



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**Factores asociados a la preferencia de fecundidad en  
peruanas, según Encuesta Demográfica y de Salud  
Familiar ENDES, 2021**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

**AUTOR**

Santos Joselin AYAY MERLO

**ASESOR**

Elia Stephanie KU CHUNG

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

---

Ayay S. Factores asociados a la preferencia de fecundidad en peruanas, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, 2021 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2023.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor 1</b>	
Nombres y apellidos	Santos Joselin Ayay Merlo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76159054
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0000-3647-6404">https://orcid.org/0009-0000-3647-6404</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Elia Stephanie Ku Chung
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42011887
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-1580-9630">https://orcid.org/0000-0003-1580-9630</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Oscar Fausto Munares García
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07493051
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Judith Josefina Cornejo Rivera
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40561561
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	John Jesús Barja Ore
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	73174713

<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Universidad Nacional Mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Latitud: -12.056423 Longitud: -77.084333
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022-2023
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la Salud <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a> Obstetricia, Ginecología <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a>



**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: 14/06 / 2023**

HORA INICIO : 12:30 hrs

HORA TÉRMINO : 13:30 hrs

**2. MIEMBROS DEL JURADO**

PRESIDENTE : Dr. Oscar Fausto Munares Garcia

MIEMBRO : Mg. Juidth Josefina Cornejo Rivera

MIEMBRO : Mg. John Jesús Barja Ore

ASESORA : Mg. Elia Stephanie Ku Chung

**3. DATOS DEL TESISISTA**

APELLIDOS Y NOMBRES : Santos Joselin Ayay Merlo

CODIGO : 16010346

**TÍTULO DE LA TESIS: "Factores asociados a la preferencia de fecundidad en peruanas, según Encuesta Demografica y de Salud Familiar ENDES, 2021"**

**4. RECOMENDACIONES**

**5. NOTA OBTENIDA: ( 16 )**



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

N°	Apellidos y Nombres	DNI
1	Antezana Huallipoma Zoila	70937139
2	Peña Guerra, Jhon Alfonso	47584287
3	Tongombol Alvites Wilfredo	70016846
4	Tongombol Ayay Mavila	28065647
5	Acuña Medina Liseth	71114800
6	Curi Coronel Yuliza	45109600

**7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO**

<b>DR. OSCAR FAUSTO MUNARES GARCIA</b> D.N.I. 07493051	<b>MG. JUDITH JOSEFINA CORNEJO RIVERA</b> D.N.I.40561561
<b>PRESIDENTE</b>	<b>MIEMBRO</b>

<b>MG. JOHN JESUS BARJA ORE</b> D.N.I.73174713	<b>MG. ELIA STEPHANIE KU CHUNG</b> D.N.I.42011887
<b>MIEMBRO</b>	<b>ASESORA</b>

 Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 14.06.2023 20:11:42 -05:00	 Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 15.06.2023 12:28:35 -05:00
Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti Vicedecana Académica-Facultad de Medicina
<b>DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA</b>	<b>VICEDECANA ACADÉMICA DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA</b>



## INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD

**LA DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, DRA. EMMA SALAZAR SALVATIERRA; QUE SUSCRIBE, HACE CONSTAR QUE:**

La tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia, titulada: **Factores asociados a la preferencia de fecundidad en peruanas, según Encuesta Demografica y de Salud Familiar ENDES, 202**

**1**

**Autor:** Santos Joselin Ayay Merlo

Presento solicitud de evaluación de originalidad 8 de junio del 2023 en la que se aplicó el programa informativo de similitudes en el software TURNITIN.

El resultado final de las similitudes fue del 8 % con N° de trabajo 2111814884

Se incluye reporte automatizado de similitudes encontradas

EL DOCUMENTO ARRIBA SEÑALADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ORIGINALIDAD

Operador de software al profesor: Dr. Oscar Fausto Munares García



UNMSM

Firmado digitalmente por SALAZAR  
SALVATIERRA Emma Felicia FAU  
2014809282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 14.06.2023 20:10:56 -05:00

**DRA. EMMA SALAZAR SALVATIERRA  
DIRECTORA  
E. P. DE OBSTETRICIA-UNMSM**

*ESS/sab*



## **Agradecimiento**

A mi asesora Elia Ku Chung por brindarme su tiempo, comprensión y apoyo constante en la realización de mi tesis.

A mi universidad, escuela y docentes por brindarme los conocimientos y herramientas necesarias en este proceso de formación.

## **Dedicatoria**

A Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres y a mi hermano por su apoyo incondicional, por estar siempre conmigo guiándome en cada etapa de mi vida y alentándome a seguir esforzándome para lograr mis objetivos.

A mis familiares, amigos por acompañarme siempre y ser parte de este logro.

# Índice

<b>Agradecimiento</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Índice</b>	iv
<b>Índice de tablas</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>I.</b>	11
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del problema	3
1.3. Objetivos	5
1.4. Importancia y alcance de la investigación	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
<b>II.</b>	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos	16
<b>III.</b>	19
3.1. Hipótesis	19
3.2. Variables	19
3.3. Operacionalización de variables	20
<b>IV.</b>	27
4.1. Área de estudio	27
4.2. Diseño de investigación	27
4.3. Población y muestra	27
4.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información	28
4.5. Análisis estadístico	28
4.6. Aspectos éticos	29
<b>V.</b>	30
5.1. Presentación y análisis de los resultados	30
<b>VI.</b>	411
<b>VII.</b>	46
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	48
<b>ANEXOS</b>	54

## Índice de tablas y figuras

<b>Tabla 1.</b> Características de las peruanas de 15 a 49 años, ENDES 2021	31
<b>Figura 1.</b> Preferencias de fecundidad de las peruanas de 15 a 49 años, ENDES 2021	32
<b>Tabla 2.</b> Características de las peruanas de 15 a 49 años, ENDES 2021	32
<b>Tabla 3.</b> Factores obstétricos y sociodemográficos según preferencias de fecundidad en peruanas, ENDES 2021	34
<b>Tabla 4.</b> Asociación entre los factores obstétricos y las preferencias de fecundidad	35
<b>Tabla 5.</b> Asociación entre los factores sociodemográficos y las preferencias de fecundidad	37
<b>Tabla 6.</b> Modelo ajustado de los factores obstétricos y sociodemográficos con el deseo de tener más hijos	39

## Resumen

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021. **Materiales y Métodos:** El presente trabajo es cuantitativo, observacional y analítico con un diseño retrospectivo, transversal y de fuentes secundarias. Se utilizó el paquete estadístico STATA versión 14 y se aplicaron las pruebas estadísticas del Chi-cuadrado y la regresión de Poisson para calcular la razón de prevalencia ajustada (RPa). Tuvo como muestra a 30715 registros de mujeres edad fértil de la ENDES 2021. Se consideró el factor de ponderación de la mujer y muestras complejas utilizando el comando “svy”. **Resultados:** De la ENDES 2021 se halló que las mujeres desean tener solo dos hijos (51.35%). Las mujeres que toman píldoras (PRa: 0.97), usan inyecciones (PRa: 0.97), usan condones (PRa: 0.97), implantes (PRa: 0.95), pertenecen al quintil de riqueza más rico (PRa: 0.96) tienen menos preferencias de desear más hijos. Y las mujeres que han tenido algún aborto involuntario (PRa: 1.04), la obesidad (PRa: 1.04), vivir en el resto de la costa (PRa: 1.04) o selva (PRa: 1.03), estar actualmente casadas (RPa: 1.20) y las que tienen un seguro de salud tienen más preferencias de desear más hijos (RPa: 1.02). **Conclusión:** Hubo relación significativa en algunos factores sociodemográficos y obstétricos con la preferencia de fecundidad.

