relación sexual sin protección, con un perfil de eficacia más estable a medida que transcurre

el tiempo (8). Cuanto antes se administre el método, mayor es su eficacia para prevenir el embarazo (8). En el Perú, la anticoncepción oral de emergencia se incorporó a la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar del Ministerio de Salud en 2001, y desde 2016 se distribuye de manera gratuita en todos los establecimientos públicos de salud a nivel nacional; una sentencia del Tribunal Constitucional emitida en 2019 confirmó y reforzó la obligación estatal de garantizar dicho acceso gratuito y universal (55,56). El acceso está previsto para mujeres de todas las edades, incluidas las adolescentes, quienes pueden solicitarlo de manera directa a partir de los 15 años, mientras que las menores de 14 años requieren el acompañamiento de un adulto responsable (56). Esta configuración normativa resulta relevante para comprender el contexto institucional en el que se desenvuelve el uso de AOE entre las adolescentes de 15 a 17 años analizadas en el presente estudio.

2.2.1.4. Efectos colaterales

El uso del AOE se asocia a efectos secundarios generalmente leves, transitorios y autolimitados, comparables a los descritos para otros anticonceptivos hormonales. Los más frecuentes son náuseas, cefalea, fatiga, mastalgia, dolor abdominal y alteraciones transitorias del ciclo menstrual, como adelanto o retraso de la siguiente menstruación (8,59). En caso de vómito dentro de las tres horas posteriores a la toma de levonorgestrel, se recomienda repetir la dosis, dado el riesgo de absorción incompleta (59). No se han identificado contraindicaciones absolutas para el uso de levonorgestrel o acetato de ulipristal, y la evidencia disponible descarta efectos negativos sobre la fertilidad futura o sobre embarazos posteriores (8). El uso

repetido dentro de un mismo ciclo menstrual no está recomendado, no por razones de seguridad clínica grave, sino porque puede alterar el patrón menstrual y porque su eficacia es menor que la de los métodos anticonceptivos regulares, por lo que toda adolescente que recurre al AOE debería recibir consejería para adoptar un método de planificación familiar continuo (59). La ausencia de riesgos graves documentados contrasta con la percepción social predominante en el contexto peruano, donde persisten temores infundados sobre daños permanentes a la salud reproductiva, lo que constituye una de las principales barreras subjetivas al uso oportuno del método entre las adolescentes (37).

2.2.1.5. Prevalencia del uso de anticonceptivo oral de emergencia

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) es uno de los recursos más importantes para prevenir embarazos no deseados tras una relación sexual sin protección o un fallo del método anticonceptivo habitual. Su uso ha sido promovido por organismos internacionales y nacionales como parte de una estrategia integral de salud sexual reproductiva que busca proteger la autonomía y el bienestar de las adolescentes. A nivel mundial, la disponibilidad del AOE ha ido en aumento gracias al reconocimiento de su seguridad, eficacia y aporte a la reducción del embarazo adolescente (36).

La prevalencia de uso de AOE presenta amplias variaciones entre países y regiones, determinadas por diferencias culturales, normativas, económicas y de acceso a información. En contextos urbanos, donde la oferta de servicios de salud y las campañas informativas son más intensas, las adolescentes tienen mayor probabilidad de conocer y utilizar este método. Por el contrario, en zonas rurales y

comunidades con prácticas culturales restrictivas respecto a la sexualidad, la prevalencia suele ser menor (36).

La evidencia indica una progresiva incorporación del AOE en los sistemas de salud pública, sin embargo, persisten mitos que dificultan su uso: creencias erróneas sobre efectos adversos permanentes, asociación indebida con métodos abortivos o la percepción de que su utilización incentiva conductas sexuales de riesgo. Estos factores se suman al temor de ser juzgadas al solicitar el método en una farmacia o establecimiento de salud. La confidencialidad y el trato empático del personal sanitario resultan determinantes para que una adolescente se sienta segura de acceder a la AOE cuando la necesita (37).

En Perú, a pesar de que se garantiza su disponibilidad gratuita en establecimientos públicos de salud, la prevalencia de uso continúa siendo limitada en comparación con otros métodos anticonceptivos modernos. La escasez de consejería, la insuficiente promoción desde los servicios de salud, la oposición familiar y las barreras institucionales funcionan como elementos que limitan su acceso. De igual manera, la prevalencia varía entre regiones del país debido a factores sociales y económicos, lo que evidencia una inequidad persistente que afecta principalmente a adolescentes en contextos vulnerables (38).

2.2.2. Factores asociados al uso de anticonceptivo oral de emergencia

El uso o no uso de la AOE en adolescentes es un fenómeno multifactorial en el que influyen diversos determinantes interrelacionados. Entre los factores individuales, se encuentra el nivel de conocimiento que la adolescente posee acerca del método:

saber qué es, cómo funciona, dónde obtenerlo y la ventana de efectividad temporal. La educación sexual integral dentro del hogar o la escuela es un componente clave, pues fortalece las habilidades para tomar decisiones de autocuidado en el ámbito afectivo–sexual (39,40).

La edad y el nivel educativo desempeñan un papel significativo. Las adolescentes en la etapa de 15 a 17 años, si bien pueden haber iniciado su vida sexual, aún están sujetas a mayor vigilancia social y familiar, lo que puede limitar el acceso independiente a servicios de salud. Un mayor grado de instrucción suele asociarse a mayor comprensión de los riesgos de un embarazo no planificado y, por lo tanto, a un uso más frecuente de métodos anticonceptivos modernos (41,42).

Los factores socioculturales también influyen profundamente: el estigma en torno a la sexualidad adolescente, el miedo al juicio moral o religioso y la inexistencia de espacios seguros para consultar sobre métodos anticonceptivos pueden generar barreras psicológicas que impiden solicitar AOE incluso cuando es necesario. Asimismo, la oposición o control ejercido por la pareja, la presión social, la falta de comunicación con la familia y las normas de género restrictivas pueden condicionar la autonomía reproductiva de la adolescente (43,44).

Los determinantes económicos se expresan a través del nivel socioeconómico y el índice de riqueza del hogar. Aunque el AOE puede ser gratuito en el sistema público, las adolescentes con menos recursos económicos pueden enfrentar gastos asociados como transporte, tiempo o acompañamiento, que dificultan el acceso oportuno. Por otra parte, el costo del producto en farmacias limita la disponibilidad para quienes desean mantener confidencialidad en su acceso al tratamiento (45).

En cuanto a los factores relacionados al sistema de salud, el acceso a información sobre métodos anticonceptivos en centros sanitarios es determinante. Cuando el personal de salud no cuenta con la formación o disposición para ofrecer orientación adecuada y libre de prejuicios, se reduce la probabilidad de que una adolescente conozca y utilice la AOE. La disponibilidad geográfica del servicio, horarios de atención restringidos y falta de privacidad son otras barreras relevantes (46).

Finalmente, la razón principal para no utilizar métodos anticonceptivos constituye un indicador crucial para comprender los riesgos asociados al embarazo adolescente. Muchas adolescentes consideran que "no lo necesitan" porque intuyen que no quedarán embarazadas, o asumen que el riesgo es bajo en ciertas circunstancias. Otras experimentan miedo a efectos secundarios por desinformación, o reportan oposición de terceros en su entorno cercano. Estas percepciones y barreras subjetivas requieren ser visibilizadas para diseñar intervenciones efectivas que respondan a las necesidades reales de esta población (47).

2.2.2.1. Aspectos Sociodemográficos

La dimensión de aspectos sociodemográficos, que en el presente estudio agrupa la edad, el tipo de lugar de residencia, la macrorregión de residencia, el nivel educativo, la etnicidad y el índice de riqueza, se sustenta teóricamente en el enfoque de los determinantes sociales de la salud, según el cual las condiciones en que las personas nacen, crecen y viven configuran de manera sistemática su exposición a riesgos y su acceso a servicios de salud (58). Desde esta perspectiva, dichas variables no operan como simples características descriptivas, sino como

marcadores de posición social que condicionan de forma estructural la probabilidad de que una adolescente conozca, valore y utilice la anticoncepción oral de emergencia. A ello se suma el modelo de acceso a los servicios de salud propuesto por Penchansky y Thomas, que distingue las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad geográfica, asequibilidad, aceptabilidad y adecuación cultural del servicio (57); bajo este modelo, residir en zonas rurales o en macrorregiones con menor densidad de establecimientos de salud reduce la disponibilidad y la accesibilidad física del método, mientras que la pertenencia a grupos étnicos de lengua materna indígena puede disminuir la aceptabilidad percibida de los servicios cuando estos no incorporan pertinencia cultural ni lingüística. De manera similar, el índice de riqueza del hogar opera como proxy de la asequibilidad, en la medida en que, aun cuando el AOE es gratuito en el sistema público, los costos indirectos de transporte, tiempo y desplazamiento representan una barrera mayor para los hogares en situación de pobreza. La evidencia peruana respalda esta lectura teórica: la residencia urbana, la mayor riqueza y el hablar castellano se han asociado consistentemente con un mayor uso de anticonceptivos modernos en mujeres peruanas (17,18,19,20), patrón que este estudio busca contrastar específicamente para el uso de AOE en adolescentes de 15 a 17 años.

2.2.2.2. Educación sexual

La dimensión de educación sexual, operacionalizada en este estudio a través de la información recibida sobre métodos de planificación familiar en el centro de salud, se enmarca teóricamente en el enfoque de la educación integral en

sexualidad promovido por organismos como la UNESCO y la OMS, el cual sostiene que el acceso a información científica, oportuna y libre de prejuicios constituye una condición necesaria, aunque no suficiente, para que las y los adolescentes tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva (39,40). A diferencia de la educación sexual escolar, que se imparte de manera curricular, la consejería recibida en el establecimiento de salud representa un canal complementario e igualmente relevante, en tanto ocurre en el mismo espacio donde la adolescente podría, eventualmente, solicitar el método. Desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, la ausencia o insuficiencia de esta consejería no solo limita el conocimiento técnico sobre el AOE (su ventana de uso, su mecanismo de acción y su diferenciación respecto de métodos abortivos), sino que también perpetúa mitos y actitudes de rechazo hacia su utilización (14,15,37). La literatura internacional documenta de manera consistente que un mejor nivel de conocimiento y una mayor exposición a educación en salud sexual se asocian con un uso más frecuente y oportuno de la anticoncepción de emergencia (13,14,16), lo que sustenta la inclusión de esta dimensión como un factor teóricamente relevante, aunque su efecto pueda verse mediado por otras condiciones estructurales de acceso, como se explora en el análisis multivariado del presente estudio.

