



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**Asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad  
adicional no deseada: análisis secundario de la ENDES  
2022**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**AUTOR**

Silvio Tadeo ARGÜERO FLORES

**ASESOR**

Mg. Santiago Guillermo CABRERA RAMOS

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Argüero S. Asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada: análisis secundario de la ENDES 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2023.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Silvio Tadeo Argüero Flores
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70493869
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0001-3638-0709">https://orcid.org/0009-0001-3638-0709</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Santiago Guillermo Cabrera Ramos
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08799819
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4597-1049">https://orcid.org/0000-0003-4597-1049</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Juan Francisco Rivera Feijoó
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10277436
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Shermany Francisco Arones Guevara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08748481
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Edith Maritza Paz Carrillo

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25638918
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Marzo 2023 - Julio 2023
URL de disciplinas OCDE	Salud pública, Salud ambiental <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a>



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA

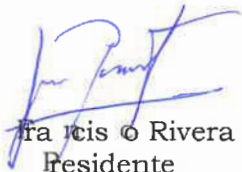



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

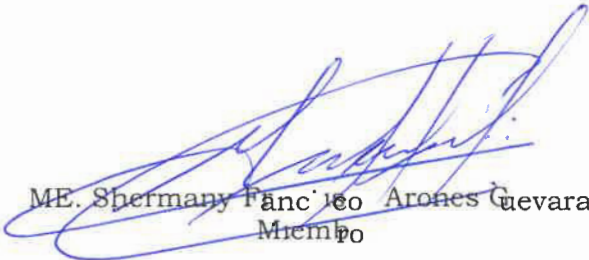
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

Siendo las 12:30 horas del quince de setiembre del año dos mil veintitrés, en la Sala de Sesiones de la Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Juan Francisco Rivera Feijóo (Presidente), Edith Maritza Paz Carrillo (Miembro), Shermany Francisco Arones Guevara (Miembro) y Santiago Guillermo Cabrera Ramos (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **“ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LA FECUNDIDAD ADICIONAL NO DESEADA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENDES 2022”** presentado por el Bachiller **Silvio Tadeo Argüero Flores**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano habiendo obtenido el calificativo de..... *dieciocho* ..... ( *18* ).

  
Dr. Juan Francisco Rivera Feijóo  
Residente

  
Mg. Edith Maritza Paz Carrillo  
Miembro

  
ME. Shermany Francisco Arones Guevara  
Miembro

  
Mg. Santiago Guillermo Cabrera Ramos  
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
Escuela Profesional de Medicina Humana

  
.....  
DRA. ESTELA DELGADO VÁSQUEZ  
Directora



UNMSM

Firmado digitalmente por IZAGUIRRE  
SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 20.09.2023 10:20:10 -05:00



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

Universidad del Perú. Decana de América

**Vicerrectorado de Investigación y Posgrado**



## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Santiago Guillermo Cabrera Ramos** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° **003026-2023-D-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es **“ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LA FECUNDIDAD ADICIONAL NO DESEADA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENDES 2022”**, presentado por el bachiller **Silvio Tadeo Argüero Flores** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **9%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**. Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor

DNI: 08799819

**Santiago Guillermo Cabrera Ramos**

22/08/2023.



Huella digital

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia por su apoyo y paciencia constante, por motivarme a ser mejor persona y a saber más cada día y por celebrar cada logro como si fuese de ellos.

A mi asesor, Dr. Santiago Cabrera, por las oportunidades de aprendizaje brindadas y por su apoyo y buena voluntad en el desarrollo de esta tesis.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por haberme acogido durante estos años y lograr convertirme en un profesional aficionado por su carrera.

Gracias.

Atentamente.

Silvio Tadeo Argüero Flores.



## DEDICATORIA

A Nicolás Flores García, Pacho, por haber sido el mejor médico que he podido conocer, por haber sembrado la curiosidad en mí y porque ahora solo intento seguir sus pasos.

A Virginia Cazenave Lanzani, Tata, porque su inmensurable amor sigue irradiando mis días y guiando cada paso que doy.

A Reyna Flores Cazenave por la fortaleza necesaria para forjar y sostener a cuatro hijos ya profesionales, por su amor y soporte constante durante este largo camino y por ser quien me motiva a seguir cumpliendo metas.

# ÍNDICE GENERAL

<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	vi
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1. Planteamiento del problema</b> .....	1
<b>1.2. Formulación del problema</b> .....	3
<b>1.3. Formulación de objetivos</b> .....	4
<b>1.3.1. Objetivo primario</b> .....	4
<b>1.3.2. Objetivos secundarios</b> .....	4
<b>1.4. Justificación del estudio</b> .....	4
<b>1.5. Limitaciones del estudio</b> .....	7
<b>1.6. Marco teórico</b> .....	8
<b>1.6.1. Antecedentes</b> .....	8
<b>1.6.2. Bases teóricas</b> .....	11
<b>1.7. Formulación de la hipótesis</b> .....	18
<b>1.7.1. Hipótesis general</b> .....	18
<b>1.7.2. Hipótesis específicas</b> .....	19
<b>CAPÍTULO II: MÉTODOS</b> .....	20
<b>2.1. Tipo y diseño de estudio</b> .....	20
<b>2.2. Población</b> .....	20
<b>2.3. Muestra</b> .....	20
<b>2.4. Criterios de selección</b> .....	21
<b>2.5. Variables y operacionalización</b> .....	22
<b>2.7. Técnicas e instrumentos</b> .....	27
<b>2.8. Plan de recolección de datos</b> .....	27
<b>2.9. Plan de análisis estadístico</b> .....	28
<b>2.10. Consideraciones éticas y consentimiento informado</b> .....	29
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b> .....	30
<b>3.1. Selección de la muestra</b> .....	30

<b>3.2. Características de la población de estudio</b> .....	31
<b>3.3. Prevalencia de violencia doméstica y fecundidad adicional no deseada</b> ....	34
<b>3.4. Factores asociados a la fecundidad adicional no deseada</b> .....	37
<b>3.5. Asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada</b> .....	40
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN</b> .....	49
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	58
<b>5.1. Conclusiones</b> .....	58
<b>5.2. Recomendaciones</b> .....	59
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	69

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de variables del estudio.....	24
<b>Tabla 2.</b> Características sociodemográficas de las mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.....	32
<b>Tabla 3.</b> Características reproductivas de las mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	33
<b>Tabla 4.</b> Prevalencia de violencia doméstica y sus tipos en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	34
<b>Tabla 5.</b> Prevalencia de fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	36
<b>Tabla 6.</b> Factores sociodemográficos asociados a la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	38
<b>Tabla 7.</b> Factores reproductivos asociados a la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.....	39
<b>Tabla 8.</b> Análisis multivariado entre la fecundidad adicional no deseada y la violencia doméstica en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.....	45
<b>Tabla 9.</b> Análisis multivariado unificado entre la fecundidad adicional no deseada y los tipos de violencia doméstica en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	48

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Flujograma del proceso de selección de la muestra del estudio.....	31
<b>Figura 2.</b> Mapa del Perú según prevalencias de violencia doméstica.....	35
<b>Figura 3.</b> Mapa del Perú según prevalencias de fecundidad adicional no deseada. ....	37
<b>Figura 4.</b> Violencia doméstica y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	40
<b>Figura 5.</b> Violencia emocional y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	41
<b>Figura 6.</b> Violencia física menos severa y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.....	42
<b>Figura 7.</b> Violencia física severa y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú. ....	43
<b>Figura 8.</b> Violencia sexual y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.....	44

## RESUMEN

**Introducción:** La violencia doméstica es un problema de salud pública prevalente con repercusiones en la salud mental, física y sexual de las mujeres. Existen muy pocos estudios que evalúen su repercusión en la fecundidad adicional no deseada (FAND), la diferencia entre la fecundidad deseada y la fecundidad observada, un indicador demográfico prevalente en el Perú que hace manifiesta la insatisfacción del ideal reproductivo.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre la violencia doméstica y la FAND en mujeres de 40 a 49 años que viven en el Perú.

**Métodos:** Estudio transversal de fuente secundaria en mujeres de 40 a 49 años de edad estudiadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2022. Se efectuó el análisis multivariado y se cuantifican las razones de prevalencia (RP) con intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

**Resultados:** El antecedente de violencia doméstica estuvo asociado con una mayor probabilidad de tener FAND (RP = 1.17, IC 95%: 1.05 – 1.31). Del mismo modo, mostraron una mayor probabilidad de FAND, el antecedente de violencia emocional (RP = 1.22, IC 95% 1.09 – 1.38), violencia física severa (RP = 1.30, IC 95%: 1.10 – 1.53) y violencia sexual (RP = 1.35, IC 95%: 1.11 – 1.65). Por el contrario, la violencia física menos severa no mostró una asociación significativa con FAND (RP = 1.10, IC 95%: 0.98 – 1.29).

**Conclusiones:** La violencia doméstica, y sus tipos emocional, física severa y sexual, mostraron asociación con una mayor probabilidad de fecundidad no deseada entre las mujeres entre 40 a 49 años que viven en el Perú. En consecuencia, este estudio brinda nueva evidencia preliminar acerca del efecto de la violencia doméstica y sus tipos en la prevalencia de FAND en el Perú.

**Palabras clave:** violencia doméstica, violencia emocional, violencia física, violencia sexual, fecundidad adicional no deseada, Perú.

## ABSTRACT

**Background:** Domestic violence is a prevalent public health problem with consequences on mental, physical and sexual health of women. There are very few studies that evaluate its impact on unwanted fertility (UWF), the difference between desired fertility and observed fertility, a prevalent demographic indicator in Peru that manifests dissatisfaction with the reproductive ideal.

**Objective:** To evaluate the association between domestic violence and UWF in women aged 40 and 49 living in Peru.

**Methods:** Cross-sectional secondary data analysis of women aged 40 to 49 years studied in the Demographic and Family Health Survey (ENDES) in 2022. Multivariate analysis was performed and prevalence ratios (PR) were calculated with confidence intervals (CI) at 95%.

**Results:** Domestic violence was associated with an increase probability of having UWF (PR = 1.17, 95% CI: 1.05 – 1.31). Similarly, a higher probability of UWF was shown with emotional violence (PR = 1.22, 95% CI: 1.09 – 1.38), severe physical violence (PR = 1.30, 95% CI: 1.10 – 1.53) and sexual violence (PR = 1.35, 95% CI: 1.11 – 1.65). In contrast, less severe physical violence association with UWF was not significant (PR = 1.10, 95% CI: 0.98 – 1.29).

**Conclusions:** Domestic violence, and its emotional, severe physical and sexual types, were associated with a higher probability of UWF in women between 40 and 49 years of age who live in Peru. Consequently, this study provides new preliminary evidence about the effect of domestic violence and its types on the prevalence of FAND in Peru.

**Keywords:** domestic violence, intimate partner violence, emotional abuse, physical violence, sexual violence, unwanted fertility, Peru.

# **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

## **1.1. Planteamiento del problema**

La violencia doméstica es un problema importante a nivel mundial y representa una transgresión directa de los derechos humanos. Acorde a las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 1 de cada 3 mujeres de 15 a 49 años en todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o previa, en mayor parte, o por terceros durante su vida (1).

Las estimaciones de prevalencia de violencia doméstica a lo largo de la vida varían según las latitudes siendo 20% en el Pacífico occidental, 22% en Europa, 25% en Norteamérica y Latinoamérica; y hasta el 33% en África (2). Los cambios



observados con el tiempo en la prevalencia de la violencia en diferentes latitudes resaltan el hecho de que esta violencia no es inevitable y que se puede prevenir.

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 1 de cada 2 mujeres entre 15 a 49 años de edad ha sufrido violencia ejercida alguna vez por su pareja. Entre los tipos de violencia, resalta la violencia emocional o psicológica que afecta a 1 de cada 2 mujeres; en segundo lugar, la violencia física que afecta a 1 de cada 3 mujeres y, finalmente, la violencia sexual que afecta a 1 de cada 15 mujeres aproximadamente (3). Del mismo modo, anualmente cerca de 100 mil mujeres peruanas acuden a establecimientos de salud por problemas relacionados a la violencia (4).

La violencia doméstica puede impactar de forma negativa a corto y largo plazo en muchas esferas de la salud de las mujeres: mental, física, sexual y reproductiva (5). En cuanto a la salud sexual y reproductiva, puede conducir a embarazos no deseados, abortos espontáneos e inducidos, muerte fetal, parto pretérmino, disfunción sexual e infecciones de transmisión sexual (5,6). Particularmente, el embarazo no deseado fue 1.7 veces más probable en mujeres que había sufrido algún tipo de violencia sexual por parte de su pareja respecto a quienes no había sufrido ningún tipo de violencia (7).

La fecundidad es la realización efectiva de la fertilidad, siendo una variable demográfica fundamental para estudiar la tendencia del crecimiento de una población (8). Durante el último medio siglo, el mundo ha sido testigo de una considerable disminución de las tasas de fecundidad en prácticamente todos los países de la Tierra (9), siendo Latinoamérica una de las regiones con el mayor declive (10). En el Perú, en un período de 36 años entre 1986 y 2022, la tasa de fecundidad varió de 4.3 a 1.9 hijos e hijas por mujer, representando un descenso del 44% (3). A pesar de esta disminución mundial, subsiste latente la disimilitud entre los valores de la fecundidad deseada y la fecundidad observada. Esta brecha se expresa como fecundidad adicional no deseada (FAND) o fecundidad no deseada (11).

Este indicador varía geográficamente de tal forma que la fecundidad deseada es mayor a la fecundidad observada en países desarrollados, por el contrario, se observa una relación opuesta en países en vías de desarrollo (12). Además, involucra diversos factores asociados como el estado marital soltero o separado, menor grado de educación, menor grado de riqueza, menor acceso a planificación familiar con anticonceptivos modernos y embarazo adolescente (13).

A diferencia de la asociación entre cualquier forma de violencia doméstica y la mayor tasa de embarazo no deseado que cuenta con múltiples estudios significativos que la respaldan (7,14-19), la asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada ha sido muy poco estudiada en la literatura nacional e internacional a pesar de la relevancia demográfica intrínseca a esta variable y sus implicancias sociales y económicas. Además, gran parte de estudios dentro de esta escasez, son de una antigüedad mayor a 5 años.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) recopila anualmente información sobre la violencia doméstica, la fecundidad deseada y la fecundidad obtenida, por lo cual resulta útil para buscar establecer la asociación del presente estudio.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existe asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada según la ENDES 2022?

## **1.3. Formulación de objetivos**

### **1.3.1. Objetivo primario**

Evaluar la asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años según la ENDES 2022.

### **1.3.2. Objetivos secundarios**

- Estimar la prevalencia de violencia doméstica y sus tipos en mujeres entre 40 y 49 años según la ENDES 2022.
- Estimar la prevalencia de fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años según la ENDES 2022.
- Identificar las variables sociodemográficas y reproductivas asociadas a la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años según la ENDES 2022.
- Evaluar la asociación entre los tipos de violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años según la ENDES 2022.

## **1.4. Justificación del estudio**

En todo el mundo, el 27% de las mujeres entre 15 a 49 años de edad han sido víctimas de violencia física y/o violencia sexual al menos en una oportunidad en la vida. Adicionalmente, el 13% de las mujeres entre 15 y 49 años ha sido

objeto de violencia física y/o violencia sexual en algún momento del último año a nivel mundial (1).

La violencia doméstica comienza desde edades tempranas. Casi 1 de cada 4 mujeres que alguna vez se casaron o tuvieron pareja entre los 15 y 19 años ha sufrido violencia física y/o violencia sexual al menos una oportunidad en la vida (20). Estas estimaciones confirman que la violencia doméstica y sus tipos siguen siendo omnipresente en la vida de las mujeres y las adolescentes en todo el mundo. Asimismo, las mujeres entre 18 y 24 años de edad tienen la prevalencia de vida más alta en violencia emocional y física; mientras que las mujeres entre 25 y 34 años, en violencia sexual (21).

Los confinamientos, el aislamiento social y las medidas gubernamentales dictaminadas a largo de la pandemia de COVID-19 y los impactos socioeconómicos producidos han permitido precipitar y aglutinar factores de riesgo para que muchas mujeres sufran de violencia doméstica por parte de sus parejas, particularmente entre las familias con factores de vulnerabilidad preexistentes, aumentando de forma alarmante las cifras de violencia doméstica, así como, un menor acceso a los servicios de salud especializados (22-25).

De la misma manera, la pandemia de COVID-19, tras limitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, se ha relacionado a un aumento sustancial en los embarazos no deseados, la fertilidad adicional no deseada, la necesidad insatisfecha de anticoncepción, el número de abortos inseguros, la mortalidad materna, entre otros problemas relacionados con las mujeres y su intención de fecundidad (26-28).

Tanto la violencia doméstica (29) como la fecundidad adicional no deseada son dos de los desafíos más críticos que enfrenta el sistema de salud pública que impone costos financieros y sociales sustanciales a la sociedad. Al afectar los indicadores de fecundidad, provoca una reducción de la calidad de vida y de la eficiencia de la mano de obra. Por lo tanto, la reducción de la incidencia de fecundidad no deseada se correlaciona con el aumento del crecimiento

económico, el desarrollo socioeconómico y la promoción de la salud pública (30,31).

La fecundidad adicional no deseada lleva, en muchos casos, a que la descendencia sea descuidada y abandonada y para convertirse en adultos jóvenes vulnerables en riesgo de ser padres a edades tempranas, creando así un ciclo iterativo de fecundidad no planificada (32).

En las últimas décadas, se han tomado medidas de prevención a nivel mundial para reducir la voluminosa prevalencia de la violencia doméstica a las mujeres en nuestras sociedades. En consecuencia, se debe esperar una reducción gradual en su prevalencia en las generaciones más jóvenes, sin embargo, los datos concernientes a la prevalencia internacional de violencia doméstica sugieren que este no es el caso (21).

