



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Violencia íntima de pareja y embarazo no deseado en
mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica
y de Salud Familiar, 2022**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Alice Juliette TORRES ASCUE

ASESOR

Dr. Emilio Oswaldo VEGA GONZALES

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

Torres A. Violencia íntima de pareja y embarazo no deseado en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Alice Juliette Torres Ascue
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72869659
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-9715-0934
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Emilio Oswaldo Vega Gonzales
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	80651413
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2753-0709
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Zaida Zagaceta Guevara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06095595
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Flor de María Alvarado Rodríguez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06114732
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Mirtha Ebel Rimachy Malaver
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08549701
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.

Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	A nivel nacional, Perú. Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022.
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Obstetricia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 16 /11 / 2023

HORA INICIO : 10:00 hrs

HORA TÉRMINO : 11:00 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Zaida Zagaceta Guevara

MIEMBRO : Mg. Flor de María Alvarado Rodríguez

MIEMBRO : Mg. Mirtha Ebel Rimachy Malaver

ASESORA : Dr. Emilio Oswaldo Vega Gonzales

3. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Torres Ascue Alice Juliette

CODIGO : 16010139

TÍTULO DE LA TESIS: Violencia íntima de pareja y embarazo no deseado en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022.

4. RECOMENDACIONES

5. NOTA OBTENIDA: (17) DIECISIETE



6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI
2	Quispe Alferez Mijael Lucio	70757232

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

DRA. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA D.N.I.06095595	MG. FLOR DE MARIA ALVARADO RODRIGUEZ D.N.I. 06114732
PRESIDENTE	MIEMBRO

MG. MIRTHA EBEL RIMACHY MALAVER D.N.I. 08549701	DR. EMILIO OSWALDO VEGAGONZALES D.N.I.80651413
MIEMBRO	ASESOR

 Firmado digitalmente por SOLIS ROJAS Mirian Teresa FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 21.11.2023 18:10:47 -05:00	 Firmado digitalmente por IZAGUIRRE SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 22.11.2023 21:28:21 -05:00
Dra. Mirian Teresa Solis Rojas Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dr. Manuel Hernan Izaguirre Sotomayor Vicedecano Académico-Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	VICEDECANO ACADÉMICO DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Dr. Emilio Oswaldo Vega Gonzales. en mi condición de Asesor acreditado con la Resolución Decanal N°003383-2023-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título **“Violencia íntima de pareja y embarazo no deseado en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022.”**, presentado por la bachiller : Alice Juliette Torres Ascue, para optar el Título Profesional en Obstetricia.

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 20% de similitud, nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondiente 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: 80651413

Nombre y apellidos del asesor: EMILIO OSWALDO VEGA GONZALEZ



Agradecimiento

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a la Escuela Profesional de Obstetricia por contribuir con mi desarrollo profesional.

Al Dr. Emilio Vega por brindar su apoyo y compartir sus conocimientos para la elaboración de esta investigación.

Dedicatoria

A mis padres Marino y Lorenza,
quienes siempre han sido mi fortaleza
y me han impulsado y brindado su
apoyo incondicional para lograr
mis metas.

A mis hermanas Brisaida y Luz,
que con sus enseñanzas me
han ayudado a afrontar los desafíos
de la vida.

A Dulce, Rebeca, Ricardo y Duque
por siempre brindarme su cariño
incondicional.

Índice

Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Introducción	1
1.2 Planteamiento del problema	2
1.3 Objetivos.....	5
1.4 Importancia y alcance de la investigación	5
1.5 Limitaciones de la investigación.....	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición de términos	20
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
3.1 Hipótesis.....	22
3.2 Variables	22
3.3 Operacionalización de variables	23
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	26
4.1 Área de estudio.....	26
4.2 Diseño de investigación	26
4.3 Población y muestra	26
4.4 Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información	27
4.5 Análisis estadístico	29
4.6 Aspectos éticos.....	30
V. RESULTADOS	31
5.1 Presentación y análisis de los resultados.....	31
VI. DISCUSIÓN	42
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes peruanas, 2022.....	31
Tabla 2. Prevalencia de violencia física en gestantes peruanas según situaciones, 2022.....	33
Tabla 3. Prevalencia de violencia psicológica en gestantes peruanas según situaciones, 2022.....	34
Tabla 4. Prevalencia de violencia sexual en gestantes peruanas según situaciones, 2022.....	35
Tabla 5. Prevalencia de violencia íntima de pareja en gestantes según tipo, 2022.....	36
Tabla 6. Prevalencia de embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.....	37
Tabla 7. Violencia física y embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.....	38
Tabla 8. Violencia psicológica y embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.....	39
Tabla 9. Violencia sexual y embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.....	40
Tabla 10. Análisis multivariado de los tipos de violencia íntima de pareja asociados al embarazo no deseado.....	41

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre la violencia íntima de pareja y el embarazo no deseado en mujeres peruanas según la ENDES, 2022.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal y retrospectivo, de enfoque cuantitativo. Basado en un análisis de datos secundarios sobre la base de la ENDES del año 2022, donde participaron 747 mujeres gestantes peruanas que cumplieron los criterios de selección.

Resultados: En el Perú, el 39.8% de mujeres reportó ser víctima de violencia psicológica, seguido de la violencia de tipo física y sexual con 7.9% y 1.7%, respectivamente. El 60.4% de mujeres mencionó que su actual embarazo era no deseado; además, de este grupo el 43.9% había sufrido algún tipo de violencia psicológica, el 9.5% de violencia física y el 1.7% de violencia sexual. Se encontró asociación significativa entre la violencia de tipo psicológica ($p=0.004$) y tipo física ($p=0.04$) y el embarazo no deseado utilizando la prueba de Chi cuadrado. Tras realizar el análisis multivariado, solo se encontró asociación significativa entre las mujeres víctimas de violencia psicológica y el embarazo no deseado ($p=0.021$).

Conclusión: La violencia íntima de pareja de tipo psicológica se asoció al embarazo no deseado en mujeres del Perú durante el año 2022.

Palabras clave: Violencia íntima de pareja, violencia contra la mujer, embarazo no deseado, ENDES.

Abstract

Objective: To determinate the association between intimate partner violence and unwanted pregnancy in Peruvian women according to ENDES, 2022.

Materials and Methods: Observational, analytical, cross-sectional, and retrospective study, with a quantitative approach. Based on an analysis of secondary data based on the ENDES of the year 2022, where 747 Peruvian pregnant women who met the selection criteria participated.

Results: In Peru, 39.8% of women reported being victims of psychological violence, followed by physical and sexual violence with 7.9% and 1.7% respectively. 60.4% of women mentioned that their current pregnancy was unwanted; in addition, of this group, 43.9% had suffered some form of psychological violence, 9.5% of physical violence and 1.7% of sexual violence. A significant association was found between psychological ($p=0.04$) violence and unwanted pregnancy using the Chi-square test. After performing the multivariate analysis, only a significant association was found between women victims of psychological violence and unwanted pregnancy ($p=0.021$).

Conclusion: Intimate partner violence of a psychological type was associated with unwanted pregnancy in women in Peru during 2022.

Keywords: Intimate partner violence, violence against women, unwanted pregnancy, ENDES.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La violencia íntima de pareja ejercida en contra de la mujer es toda clase de violencia de tipo físico, psicológico y sexual ejercido por la actual o anterior pareja con el fin de generar daño a la integridad de la persona.

La exposición a la violencia no solo afecta a la víctima, sino que influye en el desarrollo de los hijos, la familia y la comunidad; debido a que se genera un ciclo de violencia intermitente ocasionando que las políticas públicas actuales no sean suficientes para contrarrestar este problema. Además, la violencia íntima de pareja traspasa barreras de tipo social, cultural y económico; e incluso, se apoya en constructos sociales como la pobreza, el machismo y la tolerancia a la violencia, perpetrando así su prevalencia dentro de la sociedad y en el ciclo de vida de las personas.

Todo esto conlleva a que la violencia impacte en la salud física, mental y sexual de la mujer, originando diferentes tipos de problemas, entre los que se encuentra el embarazo no deseado. Y es que, la presencia de cualquier tipo de violencia puede interferir en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; más aún, en la autonomía de la mujer con respecto a su derecho de decidir responsablemente cuándo, cuántos y con quién desea tener hijos. Además, esto influye en el acceso a los servicios de salud materna para el control adecuado de la gestación y el puerperio; y en general en el desarrollo de vida tanto de la madre como del hijo.

Por lo tanto, la relevancia de este estudio se basa en conocer que tipos de violencia están asociados significativamente al embarazo no deseado en las mujeres del Perú acorde a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del periodo de 2022. Con la información recolectada se podrá reconocer los casos de violencia y actuar ante ello mediante el seguimiento continuo y exhaustivo.

1.2 Planteamiento del problema

A nivel mundial, la violencia ejercida en contra de la mujer es considerada un problema de salud pública dado que vulnera los derechos humanos e interviene en el deterioro del bienestar físico y mental de la mujer agraviada; al mismo tiempo esto afecta a los hijos, la familia y la comunidad. Por otra parte, interfiere en la economía de cada país, debido a que las mujeres víctimas de violencia usan en mayor medida los servicios de salud, lo que genera mayores gastos a lo presupuestado por cada gobierno.¹

A todo eso se agrega el impacto que posee dentro de la sociedad, debido a que la violencia contra la mujer genera que el hombre, quien es en la mayoría de los casos el principal agresor, ejerza poder y control sobre la mujer, incrementando la desigualdad de género, limitando oportunidades de educación y trabajo e incluso obstaculizando el uso de los servicios de salud.²

Ante esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de un tercio de la población femenina en todo el mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o víctimas de violencia sexual realizada por otra persona en algún periodo de su vida; además, más del 25.0% de mujeres en edad fértil que han tenido una relación han sido víctimas de violencia física y/o sexual.³ En cuanto a la violencia psicológica, esta puede presentarse sola o en conjunto a otros tipos de violencia y su prevalencia oscila entre el 20.0% al 75.0%, lo que conlleva a que se incrementen las enfermedades de salud mental.⁴

Además, la incidencia de la violencia de pareja se desarrolla en cualquier etapa de vida y esta oscila según el lugar en el cual se habita; por ejemplo, en el Pacífico Occidental la prevalencia asciende a un 20.0%, en Europa y países con ingresos altos un 22.0% y en las Américas llega a un 25.0%, mientras que en el Mediterráneo Oriental y en Asia Sudoriental y África el índice aumenta a 31.0% y 33.0%, respectivamente.³