2.2.2.3. Comportamiento sexual

La dimensión de comportamiento sexual, integrada en este estudio por el inicio de vida sexual, la edad de la primera relación sexual, el uso previo de métodos anticonceptivos, el estado civil y la razón principal para no utilizar un método

anticonceptivo, se sustenta en la premisa teórica de que el uso del AOE es, por definición, condicional a la exposición a una relación sexual: una adolescente sin vida sexual activa no tiene, en términos prácticos, necesidad del método. Por ello, esta dimensión opera como el eslabón más próximo o proximal en la cadena causal hacia el uso de AOE, en contraste con los aspectos sociodemográficos y de educación sexual, que actúan como determinantes más distales o estructurales. La edad de inicio de la vida sexual y el estado civil han sido identificados en la literatura peruana e internacional como marcadores de exposición al riesgo reproductivo y de autonomía en la toma de decisiones anticonceptivas: las adolescentes en unión conyugal, por ejemplo, pueden experimentar una menor autonomía para decidir sobre el uso de anticoncepción de emergencia frente a la pareja, mientras que el uso previo de métodos modernos refleja una trayectoria anticonceptiva ya iniciada que facilita el reconocimiento de situaciones de riesgo y la búsqueda oportuna de AOE (17,19,20). Asimismo, la razón principal para no utilizar un método anticonceptivo constituye un indicador conductual que permite diferenciar entre la ausencia de necesidad objetiva (no tener vida sexual activa) y la presencia de barreras reales de acceso, conocimiento o aceptabilidad, distinción central para la interpretación de los hallazgos de este estudio.

2.3. Definición de términos básicos

Anticoncepción oral de emergencia (AOE): conjunto de métodos hormonales que se utilizan para prevenir un embarazo luego de una relación sexual sin protección o ante la falla del método anticonceptivo habitual, constituyendo la Variable 2 del presente estudio.

Aspectos sociodemográficos: dimensión de la Variable 1 que agrupa las características sociodemográficas de la adolescente (edad, tipo de lugar de residencia, macrorregión de residencia, nivel educativo, etnicidad e índice de riqueza) que condicionan la posibilidad de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Educación sexual: dimensión de la Variable 1 referida al acceso a información sobre métodos de planificación familiar en el centro de salud, entendida como el grado en que los servicios de salud brindan consejería o información sobre anticoncepción a las usuarias.

Comportamiento sexual: dimensión de la Variable 1 que comprende el inicio de vida sexual, la edad de la primera relación sexual, el uso previo de métodos anticonceptivos, el estado civil y la razón principal para no utilizar un método anticonceptivo.

2.4. Formulación de la hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Ht: Existe relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023.

Ho: No existe relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023.

2.4.2. Hipótesis específicas

Ht1: Existe relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ho1: No existe relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ht2: Existe relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ho2: No existe relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ht3: Existe relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ho3: No existe relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Esta investigación emplea el método hipotético-deductivo, mediante el cual se formulan proposiciones teóricamente fundamentadas sobre los factores asociados al uso de AOE, que son contrastadas empíricamente a través del procesamiento estadístico de los datos disponibles. Este método posibilita examinar la relación entre las dimensiones de la variable factores asociados, entre ellas, aspectos sociodemográficos, educación sexual (recepción de información sobre métodos de planificación familiar en los servicios de salud) y comportamiento sexual (razón principal para no utilizar un método anticonceptivo); y la variable definida como el uso de anticonceptivo oral de emergencia. El análisis se realiza sobre la población de adolescentes mujeres de 15 a 17 años del Perú, empleando como fuente de información los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 (51).

3.2. Enfoque de la investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que trabaja con información numérica obtenida de una fuente de datos secundaria (ENDES 2023), con el objetivo de determinar las relaciones existentes entre las variables de estudio (51). Este enfoque es pertinente porque permite estimar prevalencias, explorar asociaciones y

aplicar pruebas estadísticas que facilitan la proyección de los resultados a la población de adolescentes mujeres de 15 a 17 años en el Perú.

3.3. Tipo de investigación

En cuanto a su finalidad, el estudio se clasificó como investigación básica o fundamental, orientada a generar conocimiento científico sobre los condicionantes del uso del anticonceptivo oral de emergencia en un segmento poblacional adolescente con características de vulnerabilidad. Más que intervenir directamente sobre la realidad o evaluar un programa, el estudio buscó generar evidencia científica que permita comprender con mayor profundidad cómo se relacionan las características sociodemográficas, la educación y comportamiento sexual, en la decisión de recurrir o no a la anticoncepción oral de emergencia.

3.4. Diseño de la investigación

La investigación adoptó un diseño no experimental, debido a que no se interviene o manipulan las variables de estudio, por el contrario, se trabaja exclusivamente con la información ya registrada en la fuente de datos. Los análisis se realizarán a partir de los datos disponibles en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, considerando las variables tal como fueron medidas en dicha encuesta. Este tipo de diseño es pertinente para estudios de carácter observacional, en los que se busca identificar y analizar las asociaciones existentes entre las variables sin alterar las condiciones en las que ocurrieron (51).

3.4.1. Corte

El estudio presenta un corte transversal, con carácter retrospectivo dado que utiliza datos secundarios de la ENDES 2023, recolectados con anterioridad al inicio del presente proyecto de investigación. Al emplearse una fuente de datos secundaria ya existente, el análisis se realiza sobre información previamente registrada, lo que define el carácter retrospectivo del estudio. Este tipo de corte permite analizar simultáneamente las variables de interés y explorar las asociaciones entre ellas dentro de un contexto temporal específico, sin evaluar cambios o tendencias en el transcurso del tiempo (51).

3.4.2. Nivel o alcance

El presente estudio tuvo un nivel correlacional, ya que se orientó a identificar y cuantificar la relación existente entre las variables: factores asociados (aspectos sociodemográficos, educación y comportamiento sexual), y la variable uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes mujeres de 15 a 17 años (52).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La presente investigación estuvo constituida por adolescentes mujeres de 15 a 17 años, peruanas e identificadas a partir de la información disponible en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 (51).

Cabe precisar que la población y la unidad de análisis de este estudio no corresponden a personas contactadas directamente por las investigadoras, sino a los

registros individuales de adolescentes mujeres de 15 a 17 años contenidos en la base de microdatos de la ENDES 2023. Es decir, la unidad de análisis es el registro (caso) de cada adolescente tal como fue recolectado originalmente por el INEI, y no una persona entrevistada por el equipo de investigación.

3.5.2. Muestreo

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 emplea un diseño muestral probabilístico, bietápico, estratificado e independiente por departamento, con cobertura tanto de áreas urbanas como rurales del país. La selección de las unidades de muestreo se realiza a partir de la información estadística y cartográfica derivada de los Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017 (CPV 2017)(51).

3.5.3. Muestra

El tamaño de muestra total de la ENDES 2023 incluyó información de 2 980 mujeres de 15 a 17 años (51).

Se distinguió a las adolescentes mujeres de 15 a 17 años, quienes constituyen el grupo de interés del estudio.

3.5.4. Cálculo de la potencia estadística

El cálculo de potencia estadística post-hoc, realizado mediante el procedimiento de Chi-cuadrado de bondad de ajuste (G*Power 3.1.9.7, $\alpha = 0.05$), confirmó que la muestra de 2 980 adolescentes garantizó una potencia $\geq 87.9\%$ para todos los análisis bivariados realizados (w entre 0.058 y 0.523), y que la submuestra de 847 adolescentes con vida

sexual activa empleada en la regresión logística multivariada alcanzó una potencia del 98.8% ($f^2 = 0.188$; R^2 Nagelkerke = 0.158), superando el umbral convencional de 80% establecido para la detección de efectos de magnitud pequeña a mediana (53,54).

3.6. Variables y operacionalización

“FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 17 AÑOS SEGÚN ENDES 2023”

Tabla 1

Variable 1: Factores asociados

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN (NIVELES O RANGOS)
FACTORES ASOCIADOS	Conjunto de condiciones y características sociodemográficas, reproductivas, de acceso a servicios de salud; que aumentan o disminuyen la probabilidad de uso de AOE (39)	Incluyen los aspectos sociodemográficos, la educación sexual, así como el comportamiento sexual.	1. Aspectos sociodemográficos	Edad	Nominal	15 a 17 años
				Tipo de lugar de residencia	Nominal	Urbano / Rural
				Macrorregión de residencia	Nominal	Lima Metropolitana Costa Norte Costa Centro Costa Sur Sierra Norte-Centro Sierra Sur Selva
				Nivel educativo	Ordinal	Sin educación Primario Secundario Superior
				Etnicidad	Nominal	Castellano Quechua Aimara Otra lengua nativa u originaria Lengua extranjera

		Indice de riqueza	Ordinal	El más pobre Pobre Medio Rico Más rico
	2. Educación sexual	Información recibida sobre planificación familiar	Nominal	No Si
		Inicio de vida sexual	Nominal	Con inicio de vida sexual Sin inicio de vida sexual
		Edad de primera relación sexual	Nominal	Inicio precoz (< 15 años) Inicio no precoz (≥ 15 años)
	3. Comportamiento sexual	Uso previo de métodos anticonceptivos	Nominal	Nunca usado Otros métodos Métodos tradicionales Métodos modernos
		Estado Civil	Nominal	Nunca casada Casada Viviendo juntos Viuda Divorciada No viven juntos
		Razón principal personal para no utilizar un método	Nominal	Motivos personales/reproductivos; Falta de necesidad o desconocimiento; Oposición; Problemas de salud/miedo a efectos; Barreras de acceso/uso

Nota: Se muestra la variable: Factores asociados**.** Se describe su definición conceptual y operacional; así mismo sus dimensiones, indicadores, escala de medición y valorativa.

Tabla 2

Variable 2: Uso de anticonceptivo oral de emergencia

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA
USO DE ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA	Empleo de método hormonal que se utiliza para prevenir un embarazo, después de una relación sexual sin protección o falla de un método anticonceptivo habitual (8).	Se determinó a partir de la respuesta registrada en la ENDES 2023 a la pregunta sobre si usó alguna vez la anticoncepción oral de emergencia	Práctica de uso	Uso declarado de anticoncepción oral de emergencia en el periodo de referencia de la encuesta	Nominal	No Sí

Nota: Se muestra la variable uso de anticonceptivo oral de emergencia. Se desglosa su definición conceptual y operacional; así como sus dimensiones, indicadores, escala de medición y escala valorativa.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La estrategia de recolección de información se basó en el aprovechamiento de datos secundarios; específicamente, los microdatos del módulo de salud reproductiva y planificación familiar de la ENDES 2023, elaborados y sistematizados por el INEI. A diferencia de los diseños primarios, esta investigación no genera información propia en campo, sino que trabaja con registros ya existentes, estandarizados y de acceso público. Este tipo de técnica resulta adecuada cuando se busca examinar relaciones entre variables a partir de información confiable, estandarizada y representativa a nivel nacional (51).

Aunque el estudio no aplica instrumentos propios, es pertinente describir brevemente la técnica empleada en el levantamiento de datos original. La ENDES utiliza la técnica de encuesta, aplicada mediante entrevistas directas realizadas en los hogares seleccionados por personal entrenado. La información se recoge mediante un cuestionario estructurado, el cual contiene módulos específicos sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo las variables relacionadas al uso de anticoncepción oral de emergencia y a los factores asociados estudiados en esta investigación. Para garantizar la calidad del registro, el trabajo de campo se ejecuta con dispositivos electrónicos tipo tablet, que incorporan controles automáticos de validación y coherencia, reduciendo errores y asegurando la precisión de los datos.