Ante esto, el sector de salud tiene un rol fundamental, no solo basado en la atención médico integral, sino también en prevenir pues la violencia doméstica y la fertilidad adicional no deseada son prevenibles.

Actualmente, la evidencia, tanto internacional como nacional, que relacione directamente la exposición a violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada es muy limitada. Por lo que la realización de este estudio basado en información recolectada posterior a la pandemia de COVID-19 permitiría obtener evidencia preliminar del impacto de la violencia doméstica en la fecundidad para así reforzar políticas públicas en la detección de los factores asociados a la violencia doméstica para así intervenir de forma temprana y oportuna con la finalidad de disminuir la brecha en la fecundidad. Adicionalmente, la información obtenida en este estudio puede servir como punto de partida para próximos estudios que analicen esta asociación.

Por lo mencionado, resulta apropiada la realización de este estudio, cuya finalidad es determinar la asociación existente entre la violencia doméstica y la fertilidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años del Perú según la ENDES 2022.

## **1.5. Limitaciones del estudio**

La limitación fundamental del estudio es inherente a la transversalidad del diseño puesto que no permite corroborar la relación causal directa entre la violencia doméstica y la fertilidad adicional no deseada. Es por ello que, el presente estudio únicamente estima la dimensión de una asociación estadística, de tal forma que esta magnitud debe ser entendida y razonada de forma precavida pues resulta solo una aproximación limitada al evento real. A pesar de esto, el marco teórico esboza evidencias de un vínculo cercano entre ambas variables estudiadas, pone de manifiesto que la asociación causal de interés es admisible. En consiguiente, es posible considerar a este estudio como un primer abordaje a este tópico en el Perú.

Otras limitaciones existentes subyacentes al realizar un análisis de fuente secundaria como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar incluyen el riesgo de confusión remanente ante la presencia de otras variables, las cuales no fueron tomadas en cuenta en el estudio primario o fueron medidas de forma inexacta, el usar una encuesta cuya intención no es estudiar únicamente las variables del presente estudio, la duración prolongada de encuesta, la omisión de respuestas y el sesgo de memoria entre los encuestados.

Adicionalmente, una limitación al investigar la fecundidad no deseada es el sesgo de racionalización inherente a la estrategia retrospectiva ante la falta de voluntad para etiquetar a un parto como no deseado. Mientras que la estrategia prospectiva evita este sesgo interrogando a las encuestadas antes del embarazo, pero los informes se deben obtener meses o años antes del embarazo y, por lo tanto, es posible que exista un sesgo ya que las mujeres pueden cambiar sus expectativas antes de la concepción. A pesar de estas diferencias, por razones

prácticas y teóricas, la medición retrospectiva es más prometedora que la prospectiva para evaluar la fecundidad deseada para la literatura (33).

## **1.6. Marco teórico**

### **1.6.1. Antecedentes**

A pesar de la importancia demográfica y socioeconómica de la fecundidad, la evidencia de la asociación de la violencia doméstica en la fecundidad adicional no deseada es escasa pues la mayoría de estudios evalúan los efectos de la violencia doméstica en abortos, embarazos no deseados, embarazo adolescente o uso de anticoncepción. Se encontraron limitados estudios, los cuales se describen con sus respectivos resultados:

**Titilayo y col (2015)** realizaron un estudio con el fin de determinar la relación entre la violencia conyugal, conformada por violencia física, emocional y sexual, y la fecundidad no deseada utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud de Malawi como fuente secundaria. Se incluyeron más de 4 mil mujeres. Se encontró una tasa de prevalencia general de la violencia conyugal y la fecundidad no deseada del 31% y 46%, respectivamente, y que las mujeres que nunca sufrieron violencia conyugal eran significativamente menos propensas a experimentar fertilidad no deseada que aquellas que alguna vez sufrieron violencia (OR=0.765, IC 95%). Otros factores que se encontraron significativamente relacionados con la fecundidad no deseada son la edad al primer parto, el número de hijos nacidos, el acuerdo sobre el número ideal de hijos, el índice de riqueza del hogar y la región de residencia (34).

**Bhavani y col (2022)** realizaron un estudio con el fin de evaluar si la violencia de pareja era un predictor de embarazo no deseado utilizando una encuesta nacional de la India como fuente secundaria. Se incluyeron más de 5 mil mujeres

entre 15 y 49 años procedentes de dos estados de la India. La prevalencia de vida de violencia física y violencia sexual fue de 50.2% y 40.1% en los estados del estudio, de igual forma, la prevalencia de nacimientos no intencionales fue de 15.4% y 11.7%. Los resultados encontraron una asociación estadística importante entre la gestación no deseada y alguna experiencia previa de violencia sexual por parte de la pareja íntima en ambos estados (OR = 2.2, IC 95%: 1.634–2.900 y OR = 1.7, IC 95%: 1.173–2.327). Entre sus hallazgos, resalta que quienes sufrieron violencia sexual tienen posibilidades significativamente más altas de embarazo no deseado, independientemente de su educación, la riqueza del hogar y muchos otros factores sociodemográficos importantes. Además, se evidenció que las mujeres que alguna vez usaron métodos anticonceptivos modernos tienen más probabilidades de reportar nacimientos no deseados en un estado (OR=1.5, IC 95%: 1.226–1.803) (35).

**Deogan y col (2022)** realizaron un estudio para estimar la prevalencia de parto no deseado; y además explorar la asociación con variables sociodemográficas como la violencia sexual basándose en una encuesta poblacional aleatoria estratificada sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en Suecia, siendo el único estudio que determine esta asociación en un país desarrollado. El estudio incluyó casi 14 mil hombres y mujeres de 16 a 84 años. Encontraron que el 6% de mujeres y hombres reportaron hijos no deseados, y una fuerte asociación entre haber tenido un hijo sin querer y experiencias tanto de amenaza de la pareja (OR=3.0, IC 95% 2.34–3.82) como de violencia sexual (OR= 1.80, IC 95% 1,34-2,42) (36).

**Goli y col (2020)** realizaron un estudio para determinar las consecuencias de la violencia física sobre la intencionalidad de los nacimientos utilizando una encuesta nacional de la India como fuente secundaria. Se incluyeron a más de 60 mil mujeres que respondieron las variables de interés. El estudio encontró que, en comparación con las mujeres sin partos no deseados (2.9%), la violencia física de pareja fue mayor entre aquellas mujeres que tuvieron partos no deseados (6.9%,  $p < 0.001$ ), seguidas de las que tuvieron partos inoportunos (4.4%,



$p < 0.001$ ), incluso después de ajustar por varias características individuales y socioeconómicas de las mujeres (37).

**Mahmoudiani y col (2023)** realizaron un estudio con el fin de investigar el efecto de la violencia doméstica contra la mujer en su fertilidad ideal. El estudio incluyó a 379 mujeres casadas en edad reproductiva en una ciudad de Irán. Se encontró que el tener 2 hijos es el patrón de fertilidad ideal más dominante. Además, los hallazgos indicaron que el 13.5% de las mujeres estudiadas experimentó niveles medios y altos de violencia. El análisis de regresión multivariado mostró que con un aumento de la violencia doméstica contra las mujeres, su fertilidad ideal disminuye (38).

**Das y col (2022)** realizaron un estudio para estimar la asociación de la violencia sexual con comportamientos de fertilidad de alto riesgo (como paridad mayor a 3 hijos, edad del primer parto menor a 18 años, periodos intergenésicos corto) usando los datos de una encuesta de la India como fuente secundaria. El estudio incluyó un total de casi 24 mil mujeres entre 15 y 49 años. Aproximadamente, el 7% de las mujeres que están o han estado casadas han enfrentado violencia sexual de pareja. La prevalencia de violencia sexual fue mayor, casi 12%, entre las mujeres que tenían intervalos cortos entre nacimientos y las mujeres que había dado a luz más de 3 veces. La asociación estadística sugirió que los comportamientos de fertilidad de alto riesgo resultaron mayores (OR = 1.32, IC 95%: 1.16–1.50) para aquellas mujeres víctimas de violencia sexual (39).

Los escasos estudios previos realizados en el Perú analizan los factores relacionados a la fertilidad adicional no deseada, las preferencias y los determinantes de la fecundidad en las mujeres, mas no la asociación de fertilidad adicional no deseada con violencia doméstica. En consecuencia, los resultados de estos pocos estudios se describen en la discusión al compararlos con los del presente estudio.

## 1.6.2. Bases teóricas

### Violencia doméstica

La literatura actual propone diversas formas de definir la violencia. Un análisis integral de la violencia y su definición, incorporando todas sus formas y los diversos factores que contribuyen a este fenómeno, estaría fuera del alcance de este estudio, que se centra específicamente en la violencia doméstica. Sin embargo, es importante plantear el marco conceptual y la definición de violencia que adoptamos en este estudio.

El presente estudio adopta la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual la define como el uso deliberado de la fuerza, de facto o amenaza, contra otra persona, que origine o potencialmente cause lesiones, perjuicios psicológicos o muerte” (40).

La violencia se puede dividir generalmente en tres categorías principales según las características de quienes cometen el acto violento: autodirigida, interpersonal y colectiva. Cada una de las categorías de violencia propuestas se divide en subcategorías según la naturaleza de los actos violentos: física, sexual o psicológica (41).

El tipo de violencia que concierne a este estudio pertenece a la categoría de violencia interpersonal, la cual también se puede dividir en dos subcategorías: violencia doméstica y violencia comunitaria. La violencia doméstica también es conocida como violencia familiar y de pareja, abuso conyugal y violencia en las relaciones, entre otros nombres (41).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) engloban en su definición de violencia doméstica a los tres tipos de violencia doméstica: agresión física, sexual y psicológica o comportamiento controlador de cualquier tipo (43).

En primer lugar, la violencia física es definida como el uso malintencionado de la fuerza física con el potencial de originar lesión, daño, discapacidad o la muerte.

Puede incluir: golpes, empujones, puñetazos, arañazos, asfixia, sacudidas, quemaduras, uso de armas o contenciones (43,44).

En segundo lugar, la violencia sexual engloba, pero no se limita a, la violación o penetración de la víctima, la obligación a la víctima a penetrar a otra persona, la presión para obtener consentimiento a la penetración, el contacto sexual o experiencias sexuales no deseadas sin contacto como el acoso sexual verbal o conductual (43). Cualquiera de los actos previos, ya sea que se hayan intentado o consumado, y sin el libre consentimiento de la víctima pertenecen a este tipo de violencia (44).

Por último, la violencia psicológica o emocional abarca el usar la comunicación verbal y la comunicación no verbal con la finalidad de afectar mental o emocionalmente y de ejercer control sobre la otra persona (43). Puede incluir agresiones expresivas como insultos o humillaciones, control coercitivo como limitación del acceso al transporte, dinero, amigos y familiares, control de la salud sexual y/o reproductiva (por ejemplo, negativa a utilizar métodos anticonceptivos o interrupción forzada del embarazo), amenazas de violencia física o de violencia sexual y, además incluye, la explotación de la vulnerabilidad por el estado migratorio o la discapacidad de la víctima (44).

Por su parte, en el Perú, la Ley N° 30364, llamada como “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, plantea la definición de violencia contra las mujeres como una conducta o acción que les ocasione daño físico, sexual, psicológico o la muerte por su condición de mujeres (45).

En todo el mundo, se estima que el 27% de las mujeres de 15 a 49 años ha experimentado violencia física y/o violencia sexual al menos una vez en la vida (1). La prevalencia desglosada por edad muestra que dicha violencia ya es muy frecuente en las edades más jóvenes. Se estima que 1 de cada 4 niñas adolescentes de 15 a 19 años ha sufrido violencia física y/o violencia sexual desde los 15 años (46). La prevalencia de vida estimada de violencia es del 26

al 28% para las mujeres de entre 20 y 44 años, la cual es menor entre las mujeres de 60 años a más con un 23% (47).

En el Perú, el 55.7% de mujeres entre 15 y 49 años han sido víctimas de violencia doméstica (48). Los tipos de violencia doméstica más prevalentes en el Perú son la psicológica que afecta entre el 60 al 70% de las mujeres, seguida por la violencia física que afecta al 30% y la violencia sexual que afecta entre el 6 al 8% (49).

Los efectos de la violencia doméstica son masivos. Van desde los impactos en la salud física hasta los problemas psicológicos y emocionales. Las mujeres maltratadas no son las únicas personas que sufren los daños causados por la violencia doméstica ya que en la mayoría de los casos, se descubre que la descendencia es muy vulnerable a experiencias infantiles adversas y efectos a largo plazo de la violencia familiar, al igual que las propias madres. Las experiencias infantiles adversas incluyen muchos tipos de abuso, negligencia y trauma entre personas menores de 18 años, algunos de los cuales se asocian positivamente con la violencia doméstica posterior en la edad adulta (50).

Las consecuencias en la salud de las mujeres que han sufrido violencia doméstica son de gran alcance e, incluso, algunas con resultados fatales. La violencia doméstica puede resultar en lesiones que van desde hematomas, lesiones cerebrales traumáticas y fracturas hasta discapacidades crónicas, como la pérdida parcial o total de la audición o la visión, y las quemaduras que pueden provocar desfiguración (51,52). También se ha asociado con muchas afecciones, en las que se destacan: cefalea, síndrome del intestino irritable, dolor pélvico crónico, disfunción sexual, problemas del sueño como insomnio, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), comportamiento suicida, abuso de alcohol y otras drogas (42,51,52). Las agresiones sexuales y las violaciones pueden provocar embarazos no deseados y las peligrosas complicaciones que se derivan de recurrir a abortos ilegales. Las mujeres en situaciones de violencia tienen menos capacidad para usar métodos anticonceptivos o negociar relaciones sexuales más seguras y, por lo tanto,

corren un alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y VIH (51,52).

## **Fecundidad**

La fecundidad describe a los nacimientos en relación con la población en la que tienen lugar, es decir, el número de hijos nacidos por mujer, mientras que la fertilidad se refiere a la capacidad de las parejas para tener un hijo y la natalidad describe a los nacimientos ocurridos en una población (53). Los principales indicadores del nivel de fecundidad son la tasa de fecundidad general, la tasa de fecundidad por edad y la tasa global de fecundidad.

La tasa de fecundidad general (TFG) se define como la cantidad de nacimientos aproximados que acontecen en un año por cada 1000 mujeres en edad fértil, concepto que engloba desde los 15 hasta los 49 años de edad (54).

La tasa de fecundidad por edad (TFE), también denominada tasa específica de fecundidad, se define como el total de nacimientos anuales, los cuales provienen de mujeres de una determinada edad, respecto a las mujeres de esa misma edad (54).

La tasa global de fecundidad (TGF) es una medida que une las TFE de todas las cohortes de edad a largo de un intervalo de tiempo. La TGF se explica como el número de hijos e hijas que, en promedio, tendrían las mujeres a largo de toda su vida reproductiva (54). Esta tasa es el indicador más difundido para estudiar y comparar la evolución de la fecundidad de una población.

A nivel mundial, la TGF se encuentra en torno de los 2.3 hijos en promedio por mujer, habiendo descendido drásticamente de 5 nacimientos por mujer en 1950. Adicionalmente, se prevé que la fecundidad mundial disminuya aún más a 2.1 nacimientos por mujer para el año 2050 (55).

Al analizar las TGF por continentes, el mayor nivel de fecundidad se encuentra en África con un promedio de 4.4 hijos por mujer; Latinoamérica y el Caribe con

una tasa promedio de 2.0 hijos e hijas por mujer; mientras que el promedio más bajo se encuentra en Europa con un promedio de 1.6 hijos por mujer (54).

En el Perú, según el INEI, la TGF fue de 1.9 hijos e hijas por mujer entre 15 y 49 años en el año 2022. Adicionalmente, en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2022, la TGF disminuyó de 4.3 a 1.9 hijos e hijas por mujer. La fecundidad disminuyó en 20.8% en los últimos 5 años, es decir, pasó de 2.4 hijos por mujer en 2016 - 2017 a 1.9 hijos o hijas por mujer en el 2022. Por grupos de edad, el descenso más importante ocurrió en la cohorte de edad entre 25 y 29 años (3).

El nivel de fecundidad no es homogéneo a largo del Perú ya que varía según el área de residencia, la región y el nivel educativo de la mujer. Por ejemplo, la fecundidad en las áreas rurales es mayor que en las áreas urbanas; en las regiones Sierra y Selva es mayor que en la Costa; y es mayor en aquellas mujeres sin nivel educativo que en aquellas que han estudiado y alcanzado secundaria o superior (3).

Al analizar las TFE en el Perú, los niveles más bajos de fecundidad se encuentran al comienzo de la vida reproductiva. Esta comienza a incrementarse progresivamente hasta lograr el valor máximo en el grupo entre 25 a 29 años en mujeres del área urbana y en el grupo de 20 a 24 años de edad en mujeres rurales, luego se observa un descenso notorio en el resto de grupos de edad (3, 54).

El deseo de tener más hijos en nuestro país ha tendido a disminuir en los últimos años. En el 2017, el 60.4% de las mujeres no desearon tener más hijos. Sin embargo, en el 2022, el 63.8% no desearon tener más hijos (3).

Por otro lado, la insatisfecha necesidad de servicios de planificación familiar es un concepto relacionado a la fecundidad adicional no deseada y comprende la sumatoria de las mujeres que están cursando un embarazo no planeado, embarazo no deseado, desea hijos más adelante y no usa anticoncepción; y no desea más hijos y no usa anticoncepción. Este porcentaje ha tendido a disminuir

en los últimos cinco años, desde 6.5% en el 2017 a 5.9% en el 2022 (3), sin embargo, es fundamental cubrir esta necesidad.