En el Perú, en los últimos 10 años se ha podido observar que el índice de violencia en mujeres en edad reproductiva según la ENDES ha ido disminuyendo progresivamente de un 74.1% en el 2012 a 55.7% en el 2022 y según el análisis por tipos de violencia, se encontró que la violencia psicológica ha disminuido de 70.6% a 51.9%, mientras que la violencia física ha variado de 36.4% a 27.8% y la violencia sexual descendió de 8.7% a 6.7%.^{5,6}

A pesar de que los índices demuestran una disminución en la prevalencia de la violencia, los casos que se llevan a cabo dentro de nuestro país siguen siendo preocupantes; en el 2022, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables mediante los Centros de Emergencia Mujer ha atendido 154 202 casos de violencia, de los cuales el 86.5% ha sido en contra de las mujeres, es decir, 133 436 mujeres víctimas de violencia; de este grupo, el 41.6% denunció haber sido víctima de violencia psicológica, el 38.6% de violencia física, el 19.4% de violencia sexual y el 0.4% de violencia económica. Encabezando esta lista se encuentra al departamento de Lima con 35 053 casos reportados, seguido de Arequipa con 12 303 casos, Cuzco con 8 689 casos, Piura con 7 008 casos y Ancash con 6 631 casos; teniendo solo en estos cinco departamentos casi la mitad de los casos atendidos a nivel nacional.⁷

Considerando al Perú un país en vías de desarrollo, las creencias y actitudes de la población aún están lejos de dejar de normalizar y no tolerar la violencia hacia las mujeres; y es que, según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2019, la tolerancia a la violencia contra la mujer sobrepasa el 50%, teniendo aún la creencia social de que si la mujer no cumple o no está dispuesta a realizar lo que su pareja le ordena la violencia hacia ella queda totalmente justificada.⁸

Asimismo, la pandemia del COVID-19 ha generado un incremento de la gravedad de los casos de violencia íntima de pareja (VIP) a causa de las medidas acatadas socialmente tales como la cuarentena, la inmovilización y el control de horarios para el libre desplazamiento⁹; a esto se suma la limitación al acceso de los servicios de salud, que incluso con el esfuerzo por parte del sistema de salud en implementar medidas alternas como la

utilización de la Telesalud, este no ha sido suficiente para lograr con éxito la detección oportuna de la VIP.¹⁰

Por otra parte, al igual que la VIP, el embarazo no deseado se denomina como un problema de salud pública que ocasionó entre el 2015 y 2019 aproximadamente 121 millones de casos por año a nivel mundial, de estos, 74 millones de casos fueron en mujeres de medianos y bajos ingresos; esto conlleva a que una de cada tres mujeres recurra a un aborto riesgoso y casi 50 mil mujeres pierdan la vida, lo que contribuye a los índices de mortalidad materna; sin embargo, los casos de embarazos no deseados varían significativamente acorde al lugar de residencia, por ejemplo, en Europa y América del Norte el índice es de treinta y cinco embarazos no deseados por cada mil mujeres, comparado con los noventa casos que se desarrollan en África.^{11,12}

Paralelamente, en el Perú, la ENDES 2022 reportó que el 53.5% de mujeres tuvo un embarazo no deseado, lo que se relaciona con la ausencia del uso de métodos anticonceptivos en el 22.1% de mujeres en edad fértil y a la demanda insatisfecha de planificación familiar en el 5.9%.⁶ Las razones por la cual se llevan a cabo este tipo de situaciones son variadas, desde el acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva, poca variedad de métodos anticonceptivos, temor a los efectos secundarios hasta el rechazo por motivos religiosos y/o culturales.¹³

Por otro lado, la VIP se relaciona con el embarazo no deseado debido a que la violencia genera un ambiente inhóspito para la autonomía y toma de decisiones de las mujeres con respecto a su integridad física, brindar la aprobación para tener relaciones sexuales seguras y el uso de los servicios de salud reproductiva, en donde se brinda y promueve el uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de evitar un embarazo no deseado.¹¹

Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre la violencia íntima de pareja y el embarazo no deseado en mujeres peruanas según ENDES 2022?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la asociación entre la violencia íntima de pareja y el embarazo no deseado en mujeres peruanas según ENDES 2022.

Objetivos específicos

- Identificar la asociación entre la violencia física y el embarazo no deseado en mujeres peruanas según ENDES 2022.
- Identificar la asociación entre la violencia psicológica y el embarazo no deseado en mujeres peruanas según ENDES 2022.
- Identificar la asociación entre la violencia sexual y el embarazo no deseado en mujeres peruanas según ENDES 2022.

1.4 Importancia y alcance de la investigación

La literatura revisada muestra escasa información sobre estudios en donde se asocia la violencia íntima de pareja y los embarazos no deseados en el Perú; es más, algunos estudios solo se basan en la asociación de la violencia de tipo sexual con el embarazo no deseado, dejando una gran brecha de información desatendida por los investigadores.

Sin embargo, la realización de este estudio no solo busca satisfacer el vacío en el conocimiento respecto al tema, sino que pretende incentivar en el profesional de salud la identificación precoz y oportuna de los casos de violencia ejercida en contra de la mujer por parte de su pareja con el fin de poder brindar una atención integral inmediata, lo que contribuiría a que las víctimas de violencia puedan contrarrestar los efectos adversos en su salud física y mental, debido a que con una atención especializada no solo se busca brindar atención médica, sino brindar asesoría y facilidades para tener acceso a las diferentes instituciones

gubernamentales que se encarguen del apoyo legal. Cabe resaltar, que dentro de la atención brindada a la mujer debe estar presente la atención en el área de salud sexual y reproductiva, debido a que esto ayudará a que la mujer pueda estar asesorada respecto a sus derechos reproductivos y así decidir acorde a su plan de vida el momento en el cual desea un embarazo, evitando así que los índices de embarazos no deseados se mantengan.

De igual forma, permitirá a que en los establecimientos de salud se pueda generar una red de atenciones especializadas para las personas que sufren algún tipo de violencia con el fin de priorizar dichas atenciones.

Por otro lado, el estudio muestra una amplia perspectiva del tema, además, la información recolectada sería representativa debido al uso de información recolectada a nivel nacional y la información sería actualizada ya que la base de datos a utilizar sería correspondiente al año 2022.

1.5 Limitaciones de la investigación

El estudio fue realizado con una base de datos de fuentes secundarias, a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, por lo tanto, no fue posible profundizar en la información brindada. Además, no se pudo establecer una relación de causa y efecto debido a que el estudio es transversal.

Al ser la violencia un tema estigmatizado ante la sociedad puede ser que las encuestadas no hayan tenido la intención de revelar la información fidedigna debido a la vergüenza o al miedo de ser juzgadas, creando un sesgo de información.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Alfaro K, Janampa D, en Perú y durante el año 2023 publicaron su estudio en donde trazaron como objetivo asociar las repercusiones físicas y psicológicas de la violencia de género con la edad y grado de instrucción en mujeres del centro poblado de Mollepata en Ayacucho; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño observacional, correlacional y prospectivo. Los principales resultados mostraron una prevalencia de violencia psicológica en el 64.5% de mujeres y violencia física en el 35.5%, el embarazo no deseado se encontró en el 12.1% de las mujeres con algún tipo de violencia física. La prueba de Chi Cuadrado no evidencia asociación significativa entre las variables. Concluyendo que, aunque no se encontró relación entre las variables, la violencia psicológica es predominante en más de la mitad de la población y aproximadamente una de cada diez mujeres víctimas de violencia física han tenido un embarazo no deseado.¹⁴

Calvo I, Morocho M, en Perú y durante en el año 2023 publicaron un estudio en donde plantearon como objetivo definir la relación entre el embarazo no deseado y la violencia de tipo física, sexual y psicológica ejercida por el cónyuge en mujeres embarazadas durante el año 2020; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño observacional, retrospectivo con base en el análisis secundario de base de datos correspondiente a la ENDES 2020. Los principales resultados reflejaron un total de 18,8% de violencia en general, 12.3% de violencia física, 12.7% de violencia psicológica, 1.8% de violencia económica y 5% de comportamientos de control por parte de la pareja. Respecto al embarazo no deseado hubo una incidencia del 36.3%, del grupo de gestantes con embarazo no deseado el 22.9% presentaron violencia psicológica, el 19.5% violencia física, el 5.9% violencia sexual y el 9.8% presentaron comportamientos de control por parte de la pareja. La prueba de Chi Cuadrado evidenció asociación solo entre la violencia sexual y el embarazo no deseado ($p=0.001$). Concluyendo que la violencia de pareja se presenta en aproximadamente una de cada cinco gestantes y el embarazo no deseado

en una de cada tres, entre los tipos de violencia hacia la mujer predominantes se encuentra la violencia física y psicológica.¹⁵

Garg P, et al. en India y durante el año 2022, publicaron una investigación en el que plantearon como objetivo identificar la asociación entre la violencia sexual y el embarazo planeado en mujeres embarazadas en edad reproductiva. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño observacional, retrospectivo con base en el análisis secundario de base de datos correspondiente a la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2015 – 2016. Los principales resultados encontrados fueron que las mujeres que padecieron de violencia sexual tuvieron un 22.9% de embarazos no planeados en comparación con las de violencia física que fue de 14.3%, sin embargo, cuando se tomaron ambos tipos de violencia la prevalencia incrementó al 22.5%; además, del total de encuestadas el 12.1% tuvo un embarazo no planeado. La prueba de Chi Cuadrado evidenció que existe asociación entre la violencia de tipo sexual y física y el embarazo no planeado ($p < 0.001$). Concluyendo que la violencia de tipo sexual y física generan mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado.¹⁶

Kasonde M, et al. en Zambia y en el año 2022, desarrollaron una investigación en el cual trazaron como objetivo determinar la relación entre la violencia sexual y el embarazo no planificado en mujeres casadas en edad reproductiva de Zambia; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño observacional, retrospectivo, con base en el análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud de Zambia de 2018. Los principales resultados encontrados fueron que del total de encuestadas el 14.9% de mujeres fueron víctimas de violencia sexual y el 36.0% tuvieron un embarazo no planificado; de este último grupo alrededor de la mitad de las mujeres había experimentado algún tipo de violencia sexual. La prueba de Chi Cuadrado evidenció la existencia de asociación entre la violencia sexual y el embarazo no planificado ($p < 0.001$). Concluyendo que la violencia sexual posee asociación significativa con el embarazo no planificado.¹¹