3.7.2. Descripción de instrumentos

El principal instrumento utilizado para la investigación fue la base de microdatos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, acompañada de su diccionario de variables y documentación técnica. Esta base de datos constituye el insumo

central para la recolección de las variables de estudio, ya que contiene información estandarizada sobre características sociodemográficas, uso de métodos anticonceptivos, exposición a información en servicios de salud y factores asociados al comportamiento reproductivo (51).

De esta manera, el instrumento principal del estudio fue la propia base de datos de la ENDES 2023.

3.7.3. Validación

Es importante precisar que las investigadoras no aplicaron directamente el cuestionario de la ENDES 2023, sino que emplearon una ficha de registro de variables, a fin de extraer, de la base de microdatos secundaria, las variables de interés para el presente estudio. En ese sentido, corresponde diferenciar dos elementos: por un lado, la fuente de datos, constituida por el Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, aplicado en su momento por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) mediante entrevistas directas; y, por otro, el instrumento realmente utilizado por las investigadoras, que fue la ficha de registro de variables mediante la cual se extrajeron y organizaron los datos de interés a partir de dicha base. El cuestionario de la ENDES, en tanto fuente original de los datos, ha sido previamente validado por el INEI, lo que garantiza que las preguntas que lo componen son adecuadas para estudios poblacionales y que la información contenida en la base posee niveles adecuados de confiabilidad y validez. Este proceso de validación contempló diversas etapas metodológicas orientadas a asegurar la calidad del instrumento original.

En primer lugar, el diseño y la formulación de las preguntas siguieron estándares internacionales utilizados en encuestas de salud, lo que permitió asegurar la claridad

conceptual y la uniformidad en la interpretación de los ítems por parte de las entrevistadas. Asimismo, antes de su aplicación a nivel nacional, el cuestionario fue sometido a pruebas piloto, cuyo propósito fue evaluar la comprensión, pertinencia y operatividad de las preguntas en la población objetivo.

Durante el levantamiento de información, la ENDES implementó rigurosos procedimientos de control de calidad, supervisando el trabajo de campo y verificando que los encuestadores aplicaran de manera correcta las instrucciones y rutas del instrumento. Además, la utilización de dispositivos electrónicos tipo tablet permitió reducir errores de registro mediante validaciones automáticas, controles internos de consistencia y revisiones en tiempo real, contribuyendo significativamente a la precisión de los datos recopilados (51).

3.7.4. Confiabilidad

Al tratarse de un análisis secundario basado en la información de la ENDES 2023, se consideró que el instrumento empleado en la recolección original de los datos posee niveles adecuados de confiabilidad. El cuestionario utilizado por el INEI ha sido previamente sometido a procesos de estandarización y control de calidad, por lo que las variables incluidas en este estudio fueron medidas de manera consistente y conforme a criterios técnicos establecidos.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos se inició con una revisión de la base de microdatos de la ENDES 2023, a fin de garantizar la calidad y consistencia de la información. Esta fase comprendió la depuración de registros, la identificación de valores perdidos y la verificación de la coherencia interna de las variables seleccionadas. Se realizó la

codificación y recodificación necesaria para el análisis estadístico, especialmente en variables categóricas como nivel educativo (sin educación, primaria, secundaria, superior), acceso a información sobre planificación familiar en el centro de salud (sí/no) y razón principal para no usar métodos anticonceptivos (agrupada en cinco categorías). La base final fue organizada en formato compatible con Stata SE 19.5, donde se llevó a cabo la validación preliminar mediante frecuencias, proporciones y estadísticos descriptivos básicos. La muestra analítica quedó conformada por 2 980 adolescentes mujeres de 15 a 17 años.

El análisis se desarrolló en dos niveles. En el nivel descriptivo, se caracterizó a la población de estudio mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, describiendo el perfil sociodemográfico de las adolescentes. Dado que el uso de AOE fue nulo entre las 2 133 adolescentes sin inicio de vida sexual activa, el análisis inferencial se restringió a la submuestra de 847 adolescentes sexualmente activas, lo que permitió evitar la separación perfecta en los modelos estadísticos y garantizar la validez de los estimadores.

En el nivel inferencial, se evaluaron la relación del uso de AOE y las variables de aspectos sociodemográficos, educación y comportamiento sexual; mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ($\alpha = 0.05$). Para estimar la fuerza de asociación de forma independiente, se ajustó un modelo de regresión logística binaria mediante el método Enter, calculando razones de proporciones ajustadas (RP) con intervalos de confianza al 95%. El modelo incluyó las siguientes variables: edad en años, área de residencia (urbana/rural), etnicidad (castellano vs. lengua indígena u otra), índice de riqueza (quintiles agrupados en pobre, medio y rico), información recibida sobre planificación

familiar en el centro de salud, estado conyugal (nunca casada vs. en unión) y edad de inicio de vida sexual (precoz < 15 años vs. no precoz). La bondad de ajuste del modelo se verificó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow y el estadístico AIC. Los resultados se presentaron en tablas e interpretados en función de los objetivos e hipótesis planteados.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio cumplió estrictamente con los principios éticos fundamentales que orientan la investigación en salud, en concordancia con los lineamientos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Principios que guiaron el uso responsable de la información y aseguran que el análisis secundario de los datos se realice bajo estándares internacionales y normativas institucionales reconocidas. Se tomaron como referencia la Declaración de Helsinki, las directrices del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) y el Reglamento de Ética de la Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener.

Dado que la investigación se basó en datos secundarios provenientes de la ENDES 2023, el consentimiento informado fue gestionado previamente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), entidad responsable del diseño, aplicación y resguardo de la encuesta. El INEI garantiza la confidencialidad, el anonimato y la imposibilidad de identificar a las participantes, ya que la base pública no contiene información personal sensible ni datos que permitan rastrear la identidad de las adolescentes encuestadas. En consecuencia, este estudio no implicó riesgos adicionales para las personas cuya información forma parte del análisis.

El acceso y manejo de la base de datos se realizó cumpliendo estrictamente las disposiciones éticas y legales vigentes, utilizando la información únicamente con fines académicos y de investigación.

Las investigadoras se comprometieron a mantener una conducta ética y rigurosa durante el proceso investigativo. Esto incluye la presentación honesta y transparente de los resultados, la correcta citación de todas las fuentes empleadas, el reconocimiento de las contribuciones académicas pertinentes y la declaración de ausencia de conflictos de interés que pudieran sesgar la interpretación de los hallazgos. Para asegurar la originalidad del manuscrito, el documento fue sometido a una revisión de similitud mediante Turnitin®, garantizando el cumplimiento de los criterios institucionales de autenticidad.

Antes de su ejecución, el proyecto de tesis fue remitido al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener para su evaluación y aprobación. La revisión incluyó la presentación del protocolo completo, la declaración de responsabilidad, la carta del asesor y los demás documentos exigidos por la normativa institucional. Una vez obtenida la aprobación formal del comité. se llevó a cabo el análisis de los datos.

Finalmente, la difusión de los resultados se realizó siguiendo las buenas prácticas de publicación ética, asegurando que los hallazgos contribuyeran al conocimiento científico y aporten evidencia útil para la elaboración de políticas y estrategias enfocadas a mejorar el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes mujeres del Perú (39).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 3

Perfil sociodemográfico de las adolescentes mujeres de 15 a 17 años según la ENDES 2023 (N = 2 980).

Característica	Categoría	n	%
Edad	15 años	1041	34.9
	16 años	1035	34.7
	17 años	904	30.3
Tipo de lugar de residencia	Urbana	1930	64.8
	Rural	1050	35.2
Macrorregión de residencia	Lima Metropolitana	335	11.2
	Costa Norte	488	16.4
	Costa Centro	293	9.8
	Costa Sur	254	8.5

	Sierra Norte-Centro	718	24.1
	Sierra Sur	432	14.5
	Selva	460	15.4
Nivel educativo	Primaria	118	4.0
	Secundaria	2832	95.0
	Superior	28	0.9
Etnicidad	Castellano	2666	89.5
	Quechua	220	7.4
	Aimara	15	0.5
	Otra lengua nativa	74	2.5
Índice de riqueza	El más pobre	1035	34.7
	Pobre	759	25.5
	Medio	586	19.7
	Rico	377	12.7
	Más rico	223	7.5

Nota. Elaboración propia con microdatos de la ENDES 2023 (INEI). n = frecuencia absoluta; % = porcentaje respecto al total de la muestra analítica (N = 2 980).

La tabla 3 describe el perfil sociodemográfico de las 2 980 adolescentes mujeres de 15 a 17 años incluidas en la muestra de la ENDES 2023. La distribución por edad fue relativamente homogénea: 34.9 % tenía 15 años, 34.7 % tenía 16 años y 30.3 % tenía 17 años. El 64.8 % residía en área urbana y el 35.2 % en área rural. La macrorregión Sierra

Norte-Centro concentró el mayor número de adolescentes (24.1 %), seguida de la Costa Norte (16.4 %) y la Selva (15.4 %). En cuanto al nivel educativo, el 95.0 % cursaba o había completado la secundaria. La identidad étnica predominante fue el castellano (89.5 %). Respecto al índice de riqueza, el 60.2 % pertenecía a los dos quintiles más pobres.

4.1.2. Descripción de las variables y sus dimensiones

Aspectos sociodemográficos

Tabla 4

Aspectos sociodemográficos y uso del AOE en adolescentes de 15 a 17 años, ENDES 2023 (N = 2 980).

Variable	Si uso AOE n (%)	No uso AOE n (%)
Edad	293 (9.8)	2 687 (90.2)
15 años	41 (3.9)	1 000 (96.1)
16 años	100 (9.7)	935 (90.3)
17 años	152 (16.8)	752 (83.2)
Tipo de lugar de residencia		
Urbana	215 (11.1)	1 715 (88.9)
Rural	78 (7.4)	972 (92.6)
Macrorregión de residencia		
Lima Metropolitana	42 (12.5)	293 (87.5)

Costa Norte	54 (11.1)	434 (88.9)
Sierra Norte-Centro	68 (9.5)	650 (90.5)
Sierra Sur	33 (7.6)	399 (92.4)
Selva	50 (10.9)	410 (89.1)
Nivel educativo		
Primaria	17 (14.4)	101 (85.6)
Secundaria	273 (9.6)	2 559 (90.4)
Superior	3 (10.7)	25 (89.3)
Etnicidad		
Castellano	279 (10.5)	2 387 (89.5)
Lengua indígena / otra	14 (4.4)	300 (95.6)
Índice de riqueza		
El más pobre	70 (6.8)	965 (93.2)
Pobre	98 (12.9)	661 (87.1)
Medio	63 (10.8)	523 (89.2)
Rico	40 (10.6)	337 (89.4)
Más rico	22 (9.9)	201 (90.1)

Nota. Elaboración propia. La etnicidad fue recodificada como binaria (castellano vs. lengua indígena/otra); la macrorregión se presenta con las cinco categorías.

La tabla 4 presenta los resultados del análisis bivariado entre los aspectos sociodemográficos y el uso de AOE. Los factores que mostraron relación fueron: La edad con una frecuencia de uso que ascendió de 3.9% a los 15 años hasta 16.8% a los 17 años, reflejando el progresivo incremento de la actividad sexual y la exposición al riesgo con la edad. El tipo de residencia mostró que las adolescentes urbanas presentaron mayor frecuencia de uso (11.1%) en comparación con las rurales (7.4%). Respecto a la etnicidad, las castellanohablantes reportaron mayor uso (10.5%) frente a las de lengua indígena u otra (4.4%). El índice de riqueza mostró que el quintil más pobre presento la menor frecuencia (6.8%) y el quintil pobre la más alta (12.9%). La macrorregión de residencia y el nivel educativo no alcanzaron relación en el análisis bivariado.