Con el objetivo de estimar la repercusión de los nacimientos no deseados en la fecundidad, se plantea la tasa global de fecundidad deseada (TGFD). Es una medida hipotética de lo que sería la TGF teniendo en cuenta únicamente los nacimientos deseados (54). El nacimiento es considerado deseado si el número de hijos e hijas en el momento de la gestación resulta inferior que el número ideal de hijos e hijas que reportó la entrevistada. La TGFD se basa en los nacimientos acontecidos en los 3 años previos a la realización de la encuesta (3). Esta es una medida importante para la salud pública puesto que representa, teóricamente, la fecundidad que provendría si todos los nacimientos no deseados ser pudieran prevenir.

En el país, la TGFD hubiera sido 1.4 hijos por mujer en el 2022. Sin embargo, la tasa observada fue 1.9 hijos por mujer, un 26.3% más que la TGFD. Adicionalmente, si todos los nacimientos no deseados se hubieran podido prevenir, la mayor reducción en la fecundidad hubiese tenido lugar entre las mujeres que habitan en la ruralidad y/o la región de la Selva (3).

Dada la importancia y las implicancias para la salud pública de estos datos, surge el concepto de fecundidad adicional no deseada (FAND), que hace manifiesta la diferencia entre la fecundidad deseada y la fecundidad observada, un concepto muy poco estudiado en la literatura actual.

### **Fertilidad y edad materna**

Un concepto fundamental para este estudio es la relación entre fertilidad y edad materna pues será el fundamento teórico para delimitar la edad de la población del estudio. La fertilidad y la probabilidad de concepción disminuye a medida que la mujer envejece, con una disminución gradual que comienza a los 32 años de edad. Por ejemplo, las mujeres de 30 años son aproximadamente un 40% menos fértiles que las mujeres de 20 años (56).

Las mujeres nacen con un número fijo de ovocitos, que disminuyen progresivamente cuantitativa y cualitativamente con la edad, pues los errores meióticos ocurren con mayor frecuencia con el aumento de la edad y esto deteriora su calidad (57). Durante el ciclo ovárico normal, la selección del folículo dominante que terminará siendo ovulado no implica que sean ovocitos normales desde el punto de vista genético (58). Con el envejecimiento normal de las mujeres, aumenta la cantidad de ovocitos con anomalías cromosómicas ovuladas, lo que se traduce en una menor fertilidad y un mayor riesgo de interrupción espontáneo de la gestación.

Además de la acumulación endógena de errores genéticos en la reserva de ovocitos a lo largo del tiempo, es probable que esta disminución de la fertilidad sea multifactorial e involucre también el tabaquismo, exposiciones ambientales y ciertos tratamientos médicos y quirúrgicos que puedan comprometer la calidad de los ovocitos, la reserva ovárica y la posibilidad de un resultado saludable para el embarazo a medida que las mujeres envejecen (59).

Esta disminución tanto en la cantidad como en la calidad de los ovocitos se manifiesta por una prolongación en el tiempo promedio para lograr la concepción. La probabilidad de concebir un embarazo empieza a decrementar notablemente a inicios de los 30 años de edad con una disminución rápida en los años posteriores, alrededor de los 37 años (60). Un gran estudio bien diseñado con más de 700 parejas sanas informó que la probabilidad de embarazo clínico después del coito en el día del ciclo más fértil en mujeres con edad fértil promedio de 19 a 26 años fue alrededor 50%, mientras que alrededor de 40% entre 27 a 34 años y alrededor de 30% entre 35 a 39 años, si la pareja masculina era coetánea (61).

Por otra parte, la reserva ovárica describe la capacidad funcional del ovario e incluye el número y la calidad de los ovocitos restantes de una mujer (62). En general, la reserva ovárica disminuida se refiere a una mujer en edad reproductiva que tiene menstruaciones regulares, pero con una fertilidad reducida o una respuesta disminuida a la estimulación ovárica en comparación con



mujeres de la misma edad. Incluso con pruebas de laboratorio muy sensibles, la edad es uno de los factores pronósticos individuales más fiables tanto para la concepción espontánea como para el éxito de los tratamientos de fertilidad. Como ejemplo, incluso en el marco de pruebas de laboratorio normales, las mujeres mayores de 40 años pueden tener dificultades para concebir y/o tener un embarazo saludable (63).

El presente estudio incluye solamente a las mujeres entre 40 a 49 años pues la probabilidad de gestación se reduce notablemente al alcanzar los 40 años acorde a lo comentado y podemos considerar que han satisfecho su fecundidad deseada. Adicionalmente, esto se refrenda en la población peruana ante la disminución en la fecundidad por edad a partir de los 40 años (3). Por consiguiente, la fecundidad no va a variar significativamente a futuro en esta población para así lograr establecer una asociación verosímil entre las variables de interés.

## **1.7. Formulación de la hipótesis**

### **1.7.1. Hipótesis general**

**H0:** No hay asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada en mujeres de 40 a 49 años.

**H1:** Hay asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada en mujeres de 40 a 49 años.

### **1.7.2. Hipótesis específicas**

- Hay asociación entre la violencia emocional y la fecundidad adicional no deseada en mujeres de 40 a 49 años.
- Hay asociación entre la violencia física menos severa y la fecundidad adicional no deseada en mujeres de 40 a 49 años.
- Hay asociación entre la violencia física severa y la fecundidad adicional no deseada en mujeres de 40 a 49 años.
- Hay asociación entre la violencia sexual y la fecundidad adicional no deseada en mujeres de 40 a 49 años.

## **CAPÍTULO II: MÉTODOS**

### **2.1. Tipo y diseño de estudio**

El presente estudio es analítico, observacional, de corte transversal y basado en los datos recolectados en la ENDES del año 2022.

### **2.2. Población**

Todas las mujeres entre 40 y 49 años de edad que fueron partícipes de la ENDES 2022 que hayan contestado el Cuestionario Individual de Mujer y el Cuestionario de Salud.

### **2.3. Muestra**

La ENDES utiliza un muestreo bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel de departamentos, por área urbana y rural.

La muestra fue seleccionada en 2 fases: en la primera etapa, la selección de conglomerados y la selección de viviendas en la segunda etapa.

Para el año 2022 se programó evaluar 3 254 conglomerados y 36 650 viviendas, logrando ejecutar la encuesta en 3245 conglomerados y así entrevistar 35 287 viviendas. En estas, se hallaron 38 105 mujeres elegibles entre 12 y 49 años de edad, entre las cuales se logró obtener 35 787 entrevistas completas (64).

En este estudio, se conforma la muestra a partir de aquellas mujeres de 40 a 49 años de edad que satisfagan los criterios de selección.

## **2.4. Criterios de selección**

### **Criterio de inclusión**

- Mujeres entre 40 y 49 años que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2022.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres que participaron en la encuesta las cuales no hayan tenido hijos al momento de realización de la encuesta.
- Mujeres que participaron en la encuesta de las que no se posee el registro completo de las variables principales: violencia doméstica y fecundidad.

## 2.5. Variables y operacionalización

Las principales variables del presente estudio se catalogan como variable independiente y variable dependiente. Por otra parte, se incluyen covariables dentro del análisis puesto que representan potenciales variables confusoras. Estas son tomadas en cuenta para el análisis multivariado con la finalidad de obtener mejores resultados. Con estas variables en mención, se realiza la codificación de las variables de la base de datos (ver **Anexo 1**).

### **Variable independiente:** violencia doméstica

La variable independiente del estudio es la violencia doméstica, la cual se define como el reporte en la encuesta, por parte de la mujer, de haber experimentado violencia emocional, física menos severa, física severa o sexual por parte del esposo o compañero. Este dato se elabora a partir de cuatro variables: violencia emocional, violencia física menos severa, violencia física severa y violencia sexual.

En primer lugar, la violencia emocional se define como el haber experimentado cualquier forma de abuso emocional por parte de su pareja alguna vez en su vida. Pudiéndose ser de cualesquiera de las siguientes formas: 1) decir o hacer cosas para humillarla delante de los demás, 2) amenazar con hacerle daño, 3) insultar o hacerla sentir mal; o 4) amenazar con irse de casa, quitarle sus hijos o la ayuda económica.

Por otra parte, La violencia física menos severa se define como el haber experimentado alguna vez alguno de los siguientes actos por parte de su pareja: 1) empujo, sacudida o tirarle algo, 2) abofetear o retorcer el brazo, 3) golpe con el puño o con algo que pudo hacerle daño; o 4) patear o arrastrar. Del mismo modo, la violencia física severa se define como el haber experimentado alguna vez alguno de los siguientes actos por parte del esposo o compañero: 1)

estrangulación o quemadura, 2) amenaza con arma blanca, arma de fuego o algún otra arma; o 3) ataque o agresión con arma blanca, arma de fuego o algún otra arma.

Finalmente, la violencia sexual se define como el haber experimentado alguna vez alguno de los siguientes actos por parte del esposo o compañero: 1) utilizar la fuerza física con el fin de forzar relaciones sexuales a pesar que la mujer no consentía; o 2) obligar a realizar actos sexuales que la mujer no aprueba.

Las variables de la violencia doméstica y sus tipos se construyeron a partir de la información proveniente del cuestionario individual de la ENDES (Ver **Anexo 2**).

**Variable dependiente:** fecundidad adicional no deseada

La variable dependiente del estudio es la fecundidad adicional no deseada (FAND). Esta variable es creada en base a la diferencia numérica entre la fecundidad obtenida y la fecundidad deseada. Esta variable es representada en la siguiente fórmula:

$$\text{FAND} = \text{Fecundidad obtenida} - \text{Fecundidad deseada}$$

La fecundidad obtenida se define como el reporte en la encuesta, por parte de la mujer, del total de niños nacidos. Esta cifra se obtiene a partir del total de números de niños nacidos reportados en la ENDES.

En cambio, la fecundidad deseada se define como el reporte en la encuesta, por parte de la mujer, del número ideal de niños. Esta cifra se obtiene a partir del número ideal de niños reportados en la ENDES.

Finalmente, se categoriza la variable FAND. De tal forma que la diferencia numérica positiva corresponde a la presencia de fecundidad adicional no

deseada, mientras que la diferencia numérica nula o negativa corresponde a la ausencia de fecundidad adicional no deseada.

La variable previamente mencionada se construyó a partir de la información proveniente del cuestionario individual de la ENDES (Ver **Anexo 3**).

## Covariables

Las covariables son de carácter sociodemográfico y de carácter reproductivo. En las covariables de carácter sociodemográfico se encuentran edad de la mujer, región, lugar de residencia, quintil de riqueza, estado civil, ocupación de la mujer, educación de la mujer y de su pareja; y cobertura con seguro de salud. Por otro lado, las covariables de carácter reproductivo son edad en la primera relación sexual, edad al primer parto, uso de métodos anticonceptivos en algún momento, deseo de la pareja de tener hijos, decisor sobre el uso de métodos anticonceptivos y decisor final en temas de salud de la mujer (ver **Tabla 1**).

## Operacionalización de variables

**Tabla 1.** Operacionalización de las variables del estudio.

Variable	Dimensión	Indicadores	Valor	Criterio de medición	Naturaleza y escala	Técnica e instrumento de recolección
Violencia doméstica	Violencia emocional	Registro de la ENDES: D104	"No": 0 "Sí": 1	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
	Violencia física	Registro de la ENDES: D106, D107				
	Violencia sexual	Registro de la ENDES: D108				

Fertilidad adicional no deseada	Diferencia entre fecundidad obtenida y fecundidad deseada	Registro de la ENDES: V201,V614	“No”: 0 “Sí”: 1	Diferencia numérica positiva entre de fecundidad obtenida y fecundidad deseada a partir de los datos registrados en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Edad	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: V013	“40 – 44”: 1 “45 – 49”: 2	Dato registrado en cuestionario individual	Cuantitativa ordinal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Región natural	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: SHREGION	“Lima metropolitana”: 1 “Resto de Costa”: 2 “Sierra”: 3 “Selva”: 4	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Lugar de residencia	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: V025	“Urbano”: 1 “Rural”: 2	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Quintil de riqueza	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: V190	“Quintil inferior”: 1 “Segundo quintil”: 2 “Quintil intermedio”: 3 “Cuarto quintil”: 4 “Quintil superior”: 5	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa ordinal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Estado marital	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: V501	“Sin pareja estable <sup>¶</sup> ”: 0 “Con pareja estable <sup>§</sup> ”: 1	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Nivel educativo de la mujer	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: V106	“Sin educación”: 0 “Primario”: 1 “Secundario”: 2 “Mayor”: 3	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa ordinal	Datos extraídos de la ENDES 2022



Nivel educativo de la pareja	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: V701	“Sin educación”: 0 “Primario”: 1 “Secundario”: 2 “Mayor”: 3 “No sabe”: 4	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa ordinal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Ocupación de la mujer	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: V714	“No trabaja”: 0 “Trabaja”: 1	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Cobertura con seguro de salud	Sociodemográfica	Registro de la ENDES: QS26	“No: 0” “Sí: 1”	Dato registrado en cuestionario de salud	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Edad en la primera relación sexual	Reproductiva	Registro de la ENDES: V525	“< 18 años”: 1 “≥ 18 años”: 2	Dato registrado en cuestionario individual	Cuantitativa ordinal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Edad al primer parto	Reproductiva	Registro de la ENDES: V212	“< 18 años”: 1 “≥ 18 años”: 2	Dato registrado en cuestionario individual	Cuantitativa ordinal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Deseo de la pareja de tener hijos	Reproductiva	Registro de la ENDES: V621	“Mismo número ambos”: 1 “Quiere más”: 2 “Quiere menos”: 3 “No sabe”: 4	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Uso de métodos anticonceptivos en algún momento	Reproductiva	Registro de la ENDES: V302	“Nunca usó”: 0 “Métodos folclóricos”: 1 “Métodos tradicionales”: 2 “Métodos modernos”: 3	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
Decisor sobre el uso de métodos anticonceptivos	Reproductiva	Registro de la ENDES: V632	“Entrevistada”: 1 “Pareja”: 2 “En conjunto”: 3 “Otro”: 4	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022

Decisor final en temas de salud de la mujer	Reproductiva	Registro de la ENDES: V743A	“Entrevistada”: 1 “Entrevista y pareja”: 2 “Solo pareja”: 3 “Alguien más”: 4	Dato registrado en cuestionario individual	Cualitativa nominal	Datos extraídos de la ENDES 2022
---	--------------	-----------------------------	---	--	---------------------	----------------------------------

¶Soltera, divorciada o viuda

§Casada, pareja conviviente o no conviviente

## 2.7. Técnicas e instrumentos

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es una encuesta realizada en todo el país anualmente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Esta encuesta es conformada por tres cuestionarios: 1) Cuestionario del hogar, 2) Cuestionario individual, y 3) Cuestionario de salud. El cuestionario individual es realizado a la totalidad de mujeres entre 12 y 49 años dentro de los hogares, mientras que el cuestionario de salud se aplica a un individuo mayor de 15 años que se selecciona del hogar.

El presente estudio utiliza los datos registrados en los cuestionarios individual y de salud de la ENDES 2022, que se encuentran disponibles de forma pública en la plataforma digital del INEI.

## 2.8. Plan de recolección de datos

Los datos usados en este estudio se extrajeron de base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ubicada en el apartado de “Microdatos” en página web del INEI (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>).

## **2.9. Plan de análisis estadístico**

La confección y diseño de la base de datos unificada, así como el análisis estadístico, fueron realizadas en el programa IBM SPSS Statistics v25. Se consideró el factor de ponderación para el análisis de muestras complejas al momento de realizar la totalidad de análisis estadísticos.

La descripción de las variables se realiza por medio del uso de frecuencias absolutas y relativas, las cuales son presentadas en tablas. Adicionalmente, se confeccionaron mapas coropléticos del país con la finalidad de graficar la distribución de la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada por departamentos, según cuartiles.

Posteriormente, se ejecutó el análisis bivariado con el objetivo de evaluar la asociación estadística entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada usando el test de Chi-cuadrado de independencia. Posterior a este, se ejecutó el análisis bivariado teniendo en cuenta a las covariables utilizando el test de Chi-cuadrado.

Por último, se ejecutó el análisis multivariado utilizando la regresión de Poisson para calcular las razones de prevalencia crudas y ajustadas por las potenciales variables confusoras con la finalidad de estimar la asociación estadística entre la violencia doméstica y la fecundidad no deseada. Todos los análisis se realizaron con intervalos de confianza al 95%.