**Palabras clave:** Fecundidad; Conducta Reproductiva; Factores (Fuente: DeCS).

## Abstract

**Objective:** To determine the factors associated with fertility preferences in Peruvian women of childbearing age according to Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2021. **Materials and Methods:** The present work is quantitative, observational and analytical with a retrospective, cross-sectional design and from secondary sources. The statistical package STATA version 14 was used and the statistical tests of Chi-square and Poisson regression were applied to calculate the adjusted prevalence ratio (APR). It had as a sample 30715 records of women of childbearing age from ENDES 2021. The weighting factor of the woman and complex samples were considered using the "svy" command. **Results:** From the ENDES 2021 it was found that women want to have only two children (51.35%). Women who take pills (PRa: 0.97), use injections (PRa: 0.97), use condoms (PRa: 0.97), implants (PRa: 0.95), belong to the richest wealth quintile (PRa: 0.96) are less likely to want more children and women who have had a miscarriage (PRa: 1.04), obesity (PRa: 1.04), live in the rest of the coast (PRa: 1.04) or jungle (PRa: 1.03), are currently married (RPa: 1.20) and those with health insurance are more likely to want more children (RPa: 1.02). **Conclusion:** There was a significant relationship in some sociodemographic and obstetric factors with fertility preference.

**Keywords:** Fertility; Reproductive Behavior; Factors (Source: DeCS).

# I. INTRODUCCIÓN

## I.1. Introducción

En todo el mundo, incluido el Perú, la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido a través de los años <sup>(1-4)</sup>. Sin embargo, en los países con áreas vulnerables como los que se encuentran en el África subsahariana la tasa de fecundidad supera los cinco hijos <sup>(3,5,6)</sup>, ya que muchas mujeres consideran un prestigio tener más hijos por un seguro en la vejez, por la mano de obra y el reemplazo en caso de fallecimiento de un hijo <sup>(5)</sup>.

La notable disminución de la TGF a menudo se atribuye a un programa de planificación familiar exitoso que incluye el uso de iniciativas anticonceptivas dirigidas a las mujeres <sup>(7)</sup>. A pesar de estas intervenciones los deseos de fertilidad o las intenciones de tener hijos son los enfoques más significativos que determinan el comportamiento de la fertilidad, que es un predictor importante del crecimiento demográfico futuro de un país <sup>(7)</sup>. Asimismo, los deseos de fertilidad entre las mujeres varían ampliamente entre los diferentes factores obstétricos y sociodemográficos <sup>(5-12)</sup>.

Asimismo, es importante considerar el deseo insatisfecho de fecundidad, es decir, que el número real de hijos sea mayor o menor que el número de hijos que ella deseaba tener. En aquellos casos en que el número real de hijos es mayor que el deseado, trae consigo pobreza, mala crianza y baja calidad de vida a los hijos. En estos casos el empoderamiento, especialmente en las áreas rurales, mejora la capacidad de las mujeres para lograr el número deseado de hijos e incluye el poder de la toma de decisiones dentro del hogar. Por otro lado, en el caso de que el número real de hijos sea menor que el número deseado, ya que muchas mujeres priorizan sus ideales profesionales y económicos y postergan la maternidad, podría ser preocupante porque en un futuro la población económicamente activa disminuirá.

A pesar de la creciente importancia de la fecundidad se sabe poco sobre las preferencias de la fecundidad con predictores asociados utilizando datos de encuestas a nivel nacional. Para mitigar esta situación, el estudio pretende determinar los factores asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021 y a través de los resultados se pueda plantear intervenciones que ayuden a satisfacer necesidades reproductivas de las mujeres.

La presente investigación se clasifica en siete capítulos, en el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema con su respectiva pregunta de investigación. Asimismo, se menciona los objetivos del estudio, así como la importancia del trabajo, su alcance y limitaciones. En el capítulo II, se encuentran los antecedentes nacionales e internacionales del trabajo, bases teóricas y definiciones para comprender el problema. En el capítulo III, se presentan la hipótesis de investigación y las variables del estudio, así como su operacionalización. En el capítulo IV, se presenta el tipo y diseño de la investigación mencionando la población y muestra respectiva. En el capítulo V, se menciona el análisis de los datos y la presentación de los mismos. Del mismo modo, en el capítulo VI y VII, se presentan la discusión, conclusiones finales de la investigación y recomendaciones. Por último, se incluyeron las referencias bibliográficas, anexos y matriz de consistencia.



## **I.2. Planteamiento del problema**

### **Determinación del problema**

La tasa global de fecundidad, que es el número de hijos por mujer a lo largo de su vida reproductiva, ha caído a nivel mundial por debajo de la fecundidad de reemplazo de 2.1, especialmente en la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo que se encuentran de Asia oriental y sudoriental, Asia central y meridional, América del Norte y América latina y el Caribe, y Europa <sup>(1-3)</sup>. Incluso en el Perú la tasa global de fecundidad del 2021 fue 2.0 hijos <sup>(4)</sup>. Esta realidad puede traer efectos negativos porque a medida que disminuye el número de niños y jóvenes y aumenta la proporción de personas mayores, la continua disminución de la tasa de participación en la fuerza laboral afectará la vitalidad económica del país, incluido el costo elevado de los servicios sociales y de atención médica <sup>(13)</sup>.

Sin embargo, las tasas de fertilidad en África Subsahariana siguen siendo altas y frenar este rápido aumento de la población se ha vuelto importante para los responsables políticos de todo el mundo <sup>(3, 5, 6, 14)</sup>. El rápido crecimiento de la población podría resultar en un aumento del nivel de pobreza y una reducción del bienestar en general y, por ende, se aumenta la presión sobre la infraestructura pública ya limitada y ejerce una presión adicional sobre los presupuestos del gobierno nacional <sup>(15)</sup>.

Se han aducido varias causas para explicar estas tendencias altas y bajas de la fecundidad y la mayoría de ellas concluyen que están influenciadas en parte por las preferencias de fecundidad que están representadas por el número ideal de hijos <sup>(6)</sup>. Según el teorista John Bongaarts, las prevalencias de las preferencias de fecundidad en el África subsahariana es un obstáculo para la rápida disminución de la fecundidad <sup>(14)</sup>. Incluso, una investigación realizada en el año 2019 en varios países de ese continente evidenció que el número medio ideal de hijos por mujer, son de 6.9, 6.7, 10.2 y 9.5 en Burkina Faso, Malí, Níger y Chad, respectivamente y en el caso de los maridos, el número ideal de hijos es mucho mayor <sup>(5)</sup>. Mientras que en otros países las preferencias de fecundidad son más

bajas como lo demuestra un estudio realizado en el 2014, donde la mayoría de las mujeres de Bangladesh (71.2%) espera tener dos hijos a lo largo de su vida. En otro estudio publicado en el año 2019, las mujeres italianas desean tener solo un hijo <sup>(16)</sup>. Además, el número ideal de hijos en Colombia en el año 2016 fue 2 (17) y a nivel nacional en 2018 fue 2.33 <sup>(8)</sup>.

