

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Relación entre violencia de pareja íntima y embarazo no deseado:
Análisis de la Encuesta Nacional, Endes, 2023**

Angelli Ahisa Cardenas Poma
Evelyn Jhanet Fidel Rosales
Jean Franco Quispe Cañari

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Claudia María Teresa Ugarte Taboada
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

DE : Verónica Nelly Canales Guerra
Asesor de trabajo de investigación

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 31 de marzo del 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor de trabajo del trabajo de investigación:

Título:

Relación Entre Violencia de Pareja Íntima y Embarazo no Deseado: Análisis de la Encuesta Nacional ENDES 2023

Autor(es):

1. Angelli Ahisa Cardenas Poma – EAP. Medicina Humana
2. Evelyn Jhanet Fidel Rosales – EAP. Medicina Humana
3. Jean Franco Quispe Cañari – EAP. Medicina Humana

Se procedió con la carga del documento a la plataforma Turnitin y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado **20%** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio.

Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: **15**) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,



Asesor de tesis

Dedicatoria

A Dios, fuente de sabiduría y fortaleza.

A mis amados padres.

A mis pacientes.

Al legado de Hipócrates.

Al personal sanitario.

Jean Franco.

A mi amada familia, por su apoyo
incondicional.

Angelli Ahisa.

A mi amada pareja.

A mi querido hijo.

Evelyn Jhanet

Agradecimiento

A nuestras familias, que han sido pilar fundamental durante este proceso, por su comprensión y la confianza para seguir adelante. Este logro no habría sido posible sin su amor, sacrificio y aliento constante.

A nuestros padres, hermanos y seres queridos, quienes celebraron cada pequeño avance con nosotros y nos recordaron que, detrás de cada desafío, siempre hay una razón para continuar.

A nuestros amigos y colegas de tesis, por compartir esta travesía llena de retos y aprendizajes. Su compañerismo, paciencia y solidaridad fueron fundamentales para mantenernos motivados en los momentos más exigentes. Cada conversación, risa compartida y palabra de ánimo fortaleció nuestro espíritu de equipo y nos ayudó a recordar que no estábamos solos en este camino.

A la Universidad Continental y a todos los docentes que contribuyeron a nuestra formación académica y profesional, nuestro más sincero reconocimiento por haber sembrado en nosotros las bases del conocimiento y la ética médica. Este trabajo es un reflejo de todo lo que nos enseñaron a lo largo de estos años.

A todas aquellas personas que, de una u otra manera, formaron parte de este proyecto. Esta tesis no solo representa un esfuerzo personal, sino también un compromiso con la sociedad y con el futuro de nuestra profesión.

Los autores.

Índice de Contenidos

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de Contenidos	vi
Índice de Tablas	viii
índice de Figuras	ix
Abreviaturas	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
Capítulo I Marco Teórico.....	15
1.1. Delimitación.....	15
1.1.1. Delimitación Geográfica.	15
1.1.2. Delimitación Temporal.....	15
1.1.3. Delimitación Conceptual.....	15
1.2. Planteamiento del Problema	16
1.2.1. Problema General.....	17
1.2.2. Problemas Específicos.....	17
1.3. Antecedentes	18
1.3.1. Antecedentes Internacionales.....	18
1.3.2. Antecedentes Nacionales.....	19
1.4. Definición de Conceptos Claves	22
1.5. Bases Teóricas	23
1.5.1. Violencia de Pareja Íntima.	23
1.5.2. Consecuencias de Violencia de Pareja Íntima.....	23
1.5.3. Embarazo no Deseado	24
1.6. Hipótesis y Variables	25
1.6.1. Hipótesis General.....	25
1.6.2. Hipótesis Específicas.....	26
1.7. Variables	26
1.7.1. Variable 1.....	26
1.7.2. Variable 2.....	26
Capítulo II Materiales y Métodos.....	28
2.1. Método y Tipo de Investigación	28
2.1.1. Método de la Investigación.....	28
2.1.2. Tipo de la Investigación.....	28
2.2. Alcance de Investigación	29

2.2.1. Nivel de la Investigación.....	29
2.4. Población	30
2.5. Muestra	31
2.6. Instrumento de Recolección de Datos y Análisis.....	32
2.6.1. Instrumento de Recolección de Datos.	32
2.6.2. Análisis de los Datos.	33
2.7. Aspectos Éticos.....	34
Capítulo III Resultados	36
3.1. Resultados	36
3.1.1. Resultados Descriptivos.	36
3.1.2. Resultados del Análisis Bivariado.....	38
Capítulo IV Discusión.....	48
Conclusiones	52
Recomendaciones.....	53
Bibliografía	54
Anexos.....	58
Anexo 1. Matriz de Consistencia	59
Anexo 2. Ficha Validada por Expertos	60
Anexo 3. Informes de Validación por Expertos del Instrumento de Recolección de Datos.	62
Anexo 4. Aprobación Ética	65
Anexo 5. Matriz de Operacionalización de Variables.....	65
Anexo 6. Registro Fotográfico	68

Índice de Tablas

Tabla 1. Características generales de las mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años).	36
Tabla 2. Análisis bivariado entre la violencia de pareja íntima (VPI) y embarazo no deseado. .	38
Tabla 3. Asociación entre la violencia física de pareja íntima (VPI) y embarazo no deseado....	40
Tabla 4. Asociación entre la violencia psicológica de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.	41
Tabla 5. Asociación entre la violencia sexual de pareja íntima (VPI) y embarazo no deseado. .	43
Tabla 6. Asociación entre la polivictimización y el embarazo no.....	45

Índice de Figuras

Figura 1. Flujograma de selección de la muestra, ENDES 2023.	32
---	----

Abreviaturas

- **ENDES:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- **VPI:** Violencia de Pareja Íntima.
- **INS:** Instituto Nacional de Salud.
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **MINSA:** Ministerio Nacional de Salud.
- **DHS:** Encuesta Demográfica y de Salud de África subsahariana.
- **BD:** Consumo descontrolado de alcohol.
- **MIMP:** Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- **CEM:** Centro de Emergencia Mujer.
- **CAI:** Centros de Atención Institucional.
- **MIDIS:** Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Resumen

La violencia ejercida por la pareja íntima (VPI) representa un desafío crítico en salud pública, con repercusiones directas en la salud reproductiva de las mujeres y un incremento en la probabilidad de gestaciones no planificadas. El Perú no es la excepción, por lo que resulta necesario realizar más investigaciones al respecto. Este estudio analiza la relación entre la violencia infligida por la pareja íntima (física, psicológica y sexual) y la ocurrencia de embarazos no planificados en mujeres peruanas de 15 a 49 años. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, observacional, analítico y correlacional. Los datos fueron obtenidos de la ENDES 2023, cuya población está conformada por 40 757 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) residentes en el Perú, mientras que la muestra incluyó a 13 279 mujeres. Para el análisis de datos se emplearon herramientas estadísticas. En el análisis bivariado, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con corrección de Rao-Scott, mientras que, en el análisis multivariado, se aplicó un modelo de regresión de Poisson con enlace logarítmico y estimadores robustos. Los resultados indican una prevalencia de embarazo no deseado del 48,73 %. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la VPI y el embarazo no deseado, con un RPa de 1,18 (IC 95 %: 1,11-1,26). Según el tipo de agresión, la violencia psicológica presentó un RPa de 1,20 (IC 95 %: 1,12-1,28); la violencia física, un RPa de 1,17 (IC 95 %: 1,08-1,27); y la violencia sexual, un RPa de 1,43 (IC 95 %: 1,30-1,59). La exposición simultánea a las tres formas de violencia (polivictimización) evidenció un riesgo aún mayor, con un RPa de 1,55. En conclusión, este estudio demuestra que la VPI se asocia con una mayor incidencia de embarazos no deseados en mujeres en etapa reproductiva, lo que subraya la necesidad de implementar políticas públicas integrales para prevenir la violencia de pareja y mejorar la atención en salud reproductiva.

Palabras clave: violencia de pareja íntima (VPI), embarazo no deseado, ENDES 2023.

Abstract

Intimate partner violence (IPV) represents a critical public health challenge, with direct repercussions on women's reproductive health and an increase in the likelihood of unplanned pregnancies. Peru is no exception, so more research is needed in this regard. This study analyzes the relationship between intimate partner violence (physical, psychological, and sexual) and the occurrence of unplanned pregnancies in Peruvian women aged 15 to 49 years. It is a quantitative, cross-sectional, observational, analytical, and correlational study. The data were obtained from the ENDES 2023, whose population is made up of 40,757 women of childbearing age (15 to 49 years old) residing in Peru, while the sample included 13,279 women. Statistical tools were used for data analysis. In the bivariate analysis, the Chi-square test with Rao-Scott correction was used, while in the multivariate analysis, a Poisson regression model with logarithmic linkage and robust estimators was applied. The results indicate a prevalence of unwanted pregnancy of 48.73%. A statistically significant association was found between IPV and unintended pregnancy, with an aPR of 1.18 (95% CI: 1.11-1.26). According to the type of aggression, psychological violence presented an aPR of 1.20 (95% CI: 1.12-1.28); physical violence, an aPR of 1.17 (95% CI: 1.08-1.27); and sexual violence, an aPR of 1.43 (95% CI: 1.30-1.59). Simultaneous exposure to all three forms of violence (polyvictimization) showed an even higher risk, with an aPR of 1.55. In conclusion, this study shows that IPV is associated with a higher incidence of unwanted pregnancies in women in the reproductive stage, which underscores the need to implement comprehensive public policies to prevent intimate partner violence and improve reproductive health care.

Keywords: Intimate partner violence (IPV), unwanted pregnancy, ENDES 2023.

Introducción

La violencia de pareja íntima (VPI) constituye un problema sanitario de alcance mundial, que afecta a un número considerable de mujeres a través de manifestaciones físicas, psicológicas y sexuales. Estas agresiones no solo comprometen la salud física y mental de las víctimas, sino que también pueden ocurrir durante el embarazo, generando consecuencias adversas tanto para la madre como para el feto.

Según la *Organización Mundial de la Salud*, alrededor de 30 de cada 100 mujeres han experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por un tercero (1). En el Perú, los índices de VPI son alarmantes, destacándose el aumento de casos de violencia psicológica y física, lo que vulnera los derechos humanos de las mujeres y limita su derecho a una vida libre de violencia (2).

Una de las consecuencias más significativas de la VPI es su impacto en la salud reproductiva, provocando embarazos no deseados. Esta situación suele estar asociada con la falta de autonomía reproductiva, la coerción sexual y la violación dentro de la relación de pareja. Las mujeres que experimentan violencia tienen menos control sobre sus decisiones reproductivas, lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados y genera implicaciones negativas para su bienestar físico, emocional y social (3).

Este estudio tiene como finalidad analizar la relación entre la VPI y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años), utilizando datos de la *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES) 2023. Los resultados proporcionarán información clave para diseñar políticas públicas, programas de prevención y marcos normativos que promuevan la salud reproductiva y los derechos de las mujeres.

Esta investigación examina de manera integral la relación entre la VPI y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad reproductiva. Dividida en cuatro capítulos, inicia con un marco teórico que contextualiza el problema, establece los objetivos y revisa estudios previos tanto locales como globales. El segundo capítulo detalla la metodología, incluyendo el diseño, la población, la hipótesis y el análisis estadístico basado en los datos de la ENDES 2023. El tercer capítulo presenta los resultados cuantitativos, evidenciando asociaciones significativas entre la VPI y la falta de planificación reproductiva. Finalmente, la discusión contrasta los hallazgos con la literatura existente, propone recomendaciones para la formulación de políticas públicas y enfatiza el impacto social de esta problemática.

El objetivo general fue analizar la relación entre la violencia de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023.

Entre los objetivos específicos se tienen:

- Examinar la relación entre la violencia física de pareja íntima y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil según los datos de la ENDES 2023.
- Evaluar la relación entre la violencia psicológica de pareja íntima y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil según los datos de la ENDES 2023.
- Identificar la relación entre la violencia sexual de pareja íntima y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil según los datos de la ENDES 2023.
- Determinar la asociación entre la polivictimización y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil según los datos de la ENDES 2023.

Los autores.

Capítulo I

Marco Teórico

1.1. Delimitación

1.1.1. Delimitación Geográfica.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es una de las encuestas realizadas por el INEI. Este estudio abarca todo el territorio nacional del Perú, incluyendo zonas rurales y urbanas. La encuesta está diseñada para ser representativa a nivel nacional, lo que permite recopilar información sobre la salud y las condiciones de fertilidad de la población en todos los departamentos del país. Esto garantiza una cobertura completa y diversa de las realidades geográficas y socioeconómicas del Perú (4).

1.1.2. Delimitación Temporal.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), implementada desde 1986 (5), ha experimentado ajustes metodológicos a lo largo de los años, consolidándose como un instrumento de aplicación anual. Para este estudio, la recopilación de datos abarcó todo el año 2023 (enero-diciembre), con el objetivo de garantizar una representación actualizada de dos dimensiones críticas: la salud reproductiva y las dinámicas de violencia de pareja íntima en mujeres peruanas durante dicho período (6).

1.1.3. Delimitación Conceptual.

Esta investigación se enmarca dentro de las líneas prioritarias de investigación en salud establecidas por el Ministerio de Salud (MINSA), el Instituto Nacional de Salud (INS) del Perú y la Universidad Continental (UC), con un enfoque en tres ejes temáticos clave:

Salud pública: Analiza la violencia de pareja íntima (VPI) como un problema crítico de salud colectiva, vinculando sus efectos con la incidencia de gestaciones no planificadas y la perpetuación de inequidades en la salud sexual y reproductiva de las mujeres (4).

Salud Materna y Neonatal: Evalúa el impacto de la VPI en el aumento de embarazos no deseados, lo que expone a mayores riesgos tanto a las gestantes como a los neonatos (7).