Educación sexual

Tabla 5

Educación sexual y uso de AOE, en adolescentes de 15 a 17 años, ENDES 2023 (N = 2 980).

Variable / Categoría	Sí uso AOE n (%)	No uso AOE n (%)
Recibió información sobre planificación familiar en centro de salud (n = 1 081)[b]		
Sí recibió	60 (15.7)	322 (84.3)
No recibió	64 (9.2)	635 (90.8)

Nota. Elaboración propia. [b] Análisis restringido a mujeres que reportaron alguna consulta de salud en los 12 meses previos (n = 1 081).

La tabla 5 presenta el análisis del factor educación sexual y uso de AOE, considerando si recibió información sobre planificación familiar en el centro de salud. Haber recibido información sobre planificación familiar en el establecimiento de salud se relacionó con el uso de AOE, 15.7% de las informadas vs. 9.2% de las no informadas.

Comportamiento sexual

Tabla 6

Comportamiento sexual y uso de AOE, en adolescentes de 15 a 17 años, ENDES 2023 (N = 2 980).

Variable / Categoría	Sí uso AOE n (%)	No uso AOE n (%)
Inicio de vida sexual (N = 2 980)		
Con inicio de vida sexual	293 (34.6)	554 (65.4)
Sin inicio de vida sexual	0 (0.0)	2 133 (100.0)
Edad de primera relación sexual (n = 847)[a]		
Inicio precoz (< 15 años)	111 (30.6)	252 (69.4)
Inicio no precoz (≥ 15 años)	182 (37.6)	302 (62.4)
Uso previo de método anticonceptivo (n = 847)		
Método moderno	293 (39.6)	446 (60.4)

Método tradicional	0 (0.0)	59 (100.0)
Nunca usado	0 (0.0)	49 (100.0)
Estado civil (N = 2 980)		
Nunca casada	221 (8.2)	2 464 (91.8)
Conviviente	59 (24.4)	183 (75.6)
No viven juntos	13 (27.7)	34 (72.3)
Razón principal para no usar método anticonceptivo (n = 2 549)[c]	—	—
Motivos personales / reproductivos	—	2 392 (93.8)
Miedo a efectos secundarios / salud	—	6 (0.2)
Falta de necesidad / desconocimiento	—	4 (0.2)
Otra / no sabe	—	147 (5.8)

Nota. Elaboración propia. Análisis restringido a mujeres que reportaron alguna consulta de salud en los 12 meses previos (n = 1 081). La variable "Razón principal para no usar método anticonceptivo" fue recodificada en cuatro categorías.

La tabla 6 presenta el análisis del comportamiento sexual y el uso de AOE. El inicio de vida sexual constituyó el predictor de mayor magnitud, ninguna adolescente sin inicio reportó uso de AOE, mientras que la prevalencia fue del 34.6% entre quienes ya habían iniciado. Dentro de las 847 con vida sexual activa, el uso de método

anticonceptivo moderno fue condición necesaria del uso de AOE, el 100.0% de las usuarias de AOE había empleado un método moderno, frente a 0.0% entre quienes usaron solo métodos tradicionales o nunca usaron ningún método. El estado civil mostró que la frecuencia de uso fue mayor en convivientes (24.4%) y separadas o que no viven juntas (27.7%) que en las nunca casadas (8.2%), reflejando mayor exposición al riesgo reproductivo. Respecto a las razones para no usar método anticonceptivo, entre las no usuarias de AOE, el 93.8% reportó motivos personales o reproductivos (principalmente no tener relaciones sexuales ni estar en unión), lo que es coherente con la muy alta proporción de adolescentes sin vida sexual activa en esta edad. La edad de inicio precoz de vida sexual (< 15 años) también mostró relación en el análisis bivariado, aunque en sentido inverso, quienes iniciaron más tarde (≥ 15 años) presentaron mayor frecuencia de uso (37.6% vs. 30.6%).

4.1.3. Prueba de hipótesis

La contrastación de la hipótesis general y específicas se realizó con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$ (95% de confianza). La regla de decisión aplicada fue la siguiente: si el valor p obtenido en la prueba estadística correspondiente (Chi-cuadrado de Pearson en el análisis bivariado, o el estadístico de Wald en el modelo de regresión logística multivariado) resultó menor a 0.05, se rechazó la hipótesis nula (Ho) y se aceptó la hipótesis de trabajo o alterna (Ht), concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre la variable en cuestión y el uso de anticoncepción oral de emergencia (AOE). Si el valor p fue igual o mayor a 0.05, no se rechazó Ho, concluyendo que no se dispone de evidencia estadística suficiente para afirmar dicha relación.

4.1.4. Hipótesis general

Ht: Existe relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023.

Ho: No existe relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Regresión logística

Tabla 7

Modelo de regresión logística multivariada: factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023.

Factor (referencia)	β	RP	IC95% inf.	IC95% sup.	p	Sig.
Constante	−3.225	—	—	—	0.011	
Edad	0.183	1.201	0.970	1.486	0.092	
Tipo de lugar de residencia: Rural (ref: urbana)	−0.401	0.670	0.465	0.966	0.032	*
Etnicidad: Indígena (ref: castellano)	−0.779	0.459	0.247	0.853	0.014	*
Índice de Riqueza: Pobre/Más pobre (ref: medio)	−0.518	0.596	0.389	0.914	0.018	*

Rico/Más rico (ref: medio)	0.033	1.033	0.625	1.708	0.899	
Acceso a información sobre planificación familiar en centro de Salud (ref: no)	0.108	1.114	0.773	1.607	0.562	
Estado civil: En unión conyugal (ref: nunca casada)	−0.541	0.582	0.411	0.825	0.002	**
Inicio de vida sexual: Precoz <15 años (ref: ≥15)	0.001	1.001	0.719	1.393	0.996	
AIC = 1 042.1 | Pseudo-R^2 McFadden = 0.063 | LLR p < 0.001 | n = 847						

Nota. elaboración propia. ** p < 0.01. * p < 0.05. β = coeficiente de regresión logística; RP = razón de proporciones; IC 95% = intervalo de confianza al 95%. Análisis restringido a adolescentes con inicio de vida sexual activa. Método Enter. El modelo global fue significativo (LLR p < 0.001).

Se rechaza parcialmente la hipótesis nula. En el modelo multivariado ajustado (n = 847, adolescentes con vida sexual activa), mantuvieron significancia: residencia rural (RP = 0.670, p = 0.032), identidad étnica indígena (RP = 0.459, p = 0.014), pertenencia a quintiles de pobreza (OR = 0.596, p = 0.018) y estado de unión conyugal (RP = 0.582, p = 0.002). La hipótesis general se confirma para los factores vinculados a residencia, etnicidad y nivel socioeconómico, y para el comportamiento sexual en términos de estado conyugal. No se confirma para la información recibida en el centro de salud ni para la precocidad del inicio de vida sexual.

4.1.5. Hipótesis específica 1

Ht1: Existe relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ho1: No existe relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Chi2

Tabla 8

Análisis bivariado: Aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Variable	Si uso AOE n (%)	No uso AOE n (%)	Chi^2	gl	p
Edad	293 (9.8)	2 687 (90.2)	90.528	2	< 0.001 **
15 años	41 (3.9)	1 000 (96.1)			
16 años	100 (9.7)	935 (90.3)			
17 años	152 (16.8)	752 (83.2)			
Tipo de lugar de residencia			10.151	1	0.001 **
Urbana	215 (11.1)	1 715 (88.9)			
Rural	78 (7.4)	972 (92.6)			
Macrorregión de residencia			7.870	6	0.248

Lima Metropolitana	42 (12.5)	293 (87.5)			
Costa Norte	54 (11.1)	434 (88.9)			
Sierra Norte-Centro	68 (9.5)	650 (90.5)			
Sierra Sur	33 (7.6)	399 (92.4)			
Selva	50 (10.9)	410 (89.1)			
Nivel educativo			2.926	2	0.231
Primaria	17 (14.4)	101 (85.6)			
Secundaria	273 (9.6)	2 559 (90.4)			
Superior	3 (10.7)	25 (89.3)			
Etnicidad			10.764	1	0.001 **
Castellano	279 (10.5)	2 387 (89.5)			
Lengua indígena / otra	14 (4.4)	300 (95.6)			
Índice de riqueza			19.930	4	< 0.001 **
El más pobre	70 (6.8)	965 (93.2)			
Pobre	98 (12.9)	661 (87.1)			
Medio	63 (10.8)	523 (89.2)			

Rico	40 (10.6)	337 (89.4)
Más rico	22 (9.9)	201 (90.1)

Nota. Elaboración propia. ** p < 0.001. * p < 0.05. Chi-cuadrado de Pearson. gl = grados de libertad. La etnicidad fue recodificada como binaria (castellano vs. lengua indígena/otra) para el estadístico reportado en el encabezado de fila; la macrorregión se presenta con las cinco categorías de mayor frecuencia.

Se rechaza parcialmente Ho1. En el análisis bivariado, mostraron asociación significativa: edad ($Chi^2 = 90.528$, $p < 0.001$), tipo de residencia ($Chi^2 = 10.151$, $p = 0.001$), etnicidad ($Chi^2 = 10.764$, $p = 0.001$) e índice de riqueza ($Chi^2 = 19.930$, $p < 0.001$). La macrorregión de residencia ($p = 0.248$) y el nivel educativo ($p = 0.231$) no alcanzaron significancia estadística. Se acepta Ht1 para las variables de residencia, etnicidad e índice de riqueza; no se confirma para macrorregión ni nivel educativo.

4.1.6. Hipótesis específica 2

Ht2: Existe relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ho2: No existe relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Chi2

Tabla 9

Análisis bivariado: Educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Variable / Categoría	Sí uso AOE n (%)	No uso AOE n (%)	Chi^2	gl	p
Recibió información sobre planificación familiar en centro de salud (n = 1 081)[b]			9.803	1	0.002 **
Sí recibió	60 (15.7)	322 (84.3)			
No recibió	64 (9.2)	635 (90.8)			

Nota. Elaboración propia. ** $p < 0.001$. [a] Análisis restringido a mujeres que reportaron alguna consulta de salud en los 12 meses previos (n = 1 081).

Se rechaza Ho2 en el análisis bivariado ($Chi^2 = 9.803$, $p = 0.002$); las adolescentes que recibieron información sobre planificación familiar en el centro de salud mostraron mayor prevalencia de uso de AOE (15.7% vs. 9.2%). Se acepta Ht2 en el nivel del análisis bivariado.

4.1.7. Hipótesis específica 3

Ht3: Existe relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Ho3: No existe relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Chi2

Tabla 10

Comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.