Mirano C, en Perú y durante el 2022, realizó un estudio en el cual propuso como objetivo identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva en mujeres en las cuales se ejerció violencia y que se atendieron en el CEM Chancay entre los meses de enero a octubre de 2020; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño observacional, descriptivo. Los principales resultados informaron que el 90.6% presentaron violencia psicológica, el 51.2% presentaron violencia física, el 6.3% violencia sexual y el 2.4% violencia económica; más de la mitad habían sido víctimas de violencia por años y con respecto a las que tenían como mínimo 1 embarazo, el 73.6% mencionó que su último embarazo había sido no planificado. Concluyendo que el tipo de violencia que predomina es la violencia psicológica, seguida de la violencia física, sexual y económica; además, el embarazo no planificado predomina en aproximadamente 3 de cada 4 mujeres que fueron víctimas de algún tipo de violencia.¹⁷

Santiago R, en el año 2022, en el Perú, publicó un estudio en donde planteó como objetivo identificar la existencia de relación entre la violencia sexual realizada por el compañero sentimental y el embarazo no planificado en mujeres de edad reproductiva de Perú; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño observacional, retrospectivo con base en el análisis secundario acorde a la ENDES 2020. Los principales resultados encontrados fueron: del total de encuestadas el 52.3% tuvo un embarazo no planificado y el 4.4% tuvo algún tipo de violencia sexual; del grupo de mujeres víctimas de violencia sexual el 68.9% tuvo un embarazo no planificado, en comparación con las que no tuvieron violencia sexual y un embarazo no planificado que fue de 49.6%. La prueba de Chi Cuadrado evidenció la existencia de asociación entre violencia sexual y embarazo no deseado ($p < 0.001$). Concluyendo que más de la mitad de la población posee un embarazo no deseado y el ser víctima de algún tipo de violencia sexual incrementa la posibilidad de llevar un embarazo no planificado.¹⁸

Valencia M, en Perú y durante el 2022, publicó un estudio cuyo propósito fue identificar los tipos de violencia de género ejercida en contra de las mujeres que pertenecían al programa vaso de leche durante la pandemia de Covid-19 en el distrito de Huancavelica; el estudio tuvo un enfoque

cuantitativo, diseño observacional, prospectivo. Los principales resultados que encontró fueron: la identificación de cuatro tipos de violencia de género, con un índice de violencia física de 31.9%, violencia psicológica de 65.9%, violencia sexual del 21.3% y violencia económica del 40.4%; entre las consecuencias de ser víctima de violencia sexual identificó a un 20% de mujeres que tuvieron un embarazo no deseado. Concluyendo que la violencia de tipo psicológica fue predominante ante los otros tipos de violencia de género; además, la violencia de tipo sexual genera en mayor probabilidad de un embarazo no deseado.¹⁹

Al Shidhani N, et al. en Omán y durante el año 2020, realizaron una investigación donde propusieron como objetivo reconocer el índice y predictores de violencia doméstica en tres etapas: durante la etapa de vida, un año antes del embarazo y durante el embarazo en mujeres de Omán; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño transversal continuado con un estudio de cohorte prospectivo. Los principales resultados mostraron que el 16.8% presentó violencia doméstica a lo largo de su vida, el 2,7% durante 1 año antes del embarazo y el 1,6% durante el periodo de gestación; del grupo de mujeres con violencia a lo largo de la vida el 68.9% sufrió de violencia emocional y el 54.7% de violencia física, del grupo de mujeres con violencia un año antes del embarazo el 80.8% sufrió de violencia emocional y el 38.5% de violencia física y del grupo de mujeres con violencia durante el embarazo el 86.6% sufrió de violencia emocional y el 20% de violencia física; con respecto al embarazo no planificado el 48.4% fue en mujeres con algún tipo de violencia a lo largo de su vida, el 76.9% en mujeres con violencia un año antes del embarazo y el 66.6% en mujeres gestantes. La prueba de Chi Cuadrado evidenció que existe asociación entre la violencia física y el embarazo no planificado a lo largo de la vida ($p=0.038$), un año antes del embarazo ($p=0.013$) y durante el embarazo ($p=0.04$). Concluyendo que aproximadamente 1 de cada 5 mujeres sufre de algún tipo de violencia doméstica a lo largo de su vida y la violencia emocional predomina sobre la violencia física en las tres diferentes etapas de vida.²⁰

Motlagh M, et al. en Irán y durante el 2020, difundieron una investigación en el cual trazaron como objetivo establecer el índice de embarazos no deseados y los factores asociados y sus repercusiones en mujeres de edad reproductiva de Irán; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño transversal. Los principales resultados revelaron una incidencia de violencia psicológica en 25.6%, violencia física en 7.9% y embarazo no deseado en 13.6% de la población; del grupo de mujeres con embarazos no deseados el 22.8% fueron víctimas de violencia física, un resultado similar se encontró en las víctimas de violencia psicológica con un 19.4%. La prueba de Chi Cuadrado muestra que existe asociación entre el embarazo no deseado y la violencia física ($p < 0.001$) y psicológica ($p < 0.001$). Concluyendo que aproximadamente una de cada diez mujeres tiene un embarazo no deseado; con respecto a los tipos de violencia una de cada cuatro mujeres sufre algún tipo de violencia psicológica comparado con la violencia física que se lleva a cabo en casi una de cada diez mujeres.²¹

Tiruye T, et al. en Etiopía y en el año 2020, desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar la relación entre la VIP y el embarazo no planificado asociado al empleo de métodos anticonceptivos y a la autonomía de decisión en mujeres de edad reproductiva de Etiopía; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño observacional, retrospectivo, con base en el análisis secundario de base de datos correspondiente a la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía de 2016. Los principales resultados encontrados fueron que más del 25% de encuestadas catalogaron su último embarazo como no planificado y más del 60% informaron haber experimentado algún tipo de VIP; del grupo de mujeres con embarazo no deseado el 28.0% fue víctima de violencia física, el 28.7% fue víctima de violencia psicológica y el 16.8% de violencia de tipo sexual. La prueba de Chi Cuadrado evidenció que existe relación entre el embarazo no planificado y la violencia sexual ($p = 0.001$) y emocional ($p = 0.006$). Concluyendo que aproximadamente una de cada seis mujeres es víctima de algún tipo de violencia y un cuarto de las

mujeres ha tenido un embarazo no deseado; además, la violencia sexual y emocional tienen asociación con el embarazo no planificado.²²

2.2 Bases teóricas

Violencia íntima de pareja (VIP)

La violencia de género se establece como un problema social en donde las personas con mayor poder físico, cultural y/o social se enfrentan en contra de las personas que no guardan este poder o en contra de las minorías sexuales a través de la ejecución de los diferentes tipos de violencia.²³ Esto conlleva a que el problema normalmente este basado en las diferencias de tipo biológico entre lo masculino y lo femenino, sobre todo a causa de las raíces históricas como las creencias, tradiciones y aspectos culturales de cada sociedad; lo que origina en las mujeres y en los hombres a mantener conductas predeterminadas socialmente aceptables y que los comportamientos violentos y hostiles, sobre todo de los hombres, se acepten socialmente ante el no cumplimiento de esos estándares sociales, lo que implica un aumento de desigualdad y proporciona mayor poder y superioridad a los hombres en las relaciones de pareja.²⁴

Ante esta problemática, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)²⁵ establece la violencia de género como todo acto de violencia ejercida en contra de la mujer por el simple hecho de ser mujer, por lo que este tipo de violencia afecta directamente la salud integral de las mujeres a nivel mundial. Aunque, dentro de la violencia de género se incluye a las minorías sexuales, el grupo de mujeres violentadas sigue siendo mayor hasta la actualidad debido a que aproximadamente un tercio de la población femenina a nivel mundial ha sido golpeada, obligada a tener relaciones sexuales o expuesta al algún tipo de abuso.²³

Del mismo modo, las Naciones Unidas³ definió a la violencia ejercida en contra de la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la

mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”; así mismo, la OMS hace referencia a que, en la mayoría de los casos de violencia contra la mujer, la pareja romántica es el principal agresor, dando cabida a la violencia íntima de pareja.

Por otro lado, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)²⁶ mencionan a la violencia íntima de pareja como todo acto de violencia física, violencia sexual, violencia psicológica y acecho por parte de la pareja con la que se mantiene actualmente una relación amorosa o con quien se mantuvo una relación amorosa en algún momento de la vida. Sin embargo, actualmente, algunas investigadoras como Grace y Miller²⁷ incluyen la coerción y el abuso reproductivo como una forma de VIP, la cual se caracteriza por experimentar comportamientos que limitan la autonomía reproductiva de la mujer, lo que incluye la coerción del embarazo y el sabotaje anticonceptivo.

Cabe aclarar, que la coerción reproductiva puede ocurrir en conjunto con otros tipos de violencia ya que sus bases están arraigadas a la desigualdad de género y el poder, esto permite que el hombre ejecute un comportamiento de control relacionado al uso de anticonceptivos y al resultado del embarazo a través de la coerción; lo cual tiene como consecuencia problemas de índole sexual, reproductivo y de salud mental. Y es que todo esto conlleva a que las mujeres no tengan la opción de hacer respetar sus derechos reproductivos, lo que origina que se lleven a cabo relaciones sexuales sin el uso de anticonceptivos, lo que a futuro generará embarazos no deseados.²⁸

A todo esto, se agrega la pandemia de COVID-19, el cual generó una situación excepcional debido a las medidas de confinamiento social que se llevaron a cabo acorde a las políticas de salud de cada país, y es que la inmovilización y aislamiento social causaron que el acceso a los servicios de salud e instituciones gubernamentales de protección y seguridad para las víctimas de violencia estuvieran fuera del alcance de las mujeres; además, los victimarios tuvieron mayor oportunidad de crear

situaciones de violencia debido a que sus víctimas se encontraban en convivencia junto a ellos.²⁹

A pesar de la existencia de informes estadísticos alrededor del mundo que demuestran ante la sociedad la prevalencia de violencia ejercida por la pareja; las creencias, prejuicios y roles culturales hacen de este un tema estigmatizado para las mujeres, lo que impide que puedan hablar de esto ante la familia o los centros de apoyo, ocasionando dificultad en la identificación de los casos y en la respuesta médica y gubernamental, lo que complica su erradicación.²³ Por tal motivo y con el fin de cambiar esos estigmas sociales, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos³⁰ incentiva en los profesionales de la salud a realizar evaluaciones a todas las mujeres en las visitas regulares y prenatales para detectar signos y síntomas de violencia.