Determinantes Sociales de la Salud: Examina la violencia de género como un factor social que afecta la salud de las mujeres en contextos de vulnerabilidad (7).

1.2. Planteamiento del Problema

La violencia en relaciones íntimas (intimate partner violence, IPV) y los embarazos no planeados constituyen problemas de salud pública a nivel mundial, con consecuencias significativas en el bienestar y los derechos reproductivos de las mujeres. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que las mujeres expuestas a IPV tienen un 69 % mayor riesgo (ORa 1,69; IC 95 %: 1,53-1,86) de experimentar embarazos no deseados. Un estudio realizado en diez países, con 17 518 mujeres, evidenció esta asociación, reflejando el impacto de la violencia en la salud reproductiva (8).

En África subsahariana, un análisis en seis países reveló que el 38 % de los embarazos no fueron deseados, cifra que aumentó al 45 % en mujeres que sufrieron VPI y al 55 % en aquellas que experimentaron violencia sexual (6). De manera similar, en Etiopía, el 26,5 % de los embarazos no fueron planificados, y el 36 % de las mujeres reportaron VPI, lo que incrementó el riesgo de embarazos no deseados (ORa 1,39; IC 95 %: 1,05-1,85) (7).

En Perú, la VPI y los embarazos no deseados representan graves desafíos de salud pública. En Lima, el 40 % de las mujeres embarazadas había sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas, y el 65,3 % de sus embarazos no fueron planificados. Las mujeres con antecedentes de VPI presentaron un riesgo 1,63 veces mayor de embarazos no deseados, riesgo que se triplicó (ORa 3,31) cuando la violencia incluyó agresiones físicas y sexuales combinadas (8). Otro estudio reportó una prevalencia del 45,1 % de VPI en mujeres embarazadas, siendo las formas más comunes la violencia física (34,2 %), emocional (28,4 %) y sexual (8,7 %). Las mujeres mayores de 30 años, no casadas, empleadas y con condiciones económicas adversas presentaron mayor vulnerabilidad (9). Asimismo, la VPI antes y durante el embarazo incrementó el riesgo de morbilidad materna severa (ORa 3,83) en pacientes atendidas en unidades de cuidados intensivos (13).

A nivel mundial, la violencia contra las mujeres genera consecuencias devastadoras. Según informes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cada hora más de cinco mujeres o niñas son asesinadas por familiares. Otros estudios indican que el 56 % de los homicidios de mujeres son cometidos por parejas o parientes cercanos (11–13). En Perú, durante 2023 se registraron 146 feminicidios, acumulando 1 191 casos entre 2015 y 2023. En el mismo año, se reportaron 7 998 denuncias de violencia sexual; sin embargo, solo el 29,1 % de las mujeres afectadas buscó apoyo institucional debido a barreras como la vergüenza o la falta de percepción de necesidad (14,15).

Durante la gestación, las mujeres permanecen expuestas a la violencia de género, lo que genera consecuencias adversas en su salud física, emocional y reproductiva. Según datos de la ENDES (2016-2018), el 8,6 % de las gestantes reportaron haber sido agredidas en 2018 (17). Estas experiencias no solo aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, sino que también afectan la salud psicológica y sexual. De acuerdo con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, estas consecuencias incluyen lesiones físicas, insomnio, disfunción sexual, embarazos no deseados y alteraciones en el desarrollo fetal (18).

Estos hallazgos evidencian la necesidad de generar mayor evidencia científica mediante estudios que profundicen en la relación entre la violencia de pareja íntima (VPI) y sus diversas consecuencias. Asimismo, resulta indispensable diseñar e implementar intervenciones basadas en evidencia que no solo prevengan la VPI, sino que también mitiguen sus efectos adversos. En contextos como el peruano, este enfoque cobra especial relevancia, dado que las desigualdades sociales, la limitada sensibilización y las barreras de acceso a servicios de apoyo incrementan la vulnerabilidad de las mujeres ante este problema (19).

1.2.1. Problema General.

¿Cómo se asocia la violencia de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad reproductiva (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023?

1.2.2. Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es la asociación entre la violencia física de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023?
2. ¿Cuál es la asociación entre la violencia psicológica de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023?
3. ¿Cuál es la asociación entre la violencia sexual de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023?
4. ¿Cuál es la asociación entre la polivictimización y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023?

1.3. Antecedentes

1.3.1. Antecedentes Internacionales.

Pallitto y O'Campo (2005), en su estudio realizado en Colombia, analizaron datos nacionales de una encuesta de salud mediante un estudio observacional analítico. Sus hallazgos revelaron que las mujeres residentes en municipios con altos niveles de control patriarcal y violencia de pareja íntima (VPI) enfrentaban un mayor riesgo de embarazos no deseados, lo que subraya la interacción entre factores socioculturales y la violencia de pareja. En comunidades con elevados niveles de desigualdad de género, el 45 % de las mujeres encuestadas reportaron haber sufrido VPI, de las cuales el 28 % experimentaron un embarazo no deseado (20).

Pallitto et al. (2013), en otro estudio, examinaron la relación entre VPI, aborto y embarazos no deseados a través de un diseño observacional analítico. Utilizando datos del Estudio Multinacional de la OMS sobre Salud de las Mujeres y Violencia Doméstica, que analizó información de 17 518 mujeres en diez países, encontraron que las mujeres con antecedentes de VPI tenían una probabilidad 1,69 veces mayor (IC 95 %: 1,53-1,86) de sufrir embarazos no deseados en comparación con aquellas sin dicho antecedente (8).

Zakar et al. (2016) realizaron un estudio en Pakistán basado en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (2012-2013), con un diseño transversal. Los resultados mostraron que las mujeres que experimentaron VPI presentaban un 45 % más de probabilidad de tener embarazos no deseados. Además, se evidenció una asociación entre la VPI y un mayor riesgo de pérdida del embarazo. Estos hallazgos refuerzan la conexión entre la violencia y los embarazos no deseados en diversos contextos culturales y geográficos (21).

Motlagh et al. (2020), en su estudio desarrollado en Irán, abordaron los factores asociados al embarazo no deseado mediante un estudio transversal analítico correlacional. Los resultados indicaron que la violencia física presentó un OR de 0,47 (IC 95 %: 0,31-0,70), mientras que la violencia psicológica mostró un OR de 0,51 (IC 95 %: 0,38-0,67). Se halló que el 13,6 % de las mujeres habían experimentado un embarazo no deseado y, de estas, el 20 % informó haber usado algún método anticonceptivo en el momento de la concepción. Los principales motivos para no desear el embarazo fueron un corto intervalo entre gestaciones previas, dificultades económicas y la percepción de haber alcanzado el número deseado de hijos. Además, el estudio destacó que el nivel educativo de las madres se asoció significativamente con la incidencia de embarazos no deseados, sugiriendo que las mujeres con mayor educación, al estar mejor informadas sobre su salud, tienden a modificar su comportamiento reproductivo (22).

Bott et al. (2022) realizaron una revisión sistemática para describir la prevalencia de la VPI en América Latina y el Caribe. Los datos nacionales analizados indicaron que la violencia física o sexual varía entre el 14 % y el 17 % en Brasil, Panamá y Uruguay, mientras que en Bolivia la cifra alcanzó un preocupante 58,5 %. Los resultados sugieren que, aunque existen políticas y programas en la región para abordar la VPI, estas medidas resultan insuficientes para reducir su prevalencia y mitigar sus efectos negativos en la salud de las mujeres, lo que representa un desafío crítico de salud pública y derechos humanos en la región (23).

Stiller et al. (2022), en su estudio realizado en Kenia, exploraron la prevalencia de la violencia de pareja durante el embarazo, así como los perpetradores y factores asociados en mujeres gestantes. Mediante un estudio observacional analítico, encontraron que el 9,2 % de las mujeres embarazadas había experimentado violencia de pareja. La mayoría de los agresores fueron la pareja o esposo actual. De las mujeres afectadas, el 78,6 % reportó maltrato físico, el 67,8 % maltrato emocional y el 34,8 % abuso sexual. La alta prevalencia de violencia emocional es preocupante, ya que puede generar efectos negativos a largo plazo sobre la salud mental de la madre, incluyendo depresión posparto, ansiedad y otros trastornos mentales, lo que a su vez podría limitar su capacidad para cuidarse a sí misma y a su hijo. Además, en el análisis multivariado se identificaron repercusiones sociales significativas, como estigmatización, aislamiento social y barreras para acceder a servicios de salud (24).

Muluneh et al. (2023), en su estudio, analizaron la relación entre la VPI y el embarazo no deseado en varios países del este de África subsahariana, utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS). Mediante un estudio analítico correlacional, encontraron que el 38 % de las mujeres casadas habían experimentado embarazos no deseados. Sin embargo, este porcentaje aumentó al 45 % entre las mujeres que habían sufrido algún tipo de VPI y alcanzó un alarmante 55 % entre aquellas que habían padecido violencia sexual. Asimismo, se observó que las mujeres que anteriormente fueron víctimas de violencia sexual presentaban un riesgo significativamente mayor de embarazo no deseado (ORa 1,80; IC 95 %: 1,39-2,33). Estos resultados evidencian un patrón claro: la VPI se asocia con un aumento considerable en los embarazos no deseados. Esta relación está influenciada por diversos factores, como la falta de control sobre las decisiones reproductivas, el escaso uso de métodos anticonceptivos y restricciones socioculturales que limitan el acceso a servicios de salud reproductiva (9).

1.3.2. Antecedentes Nacionales.

Santiago R. (2022) analizó la relación entre la violencia sexual ejercida por la pareja y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil, empleando datos de la ENDES 2020. Su estudio, de diseño transversal analítico, incluyó una muestra de 16 212 mujeres de entre 15 y

49 años. Los hallazgos indicaron que el 4,4 % de las participantes reportó haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja, mientras que el 52,3 % declaró haber experimentado al menos un embarazo no deseado. Según el autor, las mujeres que enfrentaron violencia sexual presentaron un 37 % más de probabilidad de haber tenido un embarazo no deseado (aRP: 1,37; IC 95 %: 1,27–1,47). Estos resultados resaltan la importancia de integrar estrategias de prevención y atención a la violencia de pareja en los programas de salud y derechos reproductivos en Perú. Asimismo, subrayan la necesidad de abordar la violencia de género como un factor determinante en las políticas de salud sexual y reproductiva (25).

Burgos-Muñoz et al. (2021) examinaron los factores asociados a la violencia de pareja íntima (VPI) contra mujeres en edad reproductiva en Perú, utilizando datos de la ENDES 2015-2017. Su investigación, de tipo observacional, analítico y correlacional, determinó una prevalencia global de VPI del 38,7 %, destacando la violencia física con un 31,2 %. Se observó una menor incidencia de VPI en mujeres de entre 15 y 25 años (RPa: 0,81; IC 95 %: 0,76–0,87), mientras que la frecuencia fue mayor en aquellas que residían en la sierra (RPa: 1,09; IC 95 %: 1,03–1,15) y la selva (RPa: 1,07; IC 95 %: 1,01–1,13). Las mujeres con menor nivel educativo o con parejas de bajo nivel educativo, así como aquellas con compañeros que consumían alcohol, antecedentes de violencia paterna contra la madre y residencia en zonas rurales, presentaron mayor riesgo de VPI. Este fenómeno afecta significativamente la salud física y mental de las víctimas, siendo los factores socioeconómicos y culturales determinantes en su perpetuación (26).

Barón-Lozada et al. (2022) investigaron la relación entre la autonomía de las mujeres peruanas y la VPI, empleando un diseño observacional, analítico y correlacional basado en datos secundarios. Los resultados indicaron que las mujeres con menor autonomía tenían mayor probabilidad de experimentar VPI (RPa = 1,15; IC 95 %: 1,01–1,31) en comparación con aquellas con mayor autonomía. Además, se evidenció que las mujeres con mayor autonomía participaban activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud, sus finanzas y la crianza de sus hijos. Por lo tanto, el fortalecimiento de la autonomía femenina es fundamental para mejorar su bienestar integral y reducir la exposición a la violencia de pareja (27).

Campoverde et al. (2022) exploraron la relación entre la violencia física de pareja íntima y el consumo episódico excesivo de alcohol (binge drinking, BD) en hombres y mujeres en Perú durante 2020. El estudio, de tipo transversal analítico y basado en datos secundarios, halló que el 10,2 % de la población presentó BD, siendo más frecuente en hombres (15,1 %). Se identificó una probabilidad 90 % mayor de BD en hombres víctimas de violencia (RPa: 1,9; IC 95 %: 1,3–2,7; $p < 0,001$), mientras que en mujeres el incremento fue del 80 % (RPa: 1,8; IC 95 %: 1,1–2,8; $p = 0,013$). Estos hallazgos evidencian el impacto del consumo de alcohol como mecanismo de afrontamiento en contextos de VPI, afectando la salud física y emocional de las víctimas (28).

Silva-Burga et al. (2022) analizaron la asociación entre la VPI y los síntomas depresivos en mujeres peruanas de 15 a 45 años, utilizando datos de la ENDES 2014-2016. Su estudio, de tipo analítico observacional, determinó una prevalencia del 6,98 % en síntomas depresivos y del 64,72 % en VPI, evidenciando una fuerte relación entre ambas variables. Las mujeres víctimas de VPI presentaron 2,47 veces más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos en comparación con quienes no sufrieron violencia. Además, se identificó que las mujeres jóvenes (15 a 25 años) fueron las más afectadas. En conclusión, la VPI constituye un factor de riesgo relevante para el desarrollo de trastornos depresivos en mujeres (29).