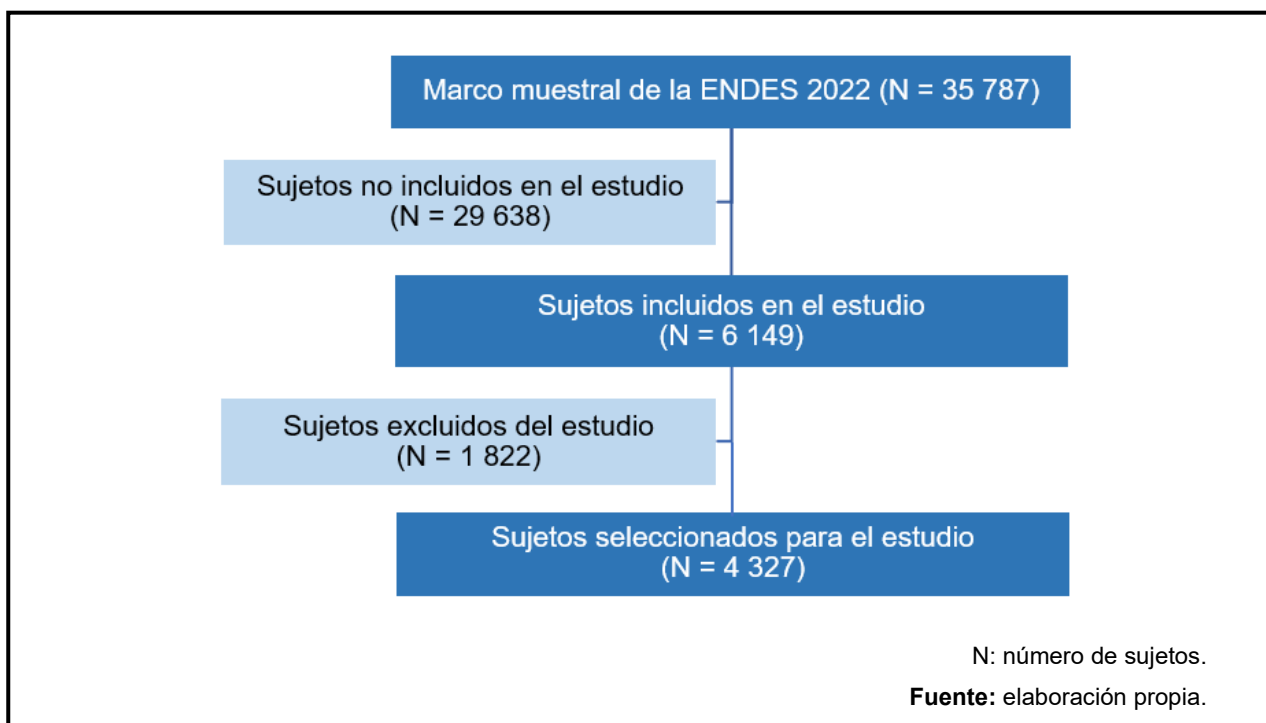
## **2.10. Consideraciones éticas y consentimiento informado**

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar tiene fundamento legal en el Decreto Supremo N°043 – 2001 – PCM, llamado “Reglamento de Organización y funciones del INEI”. En el artículo N° 97 de dicho reglamento se establece que los datos suministrados por las fuentes tienen carácter anónimo (65). De esta manera, se garantiza el carácter secreto de la información recogida. Adicionalmente, previo a la realización de la encuesta primaria, se realiza la toma del consentimiento informado verbal por parte de los encuestadores para con los encuestados (66). Únicamente se recogen datos de quienes están de acuerdo con pertenecer a la encuesta, la que no incluye información de identificación (66). Al ser el presente estudio basado en una fuente de datos secundaria, no tuvo vínculo alguno con muestras de estudio. Sino más bien con datos anonimizados de carácter público.

## **CAPITULO III: RESULTADOS**

### **3.1. Selección de la muestra**

De la totalidad de mujeres entre 12 y 49 años de edad que participaron en la ENDES 2022 (35 787), solo el 17.2% (6 149) de estas mujeres fueron incluidas en el estudio por estar en la cohorte entre 40 y 49 años de edad. De estas, se excluyó a 1 822 participantes por no cumplir con los criterios de inclusión, obtenido así, 4 327 participantes en el presente estudio. El proceso de selección de la muestra se detalla en la **Figura 1**.



**Figura 1.** Flujograma del proceso de selección de la muestra del estudio.

### 3.2. Características de la población de estudio

Respecto a las características sociodemográficas de las mujeres entre 40 y 49 años (ver **Tabla 2**), con una edad de 43.7 años en promedio (DE: 2.8), el 61.2% viven en la región de la Costa, el 80% reside en la urbanidad y el 98.6% tiene pareja estable. El 39.7% ha alcanzado el nivel secundario como nivel educativo máximo y el 31.1%, el nivel superior; mientras que el 47.5% tiene una pareja con educación secundaria y 32.1%, el nivel superior. El 71.8% actualmente trabaja y el 82.4% cuenta con cobertura con seguro de salud.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de las mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

<b>Variable</b>	<b>n (%)</b>	<b>P [IC 95%]*</b>
<b>Edad de la mujer</b>		
40 – 44 años	2 678 (61.9%)	53.9 [51.1 – 56.7]
45 – 49 años	1 649 (38.1%)	46.1 [43.3 – 48.9]
<b>Región natural</b>		
Lima Metropolitana	520 (12%)	34.3 [31.8 – 36.9]
Resto de Costa	1 229 (28.4%)	26.9 [25.0 – 28.9]
Sierra	1 545 (35.7%)	25.5 [23.7 – 27.3]
Selva	1 033 (23.9%)	13.4 [12.2 – 14.6]
<b>Lugar de residencia</b>		
Urbano	2 818 (65.1%)	80.0 [78.7 – 81.2]
Rural	1 509 (34.9%)	20.0 [18.8 – 21.3]
<b>Quintil de riqueza</b>		
Quintil inferior	1 362 (31.5%)	19.0 [17.6 – 20.5]
Segundo quintil	995 (23%)	21.2 [19.2 – 23.3]
Quintil intermedio	825 (19.1%)	19.9 [17.7 – 22.2]
Cuarto quintil	646 (14.9%)	20.8 [18.6 – 23.0]
Quintil superior	499 (11.5%)	19.2 [16.8 – 21.9]
<b>Estado marital</b>		
Sin pareja estable <sup>¶</sup>	52 (1.2%)	1.4 [0.9 – 2.2]
Con pareja estable <sup>§</sup>	4 275 (98.8%)	98.6 [97.8 – 99.1]
<b>Nivel educativo de la mujer</b>		
Sin educación	174 (4%)	2.7 [2.0 – 3.7]
Primario	1 465 (33.9%)	26.5 [24.5 – 28.5]
Secundario	1 555 (35.9%)	39.7 [37.1 – 42.4]
Mayor	1 133 (26.2%)	31.1 [28.6 – 33.7]
<b>Nivel educativo de la pareja</b>		
Sin educación	64 (1.5%)	1.0 [0.7 – 1.4]
Primario	1 060 (24.5%)	18.8 [17.1 – 20.6]
Secundario	2 031 (46.9%)	47.5 [44.8 – 50.2]
Mayor	1 147 (26.5%)	32.1 [29.6 – 34.8]
No sabe	25 (0.6%)	0.6 [0.3 – 1.2]
<b>Ocupación de la mujer</b>		
No trabaja	1 319 (30.5%)	28.2 [26.0 – 30.6]
Trabaja	3 008 (69.5%)	71.8 [69.4 – 74.0]
<b>Cobertura con seguro de salud</b>		
No	605 (14%)	17.6 [15.5 – 19.9]
Sí	3 559 (82.3%)	82.4 [80.1 – 84.5]

n: número de observaciones, P: prevalencia poblacional, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.

<sup>¶</sup>Soltera, divorciada o viuda.

<sup>§</sup>Casada, pareja conviviente o no conviviente.

Por otro lado, en cuanto a las características reproductivas de las mujeres entre 40 y 49 años (ver **Tabla 3**), el 42.9% tuvo su primera relación sexual y el 16.1% tuvo su primer parto siendo menor de edad. El 62.9% refiere que tanto la mujer como su pareja deseaban el mismo número de hijos. El 91.7% ha utilizado anticoncepción moderna, el 71.8% refiere que la toma de la decisión para usar anticoncepción fue compartida con su pareja y el 66% refiere que ellas mismas toman las decisiones finales respecto a su salud.

**Tabla 3.** Características reproductivas de las mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

<b>Variable</b>	<b>n (%)</b>	<b>P [IC 95%]*</b>
<b>Edad en la primera relación sexual</b>		
< 18 años	2 116 (48.9%)	42.9 [40.3 – 45.5]
≥ 18 años	2 211 (51.1%)	57.1 [54.5 – 59.7]
<b>Edad al primer parto</b>		
< 18 años	873 (20.2%)	16.1 [14.5 – 17.8]
≥ 18 años	3 454 (79.8%)	83.9 [82.2 – 85.5]
<b>Deseo de la pareja de tener hijos</b>		
Mismo número ambos	1 855 (42.9%)	62.9 [59.5 – 66.2]
Quiere más	575 (13.3%)	22.8 [20.0 – 25.8]
Quiere menos	259 (6.0%)	8.1 [6.6 – 10.0]
No sabe	181 (4.2%)	6.2 [4.7 – 8.0]
<b>Uso de métodos anticonceptivos en algún momento</b>		
Nunca usó	72 (1.7%)	1.3 [0.9 – 1.9]
Métodos folclóricos	15 (0.3%)	0.2 [0.1 – 0.4]
Métodos tradicionales	328 (7.6%)	6.8 [5.6 – 8.2]
Métodos modernos	3 912 (90.4%)	91.7 [90.2 – 92.9]
<b>Decisor sobre el uso de métodos anticonceptivos</b>		
Entrevistada	564 (13%)	24 [20.9 – 27.3]
Pareja	92 (2.1%)	3.5 [2.4 – 5.0]
En conjunto	1 836 (42.4%)	71.8 [68.4 – 74.9]
Otro	7 (0.2%)	0.8 [0.2 – 2.6]
<b>Decisor final en temas de salud de la mujer</b>		
Entrevistada	2 194 (50.7%)	66 [63 – 68.9]
Entrevista y pareja	832 (19.2%)	23.1 [20.7 – 25.7]
Solo pareja	427 (9.9%)	10.6 [9.1 – 12.2]
Alguien más	11 (0.3%)	0.3 [0.1 – 0.7]

n: número de observaciones, P: prevalencia poblacional, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.



### 3.3. Prevalencia de violencia doméstica y fecundidad adicional no deseada

De la población total de mujeres seleccionadas para el estudio, el 41.1% (IC 95%: 38.4 – 43.8) ha sufrido cualquier forma de violencia doméstica por su pareja o compañero durante su vida (ver **tabla 4**). La forma de violencia más frecuente fue la violencia física menos severa (32.5%), en segundo lugar la violencia emocional (29.6%), seguida de la violencia física severa (13.7%) y, por último, la violencia sexual (10%).

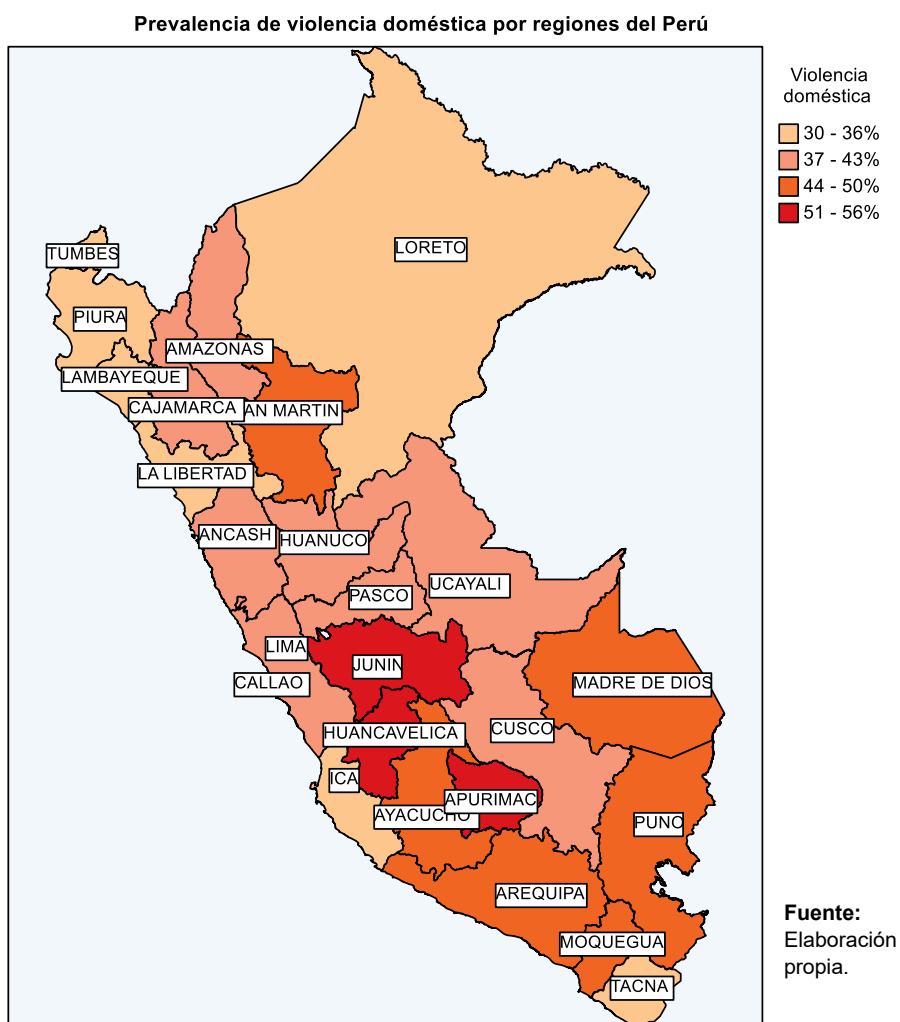
**Tabla 4.** Prevalencia de violencia doméstica y sus tipos en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

Variable	n (%)	P [IC 95%]*
<b>Cualquier tipo de violencia doméstica</b>		
No	2 543 (58.8%)	58.9 [56.2 – 61.6]
Sí	1 784 (41.2%)	41.1 [38.4 – 43.8]
<b>Violencia emocional</b>		
No	3 089 (71.4%)	70.4 [67.9 – 72.7]
Sí	1 238 (28.6%)	29.6 [27.3 – 32.1]
<b>Violencia física menos severa</b>		
No	2 930 (67.7%)	67.5 [64.9 – 69.9]
Sí	1 397 (32.3%)	32.5 [30.1 – 35.1]
<b>Violencia física severa</b>		
No	3 738 (86.4%)	86.3 [84.3 – 88.0]
Sí	589 (13.6%)	13.7 [12.0 – 15.7]
<b>Violencia sexual</b>		
No	3 943 (91.1%)	90.0 [88.3 – 91.5]
Sí	384 (8.9%)	10.0 [8.5– 11.7]

n: número de observaciones, P: prevalencia poblacional, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.

Entre los departamentos con la mayor prevalencia de violencia doméstica se destacan Apurímac (54.4%), Huancavelica (53.2%) y Junín (51.3%); mientras que la prevalencia fue menor en Lambayeque (31.3%), Loreto (32%) y La Libertad (32.3%). La prevalencia de violencia doméstica por departamentos se ilustra mejor en la **Figura 2**.



**Figura 2.** Mapa del Perú según prevalencias de violencia doméstica.

En otro orden de ideas, la prevalencia de fecundidad adicional no deseada (FAND) en la población total de mujeres seleccionadas para el estudio fue 34.9% (IC 95%: 32.5 – 37.5) (ver **tabla 5**). Entre los departamentos con la mayor prevalencia de FAND se destacan Huancavelica (67.3%), Puno (62%) y Ayacucho (61.5%); mientras que la prevalencia fue menor en La Libertad (29.3%), Ancash (31.1%) y Tumbes (32.1%). La prevalencia de FAND por departamentos se ilustra mejor en la **Figura 3**.

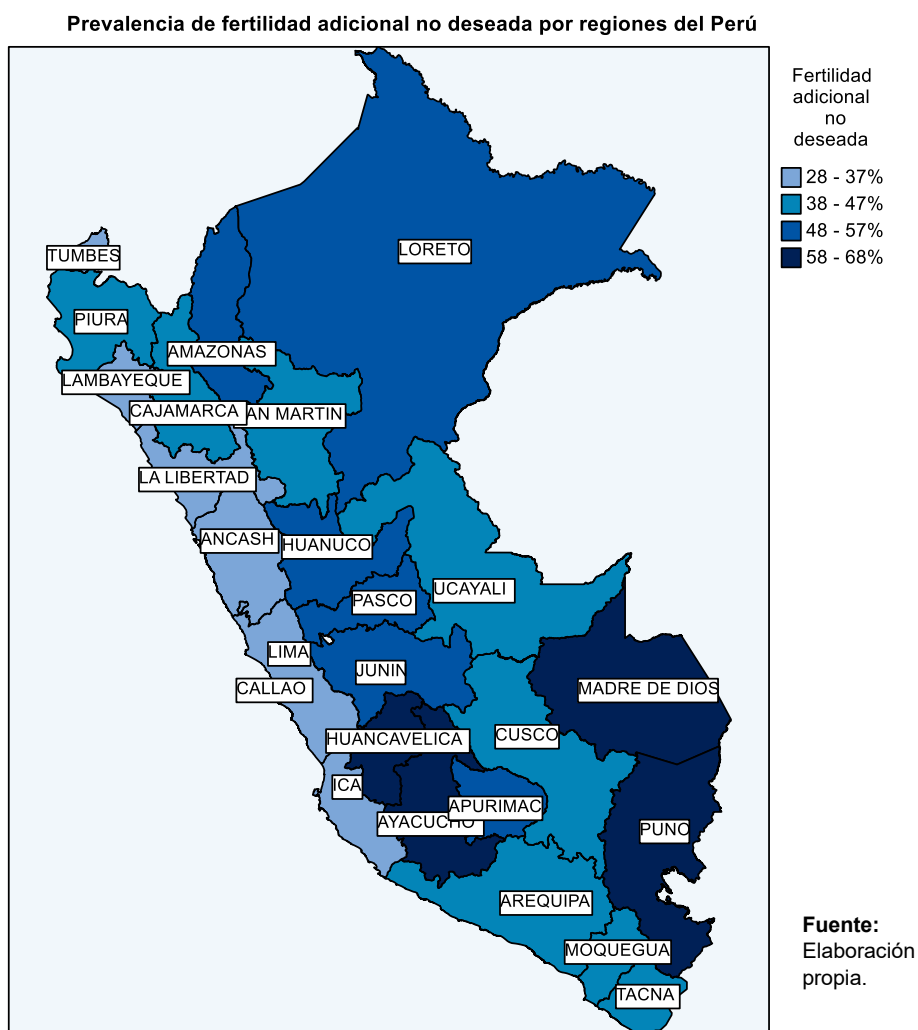
**Tabla 5.** Prevalencia de fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

Variable	n (%)	P [IC 95%]*
<b>FAND</b>		
No	2 384 (55.1%)	65.1 [62.6 – 67.5]
Sí	1 943 (44.9%)	34.9 [32.5 – 37.5]

n: número de observaciones, P: prevalencia poblacional, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.