Considerando lo anterior, se ha encontrado que las preferencias de fecundidad están asociadas con factores obstétricos, como el uso de anticonceptivos, donde las mujeres que toman píldoras (RP 0.95), usan inyección (RP 0.96), usan condón (RP 0.95) e implantes (RP 0.93) tienen menos posibilidades de preferir más hijos <sup>(7)</sup>. No cabe duda que las preferencias de fecundidad han desempeñado un papel destacado en la investigación sobre fecundidad y anticoncepción en países de bajos y medianos ingresos y en la defensa del apoyo internacional de los programas de planificación familiar (PF) <sup>(6)</sup>. Pero, la carencia de nacimientos recientes en varios países y el uso actual de la anticoncepción moderna son los ingredientes principales de indicadores clave como la necesidad insatisfecha de anticoncepción y la necesidad de planificación familiar que satisfaga <sup>(8)</sup>. Otros factores obstétricos asociados son el aborto involuntario <sup>(7)</sup>, la edad del primer matrimonio <sup>(9)</sup> y el índice de masa corporal <sup>(10)</sup>.

Otros factores muy importantes para entender las preferencias de la fecundidad de las mujeres son los sociodemográficos como el quintil de riqueza <sup>(7)</sup>, la región natural <sup>(11)</sup>, la ocupación laboral y la cobertura seguro de salud <sup>(12)</sup>, ya que muchas mujeres desean tener hijos mientras mantienen en cuenta no solo su situación laboral actual, sino también después de estar convencidas de que pueden tener condiciones económicas suficientemente seguras que les permitan sacar adelante adecuadamente a sus hijos y continuar persiguiendo sus otros objetivos de vida <sup>(8, 16)</sup>. Asimismo, otro factor sociodemográfico asociado a las preferencias de la fecundidad es el estado marital, porque las mujeres que anteriormente eran casadas y están solteras actualmente tienen menos

posibilidades a preferir más hijos <sup>(18)</sup>. No cabe duda que el apoyo económico y emocional de la pareja masculina ayudaría a la mujer a satisfacer su necesidad de poder tener y cuidar a un hijo. Pero, actualmente el hombre no es el único sostén de la familia, el desempeño laboral juega un papel crucial en la decisión de una pareja de tener un hijo porque ambos buscan empleo para mantener una situación financiera sólida y por ende postergan la paternidad <sup>(16)</sup>.

### **Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021?

## **I.3. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar los factores asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil.
- Identificar los factores obstétricos asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil.

## **I.4. Importancia y alcance de la investigación**

En todo el territorio peruano de 1986 al 2021, la fecundidad disminuyó de 4.3 a 2.0 hijas o hijos por mujer, cabe destacar que se observan ciertas diferencias en la fecundidad de las mujeres según área rural o región natural. Posiblemente en los próximos años la fecundidad disminuya y habrá una necesidad insatisfecha de las mujeres que desean tener hijos. Esta situación es muy semejante a otros países y es considerado un problema en salud pública porque existirá una disminución de la fuerza laboral para sostener la economía y cuidar a la población anciana. Por eso es importante conocer y explicar este fenómeno, ya que las preferencias

de la fecundidad son multifacéticas y está determinada no sólo por factores obstétricos sino sociodemográficos. Incluso la mujer peruana desea tener como máximo dos hijos debido a que quiere también cumplir metas profesionales y laborales.

Los futuros hallazgos servirán para que los responsables de la formulación de políticas de cada país decidan adecuadamente según una evidencia científica. Si resulta que el tamaño deseado de la familia es alto o bajo en el Perú, los programas de planificación familiar (PF), encargado por el profesional de obstetricia o ginecología, ayudarían a las mujeres a lograr sus objetivos reproductivos. Por eso, los programas de PF deben conocer el tamaño de familia deseado y deben brindar a las mujeres información sobre la anticoncepción. Por otro lado, si hay familias que desean tener hijos y cuentan con recursos económicos, pero aún no tienen, la estrategia inicial debería ser animar a las parejas a tener un primer hijo para prevenir la transición demográfica hacia una sociedad envejecida. Otras estrategias estarían enfocadas en la compatibilidad entre el trabajo y la familia, es decir, el fortalecimiento de la reinserción laboral entre las mujeres que desean tener hijos.

Por último, pese a la escasa evidencia científica actualizada sobre este tema a nivel nacional, la presente investigación sirve como base para futuras investigaciones a favor de satisfacer las necesidades reproductivas de la mujer peruana.

#### **I.5. Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas con la recopilación de información debido a que los datos utilizados pertenecen a un análisis de bases secundarias de la ENDES 2021 y responden a otros objetivos de investigación diferentes al presente estudio. Por ende, no se pueden incluir otros factores importantes que puedan explicar la asociación con las preferencias de la fecundidad. Si bien la muestra es representativa de todas las mujeres peruanas en edad fértil y brinda una información variada sobre diversos aspectos importantes de la sociedad, la limitación fue que los factores se encuentran en diferentes módulos y

algunos datos están incompletos o vacíos. En esta misma línea, otra limitación relacionada a lo previamente mencionado, debido a que el estudio es transversal retrospectivo solo se estaría analizando la data recopilada en un cierto periodo de tiempo. Hay sesgo de no respuesta y puede subestimar las asociaciones por relacionarse solo con algunos factores. También puede haber sesgo de sensibilidad porque en un análisis secundario solo se está considerando los factores que esta tiene y puede haber otros factores de confusión que no está contemplada en la base de datos. Finalmente, otra de las limitaciones fue la escasez de estudios recientes sobre el tema que se está abordando.

## II. MARCO TEÓRICO

### II.1. Antecedentes

Olaseinde O. *et.al.*, en Nigeria, en el año 2022, publicaron un estudio titulado “Fertility Intentions Among High-Parity Women in Nigeria: How Satisfying Are Four Living Children?” cuyo objetivo fue examinar los predictores de la intención de tener más hijos entre las mujeres nigerianas con al menos cuatro hijos vivos; el estudio fue cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal y de fuentes secundarias de la Encuesta demográfica y de salud de Nigeria de 2018 (2018 NDHS) cuya muestra fue de 12 202 mujeres que tenían al menos cuatro hijos y cuya intención de tener un hijo adicional era “tener otro” o “no más”. Se analizó con una regresión logística binaria y luego se calculó las razones de probabilidad ajustadas (AOR) de las características asociadas con las variables principales. Siendo los resultados más importantes que el 42.2% de las mujeres desean tener hasta cuatro hijos y las que están con pareja desean tener más hijos (ORa 1.77). Se concluye que tener un marido que quiere tener más hijos son los impulsores de una alta fecundidad entre las mujeres que tienen al menos cuatro niños vivos (19).