Terrazas y Blitchtein (2022) analizaron la influencia de la migración rural-urbana en la violencia física y sexual de pareja en mujeres peruanas. A través de un estudio transversal analítico basado en datos de la ENDES 2015-2017, encontraron que las mujeres migrantes de zonas rurales a urbanas tenían un 15 % más de probabilidad de sufrir VPI (RPa: 1,15; IC 95 %: 1,03–1,29; $p = 0,015$) en comparación con aquellas que no migraron. Los resultados destacan la migración como un factor de riesgo socioeconómico y estructural en la exposición a la violencia de pareja (30).

Belon y Pinedo (2023) investigaron la relación entre la violencia física, sexual y emocional de pareja y el embarazo no deseado en gestantes peruanas en 2020, a partir de datos de la ENDES. Su estudio, de tipo transversal analítico, determinó que el 36,3 % de las gestantes reportó embarazos no deseados. Asimismo, más de una de cada diez mujeres informó haber sufrido violencia física (12,3 %) o emocional (12,7 %), mientras que el 1,8 % reportó violencia sexual. También se identificó que factores como la edad, el estado civil y el número de hijos influyeron en la ocurrencia de embarazos no deseados (31).

Medrano et al. (2023) analizaron la asociación entre la violencia física durante el embarazo y el bajo peso al nacer en mujeres peruanas de 15 a 49 años, utilizando datos de la ENDES 2019. Su estudio, de tipo observacional transversal analítico, halló una prevalencia de violencia física del 6,43 %. Además, se observó una prevalencia del 20,8 % en abortos espontáneos (RP: 1,51; IC 95 %: 1,32–1,73). Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa con el bajo peso al nacer (6,01 %; $p = 0,420$). Asimismo, se identificaron consecuencias a largo plazo en la salud mental de las víctimas, como ansiedad, depresión y estrés postraumático, que pueden persistir tras el nacimiento del bebé (32).

Caira-Chuquineyra et al. (2024) evaluaron la relación entre la violencia de pareja y la intención de embarazo en mujeres peruanas en edad fértil, a partir de un estudio observacional analítico y correlacional basado en datos de la ENDES 2020. Se determinó que la prevalencia de VPI fue del 49,6 % (RPa: 1,07; IC 95 %: 1,05–1,10), predominando la violencia psicológica con

un 45,8 % (aPR: 1,04; IC 95 %: 1,02–1,06). Además, se encontró que las mujeres que experimentaron cualquier tipo de violencia de pareja tenían menos probabilidades de desear un embarazo (aPR: 1,05; IC 95 %: 1,02–1,07). Estos hallazgos evidencian el impacto de la VPI en las decisiones reproductivas de las mujeres, limitando su autonomía en la planificación de la maternidad (3).

1.4. Definición de Conceptos Claves

Violencia de pareja íntima: Se manifiesta en mujeres de todas las edades, clases sociales, etnias y culturas, constituyendo una vulneración de los derechos humanos con graves consecuencias. Incluye diversas formas de agresión, como la violencia física, psicológica y sexual (33).

Violencia física: Consiste en el uso de la fuerza o la agresión para causar daño a otra persona, e incluye golpes, patadas, empujones u otros actos que provoquen dolor físico o lesiones (33).

Violencia psicológica: Se refiere a las acciones como la intimidación, manipulación, humillación, coerción o cualquier otro comportamiento que afecte la autoestima y la salud mental de una persona (33).

Violencia sexual: Se refiere a cualquier actividad sexual no deseada o no consentida por la otra persona, se incluye la violación, el acoso sexual, el abuso sexual y entre otros (33).

Intención de embarazo: Hace referencia al deseo consciente de una persona o pareja de intentar concebir un hijo en un momento determinado de su vida, esta decisión puede verse afectada por diversos factores, como motivos económicas, sociales, emocionales o de salud (34).

Características sociodemográficas: Son atributos de una población que permiten analizar diferencias y similitudes entre individuos. Incluyen aspectos sociales, económicos y demográficos, como edad, género, nivel socioeconómico, nivel educativo, ocupación, estado civil, religión, etnia y ubicación geográfica (35).

Control prenatal: Es un seguimiento en el que se examina a la gestante y se le realizan diversas pruebas para identificar posibles riesgos que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo adecuado del embarazo, además se le orienta sobre su vacunación, su dieta y los suplementos necesarios en cada control (36).

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES): Es un estudio anual que recopila información sobre las condiciones de salud de la población, las políticas de salud reproductiva, el

acceso a servicios sanitarios, las tasas de mortalidad infantil y las características familiares. Además, analiza la situación de la mujer en relación con su edad y derechos reproductivos, siguiendo lineamientos establecidos para la producción y difusión de información estadística en el Perú (4).

1.5. Bases Teóricas

1.5.1. Violencia de Pareja Íntima.

La violencia de pareja íntima se refiere a conductas agresivas ejercidas por la pareja que generan daño físico, sexual o psicológico en la mujer. Este fenómeno está influenciado por diversos factores individuales, sociales y culturales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como el “uso de la fuerza física, psicológica, sexual o económica por parte de uno de los miembros de la pareja hacia el otro, con el objetivo de controlar, intimidar o someter a la víctima”(1).

La VPI se puede clasificar en varios tipos según su naturaleza:

- **Violencia Física:** Implica empleo de la fuerza física para agredir a la pareja.
- **Violencia Sexual:** Se refiere a cualquier acto sexual realizado sin el consentimiento o de manera forzada por parte de la pareja.
- **Violencia Psicológica:** Consiste en actos que causen daño emocional a la pareja, como insultos, humillaciones, manipulación psicológica, que afecten la salud mental de la víctima (37).
- **Polivictimización:** Se refiere a las múltiples formas de violencia en una misma víctima, esto puede incluir violencia física, psicológica y sexual (38).

1.5.2. Consecuencias de Violencia de Pareja Íntima.

La VPI tiene consecuencias tanto a nivel físico, emocional o reproductivo:

- **Salud física:** Pueden sufrir lesiones graves, hematomas, fracturas, en casos muy extremos terminan con la vida de la víctima.
- **Salud mental:** La VPI está muy asociada a los trastornos de salud mental, como la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y en el peor de los casos suicidios.

- **Salud fértil:** La VPI tiene un impacto en la salud fértil, las mujeres que sufren de abuso físico o sexual pueden experimentar embarazos no deseados, abortos espontáneos, infertilidad y complicaciones durante el embarazo y el parto.
- **Efectos sociales y económicos:** La VPI altera la participación social de la víctima, y la dependencia económica hace que la víctima sea más vulnerable y se queda atrapada en un ciclo de violencia (39).

1.5.3. Embarazo no Deseado.

El embarazo no planeado se produce cuando una mujer queda embarazada sin haberlo deseado, ya sea por falta de acceso o conocimiento sobre métodos anticonceptivos, violencia sexual, presión social o familiar, entre otros factores. Esta situación puede comprometer el desarrollo de la gestación y generar riesgos tanto para la madre como para el recién nacido.

El embarazo no deseado se asocia con diversas consecuencias que afectan la salud física, mental y social de la mujer y el niño, impactando su bienestar y calidad de vida (40).

a. Causas de Embarazo no deseado:

El embarazo no deseado puede ser causado por diversos motivos, ya sea social o individual:

- **VPI:** Las mujeres que experimentan VPI tienen un mayor riesgo de embarazos no deseados, debido a la coerción o el abuso sexual. En estos casos, la falta de autonomía limita su capacidad de tomar decisiones sobre su salud reproductiva (26).
- **Falta de acceso a métodos anticonceptivos:** En regiones afectadas por la pobreza, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces es limitado, lo que incrementa la probabilidad de embarazos no planificados (23).
- **Desigualdad de género:** El desequilibrio de poder en las relaciones de pareja puede restringir la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo y su reproducción (27).

b. Consecuencias del embarazo no deseado.

El embarazo no deseado tiene múltiples consecuencias que afectan tanto a las mujeres como a los recién nacidos:

- **Salud física y emocional de la mujer:** Las mujeres que experimentan un embarazo no deseado suelen enfrentar altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, los cuales pueden persistir incluso después del parto.
- **Consecuencias del recién nacido:** Los niños nacidos de embarazos no deseados pueden presentar mayores problemas de salud, debido a la falta de recursos y a la insuficiente preparación emocional de la madre, lo que impacta negativamente su desarrollo y bienestar (41).

c. Factores asociados a embarazo no deseado.

Dentro de los factores asociados al embarazo no deseado se incluyen aspectos sociales, culturales, económicos y educativos, los cuales varían según el contexto en el que se encuentren las mujeres. Entre ellos destacan los siguientes:

- **Factores culturales y sociales:** En algunas culturas, el acceso a métodos anticonceptivos sigue siendo restringido y persisten roles de género rígidos. En muchos casos, las mujeres enfrentan presión para tener hijos, incluso cuando no desean un embarazo.
- **Pobreza y desigualdad social:** Las mujeres en contextos socioeconómicamente desfavorecidos suelen tener un acceso limitado a servicios de salud y educación. Además, poseen menor autonomía sobre sus cuerpos y decisiones reproductivas, lo que las hace más vulnerables a situaciones de abuso sexual.
- **Falta de apoyo familiar y social:** El respaldo familiar y social es fundamental para que las mujeres tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva. La ausencia de este apoyo puede generar sentimientos de desamparo y falta de recursos para afrontar un embarazo no deseado. Asimismo, el aislamiento social dificulta la búsqueda de ayuda, pues muchas mujeres temen ser juzgadas por su entorno (42).

1.6. Hipótesis y Variables

1.6.1. Hipótesis General.

Existe asociación significativa entre la violencia de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023.

1.6.2. Hipótesis Específicas.

1. Existe asociación significativa entre la violencia física de pareja íntima y embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023.
2. Existe asociación significativa entre violencia psicológica de pareja íntima y embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023.
3. Existe asociación significativa entre violencia sexual de pareja íntima y embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023.
4. Existe asociación significativa entre polivictimización y embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) según los datos de la ENDES 2023.

1.7. Variables

Ver operacionalización de variables (anexo 05).

1.7.1. Variable 1.

Embarazo no deseado. Se refiere a la gestación no planificada ni deseada por una mujer en edad fértil (15 a 49 años) en el momento de su ocurrencia. Sus características sociodemográficas se determinan según los testimonios recopilados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023.

1.7.2. Variable 2.

Violencia de pareja íntima. Analiza si la mujer ha sufrido algún tipo de agresión por parte de su pareja actual o más reciente, según lo reportado en la ENDES.

- **Violencia psicológica.** Incluye todo tipo de maltrato emocional, como insultos, amenazas, descalificaciones o control abusivo por parte de la pareja.
- **Violencia física.** Se refiere al uso de la fuerza para causar daño físico, lo que puede incluir empujones, golpes o el uso de objetos para agredir.

- **Violencia sexual.** Se refiere a situaciones en las que la pareja obliga a la mujer, ya sea por amenazas, coacción o violencia, a realizar actos sexuales sin su consentimiento.
- **Polivictimización.** Describe la experiencia de ser víctima de múltiples formas de violencia (psicológica, física y/o sexual) al mismo tiempo dentro de una relación de pareja

Capítulo II

Materiales y Métodos

2.1. Método y Tipo de Investigación

2.1.1. Método de la Investigación.

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, basado en el análisis de datos numéricos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Se emplea el método científico hipotético-deductivo, el cual permite partir de una hipótesis inicial y contrastarla con evidencia empírica, utilizando herramientas estadísticas para analizar la relación entre las variables de estudio (43).

2.1.2. Tipo de la Investigación.

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y analítico, pues se basa en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 para analizar la relación entre la violencia de pareja íntima y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años).

a. Observacional.

No se realizó ninguna intervención sobre la población ni manipulación de variables; los datos fueron analizados tal como fueron recopilados en la encuesta (44).

b. Descriptivo.

En una primera fase, se caracterizaron variables sociodemográficas, reproductivas y de violencia de pareja íntima para conocer el perfil de la población estudiada (43).

c. Analítico.

Se aplicaron métodos estadísticos para examinar la relación entre la violencia de pareja íntima y la intención del embarazo más reciente(43).

2.2. Alcance de Investigación

2.2.1. Nivel de la Investigación.

El estudio combina los enfoques descriptivo y correlacional para caracterizar a la población estudiada y analizar la relación entre la violencia de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años), empleando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023.

a. Descriptivo.

Inicialmente, se analizaron y presentaron las características sociodemográficas y reproductivas de la muestra, incluyendo la prevalencia de VPI y la intención del último embarazo.

b. Correlacional.

Posteriormente, se examinó la relación entre VPI y embarazos no deseados mediante análisis estadísticos que identificaron posibles asociaciones, pero debido al diseño transversal, no se establecieron relaciones de causalidad (45).

2.3. Diseño de la Investigación.

El estudio adoptó un enfoque no experimental, transversal y observacional, basado en el análisis de datos secundarios procedentes de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023.

a. No experimental.

En el estudio hubo ausencia de manipulación de variables independientes, ya que los datos fueron previamente recopilados mediante la ENDES 2023, se analizaron en su forma original, lo que permitió preservar la integridad de la información y examinar la relación entre la violencia de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado en su contexto real, sin intervención en nuestra población (43).

b. Transversal.

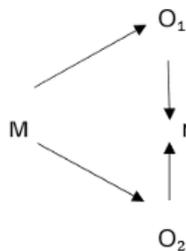
Implica que la información fue capturada en un único punto temporal, lo que facilita la identificación de patrones de asociación entre variables en un momento específico. Esta característica metodológica, si bien limita la capacidad para establecer causalidad debido a la imposibilidad de determinar secuencias temporales precisas entre la exposición (VPI) y el

resultado (embarazo no deseado), resulta altamente eficiente para generar hipótesis y proporcionar una instantánea de la problemática en el contexto peruano actual (46).

c. Observacional.