Variable / Categoría	Sí uso AOE n (%)	No uso AOE n (%)	Chi^2	gl	p
Inicio de vida sexual (N = 2 980)			814.424	1	< 0.001 **
Con inicio de vida sexual	293 (34.6)	554 (65.4)			
Sin inicio de vida sexual	0 (0.0)	2 133 (100.0)			
Edad de primera relación sexual (n = 847)			4.219	1	0.040 *
Inicio precoz (< 15 años)	111 (30.6)	252 (69.4)			
Inicio no precoz (≥ 15 años)	182 (37.6)	302 (62.4)			
Uso previo de método anticonceptivo (n = 847)			63.726	2	< 0.001 **
Método moderno	293 (39.6)	446 (60.4)			

Método tradicional	0 (0.0)	59 (100.0)			
Nunca usado	0 (0.0)	49 (100.0)			
Estado civil (N = 2 980)			83.041	4	< 0.001 **
Nunca casada	221 (8.2)	2 464 (91.8)			
Conviviente	59 (24.4)	183 (75.6)			
No viven juntos	13 (27.7)	34 (72.3)			
Razón principal para no usar método anticonceptivo (n = 2 549)	—	—	—	—	—
Motivos personales / reproductivos	—	2 392 (93.8)			
Miedo a efectos secundarios / salud	—	6 (0.2)			
Falta de necesidad / desconocimiento	—	4 (0.2)			
Otra / no sabe	—	147 (5.8)			

Nota. Elaboración propia. ** p < 0.001. * p < 0.05.

Se rechaza parcialmente Ho3. El inicio de vida sexual fue el factor con mayor magnitud de asociación en el análisis bivariado ($Chi^2 = 814.424$, $p < 0.001$), confirmando que la exposición al riesgo reproductivo es condición determinante del uso de AOE. La edad de inicio precoz de vida sexual (< 15 años) mostró relación significativa en el análisis bivariado ($Chi^2 = 4.219$, $p = 0.040$), aunque en sentido inverso, quienes iniciaron más tarde (≥ 15 años) presentaron mayor frecuencia de uso (37.6% vs. 30.6%). El uso previo de método moderno constituyó igualmente una condición necesaria para su uso ($Chi^2 = 63.726$, $p < 0.001$). El estado conyugal mostró asociación significativa en el análisis bivariado ($Chi^2 = 83.041$, $p < 0.001$) indicando que las adolescentes en unión presentaron menor uso de AOE que las nunca unidas, lo que podría explicarse por menor acceso a información o mayor aceptación del embarazo en ese contexto. La razón principal para no usar método anticonceptivo no mostró diferencias estadísticamente significativas asociadas al uso de AOE: el 93.8% de las no usuarias reportó motivos personales o reproductivos, principalmente no tener vida sexual activa, lo que refleja que la razón dominante para el no uso es la ausencia de exposición al riesgo, y no barreras de acceso o de conocimiento. Se acepta Ht3 para inicio de vida sexual, uso previo de métodos anticonceptivos, edad de primera relación sexual y estado conyugal; no se confirma para la razón de no uso de método anticonceptivo.

4.2. Discusión de resultados

La presente investigación determinó la relación entre factores asociados y el uso de anticoncepción oral de emergencia en adolescentes mujeres de 15 a 17 años en Perú a partir de los microdatos de la ENDES 2023. La frecuencia global de uso de AOE fue del 9.8%.

Al restringir el análisis a quienes habían iniciado vida sexual activa (n = 847), la frecuencia ascendió a 34.6%, cifra coherente con estudios internacionales en poblaciones adolescentes sexualmente activas. Barbian et al. (13) reportaron una frecuencia del 52.9% en universitarias brasileñas y Mesfin (12) del 40.5% en escolares etiopies, diferencias atribuibles a las características de la población y el acceso a servicios de salud reproductiva en cada contexto.

El modelo multivariado confirmó que los factores asociados actúan de manera diferenciada sobre el uso de anticoncepción oral de emergencia: la residencia rural, la etnicidad indígena, la pobreza y el estado de unión conyugal mantuvieron asociación independiente, mientras que la educación sexual perdió significancia al ajustar por las demás variables. Esto respalda la hipótesis general de forma parcial, con predominio de los determinantes estructurales por encima de los informativos.

También en el modelo multivariado, la residencia rural mostró asociación negativa con el uso de anticoncepción oral de emergencia, aun después de controlar por etnicidad e índice de riqueza. Este resultado es consistente con lo reportado por Laker et al. (17), quienes identificaron que la residencia urbana y el acceso a servicios de salud sexual son predictores del uso de anticoncepción de emergencia. En el contexto peruano, las adolescentes rurales enfrentan barreras adicionales de distancia geográfica, menor disponibilidad de establecimientos de salud con servicios diferenciados para jóvenes y mayor influencia de normas culturales restrictivas respecto al uso de métodos anticonceptivos de emergencia. Díaz-Alvites et al. (9) también documentaron que residir en la sierra o en zonas rurales se asocia con menor uso de métodos modernos en mujeres peruanas.

La etnicidad indígena (lengua materna no castellana) se asoció con menor uso de anticoncepción oral de emergencia en el modelo multivariado. Este hallazgo refleja las desigualdades étnicas persistentes en el acceso a servicios de salud reproductiva en Perú, documentadas por Díaz-Alvites et al. (9), quienes encontraron que hablar quechua o aimara se asocia con menor uso de métodos modernos. Desde el marco de los determinantes sociales de la salud, la identidad étnica actúa como determinante estructural que condiciona tanto el acceso a información como la aceptabilidad de los servicios de salud reproductiva, mediado por barreras lingüísticas, culturales y de confianza institucional.

La pobreza se asoció negativamente con el uso de anticoncepción oral de emergencia. Aunque la anticoncepción oral de emergencia es de distribución gratuita en establecimientos públicos de salud, los costos indirectos (transporte, tiempo de desplazamiento, pérdida laboral) y la menor disponibilidad de establecimientos con atención oportuna pueden limitar su acceso en los quintiles más bajos. Meléndez-Asipali et al. (10) y Vela-Ruiz et al. (11) confirmaron que el nivel socioeconómico es predictor del uso de métodos anticonceptivos en mujeres peruanas, resultado que se extiende al uso de AOE en el presente estudio.

La recepción de información sobre planificación familiar en el centro de salud mostró asociación significativa en el análisis bivariado ($Chi^2 = 9.803$, $p = 0.002$) pero no en el modelo multivariado (OR = 1.114, $p = 0.562$). Esta atenuación sugiere que el efecto de la consejería está mediado por otras variables incluidas en el modelo, como la residencia y el estado conyugal, o puede reflejar una causalidad reversa; las adolescentes que ya tienen vida sexual activa y han buscado anticoncepción de emergencia son también quienes asisten a los servicios de salud. León-Larios et al. (14) y Abewa et al. (16) señalan que la educación

sexual formal es un predictor fuerte del uso de anticoncepción de emergencia, pero su efecto puede quedar enmascarado cuando se controla por variables que determinan simultáneamente el acceso a los servicios y la conducta anticonceptiva.

El hallazgo más determinante del análisis es que el inicio de vida sexual fue condición necesaria y suficiente para el uso de anticoncepción oral de emergencia; ninguna adolescente sin vida sexual activa reportó uso del método, mientras que entre las sexualmente activas la prevalencia fue del 34.6%. Esto es consistente con la naturaleza del método, que se utiliza tras una relación sexual sin protección o con falla del método habitual. Este resultado justifica metodológicamente el análisis estratificado por inicio de vida sexual, estrategia que permite identificar los determinantes reales del uso entre quienes están en riesgo.

El resultado más contraintuitivo fue que el estado de unión conyugal se asoció con menor probabilidad de uso de anticoncepción oral de emergencia, en sentido opuesto a lo que sugeriría la mayor exposición a relaciones sexuales regulares. Este hallazgo podría explicarse por al menos tres mecanismos: primero, las adolescentes en unión pueden percibir un menor riesgo de embarazo no deseado o estar buscando un embarazo; segundo, pueden tener menor autonomía para decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos de emergencia bajo presión o control de la pareja; tercero, pueden depender del criterio del compañero para el uso de anticonceptivos. Quispe-Moreno y Medina-Nolasco (8) identificaron que estar en pareja incrementa el uso de métodos regulares, pero la dinámica es diferente para los métodos de emergencia, que implican una decisión inmediata y frecuentemente unilateral.

Como limitación principal, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad. La separación perfecta producida por las variables "inicio de vida sexual" y "uso previo de método moderno" (todas las usuarias de anticoncepción oral de emergencia tenían vida sexual activa y habían usado un método moderno) obligó a restringir el modelo a la submuestra con vida sexual activa, reduciendo el n analítico de 2 980 a 847 y la potencia estadística para variables con menor prevalencia. No obstante, los hallazgos son metodológicamente válidos y representativos para la población de adolescentes sexualmente activas de 15 a 17 años en Perú.

Entre las fortalezas del presente estudio destaca el uso de la ENDES 2023, una fuente de datos probabilística y representativa a nivel nacional, lo que permite generalizar los hallazgos a la población de adolescentes mujeres de 15 a 17 años del Perú. El tamaño muestral (N = 2 980) garantizó una potencia estadística adecuada para los análisis bivariados, y la estrategia de estratificar el análisis multivariado según inicio de vida sexual activa permitió evitar la separación perfecta y obtener estimaciones válidas y robustas. Asimismo, el estudio aporta evidencia actualizada y específica sobre un subgrupo poco explorado en la literatura peruana, las adolescentes de 15 a 17 años, y el enfoque de determinantes sociales de la salud empleado permite interpretar los hallazgos más allá de asociaciones estadísticas aisladas, ubicándolos dentro de un marco teórico coherente con las inequidades estructurales del país.

En síntesis, los factores independientemente asociados al menor uso de anticoncepción oral de emergencia en adolescentes peruanas de 15 a 17 años con vida sexual activa son la residencia rural, la identidad étnica indígena, la pertenencia a los quintiles de pobreza y el estado de unión conyugal. Estos hallazgos señalan que las

desigualdades en el uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes no responden principalmente a barreras de conocimiento individual, sino a determinantes estructurales de carácter geográfico, étnico y socioeconómico que limitan el acceso real y oportuno al método.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera

Los factores asociados, aspectos sociodemográficos, educación sexual y comportamiento sexual, se relacionan con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en las adolescentes peruanas de 15 a 17 años, aunque de manera diferenciada; los factores estructurales (residencia, etnicidad, nivel de riqueza y estado civil) mantienen una relación consistente, mientras que la educación sexual pierde peso frente a esas condiciones estructurales.

Segunda

Los aspectos sociodemográficos se relacionan con el uso del anticonceptivo oral de emergencia, principalmente a través del lugar de residencia, la etnicidad y el índice de riqueza; la macrorregión y el nivel educativo no mostraron una relación relevante.

Tercera

La educación sexual, entendida como el acceso a información sobre planificación familiar en el centro de salud, se relaciona con el uso del anticonceptivo oral de emergencia.

Cuarta

El comportamiento sexual se relaciona con el uso del anticonceptivo oral de emergencia, siendo el inicio de vida sexual y el estado civil los indicadores más relevantes.