FAND: fecundidad adicional no deseada.



**Figura 3.** Mapa del Perú según prevalencias de fecundidad adicional no deseada.

### 3.4. Factores asociados a la fecundidad adicional no deseada

La **Tabla 6** y la **Tabla 7** comparan los factores sociodemográficos y reproductivos, respectivamente, de las mujeres entre 40 y 49 años respecto a la fecundidad adicional no deseada (FAND). En el análisis bivariado se obtuvo que la región natural y el lugar de residencia, el quintil de riqueza; y el nivel educativo

de la mujer y de su pareja son los factores sociodemográficos que demostraron una asociación estadística con la FAND. Mientras que la edad al primer parto y la edad al primer encuentro sexual son los factores reproductivos que mostraron una asociación estadística con la FAND.

**Tabla 6.** Factores sociodemográficos asociados a la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

Variable	FAND				p valor*†
	Sí (n = 1 943)		No (n = 2 384)		
	Prevalencia	[IC 95%]*	Prevalencia	[IC 95%]*	
<b>Edad de la mujer</b>					0.70
40 – 44 años	35.3	[32.1 – 38.6]	64.7	[61.4 – 67.9]	
45 – 49 años	34.4	[30.9 – 38.1]	65.6	[61.9 – 69.1]	
<b>Región natural</b>					< 0.01
Lima Metropolitana	27.5	[22.4 – 33.3]	72.5	[66.7 – 77.6]	
Resto de Costa	31.5	[27.7 – 35.6]	68.5	[64.4 – 72.3]	
Sierra	42.3	[38.9 – 45.9]	57.7	[54.1 – 61.1]	
Selva	46.4	[41.9 – 51.0]	53.6	[49.0 – 58.1]	
<b>Lugar de residencia</b>					< 0.01
Urbano	31.4	[28.6 – 34.4]	68.6	[65.6 – 71.4]	
Rural	48.7	[45.1 – 52.3]	51.3	[47.7 – 54.9]	
<b>Quintil de riqueza</b>					< 0.01
Quintil inferior	52.3	[48.2 – 56.3]	47.7	[43.7 – 51.8]	
Segundo quintil	39.2	[34.5 – 44.0]	60.8	[56.0 – 65.5]	
Quintil intermedio	35.7	[30.2 – 41.7]	64.3	[58.3 – 69.8]	
Cuarto quintil	26.0	[20.8 – 31.9]	74.0	[68.1 – 79.2]	
Quintil superior	21.8	[16.3 – 28.6]	78.2	[71.4 – 83.7]	
<b>Estado marital</b>					0.93
Sin pareja estable <sup>¶</sup>	35.7	[20.2 – 54.9]	64.3	[45.1 – 79.8]	
Con pareja estable <sup>§</sup>	34.9	[32.4 – 37.4]	65.1	[62.6 – 67.6]	
<b>Nivel educativo de la mujer</b>					< 0.01
Sin educación	59.2	[49.2 – 68.5]	40.8	[31.5 – 50.8]	
Primario	45.5	[41.4 – 49.7]	54.5	[50.3 – 58.6]	
Secundario	37.7	[33.6 – 41.9]	62.3	[58.1 – 66.4]	
Mayor	20.2	[16.4 – 24.5]	79.8	[75.5 – 83.6]	
<b>Nivel educativo de la pareja</b>					< 0.01
Sin educación	45.0	[29.8 – 61.3]	55.0	[38.7 – 70.2]	
Primario	46.6	[42.0 – 51.4]	53.4	[48.6 – 58.0]	
Secundario	40.4	[36.7 – 44.3]	59.6	[55.7 – 63.3]	
Mayor	19.3	[15.7 – 23.6]	80.7	[76.4 – 84.3]	
No sabe	41.4	[15.9 – 72.6]	58.6	[27.4 – 84.1]	
<b>Ocupación de la mujer</b>					0.77

No trabaja	35.4	[31.1 – 40.0]	64.6	[60.0 – 68.9]	0.96
Trabaja	34.7	[31.8 – 37.6]	65.3	[62.4 – 68.2]	
<b>Cobertura con seguro de salud</b>					
No	35.7	[29.2 – 42.8]	64.3	[57.2 – 70.8]	
Sí	35.9	[33.3 – 38.7]	64.1	[61.3 – 66.7]	

n: número de observaciones, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.

†Se usó el test de Chi-cuadrado con una significancia de 5% para calcular los valores p.

‡Soltera, divorciada o viuda.

§Casada, pareja conviviente o no conviviente.

**Tabla 7.** Factores reproductivos asociados a la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

Variable	FAND				p valor*†
	Sí (n = 1 943)		No (n = 2 384)		
	Prevalencia	[IC 95%]*	Prevalencia	[IC 95%]*	
<b>Edad en la primera relación sexual</b>					<b>&lt; 0.01</b>
< 18 años	45.2	[41.5 – 48.9]	54.8	[51.1 – 58.5]	
≥ 18 años	27.1	[24.2 – 30.3]	72.9	[69.7 – 75.8]	
<b>Edad al primer parto</b>					<b>&lt; 0.01</b>
< 18 años	57.2	[51.6 – 62.6]	42.8	[37.4 – 48.4]	
≥ 18 años	30.6	[28.1 – 33.3]	69.4	[66.7 – 71.9]	
<b>Deseo de la pareja de tener hijos</b>					0.65
Mismo número ambos	34.3	[30.6 – 38.1]	65.7	[61.9 – 69.4]	
Quiere más	35.4	[29.1 – 42.2]	64.6	[57.8 – 70.9]	
Quiere menos	30.2	[22.0 – 39.9]	69.8	[60.1 – 78.0]	
No sabe	40.2	[28.2 – 53.5]	59.8	[46.5 – 71.8]	
<b>Uso de métodos anticonceptivos en algún momento</b>					0.63
Nunca usó	29.5	[17.3 – 45.3]	70.5	[54.7 – 82.6]	
Métodos folclóricos	48.4	[23.1 – 74.6]	51.6	[25.4 – 76.9]	
Métodos tradicionales	37.3	[30.3 – 44.9]	62.7	[55.1 – 69.7]	
Métodos modernos	34.7	[32.2 – 37.4]	65.3	[62.6 – 67.8]	
<b>Decisor sobre el uso de métodos anticonceptivos</b>					<b>0.05</b>
Entrevistada	43.3	[35.9 – 51.0]	56.7	[49.0 – 64.1]	
Pareja	45.1	[27.6 – 63.9]	54.9	[36.1 – 72.4]	
En conjunto	36.5	[32.8 – 40.5]	63.5	[59.5 – 67.2]	
Otro	5.5	[0.5 – 37.7]	94.5	[62.3 – 99.5]	
<b>Decisor final en temas de salud de la mujer</b>					0.68
Entrevistada	37.1	[33.3 – 41.0]	62.9	[59.0 – 66.7]	
Entrevista y pareja	33.6	[28.7 – 39.0]	66.4	[61.0 – 71.3]	
Solo pareja	35.7	[29.1 – 42.8]	64.3	[57.2 – 70.9]	
Alguien más	32.0	[9.9 – 66.9]	68.0	[33.1 – 90.1]	

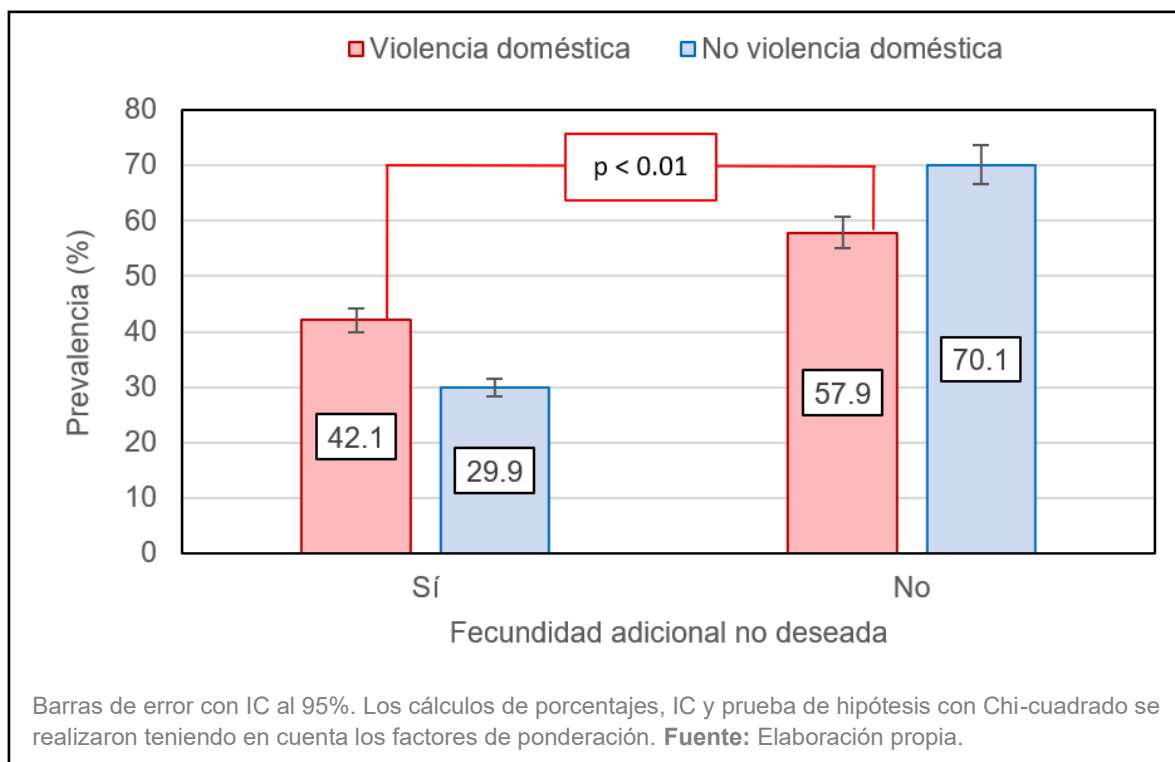
n: número de observaciones, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.

†Se usó el test de Chi-cuadrado con una significancia de 5% para calcular los valores p.

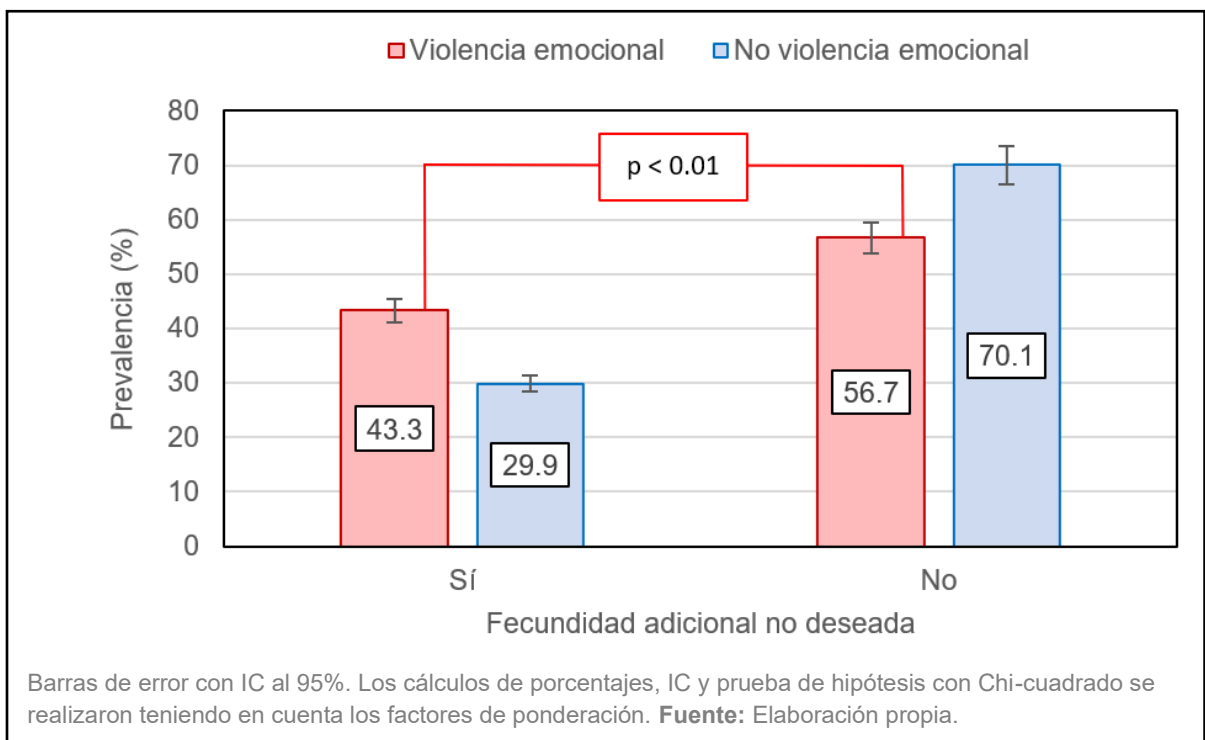
### 3.5. Asociación entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada

En cuanto al análisis bivariado, se evidenció una mayor prevalencia de fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años quienes han sido víctimas de cualquier forma de violencia doméstica por parte su pareja o compañero durante su vida, en comparación con las mujeres que no fueron víctimas de violencia doméstica, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (ver **Figura 4**).



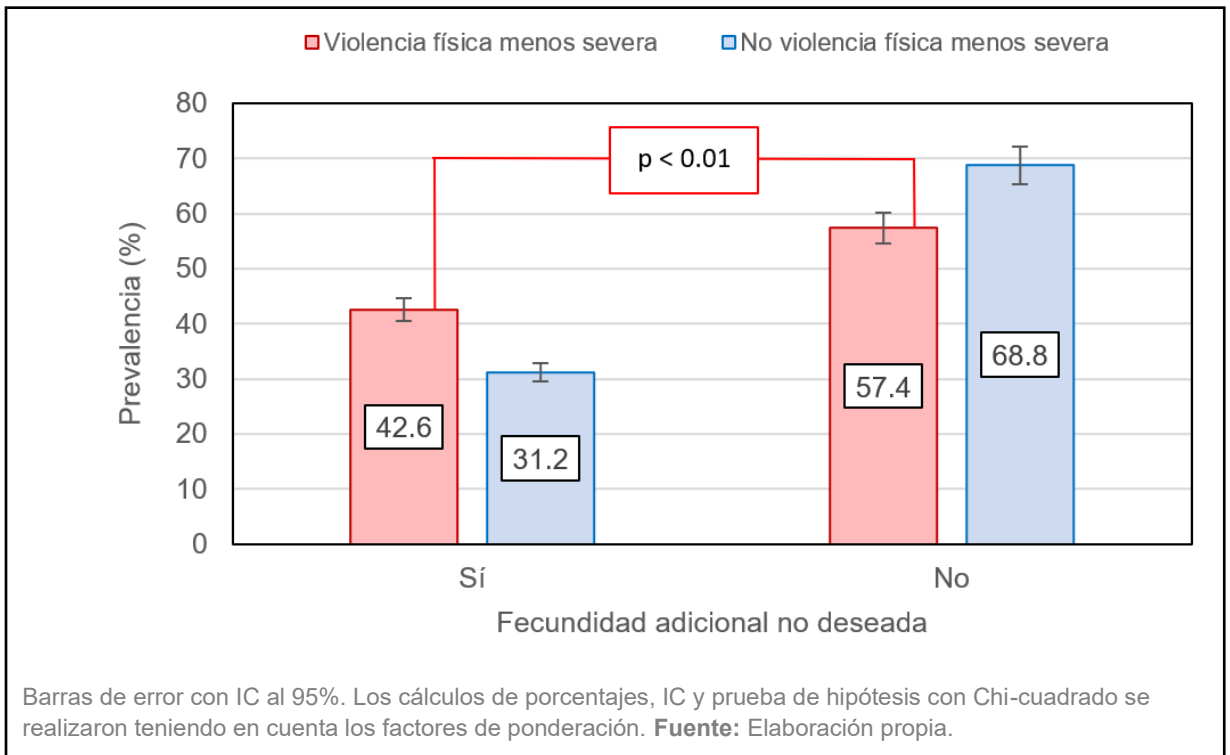
**Figura 4.** Violencia doméstica y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

Similares resultados se hallaron en aquellas mujeres con el antecedente de violencia emocional (ver **Figura 5**), violencia física menos severa (ver **Figura 6**), violencia física severa (ver **Figura 7**) y violencia sexual (ver **Figura 8**), siendo las diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.