El estudio garantizó que los datos se analicen tal como fueron originalmente recopilados, respetando los criterios metodológicos de la ENDES 2023. Este enfoque no solo asegura la validez externa de los resultados, sino, permite generalizar los hallazgos a la población peruana en edad fértil, proporcionando una visión precisa del impacto de la VPI en la salud reproductiva femenina (44).

Esquema:



Donde:

M: Mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años), según los datos de la ENDES 2023.

O₁: Embarazo no deseado.

O₂: Violencia de pareja íntima.

r: Relación entre las variables (violencia de pareja íntima y embarazo no deseado).

2.4. Población

La población objetivo de este estudio estuvo conformada por 40 757 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que residen en Perú y fueron entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Estas mujeres representan a la población femenina peruana dentro de este rango de edad. El análisis se centró en aquellas encuestadas en el módulo de violencia por parte de la pareja (física, emocional y sexual) que, además, proporcionaron información completa y detallada sobre su embarazo más reciente, con el fin de garantizar la validez y exhaustividad de los datos integrados.

2.5. Muestra

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 empleó un muestreo bietápico, probabilístico, estratificado e independiente, aplicado a nivel departamental y diferenciado según el lugar de residencia (urbano y rural). Este diseño garantizó que todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) tuvieran una probabilidad no nula de ser seleccionadas, lo que permitió obtener una muestra representativa de la población femenina del Perú en este rango etario y asegurar la validez de la generalización de los resultados. Para adaptar la base de datos original a los objetivos específicos de esta investigación, se establecieron criterios de inclusión y exclusión rigurosos.

a. Criterios de inclusión.

- Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) encuestadas en la ENDES 2023.
- Mujeres que declararon estar casadas o conviviendo con su pareja.
- Registros con información completa en las variables clave del estudio.

b. Criterios de exclusión.

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años.
- Registros que contiene información incompleta o ausente en las variables de interés.
- Mujeres que no cumplían con el criterio de estar casadas o conviviendo.

Con el fin de garantizar la precisión en la selección de la muestra, se diseñó una ficha de recolección de datos, validada por tres especialistas en la materia. Estos expertos evaluaron la herramienta mediante una rúbrica específica para instrumentos de recolección de datos. La ficha integró las variables relevantes del cuestionario estructurado de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, conservando la codificación original de preguntas y respuestas (Anexo 2). El proceso de validación determinó que la herramienta era “aplicable” para los fines de este estudio.

Este enfoque, basado en el diseño riguroso de la ENDES y en la validación de instrumentos, garantiza que la muestra sea representativa y adecuada para analizar la relación entre la violencia de pareja íntima y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil.

El estudio incluyó inicialmente a 40 757 mujeres. Se excluyeron 24 462 registros debido a la falta de información y 3 016 mujeres adicionales por no ser casadas ni convivientes. Finalmente, la muestra analizada estuvo conformada por 13 279 mujeres (figura 1).

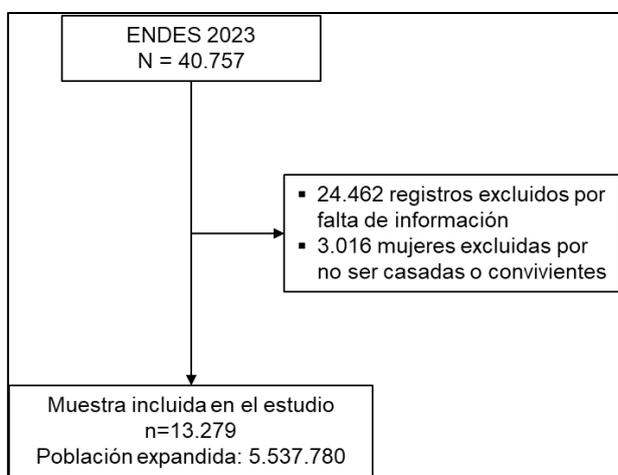


Figura 1. Flujograma de selección de la muestra, ENDES 2023.

2.6. Instrumento de Recolección de Datos y Análisis

2.6.1. Instrumento de Recolección de Datos.

La base de datos de la ENDES 2023 fue recopilada por personal especializado del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) mediante un cuestionario estructurado aplicado a los hogares seleccionados. Este cuestionario consta de varios módulos diseñados para asegurar la precisión y representatividad de los datos, incluyendo los siguientes aspectos:

- **Características sociodemográficas:** Datos como edad, estado civil, nivel educativo, índice de riqueza, lengua nativa, autoidentificación étnica y área de residencia (urbana o rural).
- **Salud fértil:** Parámetros relacionados con el historial de nacimientos, uso de anticonceptivos, número de visitas de control prenatal e intención de embarazo para el embarazo más reciente.
- **Violencia por parte de la pareja íntima:** Medición de la violencia física, emocional y sexual perpetrada por una pareja íntima, actual o anteriormente.

Para asegurar la coherencia y precisión en el análisis estadístico de este estudio, se elaboró una nueva base de datos basada en una ficha de recolección de datos. Esta herramienta consolida las variables seleccionadas a partir de los módulos de la ENDES 2023, manteniendo la estructura

original de la información, incluidos los códigos de supervisión para cada variable, las preguntas aplicadas en la encuesta y la codificación de los valores de respuesta.

La ficha de recolección fue sometida a un proceso de validación por tres expertos en la materia. A través de una rúbrica diseñada para la validación de instrumentos de recolección de datos, los especialistas evaluaron la herramienta y la calificaron como "aplicable" para los propósitos de este estudio (Anexo 3). Este aval profesional confirma que la ficha constituye un recurso esencial para la organización y análisis de datos en el software STATA v.16. Los datos fueron estructurados conforme a las tablas presentadas en el Anexo 2..

2.6.2. Análisis de los Datos.

El análisis estadístico de este estudio comenzó con la limpieza y preparación de los datos provenientes de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Este proceso incluyó la identificación y exclusión de registros con datos incompletos en las variables principales, así como la aplicación de los factores de expansión para garantizar la representatividad de los resultados.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y proporciones ponderadas para caracterizar a la población estudiada según edad, estado civil, nivel educativo, índice de riqueza, zona de residencia, autoidentificación étnica y lengua materna. También se analizaron variables relacionadas con el embarazo, como paridad, uso de métodos anticonceptivos y número de controles prenatales, además de la prevalencia de los subtipos de violencia de pareja íntima (física, emocional y sexual) y de la variable compuesta. Los resultados descriptivos se presentaron en tablas con datos ponderados según los factores de expansión de la ENDES 2023.

A continuación, se realizó un análisis bivariado para evaluar la asociación entre la intención del embarazo más reciente y las covariables mediante la prueba de chi-cuadrado con corrección de Rao-Scott, adecuada para datos ponderados. Las covariables con significancia estadística ($p < 0,05$) fueron seleccionadas para el análisis multivariado. Se emplearon modelos de regresión de Poisson con enlace logarítmico y errores estándar robustos, en lugar de regresión logística o modelos multinivel, por las siguientes razones:

- La regresión de Poisson estima razones de prevalencia (RP) directas, evitando la sobrestimación inherente a las *odds ratios* (OR) de la regresión logística en eventos comunes.

- No se utilizó un análisis multinivel debido a que el estudio se centra en efectos individuales, no contextuales, ya que la hipótesis investiga la relación entre variables a nivel individual, como la violencia de pareja íntima y el embarazo no deseado, sin considerar factores contextuales como políticas regionales.

Se ajustó un modelo lineal generalizado (*generalized linear model*, GLM) de la familia Poisson con función de enlace logarítmico, lo que permitió calcular la razón de prevalencia cruda (cPR) y ajustada (aPR) junto con sus intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %). Este modelo incluyó variables como edad, estado civil, nivel educativo, índice de riqueza, zona de residencia, paridad, uso de métodos anticonceptivos y número de controles prenatales, además de analizar el impacto de los subtipos de violencia de pareja íntima y la variable compuesta sobre el embarazo no deseado.

Para garantizar la validez del modelo, se verificó la ausencia de multicolinealidad mediante el cálculo del factor de inflación de varianzas (*variance inflation factor*, VIF), aceptando valores inferiores a 10 como adecuados. Finalmente, los resultados se presentaron en tablas con estimaciones ponderadas y asociaciones significativas, con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Todo el análisis se realizó en el software *STATA*, versión 16, que permitió manejar datos complejos y aplicar correctamente los pesos muestrales de la ENDES 2023.

2.7. Aspectos Éticos

La utilización de la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 en este estudio no requirió una solicitud formal de permiso al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (5). Esta exención se fundamenta en que los datos empleados son de acceso público y se encuentran anonimizados, conforme a lo especificado en la ficha técnica de la encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (47).

La ENDES 2023 fue concebida dentro de un marco ético y legal que permite su uso con fines académicos, siempre que se preserve la integridad de la información y se reconozca debidamente la fuente (5). En este estudio, se cumplieron estrictamente los criterios de inclusión y exclusión descritos en el Capítulo II (Materiales y Métodos), empleando únicamente variables preexistentes sin manipulación de datos identificables (por ejemplo, nombres o números de identificación personal).

Asimismo, el presente análisis cumplió con los protocolos éticos establecidos por el Comité de Ética de la Universidad Continental (Oficio N.º 1217-2024-CIEI-UC), el cual aprobó el uso de datos secundarios públicos y constató la ausencia de riesgos para los participantes. Cabe destacar que investigaciones previas en Perú, como la realizada por Caira-Chuquineyra et al.

(2024) (3), han empleado bases de datos del INEI bajo condiciones similares, sin necesidad de autorización formal, lo que respalda la solidez metodológica del presente estudio.

Capítulo III

Resultados

1.1. Resultados

1.1.1. Resultados Descriptivos.

Tabla 1. Características generales de las mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años).

Características	f_i	$h_i\%$	IC 95%
Edad (años)			
Promedio (IC 95%)	31,36		31,21-31,52
15-25	2 952	21,37	20,46-22,31
26-35	6 629	50,14	49,00-51,29
35-49	3 698	28,48	27,49-29,50
Nivel de educación			
Primaria o inferior	2 209	15,59	14,80-16,41
Secundaria	6 347	46,29	45,13-47,46
Superior no universitaria	2 578	20,79	19,83-21,78
Superior universitaria	2 145	17,33	16,48-18,20
Estado civil			
Conviviente	10 104	75,33	74,28-76,35
Casada	3 175	24,67	23,65-25,72
Índice de riqueza			
Muy pobre	3 801	24,42	23,53-25,33
Pobre	3 488	23,30	22,23-24,41
Medio	2 573	19,64	18,66-20,65
Rico	2 060	18,15	17,22-19,11
Muy rico	1 357	14,50	13,60-15,44
Área de residencia			
Urbana	9 235	74,02	73,13-74,89
Rural	4 044	25,98	25,11-26,87
Región geográfica de residencia			
Lima Metropolitana	1 483	26,33	25,23-27,46
Resto de la Costa	3 938	27,44	26,30-28,59
Sierra	4 498	28,26	26,99-29,58
Selva	3 360	17,97	17,01-18,97
Etnicidad			
Mestizo	5 844	47,64	46,41-48,87
Quechua	4 018	25,42	24,40-26,47
Aymara	496	1,84	1,57-2,16
Nativo de la Amazonia	291	1,62	1,33-1,97
Parte de otro pueblo	25	0,10	0,06-0,16
Negro	1 527	13,72	12,88-14,62
Blanco	960	8,61	7,91-9,36
Otras Razas	118	1,06	0,85-1,31
Lengua materna			

Castellano	10 244	83,47	82,64-84,27
Nativo	3 027	16,49	15,69-17,32
Extranjero	8	0,04	0,02-0,11
Seguro de salud			
No	770	7,25	6,42-8,17
Sí	12 509	92,75	91,83-93,58
Número de hijos			
1 hijo	3 715	28,85	27,86-29,84
2 hijos	4 622	35,33	34,23-36,45
3 hijos	2 872	21,08	20,21-21,97
4 hijos o más	2 070	14,74	13,91-15,61
Control prenatal			
Inadecuado	6 981	52,44	51,23-53,64
Adecuado	6 298	47,56	46,36-48,77
Uso de anticonceptivos			
No	1 822	12,98	12,25-13,74
Sí	11 457	87,02	86,26-87,75
Violencia por parte de la pareja íntima			
No	11 607	87,15	86,31-87,90
Si	1 672	12,85	12,05-13,69
Violencia psicológica			
No	11 950	89,92	89,18-90,62
Si	1 329	10,08	9,38-10,81
Violencia física			
No	12 388	93,29	92,66-93,88
Si	891	6,71	6,12-7,34
Violencia sexual			
No	13 096	98,68	98,40-98,90
Si	183	1,32	1,10-1,60
Polivictimización			
Ningún tipo de violencia	11 607	87,15	86,31-87,90
Solo un tipo de violencia	1 051	8,32	7,63-9,07
Dos tipos de violencia	511	3,80	3,41-4,25
Tres tipos de violencia	110	0,72	0,56-0,93
Embarazo			
Deseado	6 810	51,27	50,15-52,40
No deseado	6 469	48,73	47,60-49,85

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

*Se incluyeron las ponderaciones y el efecto de diseño del muestreo complejo de la encuesta.

En la tabla 1 se observa que, en la muestra analizada, la edad promedio fue de 31,4 años (IC 95 %: 31,21-31,52), con predominancia del grupo de 26 a 35 años (50,14 %). La mayoría tenía educación secundaria (46,29 %) y vivía en unión convivencial (75,33 %).

En cuanto al índice de riqueza, el 24,42 % pertenecía al nivel “muy pobre”, mientras que el 14,50 % se encontraba en el nivel “muy rico”. El 74,02 % residía en áreas urbanas y el 26,33 % en Lima Metropolitana. Respecto a la autoidentificación étnica, el 47,64 % se identificó como mestizo y el 25,42 % como quechua. La lengua materna predominante fue el castellano (83,47 %).