Y es que, durante años, se ha mantenido el gran problema de la VIP como consecuencia de la preservación de condiciones estructurales en la sociedad que han servido de base para el desarrollo y persistencia de la violencia ejercida por parte de la pareja; estas condiciones como: a) la desigualdad de género a través de los privilegios patriarcales y la marginalización de la mujer, b) la normalización y aceptabilidad de la violencia en las relaciones sociales y c) la pobreza, interactúan a nivel individual y en conjunto para intensificar la prevalencia de la violencia dentro de una relación, lo que conlleva a que las mujeres, en mayor medida, sean las principales víctimas de violencia cuando se refiere a VIP.³¹

Para comprender el fenómeno de la violencia, podemos tomar en cuenta el modelo ecológico de Heise, quien apoyó sus investigaciones del modelo ecológico de Belsky para definir una serie de factores de riesgo o constructos que actúan a nivel individual, de relación, comunitarios y sociales con el fin de aumentar la probabilidad de padecer VIP.³¹ Estos factores se vinculan entre sí; sin embargo, no son el fundamento para el desarrollo de la VIP, sino que al interactuar o tener como antecedentes otros tipos de factores, estas relaciones pueden ser la base del origen de estos factores de riesgo; por tal motivo, para erradicar o aminorar la

prevalencia de la VIP, debe de afrontarse de manera individual y global estos factores.¹⁰

Los factores de riesgo de nivel individual se orientan a características personales que incrementan la probabilidad de convertirse en víctima o ejecutor de violencia; a esto se agregan los factores biológicos, personales, históricos, demográficos, y de comportamiento como: edad temprana, bajo rendimiento escolar, antecedentes de relaciones cortas y/o violentas, embarazos no deseados, trastornos de salud mental y los asociados al uso de sustancias. Los factores de riesgo a nivel de relación comprenden las relaciones de tipo social íntimo como: haber observado violencia en el entorno. Los factores de riesgo a nivel comunitario interactúan las relaciones con el entorno de vivencia, lo que permite identificar las características de ese ambiente como: la pobreza y la carencia de cohesión social. Y finalmente los factores de riesgo a nivel social abarcan las características de la sociedad que pueden favorecer o ir en contra de la violencia como: los roles de género tradicionales, la violencia estructural, el racismo sistémico, la xenofobia, la homofobia, la transfobia, la aprobación de la violencia como método para remediar conflictos y normativas legales débiles o que mantienen la desigualdad de género.^{10,32}

Así pues, el impacto que tiene la VIP en contra de la salud integral de la mujer es abismal debido a que ocasiona problemas en la salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo. Entre los problemas de salud físico se encuentran: las cefaleas, el dolor de espalda y abdominal, las enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares; mientras, que los problemas de salud mental son: la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimenticios, los trastornos del sueño, el consumo de sustancias y/o alcohol y los intentos de suicidio. Los problemas de salud sexual y reproductivo incluyen: dolor pélvico crónico, infecciones de transmisión sexual, abortos espontáneos, embarazos no deseados, prácticas sexuales de riesgo, embarazos con periodo intergenésico corto y el no uso de métodos anticonceptivos.^{33,34}

A parte de los problemas que afectan la salud integral de la mujer, también se pueden llevar a cabo problemas como: incapacidad para trabajar, disminución de ingresos, ausencia participativa en actividades cotidianas y el abandono del autocuidado y cuidado de los hijos; los cuales influyen social y económicamente en el desarrollo de las mujeres.³³

Por otro lado, si la VIP se perpetra durante el embarazo, esto puede ocasionar resultados adversos en la salud de la madre y del hijo por nacer, lo que incrementará la prevalencia de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; incluso, puede llegar a afectar la salud y el desarrollo en otras etapas de la vida. Entre los posibles resultados adversos se encuentra: mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, depresión perinatal, ansiedad, tendencia suicida, abuso de sustancias, insuficiente aumento del peso materno, período intergenésico corto, aborto, ruptura uterina, hemorragias, pequeño para la edad gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer, baja adherencia a la lactancia materna y en casos extremos la muerte materna y fetal.^{35,36}

La violencia se perpetra a través del Ciclo de violencia de Walker, el cual consiste en tres fases consecutivas que se repiten intermitentemente; este ciclo involucra a la víctima y al victimario, quienes crean un ambiente tenso en el cual la víctima se encuentran en constantemente alerta y con el temor de que el siguiente episodio de violencia pueda ocurrir en cualquier momento, lo que condiciona a permanecer en un estado de estrés latente; el ciclo consta de tres fases: a) fase de construcción de la tensión, b) fase explosiva y c) fase de luna de miel.³⁷

Durante la primera fase o fase de construcción de la tensión, el victimario adopta un comportamiento irritable, temperamental, amenazante e intimidante, mientras que la víctima trata de mantener la calma, busca el motivo de la conducta, se somete y se mantiene alerta ante un posible acto de agresión.³⁸

En la segunda fase o fase explosiva, el victimario consuma el acto de violencia a través de la agresión física y/o sexual acompañado de

amenazas o chantajes que intimidan a la víctima, quien en todo momento intenta proteger a su familia y a ella misma de los actos que están ocurriendo; el consumo de sustancias como drogas o alcohol puede usarse como justificante de la agresión por parte de ambas personas y si la víctima denuncia la agresión se realiza el contacto con las autoridades e incluso el victimario puede ser arrestado.³⁹

Finalmente, en la tercera fase o fase de luna de miel, el victimario adopta un comportamiento de amor por la víctima y la familia, muestra arrepentimiento, culpa y suplica perdón; promete que no se repetirá la agresión y que ha cambiado, mientras que la víctima tiene la esperanza de que todo será diferente y que la situación de agresión no se repetirá. En caso de que el victimario haya sido arrestado, la víctima puede retirar todos los cargos en su contra, con el convencimiento de que el agresor ha cambiado.⁴⁰

Entre las formas de violencia que se incluyen en la VIP encontramos: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual. La violencia física es toda conducta en la que se hace uso de la fuerza física, ocasionando daño en la salud e integridad corporal de la persona mediante lesiones, causando la discapacidad e inclusive la muerte. Algunas formas de este tipo de violencia son: maltrato por negligencia, privación de las necesidades básicas que causen algún tipo de daño físico o que a futuro puedan producirlo, cachetadas, empujones, patadas, perforaciones, quemaduras, tirones de cabello, estrangulación, daño con armas punzante, entre otros.^{41,42}

La violencia psicológica es todo comportamiento que tiene como fin el control o aislamiento de la persona, el cual es realizado mediante insultos, intimidación, amenazas, control reproductivo, humillaciones y/o desprecio, que ocasionan daño emocional y/o mental y que en situaciones extremas pueden terminar en depresión y suicidio. Inicia de forma sutil, pero a medida que el agresor ejerce mayor control sobre la víctima, le hace creer que la violencia que recibe es por su culpa y la aísla de su familia, amigos y sociedad, generando un vínculo de dependencia hacia el agresor que evita que este pueda ser denunciado.^{41,42}

La violencia sexual es todo acto de naturaleza sexual realizado en contra de la voluntad de la persona, bajo coacción, en una situación en el cual la persona no puede dar su consentimiento o en personas con discapacidades mentales; este acto puede hacer uso de la fuerza física y/o de sustancias que incapaciten a la persona. Los actos que se realizan bajo esta modalidad son: la violación por medio de la penetración vaginal, oral y anal, el acoso sexual, la filmación de la víctima, captar y/o difundir fotografías y videos sexuales, la exposición a pornografía, contacto sexual no deseado y la coerción sexual para obtener el consentimiento.^{41,42}

Embarazo no deseado

El Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas⁴³ define el embarazo no deseado como aquel embarazo en una mujer que no quería tener hijos o en aquella que ya había cumplido su ideal de hijos y no quería más, independientemente de la continuidad o no de la gestación y de la apreciación materna que con el transcurso del tiempo puede cambiar o no.

Y es que, una mujer puede considerar su embarazo como no deseado por múltiples causas, como: no contar con la suficiencia económica para mantener al nuevo integrante de la familia, estudiar, no tener una pareja estable o no estar en un matrimonio, haber completado el número ideal de hijos o tener muchos hijos, no ser el momento apropiado para tener un hijo, no haber usado adecuadamente el método anticonceptivo, no contar con libre acceso a los servicios de planificación familiar, vivir lejos de los servicios de salud y haber tenido o tener una pareja que está en desacuerdo con el uso de anticonceptivos modernos.^{44,45}

Por otro lado, existe una serie de factores predisponentes que incrementan la probabilidad de desarrollar un embarazo no deseado, entre estos factores podemos mencionar: edad temprana, origen étnico, desempleo, nivel educativo bajo, no tener control sobre la toma de decisiones en el hogar, no contar con una pareja estable, tener muchos

hijos, inaccesibilidad, desconocimiento de los métodos anticonceptivos, consumir sustancias como alcohol y drogas y ser víctima de VIP.^{46,47}

Cabe aclarar, que la VIP incluye la coerción reproductiva, la cual es un factor de riesgo que influye en gran medida en los embarazos no deseados o planificados, debido a que las mujeres que sufren violencia poseen aproximadamente tres veces más de probabilidad de tener un embarazo no deseado; a esto se agrega, que la mayor cantidad de casos se encuentra en mujeres de entre 15 a 19 años, lo que da camino en parte al embarazo adolescente.^{44,48}

Al llevarse a cabo un embarazo no deseado, este va a influir en la salud de la mujer debido a las repercusiones biopsicosociales como: percibir síntomas referentes a la depresión durante el período prenatal y postnatal, incremento de los niveles de ansiedad y sensación de tristeza durante la gestación, el incremento del temor y la apreciación del dolor durante el parto, inicio tardío de la atención prenatal, incumplimiento del esquema básico de atenciones prenatales, ausencia o menor ingesta de suplementos y vitaminas antes y durante la gestación, prolongación del consumo de sustancias, conflicto en la relación de pareja o la desintegración familiar; incluso hay mayor demanda de cesáreas e inducciones de parto.^{46,49} Entre los síntomas depresivos van a destacar: el desinterés o disminución de energía en las actividades cotidianas, insomnio, variación en el peso y apetito, disminución de la concentración, impotencia y pensamientos suicidas.⁵⁰

Sin embargo, uno de los problemas más resaltantes al cual se encamina es a la realización del aborto que, dependiendo de la legalidad o ilegalidad acorde a las leyes de cada país, produce problemas de salud en la mujer, que en el peor de los casos termina en la muerte, lo que contribuye con los índices de mortalidad materna. Incluso, impacta en el ámbito familiar mediante la disminución de la calidad de vida de todos sus miembros e influye en la sociedad con un menor desarrollo económico y social.⁵¹