Ibikunle A. *et.al.*, en Nigeria, en el año 2022, publicaron un estudio titulado “Spousal communication, fertility preference and other factors affecting contraceptive use among married couples in Ekiti State, Nigeria” cuyo objetivo fue evaluar y comparar la relación entre comunicación conyugal, preferencia de fecundidad y otros factores con el uso de anticonceptivos entre parejas casadas en el estado de Ekiti, Nigeria; el estudio fue cuantitativo de diseño transversal realizando un cuestionario entre el 12 de agosto de 2017 y el 15 de febrero de 2018 aplicándose a 956 parejas una regresión logística binaria para determinar los factores predictivos significativos del uso de anticonceptivos utilizando una razón de probabilidad ajustada (ORa) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. El principal resultado fue que las parejas que desean menos hijos se relaciona a usar métodos anticonceptivos como el condón (ORa 3.03). Se

concluye que la preferencia por la fecundidad influye significativamente en el nivel de uso de anticonceptivos (20).

Naya CH. *et.al.*, en EE.UU. en el año 2021, publicaron un estudio titulado “Early effects of the COVID-19 pandemic on fertility preferences in the United States: an exploratory study” cuyo objetivo fue explorar los impactos dispares tempranos de la pandemia de COVID-19 en las preferencias de fertilidad; el estudio fue cuantitativo de diseño transversal y se recolectó mediante una encuesta en línea entre el 15 de mayo de 2020 y el 13 de julio de 2020 donde tuvo una muestra de 440 participantes usando el modelo de regresión logística para el análisis estadístico. Entre los principales resultados está que las mujeres que no se han asegurado no han cambiado sus preferencias de fertilidad (OR: 6.00). Es decir, las mujeres que se han asegurado cambian sus preferencias de fertilidad al aumento (12).

Mendez C. *et.al.*, en Perú, en el año 2021, realizaron un artículo titulado “Factors associated with unwanted additional fertility: secondary analysis of a national survey in Peru” cuyo objetivo fue “determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y reproductivos con la fecundidad adicional no deseada (FAND) en el Perú”; el trabajo fue cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal y de fuentes secundarias de la ENDES 2018 donde se incluyeron a mujeres mayores de 40 años y menores de 49 años donde el porcentaje de los que desean hijos es de 27.5%. Donde ser de área rural disminuye la posibilidad de desear más hijos, así como y pertenecer al quintil superior (21).

Akram R. *et.al.*, en Bangladesh, en el año 2020, publicaron un trabajo titulado “Factors associated with unmet fertility desire and perceptions of ideal family size among women in Bangladesh: Insights from a nationwide Demographic and Health Survey” cuyo objetivo fue obtener la percepción de las mujeres sobre el número ideal de hijos y los predictores del deseo de fertilidad insatisfecho en Bangladesh; el estudio fue cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal y de fuentes

secundarias cuya muestra fue 10 912 mujeres casadas entre junio a noviembre de 2014 parte del programa de Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) realizando una regresión logística multivariable y se emplearon pruebas de diagnóstico en el análisis como el factor de inflación de la varianza (VIF) para detectar la multicolinealidad en el modelo para la regresión de Poisson y la regresión logística. Los resultados fueron que el 71.2% de las mujeres prefieren tener dos hijos durante su vida, las mujeres que han tenido una experiencia de perder un hijo tienen menos posibilidades de tener un deseo de fertilidad insatisfecha (ORa 0.89), es decir, desean tener hijos. Provenir del ámbito rural aumentó en 7% la probabilidad de tener FAND (Fecundidad adicional no deseada). Diversos factores, como la edad, la educación materna y paterna, los estratos socioeconómicos fueron factores que influyeron significativamente en el deseo de fertilidad (7).

Ariho P. y Kabagenyi A. en Uganda, en el año 2020, publicaron un estudio titulado “Age at first marriage, age at first sex, family size preferences, contraception and change in fertility among women in Uganda: analysis of the 2006–2016 period” cuyo objetivo fue analizar los cambios sobre las preferencias de fecundidad, la edad del primer matrimonio, la edad de la primera relación sexual y la anticoncepción entre las mujeres entre los años 2006 y 2016 y también se evaluó la medida en que estos cambios han contribuido en el cambio de la fecundidad en Uganda; el estudio fue cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal y de fuentes secundarias de los años 2006 y 2016 cuya muestra fue 7281 y 15799 mujeres entre 15 hasta los 49 años respectivamente realizando el modelo de regresión de Poisson. Los resultados fueron que el 47.6% de las mujeres desearían tener entre 3 a 4 hijos. Se concluye que las reducciones continuas en las preferencias de tamaño de la familia se observaron en los cambios entre años por ello es necesario abordar la accesibilidad de los servicios de planificación familiar para que las mujeres puedan lograr la fecundidad deseada (22).



Al-kassab A. *et.al.*, en Perú, en el año 2020, realizaron una tesis titulada “Factores asociados a la fecundidad adicional no deseada: análisis secundario de la ENDES 2018 en Perú” cuyo objetivo fue “Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y reproductivos, y la fecundidad adicional no deseada (FAND) en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2018”; el trabajo fue cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal y de fuentes secundarias de la ENDES 2018. La muestra efectiva fue 6944 mujeres entre 40 y 49 años calculando razones de prevalencia usando el modelo lineal de Poisson. Los resultados principales fueron que las mujeres que no desean tener hijos son de zonas rurales (RPa: 1.07) y las que usan métodos modernos (RPc: 2.16); y las que desean tener menos hijos son del quintil superior (RPa: 0.80). Se asociaron significativamente las mujeres de zonas rurales, usan métodos anticonceptivos modernos y los que pertenecen al quintil superior (23).

Haq S. y Ahmed K. en Bangladesh, en el año 2019, publicaron un artículo titulado “Is Fertility Preference Related to Perception of the Risk of Child Mortality, Changes in Landholding, and Type of Family? A Comparative Study on Populations Vulnerable and not Vulnerable to Extreme Weather Events in Bangladesh” cuyo objetivo fue abordar cómo la percepción del riesgo de mortalidad infantil, la propiedad de la tierra y el tipo de hogar influyen en las preferencias de fecundidad; el estudio fue bajo un enfoque mixto de corte transversal aplicado a 759 mujeres en edad reproductiva que alguna vez estuvieron casadas, que tenían al menos un hijo y vivían con su esposo durante la encuesta. Se realizó una regresión logística binaria donde las mujeres que vivían en un área vulnerable (eventos climáticos extremos) desean tener más hijos (9.24). Los hallazgos del estudio pueden informar recomendaciones de política en términos de programas efectivos de manejo de desastres e iniciativas de planificación familiar durante períodos relacionados con el clima (11).

Enríquez Y. *et.al.*, en Perú, en el año 2018, realizaron un estudio titulado “Efecto de las preferencias de fecundidad en la cantidad de hijos.

Comparación entre trabajadoras peruanas” cuyo objetivo fue “Evaluar las preferencias de fecundidad en la disminución del número de hijos comparando tipos de ocupación en trabajadoras peruanas”; el trabajo fue cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal y de fuentes secundarias de la ENDES 2014 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar cuya muestra efectiva fue de 13074 mujeres que habían trabajado en los últimos 12 meses. Se utilizó la técnica estadística de regresión logística ordinal. El resultado principal fue que la media del número ideal de hijos (fecundidad deseada) fue de 2.33 hijos. El ideal reproductivo de las mujeres se ajusta al comportamiento reproductivo que estas tienen en su actividad laboral (8).