En términos de salud, el 92,75 % contaba con algún tipo de seguro, y el 47,56 % recibió un control prenatal adecuado. Sobre el uso de anticonceptivos, el 87,02 % reportó haberlos utilizado.

Respecto a la violencia por parte de la pareja íntima, el 12,85 % de las mujeres indicó haberla sufrido, con mayor prevalencia de violencia psicológica (10,08 %) y menor de violencia sexual (1,32 %). En cuanto a la polivictimización, el 0,72 % experimentó los tres tipos de violencia de manera simultánea.

Finalmente, el 51,27 % de los embarazos fueron deseados, mientras que el 48,73 % no lo fueron.

1.1.2. Resultados del Análisis Bivariado.

a. Relación entre la violencia de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.

Tabla 2. Análisis bivariado entre la violencia de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.

Características	Violencia por parte de la pareja íntima				valor p*
	No		Si		
	<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	
Intención de embarazo					<0,001
Deseado	6 140	52,69	670	41,65	
No deseado	5 467	47,31	1002	58,35	
Características de la mujer en edad fértil					
Edad (años)					0,571
15-25	2 554	21,31	398	21,82	
26-35	5 808	49,99	821	51,17	
35-49	3 245	28,70	453	27,00	
Nivel de educación					<0,001
Primaria o inferior	1 900	15,52	309	16,02	
Secundaria	5 487	45,43	860	52,15	
Superior no universitaria	2 284	21,08	294	18,79	
Superior universitaria	1 936	17,96	209	13,03	
Estado civil					<0,001
Conviviente	8 722	74,24	1382	82,74	
Casada	2 885	25,76	290	17,26	
Índice de riqueza					<0,001
Muy pobre	3 292	24,42	509	24,39	
Pobre	3 000	22,91	488	25,91	
Medio	2 223	19,10	350	23,27	
Rico	1 860	18,56	200	15,33	
Muy rico	1 232	15,00	125	11,10	
Área de residencia					0,398
Urbana	8 088	73,87	1147	75,02	
Rural	3 519	26,13	525	24,98	
Región geográfica de residencia					0,018
Lima Metropolitana	1 276	25,75	207	30,30	
Resto de la Costa	3 490	27,96	448	23,89	
Sierra	3 919	28,38	579	27,47	
Selva	2 922	17,91	438	18,33	
Etnicidad					0,003

Mestizo	5 170	48,05	674	44,83
Quechua	3 439	24,65	579	30,66
Aimara	430	1,82	66	1,99
Nativo de la Amazonia	244	1,56	47	1,99
Parte de otro pueblo	22	0,09	3	0,15
Negro	1 345	13,94	182	12,23
Blanco	851	8,78	109	7,43
Otras Razas	106	1,11	12	0,71
Lengua materna				0,009
Castellano	9 022	82,29	1222	84,59
Nativo	2 578	17,66	449	15,38
Extranjero	7	0,04	1	0,04
Seguro de salud				0,052
No	676	7,48	94	5,67
Sí	10 931	92,52	1578	94,33
Número de hijos				0,011
1 hijo	3 287	29,27	428	25,95
2 hijos	4 068	35,39	554	34,92
3 hijos	2 485	20,83	387	22,75
4 hijos o más	1 767	14,50	303	16,38
Control prenatal				<0,001
Inadecuado	6 194	47,26	787	57,36
Adecuado	5 413	52,74	885	42,64
Uso de anticonceptivos				<0,001
No	1 604	11,34	218	14,54
Sí	10 003	88,66	1454	85,46

IC 95%: Intervalos de confianza al 95%.

Se incluyeron las ponderaciones y el efecto de diseño del muestreo complejo de la encuesta.

*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de las proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

La Tabla 2 presenta el análisis bivariado. Se encontró que el 58,35 % de las mujeres expuestas a violencia de pareja íntima (VPI) reportaron embarazos no deseados, en comparación con el 47,31 % de aquellas no expuestas ($p < 0,001$). Asimismo, se identificaron diferencias significativas según nivel educativo ($p < 0,001$) y estado civil ($p < 0,001$).

Por ejemplo, entre las mujeres expuestas a VPI, el 52,15 % tenía educación secundaria ($p < 0,001$), mientras que solo el 13,03 % contaba con educación superior universitaria. Estos resultados confirman la asociación entre VPI y embarazo no deseado, respaldando la hipótesis específica del estudio.

b. Respecto a asociación entre la violencia física de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.

Tabla 3. Asociación entre la violencia física de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.

Características	Violencia física				valor p*
	No		Sí		
	fi	hi%	fi	hi%	
Intención de embarazo					<0,001
Deseado	6 476	52,04	334	40,63	
No deseado	5 912	47,96	557	59,37	
Características de la mujer en edad fértil					
Edad (años)					0,388
15-25	2 710	21,12	242	24,91	
26-35	6 178	50,00	451	52,22	
35-49	3 500	28,88	198	22,87	
Nivel de educación					<0,001
Primaria o inferior	2 046	15,54	163	16,27	
Secundaria	5 865	45,69	482	54,65	
Superior no universitaria	2 431	21,05	147	17,13	
Superior universitaria	2 046	17,71	99	11,95	
Estado civil					<0,001
Conviviente	9 345	74,64	759	84,94	
Casada	3 043	25,36	132	15,06	
Índice de riqueza					0,016
Muy pobre	3 515	24,23	286	27,10	
Pobre	3 232	23,13	256	25,63	
Medio	2 386	19,44	187	22,41	
Rico	1 964	18,51	96	13,07	
Muy rico	1 291	14,69	66	11,78	
Área de residencia					0,390
Urbana	8 637	74,13	598	72,54	
Rural	3 751	25,87	293	27,46	
Región geográfica de residencia					0,108
Lima Metropolitana	1 386	26,30	97	26,80	
Resto de la Costa	3 714	27,79	224	22,58	
Sierra	4 176	28,13	322	30,08	
Selva	3 112	17,78	248	20,53	
Etnicidad					0,023
Mestizo	5 487	48,07	357	41,59	
Quechua	3 706	24,94	312	32,12	
Aimara	464	1,82	32	2,16	
Nativo de la Amazonia	260	1,54	31	2,63	
Parte de otro pueblo	23	0,10	2	0,11	
Negro	1 429	13,76	98	13,15	
Blanco	905	8,67	55	7,77	
Otras Razas	114	1,10	4	0,47	
Lengua materna					<0,001
Castellano	9 606	83,87	638	77,93	
Nativo	2 774	16,09	253	22,07	
Extranjero	8	0,04	0	0,00	
Seguro de salud					0,114
No	720	7,38	50	5,45	
Sí	11 668	92,62	841	94,55	

Número de hijos					0,772
1 hijo	3 462	28,88	253	28,31	
2 hijos	4 329	35,42	293	34,08	
3 hijos	2 679	21,06	193	21,33	
4 hijos o más	1 918	14,63	152	16,27	
Control prenatal					<0,001
Inadecuado	6 577	52,97	404	44,99	
Adecuado	5 811	47,03	487	55,01	
Uso de anticonceptivos					0,512
No	1 697	12,91	125	13,93	
Sí	10 691	87,09	766	86,07	

IC 95%: Intervalos de confianza al 95%.
 Se incluyeron las ponderaciones y el efecto de diseño del muestreo complejo de la encuesta.
 *Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de las proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

La tabla 3 muestra que el 59,37 % de las mujeres expuestas a violencia física tuvieron embarazos no deseados, en comparación con el 47,96 % de aquellas no expuestas ($p < 0,001$). Además, se encontraron asociaciones significativas con variables como nivel educativo ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), índice de riqueza ($p = 0,016$), etnicidad ($p = 0,023$), lengua materna ($p < 0,001$) y control prenatal ($p < 0,001$).

Cabe destacar que, a pesar de residir en áreas urbanas, las mujeres presentaron una mayor exposición a la violencia física, con una prevalencia del 72,54 %. Estos hallazgos respaldan la hipótesis del estudio y responden al tercer problema específico.

c. *Violencia psicológica de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.*

Tabla 4. Asociación entre la violencia psicológica de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.

Características	Violencia Psicológica				valor p*
	No		Sí		
	<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	
Intención de embarazo					<0,001
Deseado	6 266	52,44	544	40,85	
No deseado	5 684	47,56	785	59,15	
Características de la mujer en edad fértil					
Edad (años)					0,388
15-25	2 662	21,56	290	19,73	
26-35	5 963	49,90	666	52,30	
35-49	3 325	28,54	373	27,97	
Nivel de educación					0,006
Primaria o inferior	1 960	15,53	249	16,07	
Secundaria	5 670	45,75	677	51,12	
Superior no universitaria	2 340	20,96	238	19,28	
Superior universitaria	1 980	17,75	165	13,53	
Estado civil					<0,001
Conviviente	9 013	74,59	1091	82,00	
Casada	2 937	25,41	238	18,00	

Índice de riqueza				0,034
Muy pobre	3 389	24,44	412	24,27
Pobre	3 101	23,08	387	25,30
Medio	2 299	19,27	274	22,91
Rico	1 904	18,41	156	15,77
Muy rico	1 257	14,81	100	11,75
Área de residencia				0,356
Urbana	8 328	73,88	907	75,25
Rural	3 622	26,12	422	24,75
Región geográfica de residencia				0,017
Lima Metropolitana	1 315	25,80	168	31,06
Resto de la Costa	3 584	27,84	354	23,87
Sierra	4 028	28,30	470	27,92
Selva	3 023	18,06	337	17,16
Etnicidad				0,070
Mestizo	5 313	47,86	531	45,63
Quechua	3 555	24,92	463	29,91
Aimara	442	1,82	54	2,03
Nativo de la Amazonia	256	1,60	35	1,75
Parte de otro pueblo	24	0,10	1	0,04
Negro	1 378	13,88	149	12,37
Blanco	873	8,72	87	7,61
Otras Razas	109	1,10	9	0,65
Lengua materna				0,003
Castellano	9 275	83,83	969	80,24
Nativo	2 668	16,13	359	19,75
Extranjero	7	0,04	1	0,01
Seguro de salud				0,243
No	695	7,37	75	6,15
Sí	11 255	92,63	1254	93,85
Número de hijos				0,018
1 hijo	3 394	29,32	321	24,64
2 hijos	4 183	35,41	439	34,69
3 hijos	2 556	20,74	316	24,10
4 hijos o más	1 817	14,54	253	16,58
Control prenatal				0,220
Inadecuado	6 341	52,69	640	50,21
Adecuado	5 609	47,31	689	49,79
Uso de anticonceptivos				0,488
No	1 650	13,07	172	12,17
Sí	10 300	86,93	1157	87,83

IC 95%: Intervalos de confianza al 95%.

Se incluyeron las ponderaciones y el efecto de diseño del muestreo complejo de la encuesta.

*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de las proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

La tabla 4 muestra que el 59,15 % de las mujeres expuestas a violencia psicológica tuvieron embarazos no deseados, en comparación con el 47,56 % de aquellas no expuestas ($p < 0,001$). Se encontraron asociaciones significativas con variables como nivel educativo ($p = 0,006$), estado civil ($p < 0,001$), índice de riqueza ($p = 0,034$), región geográfica ($p = 0,017$), lengua materna ($p = 0,003$) y número de hijos ($p = 0,018$).

Cabe destacar que las mujeres en unión convivencial expuestas a violencia psicológica presentaron la mayor prevalencia de embarazos no deseados (74,59 %). Estos hallazgos respaldan la hipótesis del estudio y responden al primer problema específico.

d. Violencia sexual de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.

Tabla 5. Asociación entre la violencia sexual de pareja íntima (VPI) y el embarazo no deseado.

Características	Violencia sexual				valor p*
	No		Si		
	<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	
Intención de embarazo					<0,001
Deseado	6 760	51,61	50	26,48	
No deseado	6 336	48,39	133	73,52	
Características de la mujer en edad fértil					
Edad (años)					0,959
15-25	2 913	21,39	39	20,48	
26-35	6 538	50,13	91	51,32	
35-49	3 645	28,48	53	28,21	
Nivel de educación					<0,001
Primaria o inferior	2 154	15,42	55	28,23	
Secundaria	6 251	46,24	96	50,45	
Superior no universitaria	2 557	20,87	21	15,14	
Superior universitaria	2 134	17,48	11	6,18	
Estado civil					<0,001
Conviviente	9 940	75,13	164	90,55	
Casada	3 156	24,87	19	9,45	
Índice de riqueza					<0,001
Muy pobre	3 728	24,26	73	36,58	
Pobre	3 426	23,23	62	28,77	
Medio	2 544	19,58	29	23,56	
Rico	2 046	18,26	14	9,47	
Muy rico	1 352	14,67	5	1,62	
Área de residencia					0,010
Urbana	9 127	74,16	108	63,61	
Rural	3 969	25,84	75	36,39	
Región geográfica de residencia					0,241
Lima Metropolitana	1 467	26,41	16	20,74	
Resto de la Costa	3 893	27,49	45	23,45	
Sierra	4 428	28,21	70	32,45	
Selva	3 308	17,89	52	23,37	
Etnicidad					<0,001
Mestizo	5 784	47,79	60	36,19	
Quechua	3 946	25,31	72	33,44	
Aimara	490	1,84	6	2,22	
Nativo de la Amazonia	287	1,62	4	1,00	
Parte de otro pueblo	23	0,08	2	1,30	
Negro	1 500	13,67	27	17,76	
Blanco	950	8,64	10	6,12	
Otras Razas	116	1,05	2	1,98	
Lengua materna					0,002
Castellano	10 120	83,63	124	71,77	

Nativo	2 968	16,33	59	28,23
Extranjero	8	0,04	0	0,00
Seguro de salud				0,341
No	763	7,28	7	4,95
Sí	12 333	92,72	176	95,05
Número de hijos				0,103
1 hijo	3 677	28,93	38	22,58
2 hijos	4 565	35,37	57	32,54
3 hijos	2 831	21,06	41	22,66
4 hijos o más	2 023	14,64	47	22,22
Control prenatal				0,379
Inadecuado	6 894	52,49	87	48,32
Adecuado	6 202	47,51	96	51,68
Uso de anticonceptivos				0,203
No	1 798	13,03	24	9,41
Sí	11 298	86,97	159	90,59

IC 95%: Intervalos de confianza al 95%.