Así mismo, se ve afectada la salud del recién nacido debido a que se pueden encontrar problemas como: el parto prematuro y el riesgo de bajo

peso del neonato al nacimiento, lo que conduce a problemas de salud relacionados con la inmadurez, que en algunos casos causa la muerte, disminución o ausencia de lactancia materna, desnutrición y ausencia de vacunas; pero también hay consecuencias a largo plazo como el riesgo de abuso infantil, discapacidad neurológica, problemas de aprendizaje y lenguaje, insuficiente aprovechamiento académico, mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas, estatura baja, uso de sustancias a temprana edad y mayor predisposición a pertenecer a grupos delincuenciales en la adultez.^{44,52,53}

Ante esto, para obtener una disminución de los índices de embarazos no deseados es de suma importancia actuar sobre la planificación familiar, lo que también contribuye en la reducción de los índices de mortalidad materna y económicamente representa una disminución en gastos hospitalarios ante el uso de los diferentes servicios médicos ante complicaciones.⁵¹ Por eso, al brindar el servicio de planificación familiar se disminuye las complicaciones maternas e infantiles, contribuye a la continuidad de la educación, incrementa el poder de decisión y autonomía de la mujer respecto a su salud reproductiva y contribuye al desarrollo social y económico de la sociedad.¹²

El libre acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sobre todo al uso de métodos anticonceptivos modernos, son la principal estrategia preventiva para la disminución de los embarazos no deseados, ya que cubren una necesidad insatisfecha de anticoncepción; además, permite que las mujeres adopten una actitud de empoderamiento en relación con su salud reproductiva mediante el asesoramiento personalizado acorde a las necesidades y preferencias de cada mujer.^{12,42}

2.3 Definición de términos

- Embarazo no deseado: Embarazo en una mujer que no quería tener hijos o en aquella que ya había cumplido su ideal de hijos y no quería más.⁴³

- Métodos anticonceptivos: Técnicas que impiden o disminuyen la probabilidad de embarazo en mujeres fértiles, utilizado por hombres y mujeres con el fin de cumplir las metas reproductivas acorde a su plan de vida.⁵⁴
- Planificación familiar: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones en la que se informa, educa, orienta, aconseja y provee de métodos anticonceptivos a hombres y mujeres para que puedan ejercer responsablemente su decisión de meta reproductiva.⁵⁴
- Violencia física: Conducta en la que se hace uso de la fuerza física, ocasionando daño en la salud e integridad corporal de la persona mediante lesiones, causando la discapacidad e inclusive la muerte.^{41,42}
- Violencia íntima de pareja: Acto de violencia física, violencia sexual, violencia psicológica y acoso por parte de la pareja con la que se mantiene actualmente una relación amorosa o con quien se mantuvo una relación amorosa en algún momento de la vida.²⁶
- Violencia psicológica: Comportamiento que tiene como fin el control o aislamiento de la persona, el cual es realizado mediante insultos, intimidación, amenazas, humillaciones y/o desprecio, que ocasionan daño emocional y/o mental.^{41,42}
- Violencia sexual: Acto de naturaleza sexual realizado en contra de la voluntad de la persona, bajo coacción, en una situación en el cual la persona no puede dar su consentimiento o en personas con discapacidades mentales; incluye el acoso sexual, captar y/o difundir fotografías y videos sexuales, la exposición a pornografía, la coerción sexual y la violación.^{41,42}

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

H1: La violencia íntima de pareja se asocia al embarazo no deseado en mujeres según la ENDES 2022.

H0: La violencia íntima de pareja no se asocia al embarazo no deseado en mujeres según la ENDES 2022.

3.2 Variables

Variable 1: Violencia íntima de pareja

Definición conceptual: Acto de violencia física, violencia sexual, violencia psicológica y acoso por parte de la pareja con la que se mantiene una relación amorosa o con quien se mantuvo una relación amorosa en algún momento de la vida.

Definición operacional: Indicadores de violencia de pareja reportados por las mujeres en la ENDES 2022.

Variable 2: Embarazo no deseado

Definición conceptual: Embarazo en una mujer que no quería tener hijos o en aquella que ya había cumplido su ideal de hijos y no quería más.

Definición operacional: Indicador de embarazo no deseado reportado por las mujeres en la ENDES 2022.

3.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor	Codificación	Tipo de variable	Escala de medición
Violencia íntima de pareja	Indicadores de violencia de pareja reportados por las mujeres en la ENDES.	Violencia física	Empujar, sacudir o tirarle algo.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105A (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
			Abofetear o retorcer el brazo.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105B (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
			Agresión con el puño u objeto.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105C (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
			Agresión con patadas y arrastre.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105D (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
			Trató de estrangularla o quemarla.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105E (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
			Amenaza con cuchillo, pistola u otra arma.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105F (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal

			Agresión con cuchillo, pistola u otra arma.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105G (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
	Violencia psicológica		Celos o molestia si conversa (conversaba) con otro hombre.	0: No 1: Si 8: No sabe	D101A (REC84)	Cualitativa Politómica	Nominal
			Acusada de ser infiel.	0: No 1: Si 8: No sabe	D101B (REC84)	Cualitativa Politómica	Nominal
			Impedida de visitar a amistades.	0: No 1: Si 8: No sabe	D101C (REC84)	Cualitativa Politómica	Nominal
			Limitada de visitas o contacto con su familia.	0: No 1: Si 8: No sabe	D101D (REC84)	Cualitativa Politómica	Nominal
			Insistir en saber todos los lugares dónde va (iba).	0: No 1: Si 8: No sabe	D101E (REC84)	Cualitativa Politómica	Nominal
			Humillación delante de los demás.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D103A (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
			Amenaza con hacer daño a usted / alguien cercano.	0: No 1: Frecuentemente	D103B (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal

				2: Algunas veces 3: Nunca			
			Desconfianza con el dinero.	0: No 1: Si 8: No sabe	D101F (REC84)	Cualitativa Politómica	Nominal
			Amenaza con dejarla, quitar a los hijos o la ayuda económica.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D103D (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
		Violencia sexual	Relaciones sexuales forzosas.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105H (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
			Actos sexuales forzosas.	0: No 1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca	D105I (REC84)	Cualitativa Politómica	Ordinal
Embarazo no deseado	Indicador de deseo del embarazo en la ENDES.	Embarazo no deseado	Embarazo actual deseado.	1: En ese momento 2: Quería esperar 3: No quería más hijos/as	V225 (RE223132)	Cualitativa Politómica	Nominal

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Área de estudio

No aplica, debido a que el estudio está basado en la sustracción de datos de fuentes secundarias.

4.2 Diseño de investigación

Estudio de tipo observacional, analítico, de corte transversal y retrospectivo, de enfoque cuantitativo.

4.3 Población y muestra

Población

La población estuvo integrada por mujeres embarazadas peruanas que participaron en la Encuesta Nacional y de Salud Familiar del periodo del 2022.

Unidad de análisis

Mujer embarazada.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 747 mujeres que se rigieron a los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Registro en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022.
- Estar embarazada durante la realización de la encuesta.
- Haber pernoctado la noche anterior en la vivienda.

Criterios de exclusión

- Registro de datos inconclusos.

Tipo de muestreo

Se respetó el tipo de muestreo de la ENDES 2022 que fue de tipo bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente a nivel departamental, por área urbana y rural.

4.4 Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información

Procedimientos

Se realizó la búsqueda en la base de datos de la página web del INEI, se identificó la sección de microdatos en donde se consultó por la encuesta con la cual se trabajó, en este caso fue la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 de período único. Luego se eligió y descargó la base de datos de los módulos de interés para el estudio: para la variable de violencia íntima de pareja se tuvo en cuenta el módulo 1637 (mortalidad materna-violencia familiar) y para la variable de embarazo no deseado fue el módulo 1632 (historia de nacimiento y conocimiento de método).

Para el análisis de la variable “violencia íntima de pareja” se eligió el módulo 1637 y se extrajo la base de datos “REC84”, el cual contará con tres dimensiones: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual.

Para la identificación de la violencia física se realizaron las siguientes preguntas: “Su esposo/compañero alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo. D105A”, “Su esposo/compañero alguna vez la abofeteó o le retorció el brazo. D105B”, “Su esposo/compañero alguna vez la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño. D105C”, “Su esposo/compañero alguna vez la ha pateado o arrastrado. D105D”, “Su esposo/compañero alguna vez trató de estrangularla o quemarla. D105E”, “Su esposo/compañero alguna vez la amenazó con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma. D105F” y “Su esposo/compañero alguna vez la atacó/agredió con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma. D105G”.

Para la identificación de la violencia psicológica se realizaron las siguientes preguntas: “Su esposo/compañero se pone (ponía) celoso o

molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre. D101A”, “Su esposo/compañero la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel. D101B”, “Su esposo/compañero le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades. D101C”, “Su esposo/compañero trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia. D101D”, “Su esposo/compañero insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares dónde usted va (iba). D101E”, “Su esposo/compañero alguna vez le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás. D103A”, “Su esposo/compañero la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted. D103B”, “Su esposo/compañero desconfía (desconfiaba) de Ud. con el dinero. D101F”, “Su esposo/compañero la ha amenazado con irse de casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica. D103D”.

Y finalmente, para la identificación de la violencia sexual se realizaron las siguientes preguntas: “Su esposo/compañero alguna vez ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales, aunque usted no quería. D105H” y “Su esposo/compañero alguna vez la obligó a realizar actos sexuales que Ud. no aprueba. D105I”.

Por otro lado, para el análisis de la variable “embarazo no deseado” se eligió el módulo 1632 del cual se extrajo la base de datos “RE223132”, la cual contó con una sola dimensión que estuvo conformada por la pregunta: “Embarazo actual deseado. V225”.

Técnica

La técnica que se utilizó fue el análisis documental y la observación de bases secundarias que fue extraído de la ENDES 2022, el cual ha sido realizado por el INEI.

Instrumento

El estudio no exigió de un instrumento para la recolección de datos debido a que el Instituto Nacional de Estadística e Informática realizó y ejecutó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2022 como instrumento

para la recolección de datos; toda esta información se encuentra disponible para el público en general en la página web del INEI.

4.5 Análisis estadístico

La información de interés fue extraída de la base de datos de la ENDES 2022, cuyas variables utilizadas se encuentran en los módulos “1632” y “1637”. Para este estudio se utilizó el software estadístico SPSS versión 27, los módulos fueron unidos mediante el uso de identificadores, los que se encontraban en formato SPSS («*.sav»), de esta manera se obtuvo una base de datos inédita con la información de interés para el estudio.