Enriquez Y. *et.al.*, en Perú, en el año 2017, realizaron un artículo titulado “Análisis de los determinantes próximos e impacto de la ocupación en la fertilidad de mujeres peruanas” cuyo objetivo fue “estimar la capacidad predictiva de los determinantes próximos y el trabajo en la disminución de la fertilidad en mujeres peruanas en edad fértil”; el artículo fue un estudio cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal y de fuentes secundarias de la ENDES 2014. La muestra fue 20396 mujeres en actividad sexual activa. Se analizó mediante el modelo de regresión logística y para evaluar la bondad de ajuste se utilizó la prueba de Hosmer-Lemeshow. Los resultados principales fueron que el 63.1% de las mujeres desean tener hasta dos hijos. Asimismo, existe relación entre el número de hijos y el número ideal de hijos, donde a menor cantidad de hijos está asociado con tener a un deseo tener menos hijos (24).

Cardenas R., en el año 2016, realizó la investigación titulada “Factores que influyen en el nivel de fecundidad de las mujeres en edad fértil en el caserío Bagazan”, la cual tuvo como objetivo identificar y determinar la relación de las causas que ejercen una influencia sobre el nivel de fecundidad de las mujeres en el caserío previamente señalado. Fue un estudio descriptivo y transversal en el cual 186 mujeres en edad reproductiva, entre los 15 y 49 años, de la comunidad Casero Bagazan en la Región San Martín fueron encuestadas. Los resultados del estudio

determinaron que la tasa de fertilidad en el caserío Bagazan es de 3.36 niños nacidos por cada madre. Además, hubo casos documentados de madres que tuvieron hasta 13 hijos. Asimismo, se determinó que la edad, el uso de anticonceptivos y el nivel educativo se destacan como factores particularmente importantes para determinar el nivel de fecundidad en este sector (25).

## **II.2. Bases teóricas**

### *Preferencias de fecundidad*

El número ideal de hijos que una persona desea tener y se le conoce como preferencias de fecundidad. Sin embargo, estas preferencias no son un indicador 100% preciso del comportamiento reproductivo futuro, pero permiten predecir la dirección de esta (26). En consecuencia, la prevalencia se puede utilizar para comparar las tendencias de fecundidad y los ideales familiares entre varios subgrupos de población y para explicar las variaciones en el comportamiento reproductivo a nivel local y regional (5, 8, 16). Además de la demografía y las preferencias de la población, estas variaciones pueden ayudar a predecir cómo reaccionan y responderán las personas ante las políticas públicas que abordan temas sobre salud sexual y derechos reproductivos.

Originalmente estudiadas en el campo de la psicología social, las preferencias de fecundidad han encontrado su camino en la investigación demográfica. Las preferencias de fecundidad abarcan dos conceptos interrelacionados, pero teóricamente distintos. Mientras que los deseos o aspiraciones de fecundidad se refieren a los ideales y deseos para el futuro de uno, las expectativas de fecundidad se refieren a planes más realistas que tienen en cuenta las posibles limitaciones que pueden ir más allá del control de un individuo. Las expectativas también tienen en cuenta los posibles problemas con o acceso a la anticoncepción, la situación económica percibida y las aspiraciones en otros dominios de la vida (competitivos), como la educación o el mercado laboral (27,28).

Un análisis sociológico de las trayectorias del curso de la vida se centra en los factores de nivel macro que influyen en estas trayectorias y su estabilidad. Muy simplemente, algunas estructuras facilitan el cumplimiento de las intenciones y expectativas, mientras que otras impiden su realización. Una primera restricción puede encontrarse en el concepto de tamaño normativo de la familia. Este deseo casi universal de ser padre refleja tanto la prominencia de la paternidad en las identidades de género como el impacto de las estrictas normas contra la falta de hijos. Se aplica una presión normativa "ascendente" adicional por preocupaciones sobre las consecuencias psicológicas de criar a un hijo único. En el extremo opuesto, ver a cuatro hijos, e incluso a tres, como una "familia numerosa" genera una presión normativa "descendente". Estas opiniones negativas y sanciones informales surgen de la creencia de que un gran número de niños diluyen los recursos necesarios para mantener un nivel de vida adecuado y asegurar la plena realización del potencial de cada niño, y posiblemente también de la preocupación de que las familias numerosas contribuyen a la superpoblación, el agotamiento de los recursos y el deterioro ambiental. Combinadas, estas fuerzas producen un fuerte ideal normativo de la familia de "dos hijos" (27).

#### *Modelo teórico de los determinantes próximos de la fecundidad de Bongaarts*

Los primeros análisis de los determinantes de la fecundidad incluyeron factores conductuales como el uso de anticoncepción o aborto que a través de los determinantes de fondo (por ejemplo, social y variables económicas) afectan la fecundidad. Estas relaciones fueron reconocidas por primera vez por Davis y Blake (1956), quien definió un amplio conjunto de "variables intermedias de fecundidad". Por otro lado, el modelo original de determinantes próximos fue desarrollado a fines de la década de 1970 por John Bongaarts que encontró un amplio uso en el análisis de niveles, diferenciales y tendencias en la fecundidad (29). Los determinantes inmediatos de la fecundidad son los factores biológicos y de comportamiento a través de los cuales operan las variables

socioeconómicas y ambientales para influir en la tasa de fecundidad de una población. Se identifican tres variables biológicas próximas: la esterilidad permanente, la probabilidad de concepción y la mortalidad intrauterina. Aunque estas variables reducen la tasa real de reproducción muy por debajo de su máximo potencial, contribuyen poco a las tendencias de la fecundidad. Los cambios en la fecundidad a lo largo del tiempo se deben en gran parte a cambios en los determinantes próximos del comportamiento (29, 30).

### *Factores obstétricos y sociodemográficos asociados de las preferencias de la fecundidad*

Una gran cantidad de literatura examina las causas de la disminución o aumento de las preferencias de la fecundidad en el mundo dando como conclusión que son los factores obstétricos que modifican estas preferencias. Los defensores de la planificación familiar (PF) han brindado una base sólida para tales programas al demostrar que proporciones sustanciales de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción y que esta necesidad insatisfecha lleva a muchos embarazos no planificados y abortos (7, 31). Las críticas a los programas de PF aparecieron poco después de su introducción y argumentaron que estos programas no podrían tener un impacto significativo en el comportamiento reproductivo debido a la falta de demanda de sus servicios. Además, la falta de disminución de la fecundidad no deseada demostraba que los programas de PF desempeñan un papel escaso o nulo en las transiciones de la fecundidad. Bongaarts señaló que la fecundidad no deseada habría aumentado con el tiempo en ausencia del uso de anticonceptivos porque con la disminución de la fecundidad deseada, las mujeres están expuestas al riesgo de embarazos no planificados durante una proporción cada vez mayor de sus años reproductivos. Los programas de PF, por lo tanto, afectan la fecundidad general al prevenir un aumento de la fecundidad no deseada (7, 29).