5.2. Recomendaciones

Implementar estrategias diferenciadas de salud reproductiva para adolescentes rurales, indígenas y de menores recursos, en coherencia con la primera y tercera conclusión, que identificaron la residencia rural, la lengua indígena y la pobreza como barreras estructurales independientes al uso de AOE. Estas estrategias deben priorizar consejería en idioma local, promotores comunitarios capacitados y distribución descentralizada del método, orientando la asignación de recursos del MINSA y los Gobiernos Regionales.

Fortalecer la afiliación al SIS y reducir las barreras económicas de acceso para las adolescentes de menor riqueza, dado que la pobreza se confirmó como determinante independiente del menor uso de AOE pese a su distribución gratuita. Se recomienda eliminar costos indirectos, ampliar horarios de atención y ofrecer telemedicina en zonas de difícil acceso.

Intensificar la educación sexual integral, con énfasis en las adolescentes de 15 a 17 años, y promover investigaciones de seguimiento que incorporen conocimiento y actitudes hacia la AOE.

Desarrollar intervenciones dirigidas a adolescentes en unión conyugal, en línea con la asociación inversa entre estado conyugal y uso de AOE, garantizando consultas de planificación familiar confidenciales y accesibles sin autorización de la pareja, conforme a los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en la legislación peruana.

REFERENCIAS

1. Canter H, Reed J, Palmer C, Casper TC, Stukus K, Schmidt S, et al. Contraception Use and Pregnancy Risk Among Adolescents in Pediatric Emergency Departments. JAMA Netw open [Internet]. 2024 Jun 3 [cited 2026 Mar 11];7(6):e2418213. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC11214110
2. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
3. Del Mastro N I. Adapting to poverty and dealing with gender: a comparative perspective on teenage pregnancy in the Peruvian Amazon. Cult Health Sex [Internet]. 2023 Jan [cited 2026 Mar 11];25(1):33–47. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34951335
4. Woodson LL, Garcia Saldivar A, Brown HE, Magrath PA, Antunez de Mayolo N, Pettygrove S, et al. The downstream effects of COVID-19 on adolescent girls in the Peruvian Amazon: qualitative findings on how the pandemic affected education and reproductive health. BMJ Glob Heal [Internet]. 2024 Apr 30 [cited 2026 Mar 11];9(4). Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC11085768
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Perú. Cada día doce niñas quedan embarazadas en el Perú [Internet]. Lima: UNFPA Perú; 2024 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://peru.unfpa.org/es/news/embarazoadolescenteperu2024
6. Reilly K, Schmuhl KK, Bonny AE. Removing Barriers to Contraceptive Access for Adolescents. J Pediatr Pharmacol Ther [Internet]. 2024 Jun [cited 2026 Mar

11];29(3):331–5. Available from: https://doi.org/10.5863/1551-6776-29.3.331

7. Abewa T, Addis A, Asmamaw DB, Asmare L, Alemu T, Bayou FD. Knowledge and use of emergency contraceptive methods and associated factors among female youth college students in Gondar city, Northwest Ethiopia, 2023. BMC Womens Health [Internet]. 2024 Oct 25 [cited 2025 Dec 12];24(1):570. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC11515327
8. World Health Organization. Emergency contraception [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception
9. Montalvan-Santillan J, Flores-Cortez D. Determinantes del embarazo adolescente en el Perú: un análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2022. Rev Int Salud Materno Fetal. 2024;9(3):o1-o8. Available from: https://doi.org/10.47784/rismf.2024.9.3.347
10. Uhawenimana TC, Muganwa K, Uwimana MC, Musabwasoni MGS, Tengera O, Bahumura J, et al. Factors affecting the prevention of unwanted pregnancies among young adolescents in secondary schools in the Eastern Province of Rwanda: An explorative qualitative study. PLoS One [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 11];19(7):e0301248. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC11280217
11. Sidamo NB, Kerbo AA, Gidebo KD, Wado YD. Socio-Ecological Analysis of Barriers to Access and Utilization of Adolescent Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review. Open access J Contracept [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 11];14:103–18. Available from:

https://doi.org/10.2147/OAJC.S411924

12. Mesfin D. Emergency contraceptive knowledge, utilization and associated factors among secondary school students in Wolkite town, southern Ethiopia, cross sectional study. Contracept Reprod Med [Internet]. 2020 Dec 15 [cited 2025 Dec 12];5(1):15. Available from: https://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-020-00119-4

13. Barbian J, Kubo CY, Balaguer CS, Klockner J, Costa LMV da, Ries EF, et al. Anticoncepção de emergência em universitárias: prevalência de uso e falhas no conhecimento. Rev Saude Publica [Internet]. 2021 Nov 22 [cited 2025 Dec 12];55:74. Available from: https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/193415

14. Leon-Larios F, Ruiz-Ferron C, Jalon-Neira R-M, Praena-Fernández J-M. Nursing Students' Knowledge, Awareness, and Experiences of Emergency Contraception Pills' Use. J Clin Med [Internet]. 2022 Jan 14 [cited 2025 Dec 12];11(2):418. Available from: https://www.mdpi.com/2077-0383/11/2/418

15. Thapa M, Dhakal RD, Nepal S, Adhikari P. Knowledge and attitude on emergency contraception among higher secondary students. J Chitwan Med Coll [Internet]. 2023 Dec 31 [cited 2025 Dec 12];13(4):53–8. Available from: https://jcmc.com.np/jcmc/index.php/jcmc/article/view/1352

16. Laker F, Okot J, Ojara FW, Akello F, Amone D, Pebolo PF, et al. Emergency contraceptive utilization and associated factors among adolescents and young adults in Gulu East Division, Northern Uganda. Womens Health (Lond Engl) [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12];21:17455057251374498. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC12464403

17. Quispe-Moreno LE, Medina-Nolasco EK. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres peruanas en edad reproductiva. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12];7:e6077. Available from: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6077/6298

18. 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 [Internet]. 2022 Dec 5 [cited 2025 Dec 12];22(1):2267. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14629-0

19. Meléndez-Asipali JA, Espinoza R, Rivadeneyra-Romero R, Vela-Ruiz JM, De la Cruz-Vargas JA. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según encuesta demográfica en Perú. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2022;15(2):180–4.

20. Vela-Ruiz JM, Rivadeneyra-Romero R, De La Cruz-Vargas JA, Meléndez-Asipali JA, Espinoza R. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según encuesta demográfica en Perú. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2022 Jun 30 [cited 2025 Mar 18];15(2):180–4. Available from: http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1174

21. Pietras J, Jarzabek-Bielecka G, Mizgier M, Markowska A. Adolescent pregnancy - medical, legal and social issues. J Matern Neonatal Med [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 12];37(1):2391490. Available from: https://doi.org/10.1080/14767058.2024.2391490

22. Crooks R, Bedwell C, Lavender T. Adolescent experiences of pregnancy in low-and middle-income countries: a meta-synthesis of qualitative studies. BMC Pregnancy

Childbirth [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 12];22(1):702. Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-022-05022-1

23. DeMarco N, Twynstra J, Ospina MB, Darrington M, Whippey C, Seabrook JA. Prevalence of Low Birth Weight, Premature Birth, and Stillbirth Among Pregnant Adolescents in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2021 Aug [cited 2026 Mar 12];34(4):530–7. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.03.003

24. Phiri M, Kasonde ME, Moyo N, Sikaluzwe M, Simona S. A multilevel analysis of trends and predictors associated with teenage pregnancy in Zambia (2001-2018). Reprod Health [Internet]. 2023 Jan 18 [cited 2026 Mar 12];20(1):16. Available from: https://doi.org/10.1186/s12978-023-01567-2

25. Yilak G, Kitaw TA, Abate BB, Zemariam AB, Alamaw AW, Lake ES, et al. Magnitude, determinants, and adverse outcomes of unintended pregnancy among pregnant mothers in low- and middle-income countries: An umbrella review of systematic review and meta-analysis. J Glob Health [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 12];14:4253. Available from: https://doi.org/10.7189/jogh.14.04253

26. Isano S, Uwizeyimana T, Blanchet K. Determinants of adolescent pregnancy in East Africa: a systematic review and meta-analysis. Pan Afr Med J [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];52:42. Available from: https://doi.org/10.11604/pamj.2025.52.42.48583

27. Shrestha DB, Budhathoki P, Shrestha O, Karki S, Thapa N, Dangal G, et al. Teenage Pregnancy and Associated Risk Factors and Outcome in Nepal From 2000-2020: A Systematic Review and Meta-Analysis. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) [Internet]. 2022 [cited 2026 Sep 3];20(78):225–33. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37017171

28. Mizero D, Shimwa A, Dusingize MI, Uwimana A, Yohannes T, Wong R. Exploring the lived socioeconomic experiences of teen mothers in Rwanda. Reprod Health [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 12]; Available from: https://doi.org/10.1186/s12978-026-02278-0
29. Abdoli Najmi L, Mirghafourvand M. The relationship between spousal violence, maternal functioning, depression, and anxiety among Iranian postpartum mothers: a prospective study. BMC Psychol [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 12];12(1):516. Available from: https://doi.org/10.1186/s40359-024-02036-6
30. Mbele W, Jassey B, Nyirenda N. Factors associated with adolescent pregnancy in Zambia: a secondary data analysis of the 2018 Zambia demographic and health survey. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2025 Oct 2 [cited 2026 Mar 9];25(1):1005. Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-025-08063-4
31. Esteban E, Larrea O, Irrazabal MG, Sánchez A, Zacarias F, Oliveira PR, et al. Unintended pregnancy and attitudes towards sexual and reproductive health among young people in Benguela Province, Angola. Reprod Health [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];22(1):223. Available from: https://doi.org/10.1186/s12978-025-02164-1
32. Priebe G, Macama A, Van Dunem Dos Reis F, Malomalo M, Melin J, Kessel B. Gender norms in sexual and reproductive health and rights: insights from young Angolan women and the development of a context-specific questionnaire (2021-2022). Arch Public Heal [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];84(1):18. Available from: https://doi.org/10.1186/s13690-025-01820-z
33. Obach A, Blukacz A, Sadler M, Carreño Calderón A, Cabieses B, Díaz C. Barriers and facilitators to access sexual and reproductive health services among young migrants in

Tarapacá, Chile: a qualitative study. BMC Public Health [Internet]. 2024 Feb 5 [cited 2025 Oct 27];24(1):386. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC10845769

34. Shukla S, Kharade A, Böhret I, Jumaniyazova M, Meyer SR, Abejirinde I-OO, et al. How do gender transformative interventions reduce adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: a realist synthesis. J Glob Health [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];15:4102. Available from: https://doi.org/10.7189/jogh.15.04102

35. Mhlanga M, Mangombe A, Karumazondo JJ, Yohannes T. Improving access to sexual and reproductive health services among adolescent women in Zimbabwe. Reprod Fertil [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 12];5(4). Available from: https://doi.org/10.1530/RAF-24-0008

36. Renu, Arora P, Scott K, Balabanova D. Do Indian women know about and use the emergency contraceptive pill? An analysis of nationally representative data from 2005-06 and 2019-21. Health Policy Plan [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 12];38(Suppl 2):ii51–61. Available from: https://doi.org/10.1093/heapol/czad049