Se incluyeron las ponderaciones y el efecto de diseño del muestreo complejo de la encuesta.

*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de las proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

La tabla 5 muestra que la violencia sexual presentó la asociación más fuerte con el embarazo no deseado ($p < 0,001$): el 73,52 % de las víctimas reportaron embarazos no deseados, en comparación con el 48,39 % de las no expuestas. Se identificaron asociaciones significativas con variables como nivel educativo ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), índice de riqueza ($p < 0,001$), área de residencia ($p = 0,010$) y lengua materna ($p = 0,002$).

Cabe destacar que el 36,58 % de las mujeres en el quintil "muy pobre" fueron las más afectadas por la violencia sexual. Estos hallazgos validan la hipótesis del estudio y responden al tercer problema específico.

e. Polivictimización y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años).

Tabla 6. Asociación entre la polivictimización y el embarazo no.

	Embarazo						
	No Deseado			valor p*	Deseado		
	<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	IC 95%		<i>f_i</i>	<i>h_i%</i>	IC 95%
Polivictimización				<0,001			<0,001
Ningún tipo de violencia	5 467	47,31	46,12-48,50		6 140	52,69	51,50-53,88
Solo un tipo de violencia	615	56,07	51,27-60,75		436	43,93	39,25-48,73
Dos tipos de violencia	301	59,18	53,75-64,40		210	40,82	35,60-46,25
Tres tipos de violencia	86	80,27	69,40-87,95		24	19,73	12,05-30,60
Violencia global por parte de la pareja íntima				<0,001			<0,001
No	5 467	47,31	46,12-48,50	<0,001	6 140	52,69	51,50-53,88
Si	1 002	58,35	54,79-61,83		670	41,65	38,17-45,21
Violencia psicológica				<0,001			<0,001
No	5 684	48,39	47,27-49,52	<0,001	6 266	51,61	50,48-52,73
Si	785	73,52	64,72-80,77		544	26,48	19,23-35,28
Violencia física				<0,001			<0,001
No	5 912	47,96	46,80-49,13	<0,001	6 476	52,04	50,87-53,20
Si	557	59,37	54,48-64,09		334	40,63	35,91-45,52
Violencia sexual				<0,001			<0,001
No	6 336	48,39	47,27-49,52	<0,001	6 760	51,61	50,48-52,73
Si	133	73,52	64,72-80,77		50	26,48	19,23-35,28

IC 95%: Intervalos de confianza al 95%.

Se incluyeron las ponderaciones y el efecto de diseño del muestreo complejo de la encuesta.

*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de las proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

El análisis bivariado de la relación entre la polivictimización y el embarazo no deseado en mujeres peruanas en edad fértil (15 a 49 años) arrojó resultados significativos. Entre las mujeres que no sufrieron violencia (sin exposición a violencia), el 47,31 % reportó un embarazo no deseado (IC 95%: 46,12-48,50). En contraste, en aquellas expuestas a un solo tipo de violencia, la prevalencia de embarazo no deseado aumentó al 56,07 % (IC 95%: 51,27-60,75).

A medida que la exposición a la violencia se intensificó, la prevalencia de embarazo no deseado también se incrementó. En las mujeres expuestas a dos tipos de violencia, el porcentaje ascendió al 59,18 % (IC 95%: 53,75-64,40). Finalmente, las mujeres que sufrieron tres tipos de violencia (polivictimización) presentaron la mayor prevalencia de embarazo no deseado, alcanzando el 80,27 % (IC 95%: 69,40-87,57).

Estos hallazgos sugieren que el riesgo de embarazo no deseado aumenta conforme se incrementa el número de tipos de violencia sufrida. Además, los valores de p menores a 0,001 confirman que estas diferencias son estadísticamente significativas, lo que valida la hipótesis de que la polivictimización está fuertemente asociada con un mayor riesgo de embarazo no deseado.

f. *Análisis multivariado para evaluar la asociación entre la violencia por parte de la pareja íntima y el embarazo no deseado.*

Se utilizaron modelos crudos y ajustados para evaluar la relación entre la violencia de pareja íntima y el embarazo no deseado, controlando variables sociodemográficas como edad, estado civil, nivel educativo y área de residencia.

En el modelo crudo, las mujeres expuestas a violencia de pareja íntima presentaron una razón de prevalencia (RP) de 1,23 (IC 95 %: 1,16-1,31). Tras el ajuste por posibles factores de confusión, el riesgo se mantuvo significativo con una RP de 1,18 (IC 95 %: 1,11-1,26), lo que confirma que la violencia de pareja íntima constituye un factor determinante en la ocurrencia de embarazos no deseados.

La polivictimización, definida como la exposición a tres tipos de violencia, mostró la asociación más fuerte con el embarazo no deseado. En el modelo crudo, la RP fue de 1,77 (IC 95 %: 1,62-1,94), mientras que en el modelo ajustado se redujo a 1,55 (IC 95 %: 1,38-1,74), manteniéndose como un factor de riesgo significativo. Estos resultados evidencian que la exposición a múltiples formas de violencia incrementa sustancialmente la probabilidad de embarazo no deseado.

Tabla 7. Modelos crudos y ajustados para evaluar la asociación entre la violencia por parte de la pareja íntima y el embarazo no deseado.

Exposición	Embarazo no deseado					
	Modelo crudo ^a			Modelo ajustado ^{a,b}		
	RP	IC 95%	valor p	RP	IC 95%	valor p
Violencia por parte de la pareja íntima						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	1,23	1,16-1,32	<0,001	1,18	1,11-1,26	<0,001
Violencia psicológica						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	1,24	1,16-1,33	<0,001	1,20	1,12-1,28	<0,001
Violencia física						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	1,24	1,14-1,35	<0,001	1,17	1,08-1,27	<0,001
Violencia sexual						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	1,52	1,36-1,70	<0,001	1,43	1,30-1,59	<0,001
Polivictimización						
Ningún tipo de violencia	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Solo un tipo de violencia	1,18	1,08-1,29	<0,001	1,14	1,06-1,24	0,001
Dos tipos de violencia	1,25	1,14-1,38	<0,001	1,20	1,09-1,31	<0,001
Tres tipos de violencia	1,70	1,51-1,91	<0,001	1,55	1,38-1,74	<0,001

RP: Razón de prevalencias;

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

^a Se realizó un modelo lineal generalizado de la familia de Poisson con enlace logarítmico considerando el efecto del diseño y las ponderaciones del muestreo complejo de la encuesta.

^b Ajustado por edad, estado civil, nivel de educación, índice de riqueza, número de hijos, etnicidad, área de residencia y región geográfica de residencia.

Capítulo IV

Discusión

La violencia de pareja íntima (VPI) y su vínculo con el embarazo no deseado representa un desafío en el ámbito de la salud pública, con un impacto desproporcionado en mujeres en edad fértil. En este estudio, se evidenció una asociación significativa entre la VPI y un incremento en el riesgo de embarazo no deseado (RPa = 1,18; IC 95 %: 1,11–1,26). Estos resultados coinciden con investigaciones previas que han identificado una relación similar entre la VPI y los embarazos no intencionados en diversos contextos, resaltando la importancia de abordar esta problemática desde una perspectiva intercultural y multidisciplinaria.

De manera similar, Caira-Chuquineyra et al. (2024), en un estudio realizado en Perú, hallaron una asociación significativa entre la VPI y un mayor riesgo de embarazo no deseado (RPa = 1,07; IC 95 %: 1,05–1,10). Este resultado coincide con los hallazgos de la presente investigación y sugiere que dicha asociación puede estar influenciada por factores como el lugar de residencia, el nivel de conocimiento y la consejería en salud fértil y sexual (3).

Uno de los resultados más destacados del estudio fue la marcada asociación entre la violencia psicológica y el embarazo no planificado (RPa = 1,20; IC al 95 %: 1,12–1,28). Este hallazgo indica que las mujeres expuestas a violencia psicológica presentaron una probabilidad un 20 % mayor de experimentar un embarazo no deseado en comparación con aquellas que no reportaron este tipo de violencia, tras ajustar por variables confusoras como la edad, el nivel educativo, el estado civil y otras características sociodemográficas relevantes.

La violencia psicológica se identificó como la forma más prevalente de violencia de pareja íntima (VPI) en la muestra (10,08 %). Esta cifra difiere del estudio realizado por Stiller et al. (2022) en Kenia, donde se investigó la prevalencia de la VPI durante el embarazo. En dicho estudio, el 78,6 % de las mujeres reportó violencia física, mientras que el 67,8 % indicó haber sufrido violencia psicológica, lo que representa un porcentaje considerable. Por ello, también debe reconocerse la relevancia de la violencia psicológica (24).

Este tipo de violencia puede afectar gravemente la autonomía reproductiva de las mujeres, al reducir su capacidad de negociación dentro de la relación de pareja y restringir su acceso a

métodos anticonceptivos. Por ejemplo, la coerción psicológica puede generar miedo o dependencia hacia la pareja, dificultando que las mujeres tomen decisiones informadas y autónomas sobre su salud fértil. Los resultados sugieren que la violencia psicológica tiene un efecto significativo en la toma de decisiones sobre la salud reproductiva, incluso en ausencia de violencia física o sexual. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas de Barón-Lozada et al. (2022), realizadas en Perú, donde se identificó que las mujeres con bajo nivel de autonomía tienen mayor probabilidad de sufrir VPI (RPa = 1,15; IC al 95 %: 1,01–1,31) en comparación con aquellas que tienen una alta autonomía, lo que les permite tomar sus propias decisiones y ejercer mejor control sobre sus recursos económicos, materiales y sociales, ya sea de manera individual o en colaboración con su cónyuge o pareja (27).

Sin embargo, la literatura científica sobre este tema sigue siendo escasa, particularmente en contextos como el peruano. Por ello, futuras investigaciones deberían abordar con mayor profundidad esta asociación. La violencia física también evidenció una asociación estadísticamente relevante con el embarazo no planificado (RPa = 1,17; IC al 95 %: 1,08–1,27). Este resultado indica que las mujeres sometidas a violencia física tienen un 17 % más de probabilidades de enfrentar un embarazo no deseado en comparación con aquellas que no sufrieron este tipo de violencia.

Aunque la prevalencia de la violencia física fue menor (6,71 %) en relación con la violencia psicológica, sus efectos sobre la salud reproductiva siguen siendo igualmente preocupantes. Investigaciones preliminares como la de Campoverde et al. (2022) identificaron que la mayoría de las mujeres de su estudio sufrió violencia física en los últimos 12 meses (RPa = 4,7; IC al 95 %: 4,1–5,4), mientras que un menor porcentaje no fue víctima de este tipo de violencia, lo que resulta análogo a los hallazgos del presente estudio (28).

Las mujeres que sufrieron violencia física mostraron un mayor riesgo de experimentar un embarazo no deseado, incluso tras ajustar por características sociodemográficas como el nivel educativo y el índice de riqueza. Esto indica que la violencia física no solo compromete la salud física de las mujeres, sino que también tiene implicaciones directas en su capacidad para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud fértil.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar modelos de intervención integral que combinen atención médica con apoyo psicosocial dirigido a mujeres víctimas de violencia física. En el Perú, existen diversos programas y políticas destinados a prevenir y contrarrestar la violencia de pareja, como el programa “Casa Refugio”, implementado a través del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), que ofrece un espacio seguro para mujeres víctimas

de violencia de pareja y familiar. Este programa brinda refugio temporal, apoyo psicológico, orientación legal y programas de reinserción social y laboral para las víctimas y sus hijos (48). También se cuenta con la “Línea 100”, disponible las 24 horas del día, que permite a las personas solicitar ayuda en casos de violencia doméstica.

Además, los “Centros de Emergencia Mujer (CEM)” ofrecen atención integral a mujeres víctimas de violencia, proporcionando orientación legal, atención psicológica y acompañamiento en procesos judiciales (49). Los “Centros de Atención Institucional (CAI)” del Programa Nacional Aurora buscan sensibilizar a los agresores y modificar sus conductas violentas mediante herramientas brindadas por psicólogos y especialistas en violencia familiar (50).

La implementación de programas y políticas orientadas a la erradicación de la violencia de pareja es fundamental. No obstante, persisten desafíos en términos de cobertura y accesibilidad, especialmente en zonas rurales. Asimismo, resulta crucial mejorar la coordinación entre instituciones como la policía, los juzgados y los hospitales, a fin de agilizar los procesos y garantizar una atención integral.

El análisis evidenció que la violencia sexual presentó la asociación más fuerte con el embarazo no deseado (RPa = 1,43; IC al 95 %: 1,30–1,59), a pesar de ser la menos prevalente en la muestra (1,32 %). Las mujeres que experimentaron este tipo de violencia tuvieron un 43 % más de probabilidad de enfrentar un embarazo no deseado en comparación con aquellas que no la sufrieron. Caira-Chuquineyra et al. (2024) identificaron una relación significativa entre la violencia sexual y el embarazo no deseado (RPa = 1,14; IC al 95 %: 1,09–1,18), resultados similares a los obtenidos en el presente estudio. (3).

Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar políticas públicas orientadas a mitigar las consecuencias de la violencia sexual en la salud reproductiva. Es esencial garantizar el acceso oportuno a anticoncepción de emergencia y a servicios integrales de salud mental para las mujeres afectadas. Además, futuras investigaciones deberían analizar cómo las normas socioculturales influyen en la percepción, denuncia y abordaje de la violencia sexual en contextos como el peruano, donde ciertos factores pueden perpetuar la vulnerabilidad y el silencio de las víctimas.

Un aspecto relevante de este estudio fue el análisis del efecto acumulativo de la polivictimización. Los resultados mostraron que las mujeres que sufrieron tres tipos de violencia simultáneamente presentaron un riesgo significativamente mayor de embarazo no deseado (RPa = 1,55; IC al 95 %: 1,38–1,74). Este hallazgo indica que la exposición a múltiples formas de abuso

incrementa en un 55 % la probabilidad de experimentar una gestación no planificada en comparación con quienes no reportaron violencia.

Estos datos refuerzan la importancia de comprender la violencia de manera integral, considerando no solo sus manifestaciones individuales, sino también sus efectos acumulativos. Investigaciones previas han identificado una relación entre la polivictimización y los embarazos no planificados. Laursen et al. encontraron que, por cada incremento de una desviación estándar en la exposición a la violencia, las probabilidades de mantener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva aumentaban en un 69 % (OR = 1,69; IC al 95 %: 1,27–2,25), mientras que la probabilidad de haber experimentado un embarazo se incrementaba en un 87 % (OR = 1,87; IC al 95 %: 1,36–2,57) (51). Estas asociaciones permanecieron estadísticamente significativas incluso después de controlar variables demográficas, psicosociales e interpersonales.

En otra investigación relevante, Reidy et al. exploraron cómo la victimización por violencia sexual en la adolescencia temprana podía estar vinculada a un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia media. En su muestra, el 8.2% de las niñas reportaron haber sido víctimas de violencia sexual al inicio del estudio. Durante el seguimiento, el 4.0% de estas niñas indicaron haber estado involucradas en uno o más embarazos. Los resultados mostraron que la victimización por violencia sexual al comienzo del estudio estaba significativamente asociada con un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia media para las niñas, aunque esta relación no se observó en los niños (52). Ambos estudios subrayan la importancia de abordar la violencia y la victimización como factores clave que pueden influir en los comportamientos sexuales de riesgo y los embarazos no deseados durante la adolescencia, especialmente en las mujeres.

Los hallazgos del presente estudio evidencian la importancia de adoptar un enfoque integral para abordar la violencia de pareja íntima (VPI), considerando no solo cada tipo de violencia de forma aislada, sino también sus interacciones acumulativas. Es imperativo desarrollar estrategias que permitan identificar y brindar apoyo inmediato a las mujeres expuestas a múltiples formas de violencia, ya que constituyen un grupo especialmente vulnerable a las repercusiones negativas en su salud reproductiva. Estos resultados pueden servir como base para que los gobiernos diseñen políticas más efectivas en la prevención y mitigación de la VPI, reduciendo desigualdades y promoviendo intervenciones de mayor impacto en contextos como el peruano.

Conclusiones

1. Los resultados de este estudio revelan que la violencia de pareja íntima (VPI) está significativamente relacionada con un mayor riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil. Aquellas que experimentaron algún tipo de VPI (física, psicológica o sexual) presentaron una probabilidad considerablemente mayor de tener embarazos no planificados, lo que subraya la necesidad urgente de diseñar e implementar estrategias de prevención de la violencia de género en los programas de salud reproductiva.
2. La violencia física mostró una asociación significativa con el embarazo no deseado, aumentando el riesgo en un 17 % (IC al 95 %: 1,08–1,27; $p < 0,001$) en las mujeres afectadas. Este hallazgo resalta la importancia de considerar la violencia física como un indicador de riesgo clave en los programas de salud reproductiva.
3. La violencia psicológica ejercida por la pareja íntima también se asoció con el embarazo no deseado, incrementando la probabilidad en un 20 % (IC al 95 %: 1,12–1,28; $p < 0,001$) en las mujeres que la experimentaron. Estos resultados enfatizan la necesidad de fortalecer las políticas públicas dirigidas a prevenir y abordar las formas de abuso emocional.
4. La violencia sexual dentro de la pareja íntima presentó la asociación más fuerte con el embarazo no deseado, aumentando el riesgo en un 43 % (IC al 95 %: 1,30–1,59; $p < 0,001$) en mujeres en edad fértil. Estos hallazgos evidencian la gravedad de este tipo de abuso y la urgencia de desarrollar políticas integrales para mitigar sus consecuencias en la salud y bienestar de las mujeres afectadas.
5. La polivictimización incrementó significativamente la probabilidad de embarazo no deseado en mujeres que experimentaron tres formas de violencia, con un aumento del 55 % (IC al 95 %: 1,38–1,74; $p < 0,001$). Estos resultados destacan la necesidad de implementar estrategias de intervención coordinadas entre múltiples instituciones para brindar apoyo efectivo a las mujeres víctimas de diversas formas de violencia.

Recomendaciones

1. Se recomienda al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) integrar de manera efectiva la prevención de la violencia de género en las políticas de salud pública mediante la promoción de programas educativos que generen conciencia sobre la violencia en la pareja íntima (VPI) y fomenten la autodeterminación reproductiva de las mujeres. Además, es necesario fortalecer la colaboración intersectorial entre las instituciones de salud, educación y justicia para abordar este problema de manera integral.
2. Al Ministerio de Salud del Perú (MINSA) se le recomienda establecer protocolos específicos en los centros de salud para la detección y el manejo temprano de la violencia física de pareja. Es fundamental capacitar al personal médico y a otros profesionales de la salud en la identificación de indicadores de maltrato, la provisión de atención empática y la derivación de las afectadas a redes de apoyo especializadas. Asimismo, se debe garantizar la difusión de los canales de atención confidenciales del MINSA, donde las mujeres puedan expresar su situación sin temor a juicios o consecuencias adversas, asegurando así una respuesta oportuna y respetuosa.
3. Se recomienda al MINSA promover campañas de sensibilización sobre los efectos de la violencia psicológica en la salud integral, destacando su impacto en la estabilidad emocional y la toma de decisiones reproductivas. Es necesario desarrollar servicios de apoyo psicológico accesibles, tanto en centros de salud como en el entorno comunitario, que acompañen a las afectadas en su proceso de recuperación y les brinden herramientas para fortalecer su autonomía.
4. Al Poder Judicial y al Ministerio Público se les recomienda reforzar el marco legal para la protección de las mujeres víctimas de violencia, especialmente frente a agresiones sexuales dentro de las relaciones de pareja. Asimismo, resulta prioritario garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual, incluyendo atención postagresión, métodos anticonceptivos de emergencia y seguimiento médico sin restricciones económicas o geográficas.
5. Se recomienda al MINSA y al MIDIS diseñar programas de intervención integral que aborden las múltiples formas de violencia (polivictimización) que afectan a las mujeres, ofreciendo atención médica, terapia psicológica y asesoría legal. Para ello, es imprescindible la creación de equipos multidisciplinarios en instituciones públicas y privadas, capacitados para atender cada caso con empatía y desde una perspectiva de derechos humanos.

Bibliografía

1. Violencia contra la mujer [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. El Perú registró 146 casos de feminicidio en el año 2023 [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1003631-el-peru-registro-146-casos-de-feminicidio-en-el-ano-2023>
3. Caira-Chuquineyra B, Fernandez-Guzman D, Cortez-Soto AG, Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Toro-Huamanchumo CJ. Association between intimate partner violence and pregnancy intention: evidence from the Peruvian demographic and health survey. *BMC Women's Health*. 24 de febrero de 2024;24(1):140.
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2024 [Internet]. [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/3364616-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024>
5. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/queesendes.asp>
6. 3364616-ficha-tecnica-2024.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3530353/3364616-ficha-tecnica-2024.pdf?v=1707932239>
7. Prioridades de Investigación el ESSALUD 2023 - 2025 [Internet]. IETSI. 2023 [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/prioridades-de-investigacion-el-essalud-2023-2025/>
8. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet*. enero de 2013;120(1):3-9.
9. Muluneh MD, Francis L, Agho K, Stulz V. The Relationship Between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy: Eastern Sub Saharan African Countries' Analysis of Demographic and Health Surveys. *J Interpers Violence*. abril de 2023;38(7-8):5375-403.
10. Tiruye TY, Harris ML, Chojenta C, Holliday E, Loxton D. Intimate partner violence against women in Ethiopia and its association with unintended pregnancy: a national cross-sectional survey. *Int J Public Health*. diciembre de 2020;65(9):1657-67.
11. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. febrero de 2008;100(2):104-8.
12. Perales MT, Cripe SM, Lam N, Sanchez SE, Sanchez E, Williams MA. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence Against Women*. febrero de 2009;15(2):224-50.
13. Ayala Quintanilla BP, Pollock WE, McDonald SJ, Taft AJ. Intimate partner violence and severe acute maternal morbidity in the intensive care unit: A case-control study in Peru. *Birth*. marzo de 2020;47(1):29-38.

14. WHO_RHR_12.36_spa.pdf [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;jsessionid=A3BD24D68EB7D66CD3C055D58B16DF5F?sequence=1
15. ONU Mujeres – América Latina y el Caribe [Internet]. 2023 [citado 3 de noviembre de 2024]. Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. Disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/stories/noticia/2023/11/hechos-y-cifras-poner-fin-a-la-violencia-contra-las-mujeres>
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-356-de-mujeres-de-entre-15-y-49-anos-ha-sido-victima-de-violencia-familiar-en-los-ultimos-12-meses-14657/>
17. Nuñez-Ochoa MJ, Moquillaza-Alcántara VH, Díaz-Tinoco CM. Violencia física durante el embarazo en el Perú: Proporción, distribución geográfica y factores asociados, 2016-2018. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 30 de junio de 2022;15(2):199-204.
18. Intimate Partner Violence [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2012/02/intimate-partner-violence>
19. Tozzini JD, Breña WH. Balance de investigación 2016-2021 y agenda 2021 - 2026: Desigualdades de género y violencia contra las mujeres.
20. Pallitto CC, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. *Soc Sci Med*. mayo de 2005;60(10):2205-16.
21. Zakar R, Nasrullah M, Zakar MZ, Ali H. The association of intimate partner violence with unintended pregnancy and pregnancy loss in Pakistan. *Int J Gynaecol Obstet*. abril de 2016;133(1):26-31.
22. Motlagh ME, Shirvani SDN, Hassanzadeh-Rostami Z, Torkestani F, Rabiee SM, Amiri HA, et al. Prevalence, Associated Factors and Consequences of Unwanted Pregnancy in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. agosto de 2020;49(8):1530.
23. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 21 de febrero de 2022;45:e34.
24. Stiller M, Bärnighausen T, Wilson ML. Intimate partner violence among pregnant women in Kenya: forms, perpetrators and associations. *BMC Women's Health*. 7 de junio de 2022;22(1):210.
25. UNFV_FMHU_Santiago_Colquepisco_Raquel_Marleny_Titulo_profesional_2022.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5669/UNFV_FMHU_Santiago_Colquepisco_Raquel_Marleny_Titulo_profesional_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Burgos-Muñoz RM, Soriano-Moreno AN, Bendezu-Quispe G, Urrunaga-Pastor D, Toro-Huamanchumo CJ, Benites-Zapata VA. Intimate partner violence against reproductive-age women and associated factors in Peru: evidence from national surveys, 2015–2017. *Heliyon*. 6 de julio de 2021;7(7):e07478.

27. Barón-Lozada FA, Basualdo-Meléndez GW, Vargas-Fernández R, Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G. Women's Autonomy and Intimate Partner Violence in Peru: Analysis of a National Health Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 3 de noviembre de 2022;19(21):14373.
28. Campoverde F, de Las Casas M, Blitchtein-Winicki D. Is There an Association between Being a Victim of Physical Violence by Intimate Partner and Binge Drinking in Men and Women? Secondary Analysis of a National Study, Peru 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 3 de noviembre de 2022;19(21):14403.
29. Silva-Burga A, Al-kassab-Córdova A, Maguina JL. Association Between Intimate Partner Violence and Depressive Symptoms among Women Aged 15 to 45 Years in Peru: A Three-Year Analysis of the Demographic and Health Survey. *Violence Against Women*. 1 de octubre de 2022;28(12-13):3060-72.
30. Terrazas J, Blitchtein D. Rural-urban migration as a factor associated with physical and sexual intimate partner violence Peru 2015-2017: a secondary analysis of a national study. *BMC Womens Health*. 12 de marzo de 2022;22(1):67.
31. Calvo_BI.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667368/Calvo_BI.pdf?sequence=3&isAllowed=y
32. Medrano LVP, Loarte MAG, Visconti-Lopez FJ, Azañedo D, Vargas-Fernández R. Physical Violence during Pregnancy and Its Implications at Birth: Analysis of a Population Survey, 2019. *Healthcare*. enero de 2023;11(1):33.
33. ONU Mujeres [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2024]. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
34. Aliaga Chávez AP. Intención de embarazo, cuidados prenatales y lactancia materna en el Perú: un subanálisis de la ENDES 2016 [Internet] [Licenciatura]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2018 [citado 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10757/624193>
35. Social & Economic Factors | County Health Rankings & Roadmaps [Internet]. [citado 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.countyhealthrankings.org/health-data/health-factors/social-economic-factors>
36. Salud materna (Parte 1).pdf [Internet]. [citado 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3098342/Salud%20materna%20%28Parte%201%29.pdf?>
37. Muñoz JM, Echeburúa E. Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*. 1 de enero de 2016;26(1):2-12.
38. Jiménez MVJ, López MJC. Percepción de la violencia psicológica hacia la mujer en la relación de pareja y sexismo en adolescentes en acogimiento residencial: comparación con un grupo de adolescentes no institucionalizados. *Revista Española de Investigación Criminológica*. 7 de julio de 2020;18(1):1-21.