Por otro lado, existe una amplia evidencia que los factores sociodemográficos son causas importantes para que expliquen este fenómeno. Se han propuesto varias fuerzas causales para el efecto de la educación de las mujeres sobre la fecundidad tanto deseada como no deseada, incluida una mayor autonomía en la toma de decisiones, más conocimiento sobre el proceso reproductivo y la anticoncepción, mayor potencial de ingresos y costos de oportunidad crecientes de tener hijos (31).

#### *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*

La ENDES es una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta cada año el Instituto Nacional de Estadística e Informática. La misma recopila datos representativos a nivel nacional y comprende tres cuestionarios: un Cuestionario de Hogares y un Cuestionario de Mujeres. Existen varios módulos que están enfocados con el presente estudio: Fecundidad, determinantes de la fecundidad y preferencias de la fecundidad (32).

### **II.3. Definición de términos**

- Fecundidad: “Se entiende por fecundidad a la frecuencia de los nacimientos que ocurren en el seno de conjuntos o subconjuntos humanos en edad de procrear” (33).
- Edad Fértil: “Se define entre los 15 a 49 años de edad” (52).
- Fertilidad: “La fertilidad es la capacidad de concebir y gestar bebés” (34).
- Comportamiento reproductivo: Se relaciona con el intervalo entre Nacimientos, Lactancia Materna y Anticoncepción y el número de hijas/hijos nacidos vivos, entre otros, con el fin de proporcionar estimaciones de los niveles y tendencias de fecundidad y mortalidad (4).
- Tasa Global de Fecundidad: “Indica el número promedio de hijas y/o hijos, que tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres si, durante el período fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del periodo fértil” (35).

- Factores obstétricos: Indicadores utilizados para representar a las personas en relación a su edad al primer matrimonio, número de hijos, edad a la primera relación sexual, si usó algún método anticonceptivo, método anticonceptivo actual, conocimiento sobre el ciclo ovulatorio, aborto involuntario e índice de masa corporal.
- Edad al primer matrimonio: esta variable permite conocer a qué edad tuvo la mujer su primer matrimonio o vivir con la pareja (36).
- Número de hijos: es la cantidad de hijos que tuvo la mujer durante su vida (36).
- Edad a la primera relación sexual: edad en años de la mujer que tuvo o ha tenido su primera relación sexual (36).
- Alguna vez usó método anticonceptivo: si anteriormente la entrevistada usó algún método de planificación familiar para evitar quedar embarazada (36).
- Método anticonceptivo actual: método anticonceptivo actual que está usando o haciendo para evitar quedar embarazada (36).
- Uso actual por tipo de método: método anticonceptivo actual que está usando o haciendo para evitar quedar embarazada pero agrupadas en no hay método, método folclórico, método tradicional y método moderno (36).
- Conocimiento del ciclo ovulatorio: conocimientos sobre si algunos días de si ciclo menstrual puede quedar embarazada al tener relaciones sexuales (36).
- Aborto involuntario o nacido muerto: Embarazo no culminado ya que lo ha perdido, aborto involuntario o nacido muerto (36).
- Índice de masa corporal: el índice de masa corporal es la medición a través del peso en kilogramos de la entrevista sobre su talla en metros al cuadrado (36).
- Factores sociodemográficos: Indicadores utilizados para representar a las personas en términos de edad, raza/etnia, sexo, género, grado de educación en el idioma principal, situación laboral, ingresos, ocupación, estado civil, número total de personas que residen en el hogar y arreglos de vivienda, entre otros (37).
- Nivel educativo de la mujer: Son las etapas educativas que corresponden a las distintas etapas de desarrollo personal del alumno. Se clasifican de

la siguiente manera: sin nivel, educación inicial, primaria, secundaria, superior no universitaria, superior universitaria (38).

- Residencia: Se refiere al espacio geográfico rural o urbano en donde vive una persona (36).
- Área rural: “Es el territorio integrado por centros poblados rurales, asentamientos rurales y las localidades rurales” (39).
- Área urbana: “Es el territorio ocupado por centros poblados urbanos. El área urbana de un distrito puede estar conformada por uno o más centros poblados urbanos” (39).
- Quintil de riqueza: “Es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas” (40).
- Región natural: Región geográfica de la mujer que puede ser Lima metropolitana, resto costa, sierra selva y selva baja (36).
- Estado marital: Estado civil de la mujer, esta puede ser nunca casada, casada, viviendo juntos, viuda, divorciada y no viven juntos (36).
- Educación de la pareja: Son las etapas educativas que corresponden a las distintas etapas de desarrollo personal del alumno. Se clasifican de la siguiente manera: sin nivel, educación inicial, primaria, secundaria, superior no universitaria, superior universitaria (38).
- Trabajo en la última semana: “La percepción del individuo sobre las oportunidades que tiene de conseguir un empleo de su preferencia o de mejorar el que posee, teniendo en cuenta que dichas oportunidades van a depender de sus características y conductas y de los factores contextuales que le rodean” (41).
- Cobertura Seguro de salud: Protección que tiene la mujer sobre su salud (36).



### **III. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **III.1. Hipótesis**

Los factores obstétricos y los factores sociodemográficos se asocian significativamente a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil.

#### **III.2. Variables**

Variable 1: Factores obstétricos.

Variable 2: Factores sociodemográficos.

Variable 3: Preferencias de fecundidad

#### **III.3. Operacionalización de variables**

<b>Factores asociados</b>						
<b>Variables</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Codificación</b>	<b>Fuente de verificación</b>
Variable 1: Factores obstétricos	Características relacionadas con la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil que se asocian con las preferencias de la fecundidad	Número de hijos	Categórica Politómica	Ordinal	Producto de las variables V202 y V203 - RE223132 que originalmente eran numéricas discreta - razón  0 hijos = 0 1 hijo = 1 2 hijos = 2 3 a más hijos = 3	Encuesta ENDES 2021
		Edad a la primera relación sexual	Categórica Politómica	Ordinal	Producto de las variables V525 - RE516171 que originalmente era numérica discreta - razón  8 a 17 años = 0 18 a 24 años = 1 25 a 42 años = 2	

		Alguna vez usó método anticonceptivo	Categórica Politómica	Nominal	V302 - RE223132 Nunca = 0 Otros métodos = 1 Tradicionales = 2 Modernos = 3	
		Método anticonceptivo actual	Categórica Politómica	Nominal	V312 - RE223132 No usando = 0 Píldora = 1 DIU = 2 Inyección = 3 Condón = 5 Esterilización femenina = 6 Esterilización masculina = 7 Abstinencia periódica = 8 Retiro = 9 Otro = 10 Norplant/Implantes = 11	

					<p>Amenorrea por lactancia = 13</p> <p>Espuma, jalea, óvulos = 15</p> <p>Anticoncepción oral de emergencia = 16</p>
		Uso actual por tipo de método	Categórica Politómica	Nominal	<p>V313 - RE223132</p> <p>No hay método = 0</p> <p>Folclórico = 1</p> <p>Tradicionales = 2</p> <p>Modernos = 3</p>
		Conocimiento del ciclo ovulatorio	Categórica Politómica	Nominal	<p>V217 - RE223132</p> <p>Durante su periodo = 1</p> <p>Después de su periodo = 2</p> <p>En medio del ciclo = 3</p> <p>Antes del periodo = 4</p> <p>En cualquier momento = 5</p> <p>Otro = 6</p> <p>No sabe = 8</p>