37. Purnat TD, Wilhelm E, Scales D, Wardle C, Bastien S, Ganatra B, et al. Impacts of Sexual and Reproductive Health and Rights Misinformation in Digital Spaces on Human Rights Protection and Promotion: Scoping Review. JMIR Infodemiology [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];5:e83747. Available from: https://doi.org/10.2196/83747

38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Presidencia de Consejo de Ministros. República del Perú. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2022. Nacional y Departamental [Internet]. Lima, Perú; 2023 [cited 2025 Apr 10]. Available from:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf

39. Rivet D, Robinson H, Sydora BC, Ross S. Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination: Descriptive Cross-Sectional Survey. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2021 Feb [cited 2026 Mar 12];43(2):197-203.e2. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.023

40. Merera AM, Lelisho ME, Sheferaw WE. Determinants of modern contraceptive use among married women of reproductive age in Ethiopia: a cross-sectional analysis of the 2019 Ethiopian mini demographic and health survey. Sci Rep [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];15(1):35290. Available from: https://doi.org/10.1038/s41598-025-19153-w

41. Phongluxa K, Langeslag G, Jat TR, Kounnavong S, Khan MA, Essink DR. Factors influencing sexual and reproductive health among adolescents in Lao PDR. Glob Health Action [Internet]. 2020 [cited 2026 Mar 12];13(sup2):1791426. Available from: https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1791426

42. Leekuan P, Kane R, Sukwong P, Kulnitichai W. Understanding sexual and reproductive health from the perspective of late adolescents in Northern Thailand: a phenomenological study. Reprod Health [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 12];19(1):230. Available from: https://doi.org/10.1186/s12978-022-01528-1

43. Kumar A, Mondal SK, Munjral A, Acharya R, Saggurti N. Trends and patterns of inequality in modern contraceptive use in urban and rural India: are family planning programmes increasingly reaching the marginalized? Health Policy Plan [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 12];41(1):58–70. Available from: https://doi.org/10.1093/heapol/czaf073

44. Michael TO, Naidoo K. Education, economic autonomy, digitalization and sexual and

reproductive health decisions in Sub-Saharan Africa. BMC Womens Health [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];25. Available from: https://doi.org/10.1186/s12905-025-03944-4

45. Hovel E, Pickett M, Visotcky A, Porada K, Ehrman W, Thew M, et al. Inaction Despite Motivation: Assessing Systemic and Personal Barriers to Pediatricians' Post-Dobbs Emergency Contraception Utilization. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 12];38(4):504–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2025.03.006
46. Tiwari A, Wu W-J, Citrin D, Bhatta A, Bogati B, Halliday S, et al. A qualitative study of adolescent girls' perspectives on sexual and reproductive health in rural Nepal. Sex Reprod Heal Matters [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 12];29(2):2068211. Available from: https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2068211
47. Abiiro GA. Facilitators and barriers to sexual and reproductive health services among adolescents in rural Ghana. J Health Care Poor Underserved [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 12];33(2):(Suppl). Available from: https://doi.org/10.1353/hpu.2022.0071
48. Obregón D. La OMS y el paradigma global: los determinantes sociales de la salud o la retórica de la inclusión. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2020 Mar 27 [cited 2025 Apr 9];38(2):1–10. Available from: https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/341524
49. Jones N. Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia. Int J Equity Health [Internet]. 2020 [cited 2026 Mar 12];19(1). Available from: https://doi.org/10.1186/s12939-020-01214-3
50. Perehudoff K, Kibira D, Wuyts E, Pericas C, Omwoha J, van den Ham HA, et al. A comparative human rights analysis of laws and policies for adolescent contraception in

Uganda and Kenya. Reprod Health [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 12];19(1):37. Available from: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01303-8

51. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Dirección Nacional de Censos y Encuestas. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Ficha Técnica [Internet]. Lima, Perú; 2023 [cited 2025 Feb 11]. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/

52. Hernández R, Fernández C, Baptista M del P. Metodología de la Investigación. Sexta edic. Mc Graw Hill / Interamericana Editores, editor. México D.F.: Mc Graw Hill / Interamericana Editores; 2014. 1–634 p.

53. Wayne W D, Chad L C. Biostatistics. A Foundation for Analysis in the Health Sciences. Tenth Edit. Las Vegas: Wiley; 2013.

54. G*Power. Statistical Power Analyses for Mac and Windows [Internet]. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; 2025. Available from: https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower

55. Pretell-Zárate EA. Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):487-493. Available from: https://doaj.org/article/4e018befe93d420d829ba506c8b6b3cc

56. Redacción RPP. Minsa continuará con distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia [Internet]. Lima: RPP Noticias; 2019 [cited 2026 Sep 1]. Available from: https://rpp.pe/peru/actualidad/minsa-continuara-con-distribucion-gratuita-del-anticonceptivo-oral-de-emergencia-noticia-1207400

57. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to

consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-140.

58. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

59. Manual MSD versión para profesionales. Anticoncepción de emergencia [Internet]. Ginecología y obstetricia; 2026 [cited 2026 Sep 1]. Available from: https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/anticoncepci%C3%B3n-de-emergencia

Anexo 1. Matriz de consistencia

Factores asociados al uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes entre 15 y 17 años, según ENDES 2023

<table>
<tr><th>Formulación del problema</th><th>Objetivos</th><th>Hipótesis</th><th>Variables</th><th>Diseño metodológico</th></tr>
<tr>
<td>Problema general
¿Cómo los factores asociados se relacionan con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023?</td>
<td>Objetivo general
Determinar la relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años en el Perú, a partir de los registros de la ENDES 2023.</td>
<td>Hipótesis general
Ht: Existe relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023.
Ho: No existe relación entre los factores asociados y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 y 17 años, a partir de los registros de la ENDES 2023.</td>
<td rowspan="2">Variable 1: Factores asociados
Dimensiones:
- Aspectos sociodemográficos
- Educación sexual
- Dimensión: Comportamiento sexual

Variable 2: Uso de anticonceptivo oral de emergencia

Dimensiones:
- Práctica de uso</td>
<td rowspan="2">Tipo de investigación: básica
Método: Hipotético-deductivo
Enfoque: Cuantitativo
Diseño: No experimental
Corte: Trasversal
Nivel: Correlacional

Población y muestra
Población: mujeres de 15 a 17 años residentes en el Perú

Muestra: 2 980 mujeres de 15 a 17 años residentes en el Perú

Técnica de análisis de datos
Análisis documental (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023)</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemas específicos
1. ¿Cómo los aspectos sociodemográficos se relacionan con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años?
2. ¿Cómo la educación sexual se relaciona con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años?
3. ¿Cómo el comportamiento sexual se relaciona con el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años?</td>
<td>Objetivos específicos
1. Determinar la relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.
2. Determinar la relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.
3. Determinar la relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.</td>
<td>Hipótesis específicas
Ht1: Existe relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.
Ho1: No existe relación entre los aspectos sociodemográficos y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.
Ht2: Existe relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.
Ho2: No existe relación entre la educación sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia</td>
</tr>
</table>

		en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años. Ht3: Existe relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años. Ho3: No existe relación entre el comportamiento sexual y el uso del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes peruanas entre 15 a 17 años.		

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE REGISTRO DE VARIABLES			
Variable / Dimensión	**Módulo o fuente ENDES 2023**	**Pregunta o criterio de registro**	**Instrumento**
Variable 1: Factores asociados al uso			
Dimensión 1: Aspectos Sociodemográficos			
Edad	Módulo de características de la entrevistada	Edad en años cumplidos declarada al momento de la encuesta	Ficha de registro de variables
Tipo de lugar de residencia	Marco muestral / clasificación censal ENDES	Categoría de área de residencia (urbana/rural) registrada por la encuesta	Ficha de registro de variables
Macrorregión de residencia	Marco muestral ENDES	Macrorregión asignada a la vivienda en la base de datos	Ficha de registro de variables
Nivel educativo	Módulo de características de la entrevistada	Nivel educativo alcanzado registrado en la base de datos	Ficha de registro de variables
Etnicidad	Módulo de características de la entrevistada	Autoidentificación étnica declarada por la entrevistada	Ficha de registro de variables
Índice de riqueza	Módulo de vivienda y hogar	Quintil del índice de riqueza del hogar construido por la encuesta	Ficha de registro de variables
Dimensión 2: Educación sexual			
Acceso a información sobre	Módulo de salud reproductiva	Información recibida sobre métodos de planificación familiar	Ficha de registro de variables

planificación familiar		en el centro de salud (sí/no)	
Dimensión 3: Comportamiento sexual			
Inicio de vida sexual	Módulo de actividad sexual	Presencia o ausencia de relación sexual coital reportada por la adolescente	Ficha de registro de variables
Edad de primera relación sexual	Módulo de actividad sexual	"¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?"	Ficha de registro de variables
Uso previo de métodos anticonceptivos	Módulo de anticoncepción	"¿Alguna vez ha utilizado algún método anticonceptivo (pastillas, condón, inyectables, DIU, ritmo, retiro u otro)?"	Ficha de registro de variables
Estado civil	Módulo de características sociodemográficas	"¿Cuál es su estado civil o situación de convivencia actual?"	Ficha de registro de variables
Razón principal para no utilizar un método anticonceptivo	Módulo de anticoncepción	Categoría de razón principal seleccionada por la entrevistada en el cuestionario	Ficha de registro de variables
Variable 2: Uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes entre 15 a 17 años			
Uso de AOE (Variable 2, dependiente)	Módulo de salud reproductiva y planificación familiar	Uso declarado de anticoncepción oral de emergencia en el periodo de referencia de la encuesta	Ficha de registro de variables

Nota. Todas las variables se extrajeron de la base de microdatos de la ENDES 2023 (INEI) mediante una ficha de registro de variables elaborada por las investigadoras; el cuestionario original de la ENDES fue aplicado por el INEI y cuenta con validación institucional previa.

Ficha de extracción de variables (base ENDES)

Código ENDES	**Nombre de la variable**	**Texto de pregunta / Definición operativa**	**Tipo (número/ categórica)**	**Valores originales (según ENDES)**	**Recodificación para análisis (nueva etiqueta)**

REPÚBLICA DEL PERÚ

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2023

CUESTIONARIO DE SALUD

AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

PRESENTACIÓN

Señor / Señora / Señorita, mi nombre es_____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____ ☐☐

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.
FECHA					
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA					
RESULTADO***					
PRÓXIMA VISITA: FECHA					
PRÓXIMA VISITA: HORA					

VISITA FINAL

FECHA :
DÍA..... ☐☐
MES..... ☐☐
AÑO..... ☐☐
EQUIPO NUMERO..... ☐☐
ENTREVISTADORA..... ☐☐☐☐☐☐☐☐
NÚMERO TOTAL DE VISITAS..... ☐
RESULTADO FINAL..... ☐

CUESTIONARIO ☐ DE ☐

TOTAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS ☐☐

***CÓDIGOS DE RESULTADO:

1 COMPLETA
2 AUSENTE
3 APLAZADA
4 RECHAZADA
5 INCOMPLETA
6 DISCAPACITADA(O) (marque con X)
☐ Ver
☐ Oir
☐ Hablar
☐ Moverse
☐ Entender
☐ Relacionarse
9 OTRA _____ (ESPECIFIQUE)

RESULTADO FINAL DETALLADO***

INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD ☐

	N° DE ORDEN	RESULTADO
PRIMERA NIÑA O NIÑO	☐☐	☐
SEGUNDA NIÑA O NIÑO	☐☐	☐
TERCERA NIÑA O NIÑO	☐☐	☐
CUARTA NIÑA O NIÑO	☐☐	☐
QUINTA NIÑA O NIÑO	☐☐	☐
SEXTA NIÑA O NIÑO	☐☐	☐

	SUPERVISORA LOCAL	SUPERVISORA NACIONAL	DIGITADOR(A)
NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISIÓN	_____ ☐	_____ ☐	_____ ☐
NOMBRE Y FECHA DE REVISIÓN	_____ ☐	_____ ☐	_____ ☐

A

FICHA TÉCNICA ENDES 2023

I. OBJETIVO:

Proveer información actualizada sobre la dinámica demográfica, el estado de salud de las madres y niños menores de cinco años, así como brindar información sobre el estado y factores asociados a las enfermedades no transmisibles y transmisibles, así como el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento; información que permita estimar los indicadores identificados en los Programas Presupuestales, en el marco de la Estrategia Nacional de Presupuesto por Resultado (PpR)

Anexo 4. Aprobación del Comité de Ética

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 13 de abril del 2026.