39. Tourné García M, Herrero Velázquez S, Garriga Puerto A. Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atención Primaria*. 1 de noviembre de 2024;56(11):102903.
40. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar [Internet]. [citado 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
41. High rates of unintended pregnancies linked to gaps in family planning services: New WHO study [Internet]. [citado 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
42. Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A, Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. febrero de 2022;87(1):11-8.
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. McGraw Hill España; 2014 [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
44. KIANI AK, NAUREEN Z, PHEBY D, HENEHAN G, BROWN R, SIEVING P, et al. Methodology for clinical research. *J Prev Med Hyg*. 17 de octubre de 2022;63(2 Suppl 3):E267-78.
45. Lau F. Chapter 12 Methods for Correlational Studies. En: *Handbook of eHealth Evaluation: An Evidence-based Approach* [Internet] [Internet]. University of Victoria; 2017 [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481614/>
46. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian J Dermatol*. 2016;61(3):261-4.
47. FICHA_TECNICA_ENDES_2023.pdf.
48. publicaciones-sobre-hogares-refugio-temporal.pdf [Internet]. [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/novedades/publicaciones-sobre-hogares-refugio-temporal.pdf>
49. Servicios para atender casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar [Internet]. 2025 [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/479-servicios-para-atender-casos-de-violencia-contra-las-mujeres-e-integrantes-del-grupo-familiar>
50. MIMP: Servicio reeducativo para hombres procesados por violencia de género inician sus labores presenciales [Internet]. [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/aurora/noticias/286981-mimp-servicio-reeducativo-para-hombres-procesados-por-violencia-de-genero-inician-sus-labores-presenciales>
51. Laursen L, Hebert L, Newton S, Norcott C, Gilliam M. Community Violence Exposure and Adolescent Pregnancy in Chicago. *J Interpers Violence*. enero de 2022;37(1-2):NP742-56.
52. Reidy DE, Bhochhibhoya S, Baumler ER, Peskin MF, Emery ST, Shegog R, et al. Sexual violence in early adolescence is associated with subsequent teen pregnancy and parenthood. *Prev Med*. junio de 2023;171:107517.

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Título: Relación entre violencia de pareja y embarazo no deseado: Análisis estadístico de los datos de ENDES 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la asociación entre violencia de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, ENDES 2023?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS - ¿Cuál es la asociación entre la violencia física de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023? - ¿Cuál es la asociación entre violencia psicológica de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023? - ¿Cuál es la asociación entre violencia sexual de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023? - ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes en Perú, ENDES 2023?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la asociación entre violencia de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS - Determinar la asociación entre la violencia física de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023 - Determinar la asociación entre violencia psicológica de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023 - Determinar la asociación entre violencia sexual de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023 - Determinar las características sociodemográficas de las gestantes en Perú, ENDES 2023</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe asociación significativa entre violencia de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS - Existe asociación significativa entre la violencia física de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023. - Existe asociación significativa entre violencia psicológica de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023. - Existe asociación significativa entre violencia sexual de pareja íntima y embarazo no deseado en Perú, según ENDES 2023.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Violencia de pareja íntima (Violencia física, psicológica y sexual)</p> <p>VARIABLES DEPENDIENTES Embarazo no deseado (V225)</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES Factores sociodemográficos (Edad, nivel educativo, lugar de residencia, nivel de riqueza, etc.)</p>	<p>METODO: científico hipotético deductivo.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: El presente trabajo es analítico, de nivel descriptivo relacional, no experimental transversal y retrospectivo.</p> <p>POBLACIÓN: Mujeres en edad fértil que respondieron la ENDES 2023</p> <p>Tipo de Muestra La muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental, por área urbana y rural.</p> <p>MUESTRA: Muestreo según ENDES, El tamaño de la muestra programada anual de la ENDES es de 36 760</p> <p>INSTRUMENTO: Encuesta ENDES 2023</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS: Microsoft Excel para Windows 11 y luego el programa estadístico STATA v17.</p>

Anexo 2. Ficha Validada por Expertos

TABLA DE MODULOS SELECCIONADOS PARA EL ANÁLISIS ESTADISTICO: Relación Entre Violencia de Pareja y embarazo no deseado: Análisis Estadístico de los Datos de ENDES 2023.					
VARIABLE	DIMENSION	MÓDULO ENDES 2023	Código de variable	Pregunta según ENDES 2023	Valores y descripción según ENDES 2023 sin recategorizar.
VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	REC84DV	D103A	Su esposo/compañero alguna vez le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D103B	Su esposo/compañero la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D103C	Su esposo/compañero siempre insulta o hace sentir mal	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D103D	Su esposo/compañero la ha amenazado con irse de casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D101A	Su esposo/compañero se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre	0: No, 1: Sí, 8: No sabe
			D101B	Su esposo/compañero la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel	0: No, 1: Sí, 8: No sabe
			D101C	Su esposo/compañero le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades	0: No, 1: Sí, 8: No sabe
			D101D	Su esposo/compañero trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia	0: No, 1: Sí, 8: No sabe
			D101E	Su esposo/compañero insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)	0: No, 1: Sí, 8: No sabe
	D101F	Su esposo/compañero desconfía (desconfiaba) de Ud. con el dinero	0: No, 1: Sí, 8: No sabe		
	VIOLENCIA FÍSICA	REC84DV	D106	Experimentó cualquier violencia menos severa (D105 A, B, C o D)	0: No, 1: Sí (D105 A, B, C o D)
			D107	Experimentó cualquier violencia severa (D105 E, F o G)	0: No, 1: Sí (D105 E, F o G)
			D108	Experimentó cualquier violencia sexual (D105 H o I)	0: No, 1: Sí (D105 H o I)
			D105A	Su esposo/compañero alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D105B	Su esposo/compañero alguna vez la abofeteó o le retorció el brazo	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D105C	Su esposo/compañero alguna vez la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D105D	Su esposo/compañero alguna vez la ha pateado o arrastrado	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D105E	Su esposo/compañero alguna vez trató de estrangularla o quemarla	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
			D105F	Su esposo/compañero alguna vez la amenazó con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
D105G	Su esposo/compañero alguna vez la atacó/agredió con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca			

VIOLENCIA FÍSICA	REC84DV	D106	Experimentó cualquier violencia menos severa (D105 A, B, C o D)	0: No, 1: Sí (D105 A, B, C o D)
		D107	Experimentó cualquier violencia severa (D105 E, F o G)	0: No, 1: Sí (D105 E, F o G)
		D108	Experimentó cualquier violencia sexual (D105 H o I)	0: No, 1: Sí (D105 H o I)
		D105A	Su esposo/compañero alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105B	Su esposo/compañero alguna vez la abofeteó o le retorció el brazo	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105C	Su esposo/compañero alguna vez la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105D	Su esposo/compañero alguna vez la ha pateado o arrastrado	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105E	Su esposo/compañero alguna vez trató de estrangularla o quemarla	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105F	Su esposo/compañero alguna vez la amenazó con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105G	Su esposo/compañero alguna vez la atacó/agredió con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105J	Su esposo/compañero alguna vez le retorció el brazo o tiró de su cabello	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
VIOLENCIA SEXUAL	REC84DV	D105H	Su esposo/compañero alguna vez ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales, aunque usted no quería	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
		D105I	Su esposo/compañero alguna vez la obligó a realizar actos sexuales que Ud. no aprueba	0: No, 1: Frecuentemente, 2: Algunas veces, 3: Nunca
INTENCIÓN DE EMBARAZO	REC41	M10	Cuándo quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	1: Entonces, 2: Esperar más, 3: No quería más

Anexo 3. Informes de Validación por Expertos del Instrumento de Recolección de Datos.



INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Karen Juonne De La Vega Portugal
Profesión y Grado Académico	Médico Cirujano: Mg. Psicología educativa
Especialidad	
Institución y años de experiencia	Universidad continental. Docencia 19 años.
Cargo que desempeña actualmente	gestora de Asuntos Académicos.

Puntaje del Instrumento Revisado: 20

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()

Título del proyecto:




Nombres y apellidos: Karen J. De La Vega Portugal.

DNI: 20112120

COLEGIATURA: 42535.

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Sara Melo Marmolejo
Profesión y Grado Académico	Médico Cirujano Especialista en Ginecología y Obstetricia.
Especialidad	Ginecología y Obstetricia.
Institución y años de experiencia	Hospital Nacional Ramiro Pralé Pralé 3 años de experiencia.
Cargo que desempeña actualmente	Asistente en la especialidad de Ginecología y Obstetricia

Puntaje del Instrumento Revisado: 25 puntos

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto: Relación Entre Violencia de Pareja Íntima
y Embarazo no Deseado: Análisis
de la Encuesta Nacional ENDES 2023


Sara A. Melo Marmolejo
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
C.M.P. 75592 - R.N.E. 46399

Nombres y apellidos:

DNI: 47024807

COLEGIATURA: 75592

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Luis Berrios Pacheco
Profesión y Grado Académico	Médico Cirujano Especialista en Ginecología y Obstetricia
Especialidad	Ginecología y Obstetricia
Institución y años de experiencia	Hospital Nacional Ramiro Priate Priate 22 años de experiencia
Cargo que desempeña actualmente	Asistente en la especialidad de Ginecología y Obstetricia

Puntaje del Instrumento Revisado: 25 puntos

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto: Relación Entre Violencia de Pareja Íntima y Embarazo no Deseado : Análisis de la Encuesta Nacional ENDES 2023


Luis Berrios Pacheco
GINECOLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 31709 - R.N.E. 15473
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIATE PRIATE


Nombres y apellidos:

DNI: 20407962

COLEGIATURA: 31709

Anexo 4. Aprobación Ética



Huancayo, 31 de diciembre del 2024

OFICIO N°1217-2024-CIEI-UC

Investigadores:

EVELYN JHANET FIDEL ROSALES
ANGELLI AHISA CARDENAS POMA
JEAN FRANCO QUISPE CAÑARI

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA Y EMBARAZO NO DESEADO: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL ENDES 2023.**

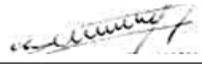
Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente




Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Anexo 5. Matriz de Operacionalización de Variables

Título: Relación entre violencia de pareja y embarazo no deseado: Análisis estadístico de los datos de ENDES 2023

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	CODIGO DE PREGUNTA ENDES	OPERACIONALIZACIÓN		
						INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
EMBARAZO NO DESEADO	Percepción, planificación y deseo de una mujer sobre su embarazo.	Identificación del deseo del embarazo según el autoinforme de la mujer en la ENDES.	Intención de embarazo y características de la mujer en edad fértil.	Intención de embarazo de la mujer	Pregunta M10: "Cuando usted se embarazó, ¿quiso quedarse embarazada en ese momento, quiso esperar más tiempo o no quiso tener (más) hijos?"	0 = Deseado, 1 = No deseado	Nominal	Categórica
				Características sociodemográficas de la mujer en edad fértil.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es su edad actual? - ¿Cuál es su nivel educativo? - ¿Cuál es su estado civil? - ¿Cuál es su nivel de riqueza? - ¿Dónde reside actualmente? - "¿Región a la que pertenece?" - "¿Con qué grupo étnico se identifica?" - "¿Cuál es su lengua materna?" - "¿Tiene seguro de salud?" - "¿Cuántos hijos vivos tiene?" - "¿Usó algún método anticonceptivo antes del embarazo?" 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de años - Nivel alcanzado - Estado civil - Nivel de riqueza - Lugar de residencia - Región donde vive - Etnia a la que pertenece - Lengua de nacimiento - Si/No - Número de hijos - Si/No 	<ul style="list-style-type: none"> - Razón - Nominal - Razón - Nominal - Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativa discreta - Categórica - Cuantitativa discreta - Cuantitativa - Categórica
VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA	Uso intencional de la fuerza para causar daño corporal.	Registro de episodios de violencia física por parte de la pareja.	Violencia Física	Empujones, sacudidas o lanzamiento de objetos, bofetadas o torsión del brazo, golpes con el puño	Preguntas: D106, D107, D108, D105A, D105B, D105C, D105D, D105E, D105F, D105G, D105J	0 = No, 1 = Sí	Nominal	Categórica

	Maltrato emocional mediante amenazas, humillaciones o control coercitivo.	Frecuencia de insultos y humillaciones por parte de la pareja.	Violencia Psicológica	Humillación y desvalorización, insultos y ofensas, amenazas de daño, amenazas de abandono o daño económico. Celos y desconfianza, acusaciones de infidelidad, restricción de relaciones sociales, supervisión extrema de actividades, control financiero.	Preguntas: D103A, D103B, D103C, D103D, D101A, D101B, D101C, D101D, D101E, D101F.	0 = No, 1 = si	Nominal	Categórica
	Coerción para realizar actos sexuales sin consentimiento.	Frecuencia de coerción sexual por parte de la pareja.	Violencia Sexual	Uso de la fuerza física para imponer relaciones sexuales. Obligación de realizar actos sexuales no consentidos.	Pregunta: D105H, D105I	0 = No, 1 = si	Nominal	Categórica
	Exposición a múltiples formas de violencia dentro de la relación de pareja.	Evaluación de la coexistencia de violencia psicológica, física y/o sexual	Polivictimización	Víctima de más de un tipo de violencia	¿Cuántos tipos de violencia ha experimentado?	0 = Ningún tipo de violencia, 1 = Solo un tipo de violencia, 2 = Dos tipos de violencia, 3 = Tres tipos de violencia	Ordinal	Categórica