		Aborto involuntario o nacido muerto	Categórica Dicotómica	Nominal	V228 - RE223132 No = 0 Sí = 1
		Índice de masa corporal	Categórica Politómica	Ordinal	V445 - REC42 Adecuado = 0 Bajo peso = 1 Sobrepeso = 2 Obesidad = 3
Variable 2: Factores sociodemográficos	Características socioculturales de las mujeres en edad fértil que se asocian con las preferencias de la fecundidad	Edad	Categórica Politómica	Ordinal	Producto de la variable V012- REC0111 que originalmente era numérica discreta – razón 15 a 17 años = 0 18 a 29 años = 1 30 a 49 años = 2
		Nivel educativo de la mujer	Categórica Politómica	Ordinal	V106 - REC0111 Sin educación = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Superior o mayor = 3

		Residencia	Categórica Dicotómica	Nominal	V025 - REC0111 Urbano = 0 Rural = 1
		Quintil de riqueza	Categórica Politómica	Ordinal	V190 - REC0111 Más pobre = 0 Pobre = 1 Medio = 2 Rico = 3 Más rico = 4
		Región natural	Categórica Politómica	Nominal	SREGION - REC91 Lima y Callao = 0 Resto de la costa = 1 Sierra = 2 Selva = 3
		Estado marital	Categórica Politómica	Nominal	V502 - RE516171 Nunca casada = 0 Actualmente casada = 1 Anteriormente casada = 2

		Educación de la pareja	Categórica Politómica	Ordinal	V701 - RE516171 Sin nivel = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Superior o mayor = 3	
		Trabajo en la última semana	Categórica Dicotómica	Nominal	V714 - RE516171 No = 0 Sí = 1	
		Cobertura seguro de salud	Categórica Dicotómica	Nominal	V481 - REC42 No = 0 Sí = 1	

<b>Variable 3: Preferencias de fecundidad</b>						
<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Codificación</b>	<b>Fuente de verificación</b>
Variable 3: Preferencias de fecundidad	El número de hijos que una pareja desea tener.	Preferencias de fecundidad	Categórica Politómica	Ordinal	V613 - RE516171 Ninguno = 0 1 hijo = 1 2 hijos = 2 3 a más hijos = 3	Encuesta ENDES 2021



## **IV. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **IV.1. Diseño de investigación**

El diseño del estudio es analítico, retrospectivo, transversal y de fuentes secundarias.

### **IV.2. Población y muestra**

#### **Población**

Mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años residentes del Perú durante el año 2021.

#### **Unidad de análisis**

Mujer en edad fértil entre 15 a 49 años.

#### **Muestra**

Está conformada por 30 715 registros de mujeres edad fértil entre 15 a 49 años que cumplieron los criterios de selección.

#### **Criterios de inclusión**

- Registro en la Encuesta Demográfica de Salud Familiar ENDES en el 2021.
- Mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años.
- Registros de mujeres que pernoctaron la noche anterior a la encuesta.

#### **Criterios de exclusión**

- Datos errados o incompletos sobre las preferencias de la fecundidad.

#### **Tipo de muestreo**

Al ser un análisis secundario el muestreo que usaron para su recolección fue de tipo probabilístico por conglomerados. Se realizó en dos etapas (bietápica). En la primera se seleccionaron las unidades primarias de muestreo mediante los conglomerados; luego para la segunda etapa se

usaron las unidades secundarias de muestreo para conectar a las viviendas que serían seleccionadas.

### **IV.3. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información**

#### **Procedimientos**

Para la presente investigación se recaudó información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú a través de su página web institucional el cual está disponible en el siguiente enlace: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>

En la página web se seleccionó la opción microdatos, según las subvariables de la base de datos de ENDES publicado en el año 2021.

Se utilizaron las bases de datos que se encuentran en los módulos 1631 (Datos Básicos de MEF), 1632 (Historia de Nacimiento - Tabla de Conocimiento de Método), 1634 (Inmunización y Salud; y 1635 (Nupcialidad - Fecundidad - Cónyuge y Mujer). Posterior a ello se unificó las bases de datos usando *merge* tomando como referencia el código de la mujer *caseid*.

#### **Técnica**

Se utilizó como técnica el análisis documental y la exploración de fuentes secundarias.

### **IV.4. Análisis estadístico**

Para el procesamiento de los datos se descargaron las bases de datos en formato STATA. Luego se unieron las bases de datos usando el comando “merge” donde se encontraban las variables del estudio tomando como identificador de unión a la variable “CASEID”. Se consideró el factor de ponderación de la mujer (peso= $\sqrt{V005/1000000}$ ) y muestras complejas con el comando “svy”.

En primera instancia se realizó un análisis descriptivo donde se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables de naturaleza cualitativa. Posterior a ello, se realizó un análisis bivariado con la prueba

estadística Chi-cuadrado de Pearson puesto que todas las variables son categóricas. Luego se realizó el modelo de regresión de Poisson para calcular razón de prevalencia (RP) considerando además los intervalos de confianza al 95% para su extrapolación. Para el modelo multivariado se usó el "VIF" para ver si existía alguna multicolinealidad entre las variables explicativas en el modelo de regresión de Poisson ajustado para calcular razón de prevalencia ajustado (RPa). Para todos los análisis se consideró un p-valor menor a 0.05.

#### **IV.5. Aspectos éticos**

El presente trabajo de investigación es un estudio observacional de fuentes secundarias por lo tanto no es necesario la aprobación de un comité de ética ni institucional ya que no habrá manipulación de las variables lo cual evitará causar daños a las personas que intervienen en la investigación y a terceros. Las personas que fueron encuestadas en la investigación, específicamente las mujeres en edad fértil, no se vulneraron los principios bioéticos pues es responsabilidad del profesional de salud que realiza la investigación proteger la información personal de los participantes. Se garantiza que la información analizada es confidencial y de uso exclusivamente para el presente trabajo de investigación.

## V. RESULTADOS

### V.1. Presentación y análisis de los resultados

El 50.03% de las mujeres desean tener 2 hijos, el 55.32% tuvieron su primera relación sexual entre los 8 y 17 años, el 17.79% usaron la inyección como método anticonceptivo, el 82.66% no tuvo abortos involuntarios, el 49.24% se encuentran en nivel secundaria, el 28.32% se encuentran en el quintil de riqueza más pobre y el 64.90% se encuentran actualmente casadas. El resto de los determinantes se encuentran en la tabla 1 y tabla 2. Se puede comentar que el deseo reproductivo se encuentra insatisfecho debido a que a que casi el 50% de las mujeres que desean 2 hijos solo el 27.63% lo tienen.