Autor Responsable:
PAMELA JUDITH CAMARENA TORRES

Exp. Nº: 0827-2026

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

Proyecto Titulado: **"Factores asociados al uso de anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes entre 15 y 17 años según ENDES 2023"**

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 03/04/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:
PAMELA JUDITH CAMARENA TORRES
ROSA MARIBEL TENORIO COLLAZOS

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

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

Atentamente,

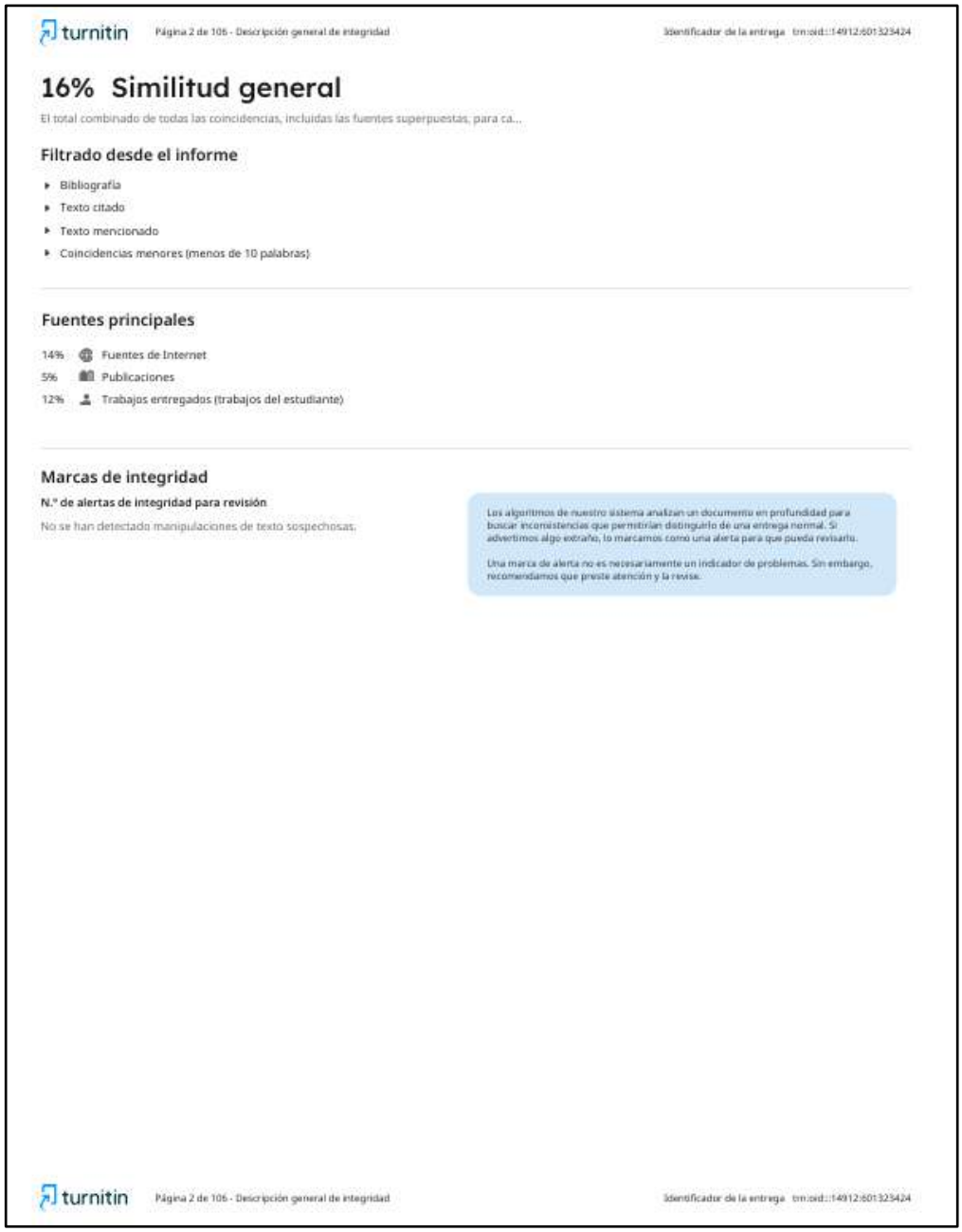
Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

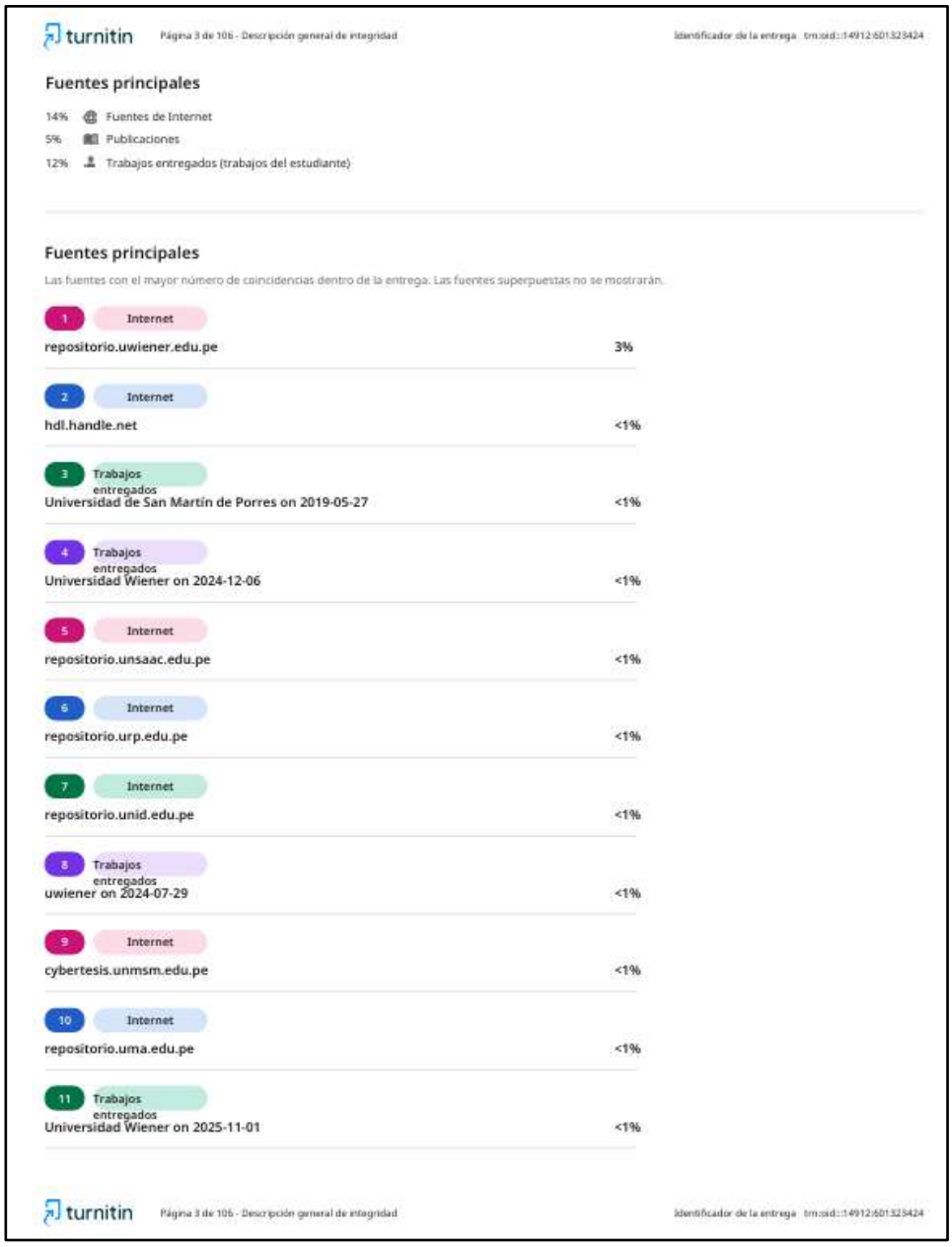
Avenida Arequipa 440 / Teléfono: 939513820 (Atención: lunes a viernes de 8:00 a 16:30 horas.) / Correo: comite.etica@uwienereduu.pe

Anexo 5. Base de datos pública de la recolección de datos



Anexo 6. Reporte de similitud de Turnitin





turnitin Página 3 de 106 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega trn:oid::1:4912:601323424

Fuentes principales

14% Fuentes de Internet
5% Publicaciones
12% 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.uwiener.edu.pe		3%
2	Internet	
hdl.handle.net		<1%
3	Trabajos entregados	
Universidad de San Martín de Porres on 2019-05-27		<1%
4	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2024-12-06		<1%
5	Internet	
repositorio.unsaac.edu.pe		<1%
6	Internet	
repositorio.urp.edu.pe		<1%
7	Internet	
repositorio.unid.edu.pe		<1%
8	Trabajos entregados	
uwiener on 2024-07-29		<1%
9	Internet	
cybertesis.unmsm.edu.pe		<1%
10	Internet	
repositorio.uma.edu.pe		<1%
11	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-11-01		<1%

turnitin Página 3 de 106 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega trn:oid::1:4912:601323424

16% 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

14% Fuentes de Internet
5% Publicaciones
12% 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

14% Fuentes de Internet
5% Publicaciones
12% 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.uwiener.edu.pe 3%

2 Internet
hdl.handle.net <1%

3 Trabajos entregados
Universidad de San Martín de Porres on 2019-05-27 <1%

4 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2024-12-06 <1%

5 Internet
repositorio.unsaac.edu.pe <1%

6 Internet
repositorio.urp.edu.pe <1%

7 Internet
repositorio.unid.edu.pe <1%

8 Trabajos entregados
uwiener on 2024-07-29 <1%

9 Internet
cybertesis.unmsm.edu.pe <1%

10 Internet
repositorio.uma.edu.pe <1%

11 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2025-11-01 <1%