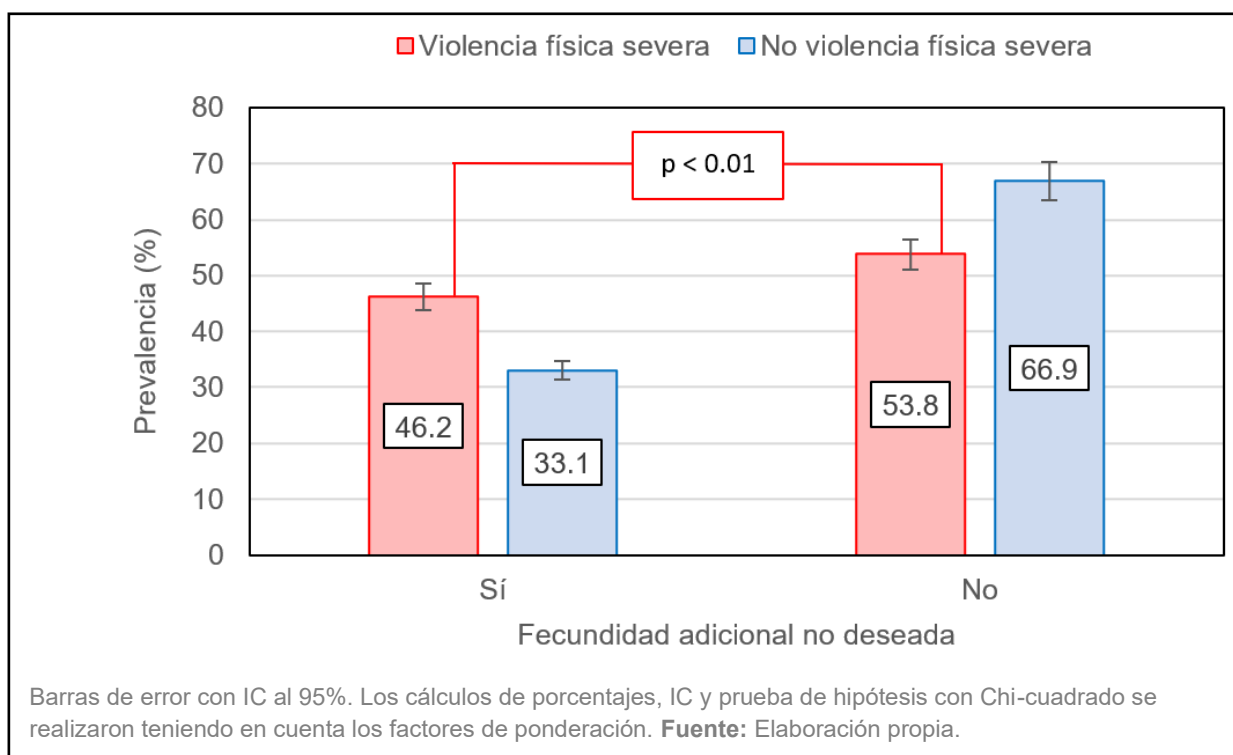


**Figura 5.** Violencia emocional y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

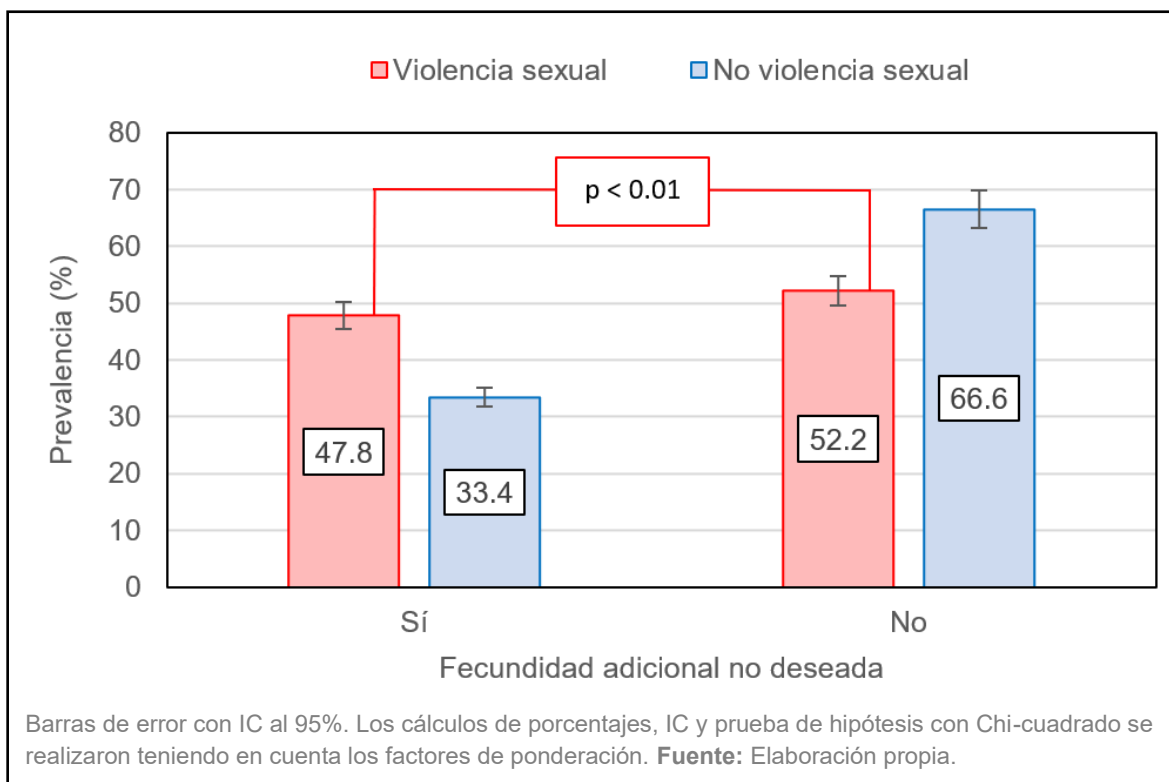




**Figura 6.** Violencia física menos severa y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.



**Figura 7.** Violencia física severa y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.



**Figura 8.** Violencia sexual y fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

El análisis multivariado y sus resultados se presentan en la **Tabla 8**. Dicho análisis se realizó en 2 499 mujeres de 40 a 49 años de edad ya que se encontraron datos perdidos en dos de las covariables reproductivas: decisor sobre el uso de anticoncepción y decisor final en temas de salud de la mujer. A continuación, se informan los resultados en base a las razones de prevalencia ajustadas (RPa) y crudas (RPc).

En el análisis crudo, la probabilidad de tener FAND en mujeres que han sufrido violencia doméstica aumenta un 41%, respecto a quienes no sufrieron violencia doméstica (RPc = 1.41, IC 95%: 1.29 – 1.53,  $p < 0.01$ ). Tras realizar el ajuste ante potenciales variables confusoras, esta asociación se redujo ligeramente, pero manteniendo su significancia estadística. De tal forma que, las mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica tuvieron 17% más riesgo de FAND, en

comparación con quienes no sufrieron violencia doméstica (RPa = 1.17, IC 95%: 1.05 – 1.31, p < 0.01).

Respecto a los factores asociados, el residir en la Selva eleva en 32% la probabilidad de FAND (RPa = 1.32, IC 95%: 1.10 – 1.58, p < 0.01) con respecto a los que viven en Lima Metropolitana. Por su parte, el nivel de educación mayor en las mujeres decrementa en 58% la probabilidad de FAND (RPa = 0.42, IC 95%: 0.29 – 0.59, p < 0.01) con respecto a las mujeres sin educación. Adicionalmente, el decidir el uso de anticoncepción en conjunto, es decir la mujer y su pareja, decrementa en 15% la probabilidad de FAND (RPa = 0.85, IC 95%: 0.75 – 0.96, p < 0.01) con respecto a decidir la mujer entrevistada sola. Asimismo, el tomar las decisiones finales en temas de salud de la mujer en conjunto, participando la mujer y su pareja, disminuye la probabilidad de FAND en 24% (RPa = 0.76, IC 95%: 0.67 – 0.87, p < 0.01) con respecto a decidir la mujer entrevistada sola.

**Tabla 8.** Análisis multivariado entre la fecundidad adicional no deseada y la violencia doméstica en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

	Fecundidad adicional no deseada					
	Modelo crudo*†			Modelo ajustado*‡		
	RP	[IC 95%]	p valor	RP	[IC 95%]	p valor
<b>Violencia doméstica</b>						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1.41	[1.29 – 1.53]	< 0.01	1.17	[1.05 – 1.31]	< 0.01
<b>Edad</b>	1.56	[1.50 – 1.63]	< 0.01	0.99	[0.97 – 1.01]	0.46
<b>Región natural</b>						
Lima Metropolitana	Ref.			Ref.		
Resto de Costa	1.02	[0.97 – 1.07]	0.42	0.98	[0.84 – 1.13]	0.77
Sierra	1.18	[1.13 – 1.24]	< 0.01	1.16	[0.99 – 1.37]	0.07
Selva	1.19	[1.13 – 1.25]	< 0.01	1.32	[1.10 – 1.58]	< 0.01
<b>Lugar de residencia</b>						
Urbano	Ref.			Ref.		
Rural	1.19	[1.16 – 1.23]	< 0.01	0.92	[0.77 – 1.10]	0.35

<b>Quintil de riqueza</b>						
Quintil inferior	Ref.			Ref.		
Segundo quintil	0.88	[0.85 – 0.92]	< 0.01	0.90	[0.75 – 1.09]	0.28
Quintil intermedio	0.80	[0.77 – 0.83]	< 0.01	0.81	[0.65 – 1.00]	0.05
Cuarto quintil	0.77	[0.73 – 0.80]	< 0.01	0.84	[0.66 – 1.06]	0.14
Quintil superior	0.71	[0.68 – 0.75]	< 0.01	1.1	[0.86 – 1.43]	0.45
<b>Nivel educativo de la mujer</b>						
Sin educación	Ref.			Ref.		
Primario	0.90	[0.83 – 0.97]	< 0.01	0.79	[0.58 – 1.06]	0.11
Secundario	0.79	[0.73 – 0.85]	< 0.01	0.78	[0.57 – 1.07]	0.13
Mayor	0.65	[0.60 – 0.70]	< 0.01	0.42	[0.29 – 0.59]	< 0.01
<b>Nivel educativo de la pareja</b>						
Sin educación	Ref.			Ref.		
Primario	0.95	[0.84 – 1.07]	0.39	1.40	[0.82 – 2.39]	0.22
Secundario	0.86	[0.76 – 0.97]	0.015	1.33	[0.77 – 2.27]	0.30
Mayor	0.70	[0.62 – 0.80]	< 0.01	0.86	[0.49 – 1.50]	0.59
No sabe	1.06	[0.85 – 1.32]	0.63	2.45	[1.29 – 1.53]	0.25
<b>Ocupación de la mujer</b>						
No trabaja	Ref.			Ref.		
Trabaja	0.99	[0.96 – 1.02]	0.44	1.07	[0.96 – 1.20]	0.24
<b>Decisor sobre el uso de anticoncepción</b>						
Entrevistada	Ref.			Ref.		
Pareja	1.00	[0.89 – 1.11]	0.95	0.93	[0.71 – 1.23]	0.62
En conjunto	0.95	[0.91 – 1.01]	0.04	0.85	[0.75 – 0.96]	< 0.01
Otro	0.70	[0.48 – 1.01]	0.05	0.18	[0.04 – 0.85]	0.03
<b>Decisor final en temas de salud de la mujer</b>						
Entrevistada	Ref.			Ref.		
Entrevistada y pareja	1.05	[1.01 – 1.09]	0.02	0.76	[0.67 – 0.87]	< 0.01
Solo pareja	0.65	[0.25 – 1.72]	0.38	0.74	[0.80 – 1.26]	0.72
Alguien más	1.07	[1.01 – 1.13]	0.01	0.71	[0.20 – 2.46]	0.59

RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.

†Toma en cuenta únicamente a la violencia doméstica como variable independiente.

‡Ajustado por edad, región natural, lugar de residencia, quintil de riqueza, nivel educativo de la mujer y nivel educativo de la pareja, ocupación de la mujer, decisor sobre el uso de anticoncepción y decisor final en temas de salud de la mujer.

Por último, se realizó el análisis del efecto de cada tipo de violencia doméstica: emocional, física menos severa, física severa y sexual sobre la FAND. El análisis multivariado de cada tipo de violencia doméstica fue realizado por separado, sin

embargo, los resultados de estos análisis multivariados por tipos se unifican en la **Tabla 9**.

Respecto al análisis crudo del efecto de la violencia emocional, la probabilidad de tener fecundidad adicional no deseada en mujeres que han sufrido violencia emocional aumenta en 38%, respecto a quienes no sufrieron violencia emocional (RPc = 1.38, IC 95%: 1.27 – 1.51,  $p < 0.01$ ). Después de realizar el ajuste, esta asociación se redujo ligeramente, pero manteniendo su significancia estadística. Ergo, las mujeres víctimas de violencia emocional acarrearán un 22% más riesgo de fecundidad adicional no deseada, respecto con quienes no fueron víctimas de violencia emocional (RPa = 1.22, IC 95%: 1.09 – 1.38,  $p < 0.01$ ).

Mientras que al análisis crudo del efecto de la violencia física menos severa, la probabilidad de tener fecundidad adicional no deseada en mujeres que han sufrido violencia física menos severa aumenta en 37%, respecto a quienes no sufrieron violencia física menos severa (RPc = 1.37, IC 95%: 1.25 – 1.49,  $p < 0.01$ ). Por el contrario, tras realizar el ajuste, esta asociación no fue estadísticamente significativa pues la RPa incluyó a la unidad (RPa = 1.10, IC 95%: 0.98 – 1.29,  $p = 0.12$ ).

En cuanto al análisis crudo del efecto de la violencia física severa, la probabilidad de tener fecundidad adicional no deseada en mujeres que han sufrido violencia física severa aumenta en 40%, respecto a quienes no sufrieron violencia física severa (RPc = 1.40, IC 95%: 1.25 – 1.56,  $p < 0.01$ ). Tras realizar el ajuste ante potenciales variables confusoras, esta asociación se redujo ligeramente, pero manteniendo su significancia estadística. De tal forma que, las mujeres que han sufrido violencia física severa tuvieron 30% más riesgo de fecundidad adicional no deseada, en comparación con quienes no sufrieron violencia doméstica (RPa = 1.30, IC 95%: 1.10 – 1.53,  $p < 0.01$ ).

Finalmente, el análisis crudo del efecto de la violencia sexual, la probabilidad de tener fecundidad adicional no deseada en mujeres que han sufrido violencia sexual aumenta un 43%, respecto a quienes no sufrieron violencia sexual (RPc = 1.43, IC 95%: 1.26 – 1.62,  $p < 0.01$ ). Tras realizar el ajuste ante potenciales

variables confusoras, esta asociación se redujo ligeramente, pero manteniendo su significancia estadística. De tal forma que, las mujeres víctimas de violencia sexual tuvieron 35% mayor riesgo de fecundidad adicional no deseada, respecto a quienes no fueron víctimas de violencia sexual (RPa = 1.35, IC 95%: 1.11 – 1.65,  $p < 0.01$ ).

**Tabla 9.** Análisis multivariado unificado entre la fecundidad adicional no deseada y los tipos de violencia doméstica en mujeres entre 40 y 49 años. ENDES 2022, Perú.

	Fecundidad adicional no deseada					
	Modelo crudo*†			Modelo ajustado*‡		
	RP	[IC 95%]	p valor	RP	[IC 95%]	p valor
<b>Violencia emocional</b>						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1.38	[1.27 – 1.51]	< 0.01	1.22	[1.09 – 1.38]	< 0.01
<b>Violencia física menos severa</b>						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1.37	[1.25 – 1.49]	< 0.01	1.10	[0.98 – 1.29]	0.12
<b>Violencia física severa</b>						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1.40	[1.25 – 1.56]	< 0.01	1.30	[1.10 – 1.53]	< 0.01
<b>Violencia sexual</b>						
No	Ref.			Ref.		
Sí	1.43	[1.26 – 1.62]	< 0.01	1.35	[1.11 – 1.65]	< 0.01

RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza.

\*Se consideran los factores de ponderación de muestras complejas para su cálculo.

†Toma en cuenta únicamente a la violencia doméstica como variable independiente.

‡Ajustado por edad, región natural, lugar de residencia, quintil de riqueza, nivel educativo de la mujer y nivel educativo de la pareja, ocupación de la mujer, decisor sobre el uso de anticoncepción y decisor final en temas de salud de la mujer.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

La fecundidad adicional no deseada representa una inequidad en salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo como el Perú, debido a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, menor uso de anticoncepción e información actualizada en materia de salud sexual y reproductiva (67).

Los resultados de este estudio evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la violencia doméstica, tanto cualquier forma de violencia doméstica como tres de sus cuatro tipos: emocional, física severa y sexual; y la fecundidad adicional no deseada (FAND) en mujeres entre 40 y 49 años del Perú. Corroborando así la hipótesis que hay una asociación estadística entre la violencia doméstica y la fecundidad adicional no deseada en mujeres entre 40 y 49 años del Perú.

Encontramos que casi 1 de cada 2 mujeres encuestadas de 40 a 49 años en el país ha sido víctima de violencia de cualquier forma de violencia doméstica durante su vida con una prevalencia de 41.1%. Esta cifra supera ampliamente la prevalencia mundial de violencia doméstica del 27% reportada por la OMS (1) y es equiparable a las cifras de otros países en vías de desarrollo como Nepal (42.5%), Marruecos (36.9%) e India (36.86%) según una revisión sistemática realizada por *Christaki y col* (68).

De la misma manera, alrededor de 1 de cada 3 mujeres encuestadas ha sido víctima de violencia física menos severa y violencia emocional (32.5% y 29.6%, respectivamente), mientras que aproximadamente 1 de cada 7 mujeres encuestadas ha sido víctima de violencia física severa (13.7%); y 1 de cada 10 mujeres encuestadas ha sufrido violencia sexual (10%) durante su vida. Estas cifras demostrarían un aumento en la prevalencia de violencia física y violencia



sexual desde hace unos años pues en un estudio realizado en el Perú por *Barón y col*, al explorar la asociación entre la violencia doméstica y la autonomía de las mujeres en edad fértil. Realizaron este estudio en más de 18 mil mujeres en base a los resultados de la ENDES 2019, encontraron una prevalencia de violencia doméstica general del 40.1%, emocional del 38.8%, física del 8.8% y sexual del 2.3%. Además hallaron una asociación estadística entre el bajo grado de autonomía de las mujeres y la violencia doméstica, tanto global y emocional (69).