A través de las técnicas analíticas se estimaron las frecuencias absolutas y ponderadas mediante el reporte de intervalos de confianza al 95% de la VIP en sus tres tipos. Para la asociación de las variables se empleó la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson para variables cualitativas y se consideró una variación significativa a todo valor de $p < 0.05$.

Se realizó el análisis multivariado de tipo de regresión logística múltiple considerando como variable independiente la VIP hacia la mujer en sus tres tipos, por lo cual se construyó un modelo para cada tipo de violencia y se empleó como medida de asociación el Odds Ratio.

La variable de violencia física estuvo conformada por siete subvariables, cada una correspondía a una pregunta del cuestionario individual, si la participante afirmó por lo menos una pregunta, se consideró como víctima de violencia física; lo mismo se realizó para la variable de violencia psicológica que estuvo conformada por nueve subvariables y para la variable de violencia sexual que estuvo conformada por dos subvariables. La variable dependiente fue si el embarazo fue deseado o no y fue ingresada en cada tipo de modelo.

Al final, se identificaron los indicadores que presentaron asociación significativa.

4.6 Aspectos éticos

No se requirió de la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad debido a que el estudio fue basado en la observación y en el análisis de datos secundarios. Además, los datos personales de las personas encuestadas se encuentran codificados, por lo que se garantiza la confidencialidad de la identidad.

V. RESULTADOS

5.1 Presentación y análisis de los resultados.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes peruanas, 2022.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de edades quinquenales		
De 12 a 14	54	7.2
De 15 a 19	87	11.6
De 20 a 24	105	14.2
De 25 a 29	127	17.0
De 30 a 34	120	16.1
De 35 a 39	86	11.5
De 40 a 44	75	10.0
De 45 a 49	48	6.4
Sin datos	45	6.0
Nivel educativo		
Inicial/Preescolar	7	0.9
Primario	141	18.9
Secundario	334	44.8
Superior no universitario	118	15.8
Superior universitario	95	12.7
Posgrado	7	0.9
Sin datos	45	6.0
Estado civil		
Soltera	228	30.5
Casada	123	16.5
Conviviente	308	41.2
No viven juntos	88	11.8
Región natural		
Lima metropolitana	110	14.7
Resto de la costa	217	29.0
Sierra	247	33.1
Selva	173	32.2
Tipo de lugar de residencia		
Urbano	526	70.4
Rural	221	29.6
Total	747	100.0

En la tabla 1 se observan las características sociodemográficas de las gestantes, en donde la edad predominante varía entre los 25 a 29 años con un 17.0%, seguido de las que se encontraban entre los 30 a 34 años con un 16.1%. Con respecto al nivel educativo, el 44.8% de mujeres alcanzaron el nivel de educación secundario y solo el 0.9% contaron con un nivel de educación inicial. El estado civil de convivencia fue el preponderante ante los demás, con un 41.2%. En relación con el lugar de residencia, el 33.1% vivía en la sierra y el tipo de residencia era urbano en el 70.4%.

Tabla 2. Prevalencia de violencia física en gestantes peruanas según situaciones, 2022.

Indicadores		Frecuencia	Porcentaje
“Su esposo/compañero alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo”.	No	693	92.7
	Si	54	7.2
“Su esposo/compañero alguna vez la abofeteó o le retorció el brazo”.	No	709	94.9
	Si	38	5.1
“Su esposo/compañero alguna vez la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño”.	No	719	96.3
	Si	28	3.7
“Su esposo/compañero alguna vez la ha pateado o arrastrado”.	No	736	98.6
	Si	11	1.4
“Su esposo/compañero alguna vez trató de estrangularla o quemarla”.	No	743	99.5
	Si	4	0.5
“Su esposo/compañero alguna vez la amenazó con un cuchillo/pistola u otro tipo de arma”.	No	745	99.7
	Si	2	0.3
“Su esposo/compañero alguna vez la atacó/agredió con un cuchillo/pistola u otro tipo de arma”.	No	745	99.7
	Si	2	0.3
Total		747	100.0

En la tabla 2 se examina el índice de violencia física en gestantes, en donde los tipos de situaciones más frecuentes fueron las relacionadas a si su pareja en alguna ocasión la había empujado, sacudido o tirado algo (7.2%), si su pareja en alguna ocasión la había abofeteado o le retorcido el brazo (5.1%) y si su pareja en alguna ocasión la había agredió con el puño o algo para hacerle daño (3.7%).

Tabla 3. Prevalencia de violencia psicológica en gestantes peruanas según situaciones, 2022.

Indicadores		Frecuencia	Porcentaje
“Su esposo/compañero se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre”.	No	561	75.1
	Si	186	24.9
“Su esposo/compañero la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel”.	No	677	90.7
	Si	70	9.3
“Su esposo/compañero le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades”.	No	692	92.6
	Si	55	7.4
“Su esposo/compañero trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia”.	No	713	95.4
	Si	34	4.6
“Su esposo/compañero insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares dónde usted va (iba)”.	No	595	79.7
	Si	152	20.3
“Su esposo/compañero alguna vez le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás”.	No	695	93.0
	Si	52	7.0
“Su esposo/compañero la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted”.	No	731	97.8
	Si	16	2.2
“Su esposo/compañero desconfía (desconfiaba) de Ud. con el dinero”.	No	699	93.6
	Si	48	6.4
“Su esposo/compañero la ha amenazado con irse de casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica”.	No	696	93.2
	Si	51	6.8
Total		747	100.0

En la tabla 3 se examina el índice de violencia psicológica en gestantes, en donde las situaciones más frecuentes fueron que si su pareja se era celoso o se molestaba si ella hablaba con otro hombre (24.9%) y si su pareja insistía en tener conocimiento de los lugares a donde iba (20.3%).

Tabla 4. Prevalencia de violencia sexual en gestantes peruanas según situaciones, 2022.

Indicadores		Frecuencia	Porcentaje
“Su esposo/compañero alguna vez ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería”.	No	738	98.8
	Si	9	1.2
“Su esposo/compañero alguna vez la obligó a realizar actos sexuales que Ud. no aprueba”.	No	740	99.1
	Si	7	0.9
Total		747	100.0

En la tabla 4 se examina el índice de violencia sexual en gestantes, en donde el tipo de situación referente a si la pareja utilizaba la fuerza física para someterla y tener relaciones sexuales tuvo 1.2%, seguido de si la pareja la forzó a ejercer actos sexuales que ella desaprobaba con 0.9%.

Tabla 5. Prevalencia de violencia íntima de pareja en gestantes según tipo, 2022.

Tipo de violencia		Frecuencia	Porcentaje
Psicológica	No	450	60.2
	Si	297	39.8
Física	No	688	92.1
	Si	59	7.9
Sexual	No	734	98.3
	Si	13	1.7
Total		747	100.0

En la tabla 5 se observa la prevalencia de violencia íntima de pareja según tipo, la violencia psicológica fue predominante (39.8%), en comparación con la violencia física (7.9%) y sexual (1.7%).

Tabla 6. Prevalencia de embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.

Deseo de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Deseado	296	39.6
No deseado	451	60.4
Total	747	100.0

En la tabla 6 se examina el índice del embarazo no deseado, en donde las mujeres que tuvieron un embarazo deseado fueron de 39.6%, en comparación con las que tuvieron un embarazo no deseado que fue del 60.4%.

Tabla 7. Violencia física y embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.

			Embarazo deseado	Embarazo no deseado	Total	Sig.
Violencia física	No	n	280	408	688	0.041
		%	94.6%	90.5%	92.1%	
	Si	n	16	43	59	
		%	5.4%	9.5%	7.9%	
Total	n	296	451	747		
	%	100.0%	100.0%	100.0%		

En la tabla 7 se examina el índice de la violencia física según el deseo del embarazo; el 9.5% de mujeres con embarazo no deseado sufrió algún tipo de violencia física y de las que tuvieron un embarazo deseado solo el 5.4% tuvo algún tipo de violencia física. La prueba de Chi cuadrado demostró asociación entre la violencia física y el embarazo no deseado ($p=0.041$).

Tabla 8. Violencia psicológica y embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.

		Embarazo deseado	Embarazo no deseado	Total	Sig.
Violencia psicológica	No	n	197	253	0.004
		%	66.6%	56.1%	
	Si	n	99	198	
		%	33.4%	43.9%	
Total		n	296	451	
		%	100.0%	100.0%	

En la tabla 8 se examina el índice de violencia psicológica según el deseo del embarazo; el 43.9% de mujeres con embarazo no deseado han sido víctimas de algún tipo de violencia psicológica, comparado con el 33.4% de mujeres que tuvieron un embarazo deseado y fueron víctimas de violencia psicológica. La prueba de Chi cuadrado demostró asociación entre la violencia psicológica y el embarazo no deseado ($p=0.004$).

Tabla 9. Violencia sexual y embarazo no deseado en gestantes peruanas, 2022.

		Embarazo deseado	Embarazo no deseado	Total	Sig.	
Violencia sexual	No	n	292	442	0.510	
		%	98.6%	98.0%		98.3%
	Si	n	4	9		13
		%	1.4%	2.0%		1.7%
Total	n	296	451	747		
	%	100.0%	100.0%	100.0%		

En la tabla 9 se examina el índice de la violencia sexual según el deseo del embarazo; el 2.0% de las mujeres con embarazo no deseado sufrieron algún tipo de violencia sexual, mientras que las mujeres que tuvieron un embarazo deseado y algún tipo de violencia sexual fueron el 1.4%. La prueba de Chi cuadrado demostró que no hay asociación significativa entre la violencia sexual y el embarazo no deseado ($p=0.510$).

Tabla 10. Análisis multivariado de los tipos de violencia íntima de pareja asociados al embarazo no deseado.

	OR	IC 95%		Sig.
		Lim.inf.	Lim.sup.	
Violencia física				
Si	1.522	0.766	3.023	0.231
No	Ref.			
Violencia psicológica				
Si	1.458	1.058	2.011	0.021
No	Ref.			
Violencia sexual				
Si	0.845	0.226	3.157	0.802
No	Ref.			

En la tabla 10 se observa el análisis multivariado en el cual las mujeres que experimentaron algún tipo de violencia psicológica poseen OR: 1.46 (95% IC [1.06-2.01], $p < 0.05$) de tener un embarazo no deseado.

VI. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la asociación entre la violencia íntima de pareja ejercida en contra de la mujer en sus tres tipos y el embarazo no deseado según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2022 en el Perú. Esto debido a que múltiples investigaciones aseveran una potencial asociación entre cualquier tipo de violencia en contra de la mujer y la disminución del uso de servicios de salud sexual y reproductiva, lo que conlleva al empleo inadecuado o nulo de los métodos anticonceptivos y por ende los embarazos no deseados.

En lo que respecta a la violencia de tipo física, en la investigación de Al Shidhani et al.²⁰ se reportó que el 38.5% de mujeres habían percibido este tipo de violencia, mientras que en la investigación de Garg et al.¹⁶ la cifra reportada fue del 20.1%; no concordando con los datos obtenidos en el presente estudio, en donde las cifras reportadas de violencia física en los últimos doce meses anteriores a la encuesta fueron del 7.9%. La evidente disimilitud respecto a los índices de prevalencia entre las investigaciones puede deberse a la diferencia de años respecto a la realización de las investigaciones y a las características sociales predominantes en cada uno de los países en donde fueron realizadas.

En cuanto a la violencia de tipo psicológica, esta fue predominante ante los otros tipos de violencia con un 39.8%, dato que concuerda con la investigación de Al Shidhani et al.²⁰ quien encontró que el 80.8% de mujeres había sido víctima de este tipo de violencia durante el último año antes de la gestación, lo que significa que es el principal tipo de violencia ejecutado en contra de la mujer; sin embargo, la marcada diferencia entre los resultados puede deberse a las diferencias socioculturales de los países, debido a que la última investigación fue realizada en Omán, un país monárquico islámico. Además, en Omán no existen políticas gubernamentales que salvaguarden la integridad de la mujer; incluso, no hay un programa de salud pública que promueva la detección de cualquier tipo de violencia en contra de ellas en los servicios de salud pública, lo que da cabida a que la violencia se mantenga impregnada dentro de la sociedad.

Entre los hallazgos correspondientes a la violencia de tipo sexual, en el presente estudio se encontró que el 1.7% de mujeres había sido víctima de este tipo de

violencia, datos similares a los encontrados por Calvo I, y Morocho M.¹⁵ en su investigación en donde la prevalencia fue del 1.8%. Sin embargo, en el estudio de Santiago R.¹⁸ se observa que las cifras aumentan al 4.4%, incluso en la investigación de Garg et al.¹⁶ las cifras llegan al 6.4%. Este aumento en la prevalencia de casos puede ser debido a que la última investigación fue realizada con datos de la encuesta nacional de India del año 2015 y 2016, en comparación con las otras investigaciones que fueron realizadas con datos de los últimos años.

Con respecto al deseo o no del embarazo, Garg et al.¹⁶ en su estudio encontraron que el 12.0% de mujeres habían tenido un embarazo no deseado, mientras que en el estudio de Calvo I. y Morocho M.¹⁵ se reportaron cifras de 36.3%. Sin embargo, en el presente estudio se halló que el 60.4% de mujeres no tenían un deseo de embarazo en el momento que ocurrió; aunque entre los estudios mencionados y el presente solo hay una diferencia de tres años, el incremento puede estar asociado al confinamiento social y al acceso restringido a los establecimientos de salud y por ende a los servicios de salud sexual y reproductiva que ocasionó la pandemia del Covid-19 durante este periodo, lo que conllevó a estar en un confinamiento junto al agresor y a la discontinuación del uso de métodos anticonceptivos. Además, la percepción de la encuestada con respecto al deseo del embarazo puede haber cambiado desde el momento en el que se enteró que estaba embarazada hasta el momento en el cual se le hizo la pregunta.

En cuanto a la violencia física y la correlación con el embarazo no deseado se observó que el 9.5% de las mujeres con embarazo no deseado habían sufrido algún tipo de violencia física, datos que se asemejan a los encontrados en la investigación de Motlagh et al.²¹ en donde se detalló una prevalencia del 13.3%; sin embargo, en la investigación de Al Shidhani et al.²⁰ se reportó una prevalencia del 21.1% en mujeres víctimas de violencia en los últimos doce meses antes del embarazo y un 11.9% en mujeres afectadas a lo largo de su vida. En el presente estudio solo se encontró asociación entre la violencia física y el embarazo no deseado en el análisis bivariado, mientras que en análisis multivariado esta asociación no estuvo presente; por el contrario, en las investigaciones mencionadas si hubo asociación entre ambas variables descritas.

Por otro lado, en el presente estudio se mostró que un 43.9% de las mujeres con embarazo no deseado habían tenido algún tipo de violencia psicológica; mientras que en la investigación de Motlagh et al.²¹ la prevalencia encontrada fue del 36.6%, datos que se acercan a los encontrados por Al Shidhani et al.²⁰ y Tiruye et al.²² con un 30.0% y 28.7%, respectivamente. Si bien se nota una mayor prevalencia de casos en el presente estudio con respecto a los otros, esto puede deberse a factores como el confinamiento social por la pandemia del Covid-19 y a las características socioculturales de cada país en donde se realizaron cada una de las investigaciones. Cabe agregar, que en el presente estudio la violencia de tipo psicológica estuvo asociada al embarazo no deseado tanto en análisis bivariado como en el multivariado; de la misma manera, la asociación entre ambas variables estuvo presente en las investigaciones mencionadas anteriormente.

Por último, respecto al embarazo no deseado y la exposición a algún tipo de violencia sexual, se reportó solo en el 2.0% de los casos, comparado con la investigación de Tiruye et al.²² donde las cifras encontradas ascendieron al 16.8%, al igual que en la investigación de Garg et al.¹⁶ donde las cifras de prevalencia llegaron al 22.9%; incluso, en la investigación de Kasonde et al.¹¹ el 47,2% de mujeres habían sido víctimas de algún tipo de violencia sexual en algún momento de su vida. Este aumento significativo puede ser a razón de que las investigaciones de referencia fueron realizadas exclusivamente con una población de mujeres casadas. A la par, cabe agregar que en el presente estudio no se encontró asociación entre las variables tras el análisis multivariado, solo se encontró asociación en el análisis bivariado; en comparación con los estudios mencionados en donde si se reportó una asociación significativa.

Al realizar el análisis se pudo esclarecer como la violencia íntima de pareja en sus diferentes tipos puede influenciar en el deseo o no de un embarazo en las mujeres. Al utilizar una base de datos representativa a nivel nacional, los resultados también son representativos a ese nivel. Sin embargo, como análisis secundario, los datos obtenidos se limitaron a las variables brindadas por la ENDES; además, pueden existir sesgos como que la participante no recuerde algunas situaciones u omite información debido a que no desea ser juzgada socialmente, sobre todo porque la violencia de pareja suele ser un tema

estigmatizado dentro de nuestra sociedad. Al tratarse de un estudio de naturaleza transversal, no se pudo instaurar una relación de causa-efecto entre la violencia íntima de pareja ejercida en contra de la mujer en sus diferentes tipos y el embarazo no deseado.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Tras la realización del análisis multivariado se encontró la existencia de asociación entre la violencia íntima de pareja ejercida en contra de la mujer de tipo psicológica y el embarazo no deseado en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022.
- Dentro de la violencia psicológica, las situaciones con mayor reporte de incidencias fueron las relacionadas a los celos y al saber en donde se encontraba su pareja; en el caso de la violencia de tipo física fueron los empujones y en la violencia de tipo sexual fue el acceso a la fuerza física para doblegar a la pareja y tener relaciones sexuales.
- De los tres tipos de violencia íntima de pareja ejercida en contra de la mujer, la violencia de tipo psicológica estuvo sobre las demás con una prevalencia del 39.8%, seguido a esta se encontró a la violencia de tipo física con una prevalencia del 7.9% y a la violencia de tipo sexual con 1.7% de incidencia en los casos.
- Respecto a los embarazos no deseados, tres de cada cinco mujeres afirmaron que el actual embarazo recaía dentro de esta definición; en cuanto a los embarazos no deseados y los tipos de violencia ejercida, se reportó que la violencia de tipo psicológica estuvo presente en el 43.9% de los embarazos no deseados, seguido de la violencia de tipo física y sexual con 9.5% y 2.0%, respectivamente.

RECOMENDACIONES

- Implementar y reformular las políticas públicas que promueven la autonomía e igualdad entre el varón y la mujer en la sociedad, lo que contribuirá a mantener el cumplimiento de los derechos humanos e influirá a que las nuevas generaciones no adquieran rasgos tradicionales de la sociedad asignados a hombres y mujeres.
- Generar políticas públicas para que en los centros de educación básica el profesional Obstetra capacitado forme parte de la comunidad educativa y pueda investir de poder a las mujeres y fomentar el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Elaborar y poner en funcionamiento dentro de los establecimientos de salud programas integrales para las mujeres víctimas de violencia, en donde el personal de salud de las distintas áreas trabaje en conjunto con el fin de brindar una atención integral de salud y el personal no médico colabore con brindar la información necesaria y recursos para reportar la situación ante las autoridades correspondientes.
- El personal de obstetricia debe emplear acorde a la norma técnica la ficha de tamizaje de violencia basada en género en los servicios de salud sexual y reproductiva y en los servicios de salud materna; a la par, debe mantener una capacitación continua para actualizar y mejorar sus habilidades diagnósticas, asegurando así la identificación precoz de los casos de violencia. Una vez identificado los casos de violencia, brindar inmediatamente educación referente a la autonomía y empoderamiento femenino, además de orientación y consejería en métodos anticonceptivos con el fin de disminuir los embarazos no deseados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres: resumen. [Internet]. Ginebra, Suiza: Centro de prensa de la OMS, 2021, [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Shrestha S, Thapa S, Vicendese D, Erbas B. Women's attitude towards intimate partner violence and utilization of contraceptive methods and maternal health care services: an analysis of nationally representative cross-sectional surveys from four South Asian countries. *BCM Women's Health* [Internet]. 2022, [citado el 26 de febrero de 2023]; 22(1):215. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01780-4>
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [Internet]. Ginebra, Suiza: Centro de prensa de la OMS, 2021, [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Ali T, Farhan R, Ayub M. Intimate partner violence against women in Pakistan: a review of qualitative research. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2020, [citado el 18 de marzo de 2023]; 70(5):892-903. Disponible en: https://jpma.org.pk/article-details/9831?article_id=9831
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. [Internet]. Lima, Perú: INEI, 2022, [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib1838/
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. [Internet]. Lima, Perú: INEI, 2023, [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en:

- https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
7. Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA. Reporte estadístico de casos atendidos en los Centros Emergencia Mujer (CEM). Periodo: enero – diciembre, 2022. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2023 [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/wp-content/uploads/2023/01/Casos-del-CEM-Diciembre-2022.xlsx>
 8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2019 – Principales resultados. [Internet]. Lima, Perú: INEI, 2020, [citado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion_enares_2019.pdf
 9. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual or both intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*. [Internet]. 2022, [citado el 26 de marzo de 2023]; 399(10327):803-813. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8885817/>
 10. Drexler KA, Quist-Nelson J, Weil A. Intimate partner violence and trauma-informed care in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM*. [Internet]. 2022, [citado el 26 de febrero de 2023]; 4(2):100542. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100542>
 11. Kasonde M, et al. Association between sexual violence and unintended pregnancy among married women in Zambia. *BCM Public Health*. [Internet]. 2022, [citado el 12 de julio de 2023]; 22(1):1491. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9354302/>
 12. Organización mundial de la Salud. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. [Internet]. Ginebra, Suiza: Centro de prensa de la OMS, 2019, [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

13. Organización mundial de la Salud. Anticoncepción [Internet]. Ginebra, Suiza: Centro de prensa de la OMS, 2019, [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1
14. Alfaro K., Janampa D. Violencia de género contra la mujer y consecuencias en la salud física y psicológica en el centro poblado de Mollepata - Ayacucho. Agosto a diciembre 2021. [tesis de pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2023, [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/5216/1/TESIS%200945_Alf.pdf
15. Calvo I, Morocho M. Asociación entre la violencia de pareja y embarazo no deseado en gestantes, Perú 2020. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, 2023, [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667368/Calvo_BI.pdf?sequence=3&isAllowed=y
16. 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). *BCM Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2022, [citado el 12 de julio de 2023]; 22(1):347. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9027838/>
17. Mirano C. Necesidades en salud sexual y reproductiva de mujeres víctimas de violencia atendidas en el Centro Emergencia Mujer Chancay 2021. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2022, [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17821/Mirano_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Santiago R. Violencia sexual ejercida por la pareja y embarazo no deseado en mujeres residentes en Perú: análisis secundario de la ENDES 2020. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2022, [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en:

UNFV_FMHU_Santiago_Colquepisco_Raquel_Marleny_Titulo_profesional_2022.pdf

19. Valencia M. Violencia de género en tiempos de Covid-19 en mujeres del programa Vaso de Leche del distrito de Huancavelica 2021. [tesis de pregrado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, 2022, [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/45897449-5f12-40c9-ac14-7bb825d836ba/content>
20. Al Shidhani N, Al Kendi A, Al Kiyumi M. Prevalence, risk factors and effects of domestic violence before and during pregnancy on birth outcomes: an observational study of literate Omani women. *Int J Womens Health*. [Internet]. 2020, [citado el 14 de julio de 2023]; 12:911-925. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7604256/>
21. Motlagh M, et al. Prevalence, associated factors, and consequences of unwanted pregnancy in Iran. *Iran J Public Health*. [Internet]. 2020, [citado el 14 de julio de 2023]; 49(8):1530-1538. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7554403/>
22. 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. *BCM Public Health*. [Internet]. 2020, [citado el 12 de julio de 2023]; 20(1):1408. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7493352/>
23. Tsapalas D, Parker M, Ferrer L, Bernales M. Gender-Based violence, perspectives in Latin America and The Caribbean. *Hisp Health Care Int*. [Internet]. 2021, [citado el 07 de agosto de 2023]; 19(1):23-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1540415320924768>
24. Acosta D, Gomes V, Oliveira D, Marques S, Fonseca A. Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018, [citado el 07 de agosto de 2023]; 39:e61308. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>
25. McCloskey L. The effects of gender-based violence on women's unwanted pregnancy and abortion. *Yale J Biol Med*. [Internet]. 2016, [citado el 07 de

- agosto de 2023]; 89(2):153-159. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4918882/>
26. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué es la violencia de pareja íntima? [Internet]. Georgia, Estados Unidos de América: Sala de prensa de los CDC, 2019, [citado el 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/cdctv/spanish/recursos-sobre-violencia/partner-violence.html>
27. Grace K, Miller E. Future directions for reproductive coercion and abuse research. *Reprod Health*. [Internet]. 2023, [citado el 07 de agosto de 2023]; 20(1):5. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01550-3>
28. Graham M, Haintz G, Bugden M, De Moel-Mandel C, Donnelly A, McKenzie H. Re-defining reproductive coercion using a socio-ecological lens: a scoping review. *BMC Public Health*. [Internet]. 2023, [citado el 03 de agosto de 2023]; 23(1):1371. Disponible en: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-16281-8>
29. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gac Sanit*. [Internet]. 2021, [citado el 8 de agosto de 2023]; 35(4):389-394. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181996/>
30. Huecker M, King K, Jordan G, Smock W. Domestic violence. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. [Internet]. 2023, [citado el 01 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763066/>
31. Gibbs A, Dunkle K, Ramsoomar L, Willan S, Jama Shai N, Chatterji S, et al. New learnings on drivers of men's physical and/or sexual violence against their female partners, and women's experiences of this, and the implications for prevention interventions. *Glob Health Action*. [Internet]. 2020, [citado el 15 de marzo de 2023]; 13(1):1739845. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144308/>
32. Caicedo-Roa M, Codeiro R. Analysis of femicide cases in Campinas, SP, Brazil, from 2018 to 2019 through the ecological model of violence. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2023, [citado el 09 de agosto de 2023]; 28(1):23-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09612022>

33. Barbara G, Facchin F, Micci L, Rendiniello M, Giulini P, Cattaneo C. et al. COVID-19, Lockdown, and intimate partner violence: some data from an Italian service and suggestions for future approaches. *J. Womens Health*. [Internet]. 2020, [citado el 18 de marzo de 2023]; 29(10):1239-1242. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8590>
34. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen J, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. [Internet]. 2015, [citado el 09 de agosto de 2023]; 10(2):e0118234. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118234>
35. Azene Z, Yeshita H, Mekonnen F. Intimate partner violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service in Debre Markos town health facilities, Northwest Ethiopia. *PLoS One*. [Internet]. 2019, [citado el 22 de febrero de 2023]; 14(7):e0218722. Disponible en: <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0218722>
36. Román-Gálvez R, Martín-Peláez S, Martínez-Galiano J, Khan K, Bueno-Cavanillas A. Prevalence of intimate partner violence in pregnancy: an umbrella review. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2021, [citado el 14 de marzo de 2023]; 18(2):707. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7830915/?report=classic>
37. Sangeetha J, Mohan S, Hariharasudan A, Nawaz N. Strategic analysis of intimate partner violence (IPV) and cycle of violence in the autobiographical text – When I hit you. *Heliyon*. [Internet]. 2022, [citado el 14 de marzo de 2023]; 8(6):e09734. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9233205/>
38. Jaucala G. Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma, 2020, [citado el 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2912/GJAU_CALA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Gómez M, Hormigos J, Perelló S. El ciclo de violencia contra las mujeres en las canciones de música popular en España. *Andamios*. [Internet].

- 2019, [citado el 2 de abril de 2023]; 16(41):331-353. Disponible en: <https://andamios.uacm.edu.mx/index.php/andamios/article/view/728/pdf>
40. Navarro L. La violencia intrafamiliar como incidente para la posible prevención del consentimiento de delitos de feminicidio. [tesis de maestría]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes, 2023, [citado el 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/15701/1/UA-MMP-EAC-003-2023.pdf>
41. Houseman B, Semien G. Florida domestic violence. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. [Internet]. 2022, [citado el 01 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493194/>
42. Gobierno del Perú. Ley N°30364 - Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. [Internet]. Lima, Perú: Plataforma única del Estado Peruano, 2019, [citado el 09 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/02/Ley3036_erradicarviolencia.pdf
43. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El estado de la población mundial 2022. Visibilizar lo invisible. [Internet]. New York, Estados Unidos de América: Centro de prensa de la UNFPA, 2022, [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES_SWP22%20report_0.pdf
44. 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*. [Internet]. 2020, [citado el 26 de julio de 2023]; 65(4):457-468. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-020-01358-7>
45. Gebremariam G, Tekola K, Fseha B. Magnitude, and associated factors of unintended pregnancy among pregnant women at Saesie Tsaeda Emba Woreda Eastern Zone of Tigray, North Ethiopia, 2018. *J Pregnancy*. [Internet]. 2019, [citado el 26 de julio de 2023]; 2019:1694808. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/1694808>
46. Muskens L, Boekhorst M, Kop W, Van Den Heuvel M, Pop V, Beerthuizen A. The association of unplanned pregnancy with perinatal depression: a

- longitudinal cohort study. *Arch Womens Ment Health*. [Internet]. 2022, [citado el 24 de julio de 2023]; 25(3):611-620. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-022-01225-9#citeas>
47. Bukele Y, Fekadu G. Factors associated with unintended pregnancy in Ethiopia; further analysis of the 2016 Ethiopian demographic health survey data. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2021, [citado el 26 de julio de 2023]; 21(1):486. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03924-0>
48. Alhusen J, Bloom T, Anderson J, Hughes R. Intimate partner violence, reproductive coercion, and unintended pregnancy in women with disabilities. *Disabil Health J*. [Internet]. 2020, [citado el 9 de agosto de 2023]; 13(2):100849. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7096251/>
49. Carlander A, Hultstrand J, Reuterwall I, Jonsson M, Tydén T, Kullinger M. Unplanned pregnancy and the association with maternal health and pregnancy outcomes: a Swedish cohort study. *PLoS One*. [Internet]. 2023, [citado el 22 de julio de 2023]; 18(5):e0286052. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0286052>
50. Dagher R, Bruckheim H, Colpe L, Edwards E, White D. Perinatal depression: challenges and opportunities. *J Womens Health*. [Internet]. 2021, [citado el 25 de julio de 2023]; 30(2):154-159. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
51. Jalali R, Mohammadi M, Vaisi-Raygani A, Ghobadi A, Salari N. Prevalence of unwanted pregnancy in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. [Internet]. 2019, [citado el 25 de julio de 2023]; 16(1):133. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0804-8>
52. Nelson H, Darney B, Ahrens K, Burgess A, Jungbauer R, Cantor A, et al. Associations of unintended pregnancy with maternal and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. [Internet]. 2022, [citado el 22 de julio de 2023]; 328(17):1714-1729. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797874>

53. Bekele H, Dheressa M, Mengistie B, Sintayehu Y, Fedaku G. Unintended pregnancy, and associated factors among pregnant women attending antenatal care at Bako Tibe district public health facility, Oromia region, Ethiopia. *J Pregnancy*. [Internet]. 2020, [citado el 26 de julio de 2023]; 2020:3179193. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/3179193>
54. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. [Internet]. Lima, Perú: Plataforma digital única del Estado Peruano, 2016, [citado el 27 de julio de 2023]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322903/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_de_planificaci%C3%B3n_familiar20190621-17253-tyg9uv.pdf?v=1634914237