Estos hallazgos cobran particular relevancia por sus implicancias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres peruanas, pues así lo corroboran dos estudios llevados a cabo en países en vías de desarrollo. En un estudio realizado por *Bishwajit y col* estudiaron la relación entre la violencia doméstica y el uso de anticonceptivos en más de 22 mil mujeres en edad fértil en Nigeria y encontraron que la violencia física y la violencia física aunada a la violencia psicológica aumentan en 28 y 52%, respectivamente, la probabilidad de no usar ningún método anticonceptivo concluyendo que la alta prevalencia de violencia doméstica puede comprometer la eficacia de los programas de planificación familiar a largo plazo (70). Mientras que en un estudio realizado por *Tenkorang* se estudió el impacto sexual y reproductivo de la violencia doméstica en más de 2 mil mujeres en Ghana encontrando que las mujeres que han sido víctimas de violencia física tenían más probabilidad de haber tenido un embarazo no deseado (OR = 2.52,  $p < 0.01$ ) y pérdida del embarazo (OR = 4.27,  $p < 0.01$ ). Sin embargo, aquellas que sufrieron violencia sexual tenían más probabilidades embarazos no deseados (OR = 2.92,  $p < 0.01$ ), mas no de pérdida del embarazo (71).

Un estudio realizado por *Tiruye y col* engloba algunos de los conceptos mencionados previamente al investigar si las relaciones observadas en estudios previos entre violencia doméstica y los embarazos no deseados eran mediados por el uso de anticoncepción y por la autonomía de las mujeres en Etiopía. Encontraron que el embarazo no deseado se asoció significativamente con el antecedente de violencia sexual, emocional y algún tipo violencia doméstica, mas no con la violencia física. La autonomía de las mujeres, mas no la utilización de

anticoncepción, tuvo un efecto significativo de mediación parcial en las relaciones entre algunas formas de violencia doméstica y el embarazo no deseado. La autonomía de las mujeres medió alrededor del 35, 35 y 43% del efecto total de la violencia emocional, cualquier forma de violencia doméstica y la conducta controladora en pareja sobre el embarazo no deseado, respectivamente (72).

Por otro lado, encontramos que 1 de cada 3 mujeres encuestadas de 40 a 49 años en el Perú tiene FAND, configurando una prevalencia nacional de 34.9%. Es un hallazgo que divisaría una reducción de la FAND en nuestro país en los últimos años pues en un estudio realizado por *Mendez y col* evaluaron la relación entre variables sociodemográficas y variables reproductivas con la FAND en casi 7 mil mujeres entre 40 y 49 años del Perú teniendo como punto de partida los resultados de la ENDES 2018. Hallaron una prevalencia de FAND de 72.5% a nivel nacional. Adicionalmente, se evidenció que el ser parte del mayor quintil de riqueza decreta en 20% el riesgo de fecundidad no deseada con respecto al quintil intermedio, mientras que residir en el área rural aumenta en 7% el riesgo de fecundidad no deseada, respecto a residir en la urbanidad (11). Sin embargo, en el análisis multivariado del presente estudio, el pertenecer al quintil superior de riqueza disminuyó en 29% (RPc = 0.71, IC 95%: 0.68 – 0.75, p < 0.01) y el residir en el área rural aumentó en 19% (RPc = 1.19, IC 95%: 1.16 – 1.23, p < 0.01) la probabilidad de FAND en el modelo crudo, mas no en el ajustado. A diferencia del estudio previamente citado donde la región de residencia no guardaba relación con la FAND, en el presente estudio, el residir en la Selva incrementa en 32% el riesgo de fecundidad no deseada (RPa = 1.32, IC 95%: 1.10 – 1.58, p < 0.01) con respecto a los que residen en Lima Metropolitana.

A pesar de la diferencia metodológica entre el estudio previamente mencionado y el presente estudio, esta reducción del 25.3% (de 72.5% en el 2018 al 34.9% en el 2022) en la prevalencia de FAND se podría sustentar en una conjunción de factores. En primer lugar, la disminución progresiva y sostenida de la tasa de fecundidad en todos los grupos etarios en los últimos años, pasando de 2.4 hijos por mujer en 2016 - 2017 a 1.9 en 2022. En segundo lugar, la disminución en el

deseo de mayor fecundidad en las mujeres en edad fértil, pasando del 37% en 2017 al 33.1% en 2022. Por último, se evidencia un aumento de la cobertura de anticoncepción moderna, pasando de 54.5 a 56.6% desde 2017 al 2022 en mujeres de 15 a 49 años (3).

Esta disminución en la prevalencia de fecundidad no deseada en los últimos años también se ha visto en otras partes del mundo. En un estudio realizado por *Rahman y col* con la finalidad de explorar los factores relacionados a la reducción de los partos no deseados en más de 12 mil mujeres en edad fértil en Bangladesh. Encontraron que la prevalencia de FAND disminuyó un 26.2 % entre 2007 y 2017 - 2018. Entre los factores asociados a esta variación significativa se destacan la disminución del matrimonio antes de los 18 años, el aumento del nivel de educación secundario o mayor, el mayor ingreso económico y el mayor acceso a programas de planificación familiar (73).

En cuanto a los factores asociados a la FAND: la región natural, el lugar de residencia, el quintil de riqueza, el nivel de educación, la edad al primer parto y la edad a la primera relación sexual tuvieron significación estadística en el presente estudio. Asimismo, en el estudio realizado por *Hosseini y col* buscaron evaluar los factores sociodemográficos relacionados a la brecha entre la fertilidad deseada y esperada en 400 mujeres casadas en edad fértil en Irán. Sus resultados evidenciaron que la educación, el ser empleada de un trabajo y la edad del primer matrimonio mayor a 25 años disminuían el riesgo de fertilidad superada (74).

Un factor relevante en la fecundidad, y que además es constante en la evidencia científica, es el nivel de educación. En el presente estudio, el nivel mayor de educación decrementa en 58% el riesgo de fecundidad no deseada (RPa = 0.42, IC 95%: 0.29 – 0.59,  $p < 0.01$ ) con respecto a las mujeres sin educación. En un estudio realizado por *Enríquez y col* con el objetivo de estudiar las preferencias en fecundidad según el tipo de ocupación en más de 13 mil mujeres peruanas. Hallaron que el grupo de mujeres trabajadoras dependientes con mayor nivel educativo tiene mucho menos probabilidad de tener hijos (OR = 0.07, IC 95%:

0.04 – 0.11,  $p < 0.01$ ) respecto a aquellas sin formación educativa, e inclusive esta probabilidad de no tener hijos es mayor en trabajadoras independientes. Además, hallaron que el índice de riqueza medio (OR = 0.60, IC 95%: 0.52 – 0.68,  $p < 0.01$ ) y alto (OR = 0.40, IC 95%: 0.36 – 0.45,  $p < 0.01$ ) disminuyen la probabilidad de tener hijos (75).

En otro estudio realizado por *Boongarts* que examina los determinantes de las tendencias de la fecundidad deseada y la fecundidad no deseada en el África subsahariana en base a datos provenientes de 103 encuestas de 25 países de dicha área del África entre 1989 y 2019. Se encontró que los programas de educación y planificación familiar de las mujeres son los determinantes dominantes de la disminución de la fertilidad y sus efectos logran reducir tanto la fertilidad deseada como la no deseada. Además, expone el hallazgo que los programas de planificación familiar pueden reducir la fecundidad deseada. Además, sugiere que la educación es el principal determinante socioeconómico de la disminución de la fecundidad (76).

Otros hallazgos del presente estudio permiten resaltar la importancia de una toma de decisiones consensuada: el decidir el uso de anticoncepción en conjunto, es decir la mujer y su pareja, decreta en 15% el riesgo de fecundidad no deseada (RPa = 0.85, IC 95%: 0.75 – 0.96,  $p < 0.01$ ) a decidir la mujer entrevistada sola. Asimismo, el tomar las decisiones finales en temas de salud de la mujer en conjunto, participando la mujer y su pareja, disminuye la probabilidad de FAND en 24% (RPa = 0.76, IC 95%: 0.67 – 0.87,  $p < 0.01$ ) con respecto a decidir a decidir la mujer entrevistada sola. Un estudio realizado por *Uddin y col* evaluaron el nivel de concordancia entre las parejas respecto a tomar las decisiones del hogar y el uso de anticoncepción moderna por parte de las mujeres en más de 3 mil parejas casadas en Bangladesh. Identificaron que, en comparación con tomar la decisión compartida como pareja, las decisiones exclusiva del esposo se asocia con 51% menos probabilidad de uso de anticonceptivos (OR = 0.49, IC 95%: 0.28 – 0.85,  $p < 0.01$ ). En cambio, la toma de decisiones exclusiva de la esposa no resultó en

un mayor uso de anticonceptivos al no tener significancia estadística (OR = 0.71, IC 95%: 0.45 – 1.13) (77).

Se hallaron escasos estudios que evalúen de forma directa la asociación de la violencia doméstica y de sus tipos sobre la fecundidad no deseada. Particularmente, la asociación entre violencia emocional y FAND es la menos estudiada, de tal forma que el foco de los estudios que analizan sus efectos en salud sexual y reproductiva se centran en embarazos actuales no deseados y pérdidas gestacionales (19,78,79).

En cuanto a los estudios que midieron el efecto de la violencia doméstica sobre la FAND, sus principales resultados fueron consistentes con los del presente estudio. En el estudio realizado por *Titilayo y col* con el fin de establecer la relación entre la violencia conyugal, incluyendo sus tipos con la fecundidad no deseada en más de 4 mil mujeres de Malawi. Encontraron una prevalencia del 31% de violencia general y 46% de FAND. Además, hallaron que las mujeres víctimas de violencia doméstica en algún momento de sus vidas tenían 30% mayor riesgo de FAND, en comparación nunca sufrieron violencia doméstica (OR = 1.30,  $p < 0.01$ ). Adicionalmente, la edad al primer parto menor o igual a 19 años incrementa en 20% el riesgo de fecundidad no deseada (OR = 1.20,  $p < 0.01$ ), de igual forma, el acuerdo conyugal sobre el número ideal de hijos si el esposo quiere menor número incrementa en 50% el riesgo de fecundidad no deseada (OR = 1.59,  $p < 0.01$ ); y la pobreza incrementa en 30% el riesgo de fecundidad no deseada (OR = 1.31,  $p < 0.01$ ). Mientras que el número de hijos nacidos vivos menor o igual a cuatro decrementa en 53% el riesgo de fecundidad no deseada (OR = 0.47,  $p < 0.01$ ) (33). En el presente estudio, las mujeres que experimentaron violencia doméstica tuvieron 17% mayor riesgo de fecundidad adicional no deseada, respecto a quienes no han sido víctimas de violencia doméstica (RPa = 1.17, IC 95%: 1.05 – 1.31,  $p < 0.01$ ).

Asimismo, en el estudio realizado por *Cripe y col* buscaron determinar la asociación entre violencia física y/o violencia sexual por parte de su pareja a lo largo de la vida con la intención de embarazo en más de 2 mil puérperas en un

hospital del Perú, lo cual, nos permite hablar de fecundidad. Hallaron una prevalencia del 40% de violencia física o violencia sexual a largo de la vida de sus vidas y una prevalencia del 65.3% de embarazo no deseado, por lo tanto, fecundidad no deseada. Encontraron que las mujeres que sufrieron violencia, ya sea violencia física o sexual, tenían 63% mayor riesgo de FAND (OR = 1.63, IC 95%: 1.35 – 1.97,  $p < 0.01$ ), respecto a aquellas que no fueron víctimas de violencia. Asimismo, las mujeres víctimas de ambas formas de violencia (física y sexual) tenían el triple de riesgo de FAND (OR = 3.31, IC 95%: 2.13 – 5.15,  $p < 0.01$ ) respecto a quienes no fueron víctimas de violencia (80).

Por otro lado, en este estudio, el efecto de la violencia física menos severa sobre la FAND no fue estadísticamente significativa, sin embargo, la violencia física severa sí, con una probabilidad de aumentar en 30% el riesgo de FAND (RPa = 1.30, IC 95%: 1.10 – 1.53,  $p < 0.01$ ), en comparación con quienes no sufrieron violencia física severa. De igual manera, la violencia sexual tuvo un efecto sobre la probabilidad de FAND al aumentarla en 35% (RPa = 1.35, IC 95%: 1.11 – 1.65,  $p < 0.01$ ), en comparación con quienes no sufrieron violencia sexual. En un estudio realizado por *Garg y col* se buscó evaluar el efecto de la violencia sexual y física sobre el parto no deseado en más de 3 mil mujeres casadas en edad fértil en la India. Encontraron que el 6.4% de las participantes ha experimentado violencia sexual y el 12.1% de los partos fueron considerados no deseados. La prevalencia de partos no deseados fue 14.3% en mujeres que reportaron solo violencia física y 22.9% en aquellas que reportaron solo violencia sexual. Adicionalmente, reportaron que el antecedente de violencia física aumenta en 55% la probabilidad de parto no deseado (OR = 1.55, IC 95%: 1.22 – 1.97), mientras que el antecedente de violencia sexual casi triplica el riesgo de parto no deseado (OR = 2.72, IC 95%: 1.50 – 4.92) y, por último, el antecedente de ambas formas de violencia, tanto física como sexual, aumenta 2.45 veces el riesgo de parto no deseado (OR = 2.45, IC 95%: 1.69 – 3.56). Todas estas probabilidades fueron realizadas en comparación a mujeres sin el antecedente de violencia (81).

Al mismo tiempo, resulta necesario indicar las limitaciones del presente estudio con la finalidad de aproximarnos a una adecuada interpretación de los resultados obtenidos. Primeramente, producto del diseño transversal no es posible establecer relaciones causales robustas, permitiendo un esbozo de la asociación real entre la violencia doméstica y la fecundidad no deseada. No obstante, los resultados de la ENDES 2022 permiten acercarnos a la dimensión de la potencial causalidad por las altas tasas de participación, el alcance nacional de la población encuestada y el muestreo complejo; de tal manera que, los resultados son únicamente extrapolables a poblaciones similares a la peruana de mujeres entre 40 y 49 años de edad.

Otra de las limitaciones relevantes es propia de la realización de un análisis secundario pues las variables y covariables utilizadas no se midieron de forma óptima. Como muestra de esto, en los cuestionarios no se profundizó la temporalidad, la frecuencia y la recurrencia de la violencia doméstica. Del mismo modo, la fecundidad no deseada es la consecuencia final de pobres políticas de salud pública y la mala planificación familiar en los años previos al estudio. Por consiguiente, la evaluación de la fecundidad no deseada en mujeres de edades menores debe ser abordada acorde a los programas de planificación familiar actuales, los cuales tendrán efecto en los próximos años.

De esta manera, a pesar de las muchas limitaciones, la complejidad inherente al discutir temas como la violencia y la fecundidad; y los aún múltiples vacíos de conocimiento con evidencia científica de alta calidad en la literatura actual, el presente estudio es la primera aproximación con el objetivo hacer manifiesta la relación entre la violencia doméstica, y sus tipos, y la fecundidad no deseada en mujeres de 40 a 49 años del Perú en base a los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2022. Por lo cual, consideramos relevantes los resultados obtenidos en el presente estudio.

Por todo lo planteado, resulta imperiosa la realización de mayores estudios de estos dos problemas tan prevalentes a nivel mundial y nacional en el futuro con

diseños longitudinales, metodologías cualitativas, instrumentos específicos para las variables y así, lograr mejores aproximaciones a este fenómeno complejo para plasmarlas en políticas de salud pública. Políticas que busquen promover de forma integral la salud de las mujeres peruanas para así, de una vez por todas, interrumpir el círculo vicioso: la violencia engendra fecundidad no deseada, la fecundidad no deseada puede convertirse en jóvenes vulnerables a ser agresores o padres a edades tempranas.



## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

- 1 de cada 2 mujeres peruanas entre 40 y 49 años ha sido víctima de algún tipo de violencia doméstica durante su vida.
- 1 de cada 3 mujeres peruanas entre 40 y 49 años tiene fecundidad adicional no deseada.
- El antecedente de violencia doméstica global, violencia emocional, violencia física severa o violencia sexual se asocia con la fecundidad adicional no deseada en las mujeres entre 40 y 49 años.
- La región de residencia, el nivel de educación, el decisor sobre usar anticoncepción moderna y el decisor en materia de salud de la mujer se relacionaban significativamente con la fecundidad no deseada.
- Estas relaciones permanecieron significativas al analizarse según potenciales variables confusoras.

- El presente estudio brinda conocimiento novedoso en torno al potencial efecto de la violencia doméstica y de sus tipos sobre la fecundidad no deseada en la población peruana.

## **5.2. Recomendaciones**

El presente estudio brinda evidencia preliminar importante en torno al potencial riesgo de fecundidad no deseada en mujeres de 40 a 49 años en el Perú que han sido víctimas de algún tipo de violencia doméstica durante su vida.

Ante esto, recomendamos realizar estudios longitudinales prospectivos con metodologías de enfoque cualitativo para así poder evaluar la fecundidad no deseada desde edades más tempranas, incluyendo además otras variables mediadores y moderadores para lograr una mejor aproximación a este prevalente fenómeno social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Violence against women prevalence estimates, 2018. World Health Organization. 2021.
2. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer S, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. 2022 Feb 1;399(10327): 803–13.
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022 - Nacional y Departamental. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2023 May.
4. Datos Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. 2020.
5. Lutgendorf M. Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;134(3): 470–480.
6. Hutchinson M, Cosh SM, East L. Reproductive and sexual health effects of intimate partner violence: A longitudinal and intergenerational analysis. *Sex Reprod Healthc*. 2023 Mar;35:100816.
7. Kasonde M, Bwalya B, Nyirenda E, Mapoma C, Sikaluzwe M, Chimpinde K, Songolo GI. Association between sexual violence and unintended pregnancy among married women in Zambia. *BMC Public Health*. 2022 Aug 5;22(1): 1491.
8. Robles A. Teorías, conceptos e instrumentos demográficos desde una perspectiva multidimensional. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2022 Sep 12;39: 1–6.
9. Aitken J. The changing tide of human fertility. *Human Reproduction*. 2022 Jan 25;37(4): 629–38.
10. Cabella W, Nathan M. Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2018.
11. Mendez C, Al-kassab A, Cornejo G, Quevedo A, Alva K, Napanga E. Factores asociados a la fecundidad adicional no deseada: análisis de una

- encuesta nacional en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2020 Oct; 37(4): 645-653.
12. Casterline J, El-Zeini L. Multiple Perspectives on Recent Trends in Unwanted Fertility in Low- and Middle-Income Countries. *Demography*. 2022 Feb; 59(1): 371–388.
  13. Peach E, Morgan C, Michelle, Fowkes I, Kennedy E, et al. Risk factors and knowledge associated with high unintended pregnancy rates and low family planning use among pregnant women in Papua New Guinea. *Nature Scientific Reports*. 2021 Jan 13;11(1).
  14. Grace K, Decker M, Alexander K, Campbell J, Miller E, Perrin N, Glass N. Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy Among Latina Women. *Journal of Interpersonal Violence*. 2022;7(3–4): 1604–1636.
  15. Muluneh M, 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. *Journal of Interpersonal Violence*. 2023;38(7–8): 5375–5403.
  16. Raushan R. Unintended Pregnancy and Domestic Violence Among Pregnant Women in Regions of India: Evidence from Large Scale Survey Data. *Journal of Social Inclusion Studies*. 2023;9(1): 95–109.
  17. Acharya K, Paudel Y, Silwal P. Sexual violence as a predictor of unintended pregnancy among married young women: evidence from the 2016 Nepal demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Jun;19(1).
  18. Sharman L, Douglas H, Price E, Sheeran N, Dingle G. Associations Between Unintended Pregnancy, Domestic Violence, and Sexual Assault in a Population of Queensland Women, *Psychiatry, Psychology and Law*. 2019;26(4): 541-552.
  19. Tiruye T, Harris M, 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*. 2020;65: 1657–1667.
20. Korkmaz S, Överlien C, Lagerlöf H. Youth intimate partner violence: prevalence, characteristics, associated factors and arenas of violence. *Nordic Social Work Research*. 2022;12(4): 536-551.
  21. Gracia E, García M, Martín M, Lila M. High Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women in Young Adulthood: Is Prevention Failing? *Journal of Interpersonal Violence*. 2023.
  22. McNeil A, Hicks L, Yalcinoz B, Browne D. Prevalence & Correlates of Intimate Partner Violence During COVID-19: A Rapid Review. *J Fam Viol*. 2023;38: 241–261.
  23. Moreira D, Pinto M. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. 2020 Jul 1;71:101606–6.
  24. Agüero J. COVID-19 and the rise of intimate partner violence. *World Development*. 2021 Jan 1;137: 105217–7.
  25. Kaukinen C. When Stay-at-Home Orders Leave Victims Unsafe at Home: Exploring the Risk and Consequences of Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Criminal Justice*. 2020;45: 668–679.
  26. Kumar N. COVID 19 era: a beginning of upsurge in unwanted pregnancies, unmet need for contraception and other women related issues, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2020;25(4): 323-325.
  27. Druetz T, Cooper S, Bicaba F, Bila A, Shareck M, et al. Change in childbearing intention, use of contraception, unwanted pregnancies, and related adverse events during the COVID-19 pandemic: Results from a panel study in rural Burkina Faso. *PLOS Global Public Health*. 2022 Apr;2(4): e0000174.
  28. Kumar M, Daly M, De Plecker E, et al. Now is the time: a call for increased access to contraception and safe abortion care during the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*. 2020 Jul;5(7): e003175.

29. Peterson C, Kearns M, McIntosh W, Estefan L, Nicolaidis C, et al. Lifetime Economic Burden of Intimate Partner Violence Among U.S. Adults. 2018 Oct 1;55(4):433–44.
30. Hajizadeh M, Nghiem S. Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries. *Int J Public Health*. 2020;65: 457–468.
31. Omani-Samani R, Amini M, Sepidarkish M, et al. Socioeconomic inequality of unintended pregnancy in the Iranian population: a decomposition approach. *BMC Public Health*. 2018;18, 607.
32. Hultstrand J, Abuelgasim K, Tydén T, Jonsson M, Maseko N, Målqvist M. The perpetuating cycle of unplanned pregnancy: underlying causes and implications in Eswatini. *Culture, Health & Sexuality*. 2020;23(12): 1656-1671.
33. Rackin H, Morgan S. Prospective versus retrospective measurement of unwanted fertility: Strengths, weaknesses, and inconsistencies assessed for a cohort of US women. *Demogr Res*. 2018 Jul-Dec;39:61-94.
34. Titilayo A, Palamuleni M. Spousal Violence and Unwanted Fertility in Malawi. *African Population Studies*. 2015 Mar 1; 29(2).
35. Bhavani A, Ravisankar A. Intimate partner violence as a predictor of unintended pregnancy among married women: Evidence from National Family Health Survey-IV India. *International Journal of Health Sciences*. 2022;6(S1): 9431-9450.
36. Deogan C, Abrahamsson K, Mannheimer L, Björkenstam C. Having a child without wanting to? Estimates and contributing factors from a population-based survey in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022;50(2):215-222.
37. Goli S, Gautam A, Rana M, Ram H, Ganguly D, Reja T, et al. Is unintended birth associated with physical intimate partner violence? Evidence from India. *Journal of Biosocial Science*. 2020;52(6): 907-922.

38. Mahmoudiani S, Dorahaki A, Abedi M. The Impact of Domestic Violence against Women on the Ideal Number of Children (Results of a Survey in the City of Sadra). *Journal of Population Association of Iran*, 2023 Mar.
39. Das M, Tóth C, Shri N, Singh M, Hossain B. Does sexual Intimate Partner Violence (IPV) increase risk of multiple high-risk fertility behaviors in India: evidence from National Family Health Survey 2015–16. *BMC Public Health*. 2022 Nov;22, 22(1).
40. Blom N, Fadeeva A, Barbosa E. The Concept and Measurement of Violence and Abuse in Health and Justice Fields: Toward a Framework Aligned with the UN Sustainable Development Goals. *Social Sciences*. 2023;12(6): 316.
41. Burelomova A, Gulina M, Tikhomandritskaya O. Intimate Partner Violence: An Overview of the Existing Theories, Conceptual Frameworks, and Definitions. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2018;11(3): 128-144.
42. Leemis R, Friar N, Khatiwada S, Chen MS, Kresnow M, Smith S, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey : 2016/2017 Report on Intimate Partner Violence. National Center for Injury Prevention and Control (U.S.), Division of Violence Prevention. 2022 Oct.
43. National Center for Injury Prevention and Control (U.S.), Division of Violence Prevention. 2022 Oct. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(9): 850–857.
44. Patra P, Prakash J, Patra B, Khanna P. Intimate partner violence: Wounds are deeper. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(4): 494-498.
45. Decreto Supremo N° 004-2020-MIMP. Ley N° 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. 06 de septiembre del 2020.
46. Román R, Martín S, Fernandez B, Zamora J, Khan K, Bueno A. Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Public Health*. 2021 Aug; 9.

47. Bows H. Sexual Violence Against Older People: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018;19(5): 567–583.
48. Hidalgo A, Hernandez K, Barjae J, Chafloque J. Prevalencia de la violencia contra la mujer en zonas rurales del Perú. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2022; 51(4).
49. Francisco J, Almansa Martínez, Pilar, Vicente, Mar del. Estudio de las diferencias culturales en las relaciones violentas de pareja de España y Perú. *Enferm glob*. 2020;198–211.
50. Pro G, Camplain R, de Heer B, Chief C, Teufel N. A National Epidemiologic Profile of Physical Intimate Partner Violence, Adverse Childhood Experiences, and Supportive Childhood Relationships: Group Differences in Predicted Trends and Associations. *J. Racial and Ethnic Health Disparitie*. 2020;7: 660–670.
51. Mellar B, Hashemi L, Selak V, Gulliver P, McIntosh T, Fanslow J. Association Between Women’s Exposure to Intimate Partner Violence and Self-reported Health Outcomes in New Zealand. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e231311.
52. Stubbs A, Szoeki C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: a systematic review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(4):1157-1172.
53. Indicadores Demográficos Básicos. Instituto Nacional de Estadística INE - Madrid. 2021 Jun.
54. Fecundidad y sus Diferenciales según Departamento, Provincia y Distrito, 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2022 Oct.
55. World Population Prospects 2022: Summary of Results. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2022 .
56. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Obstet Gynecol* 2014; 123:719. Reaffirmed 2022.



57. Jones K. Meiosis in oocytes: predisposition to aneuploidy and its increased incidence with age. *Hum Reprod Update* 2008; 14:143.
58. Liu X. Targeting oocyte maturation to improve fertility in older women. *Cell Tissue Res* 2016; 363:57.
59. Tamrakar S, Bastakoti R. Determinants of Infertility in Couples. *J Nepal Health Res Counc.* 2019 Apr 28;17(1):85-89.
60. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Fertil Steril* 2014; 101:633. Reaffirmed 2022.
61. Dunson D, Colombo B, Baird D. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Hum Reprod* 2002; 17:1399.
62. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion. *Fertil Steril* 2015; 103:e9.
63. Steiner A, Pritchard D, Stanczyk F, et al. Association Between Biomarkers of Ovarian Reserve and Infertility Among Older Women of Reproductive Age. *JAMA* 2017; 318:1367.
64. Ficha Técnica: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2022.
65. Presidencia del Consejo de Ministros, editor. Decreto Supremo N°043 – 2001 – PCM. 2001.
66. Manual de la entrevistadora: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2022.
67. Gillespie D, Ahmed S, Tsui A, Radloff S. Unwanted fertility among the poor: an inequity? *Bull World Health Organ.* 2007 Feb;85(2):100-7.
68. Christaki C, Orovou O, Dagla D, Sarantaki S, Moriaty M, Kirkou K, Antoniou A. Domestic Violence During Women's Life in Developing Countries. *Mater Sociomed.* 2023 Mar;35(1):58-64.

69. Barón F, Basualdo G, Vargas R, Hernández A, Bendezu G. Women's Autonomy and Intimate Partner Violence in Peru: Analysis of a National Health Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 3;19(21):14373.
70. Bishwajit G, Yaya S. Domestic violence: a hidden barrier to contraceptive use among women in Nigeria. *Open Access Journal of Contraception*. 2018; 9: 21-28.
71. Tenkorang E. Intimate Partner Violence and the Sexual and Reproductive Health Outcomes of Women in Ghana. *Health Educ Behav*. 2019 Dec;46(6):969-980.
72. Tiruye T, Harris M, Chojenta C, Holliday E, Loxton D. The mediation effect of contraceptive use and women's autonomy on the relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy in Ethiopia. *BMC Public Health*. 2020 Sep 16;20(1):1408.
73. Rahman M, Tasnim J. Exploring the factors behind the shift in unwanted childbearing rate in Bangladesh between 2007 and 2017/2018: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023 May 31;13(5):e069265.
74. Hosseini M, Saikia U, Dasvarma G. The gap between desired and expected fertility among women in Iran: A case study of Tehran city. *PLoS One*. 2021 Sep 14;16(9):e0257128.
75. Enríquez Y, Ortiz K, Ortiz Y. Análisis de los determinantes próximos e impacto de la ocupación en la fertilidad de mujeres peruanas. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e18.
76. Bongaarts J. Trends in fertility and fertility preferences in sub-Saharan Africa: the roles of education and family planning programs. *Genus*. 2020;76: 32.
77. Uddin J, Hossin M, Pulok M. Couple's concordance and discordance in household decision-making and married women's use of modern contraceptives in Bangladesh. *BMC Women's Health*. 2017;17: 107.
78. Lukasse M, Laanpere M, Karro H, Kristjansdottir H, Schroll A, et al. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and

emotional abuse – a European multi-country cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15: 120.

79. Agarwal S, Prasad R, Mantri S, Chandrakar R, Gupta S, et al. A Comprehensive Review of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Its Adverse Effects on Maternal and Fetal Health. *Cureus*. 2023 May; 15(5):e39262.
80. Cripe S, Sanchez S, Perales M, Lam N, Garcia P, Williams M. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):104-8.
81. Garg P, Verma M., Sharma P, Coll C, Das M. Sexual violence as a predictor of unintended pregnancy among married women of India: evidence from the fourth round of the National Family Health Survey (2015–16). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22: 347.

# ANEXOS

## Anexo 1. Codificación de la base de datos. ENDES, 2022

Variable	Contenido	Base de datos (código de la base)
Variable de unión		
HHID	Identificador del hogar	Individual (REC0111)
CASEID	Identificador de persona	Individual (REC0111)
Variables de filtro		
V013	Edad	Individual (REC0111)
Variables de diseño		
V001	Número del conglomerado	Individual (REC0111)
V022	Estrato	Individual (REC0111)
V005	Factor de ponderación	Individual (REC0111)
Variables de análisis		
V614	Número ideal de niños	Individual (RE516171)
V201	Total de niños nacidos	Individual (RE223132)
D104	Violencia emocional	Individual (REC84DV)
D106	Violencia física menos severa	Individual (REC84DV)
D107	Violencia física severa	Individual (REC84DV)
D108	Violencia sexual	Individual (REC84DV)
Variables sociodemográficas		
SHREGION	Región natural	Individual (REC91)
V025	Lugar de residencia	Individual (REC0111)
V190	Quintil de riqueza	Individual (REC0111)
V501	Estado marital	Individual (RE516171)
V106	Nivel educativo de la mujer	Individual (REC0111)
V701	Nivel educativo de la pareja	Individual (RE516171)
V714	Ocupación de la mujer	Individual (RE516171)
QS26	Cobertura con seguro de salud	Salud (CSALUD01)
Variables reproductivas		
V525	Edad en la primera relación sexual	Individual (RE516171)
V212	Edad al primer parto	Individual (RE223132)
V621	Deseo de la pareja de tener hijos	Individual (RE516171)
V302	Uso de métodos anticonceptivos	Individual (RE223132)
V632	Decisor sobre anticoncepción	Individual (RE516171)
V743A	Decisor final en salud de mujer	Individual (RE516171)

**Fuente:** Microdatos del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en:

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

**Anexo 2. Cuestionario Individual: preguntas sobre la variable “violencia doméstica”. ENDES, 2022.**

**SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA**

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1000	VEA EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SI LA MUJER ESTÁ SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN VIOLENCIA DOMESTICA  ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/> NO ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/>		1042A
1000A	VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE NO CONTINUE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/>		1042A
1000B	LEA: Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permitame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.		
1001	VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/>		1013B
1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero). Su (último) esposo (compañero) alguna vez:		
A	¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
B	¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
C	¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1005	Su (último) esposo (compañero) alguna vez:		
A	¿La empujó, sacudió o le tiró algo? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
B	¿La abofeteó o le retorció el brazo? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
C	¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
D	¿La ha pateado o arrastrado? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
E	¿Trató de estrangularla o quemarla? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
F	¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
G	¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
H	¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
I	¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba? SI ..... 1 → ¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca? NO ..... 2 →	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA ..... 3	
1006	VERIFIQUE 1005: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/> NINGÚN SI <input type="checkbox"/>		1009

**Fuente:** Cuestionario individual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022.

**Anexo 3. Cuestionario Individual: preguntas sobre la variable “fecundidad adicional no deseada”. ENDES, 2022.**

**SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN**

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todas las hijas e hijos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	206

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
209	<p><b>VERIFIQUE 208:</b></p> <p>Quisiera asegurarme que tengo la información correcta:</p> <p>¿Usted ha tenido en total <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hijo(s) nacido(s) vivo(s) durante toda su vida?</p> <p>¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → <b>INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO</b></p>		
210	<p><b>VERIFIQUE 208:</b></p> <p>UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/></p>		226

211

614	<p><b>VERIFIQUE 216:</b></p> <p>TIENE HIJAS E HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJAS E HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijas ni hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijas e hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? <b>SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE</b></p> <p>Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijas e hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p>	<p>NINGUNO..... 00 → 616A</p> <p>NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA..... 96 → 616A</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
-----	---	---	--

**Fuente:** Cuestionario individual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022.

## Anexo 4. Resolución decanal con aprobación del Proyecto de Tesis.



Lima, 15 de Agosto del 2023

### RESOLUCIÓN DECANAL N° 003026-2023-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital N° UNMSM-20230064223, de fecha 18 de julio de 2023 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis.

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *"La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño"* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: *"La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución"*;

Que, mediante Oficio N°001066-2023-EPMH-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe del Mg. Edith Maritza Paz Carrillo, integrante del Comité de Investigación de la Escuela de Medicina, referente al Proyecto de Tesis titulado "ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LA FECUNDIDAD ADICIONAL NO DESEADA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENDES 2022", presentado por el Bachiller Silvio Tadeo Argüero Flores, con código de matrícula 15010003, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre del asesor de la tesis Mg. Santiago Guillermo Cabrera Ramos con código 088609, docente principal del Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

#### SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

<b>Bachiller:</b> Silvio Tadeo Argüero Flores Código de matrícula N° 15010003 E.P. de Medicina Humana	<b>Título del Proyecto de Tesis:</b>  "ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LA FECUNDIDAD ADICIONAL NO DESEADA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENDES 2022"
<b>Asesor:</b> Mg. Santiago Guillermo Cabrera Ramos Código docente: 088609	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.



Regístrese, comuníquese, archívese.

**DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA**  
VICEDECANA ACADÉMICA

**DR. LUIS ENRIQUE PODESTA GAVILANO**  
DECANO

Firmado digitalmente por  
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE  
PELLA Alicia Josefa FAU  
2016002280\_838  
Edición: 15/08/2023 11:22:23

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **OFWXLQC**