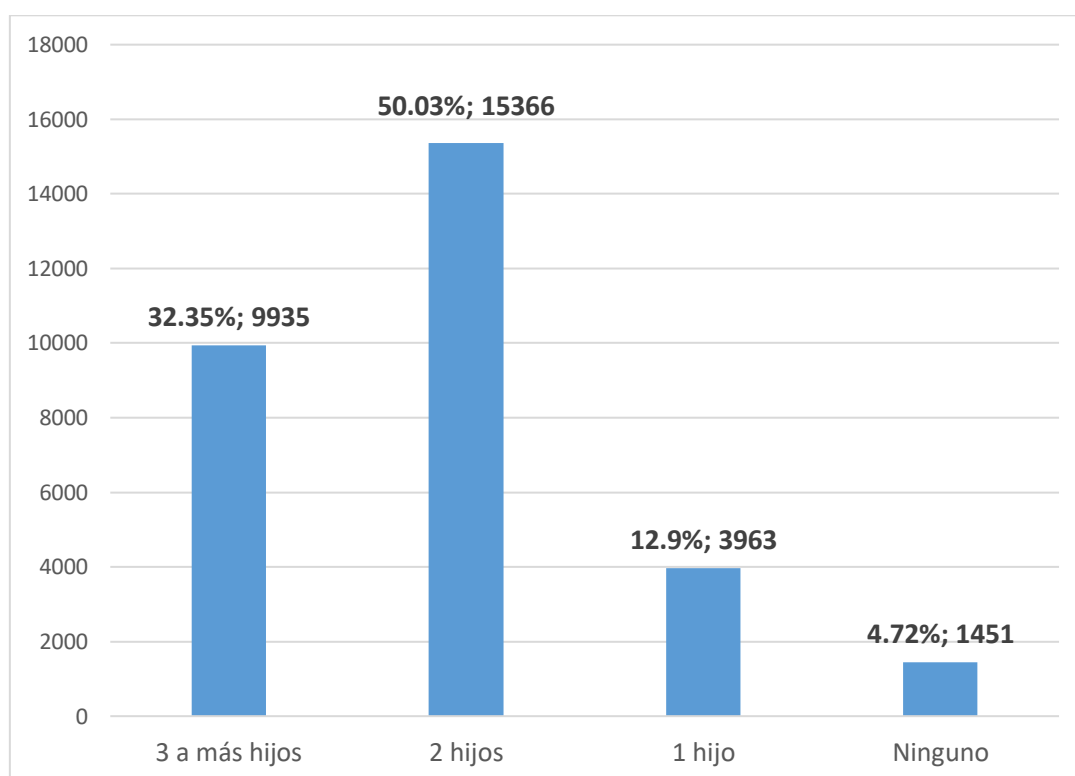
Entre las mujeres que no desean tener hijos, el 49.01% tuvieron su primera relación sexual entre los 18 a 24 años, el 24.85% pertenecen al quintil de riqueza más rico y el 50.83% no han trabajado en la última semana. Las que desean tener un hijo, el 52.63% tuvieron su primera relación sexual entre los 8 y 17 años, el 23.58% pertenecen al quintil de riqueza rico y el 54.54% trabajó en la última semana. Las que desean tener dos hijos el 21.64% pertenecen al quintil de riqueza medio y el 57.73% trabajaron en la última semana. Finalmente, las mujeres que desean tener de 3 a más hijos el 30.06% tienen dos hijos, el 21.55% pertenecen al quintil de riqueza pobre y el 31.89% pertenecen al resto de la costa. El resto de los determinantes se puede apreciar en la tabla 3. Se puede comentar que el quintil de riqueza va disminuyendo inversamente proporcional con el aumento de desear tener hijos.

**Tabla 1. Características obstétricas de las peruanas de 15 a 49 años, ENDES 2021**

	n	%
<b>Factores obstétricos</b>		
<b>Número de hijos</b>		
0 hijos	6780	22.07
1 hijo	8120	26.44
2 hijos	8499	27.67
3 a más hijos	7316	23.82
<b>Edad a la primera relación sexual</b>		
8-17 años	15081	55.32
18-24 años	11144	40.88
25-42 años	1034	3.79
<b>Alguna vez uso método anticonceptivo</b>		
Nunca	3920	12.76
Otros métodos	38	0.12
Tradicional	1513	4.93
Modernos	25244	82.19
<b>Método anticonceptivo actual</b>		
No usando	11690	38.06
Píldora	1649	5.37
DIU	274	0.89
Inyección	5465	17.79
Condón	3076	10.01
Esterilización femenina	2303	7.50
Esterilización masculina	22	0.07
Abstinencia periódica	2432	7.92
Retiro	1788	5.82
Otro	152	0.49
Norplant/Implantes	1809	5.89
Amenorrea por lactancia	13	0.04
Espuma, jalea, óvulos	5	0.02
Anticoncepción oral de emergencia	37	0.12
<b>Uso actual por tipo de método</b>		
No hay método	11690	38.06
Folclórico	152	0.49
Tradicional	4220	13.74
Modernos	14653	47.71
<b>Conocimiento del ciclo ovulatorio</b>		
Durante su periodo	865	2.82
Después de su periodo	5797	18.87
En medio del ciclo	10104	32.90
Antes del periodo	1160	3.78
En cualquier momento	925	3.01
Otro	6256	20.37
No sabe	5608	18.26
<b>Aborto involuntario o nacido muerto</b>		
No	25390	82.66

Sí	5325	17.34
<b>Índice de masa corporal</b>		
Adecuado	9395	30.94
Bajo peso	418	1.38
Sobrepeso	201	0.66
Obesidad	20356	67.03

**Figura 1. Preferencias de fecundidad de las peruanas de 15 a 49 años, ENDES 2021**



**Tabla 2. Características sociodemográficas de las peruanas de 15 a 49 años, ENDES 2021**

	n	%
<b>Factores sociodemográficos</b>		
<b>Edad</b>		
15 a 17 años	2820	9.18
18 a 29 años	11774	38.33
30 a 49 años	16121	52.49
<b>Nivel educativo de la mujer</b>		
Sin educación	429	1.40
Primaria	5247	17.08
Secundaria	15123	49.24
Superior o mayor	9916	32.28
<b>Residencia</b>		
Urbano	21140	68.83
Rural	9575	31.17
<b>Quintil de riqueza</b>		
Más pobre	8700	28.32
Pobre	7878	25.65
Medio	5971	19.44
Rico	4803	15.64
Más rico	3363	10.95
<b>Región natural</b>		
Lima y Callao	3813	12.41
Resto de costa	9337	30.40
Sierra	9827	31.99
Selva	7738	25.19
<b>Estado marital</b>		
Nunca casada	6745	21.96
Actualmente casada	19934	64.90
Anteriormente casada	4036	13.14
<b>Educación de la pareja</b>		
Sin nivel	155	0.65
Primaria	3776	15.82
Secundaria	12311	51.59
Superior o mayor	7620	31.93
<b>Trabajo en la última semana</b>		
No	13506	43.97
Sí	17209	56.03
<b>Cobertura Seguro de salud</b>		
No	4908	15.98
Sí	25807	84.02

En la tabla 4 y 5, se presenta la relación bivariada entre los factores sociodemográficos y obstétricos con la preferencia de fecundidad. Siendo los resultados más importantes los siguientes: hubo relación significativa entre el método anticonceptivo actual con la preferencia de fecundidad ( $p < 0.001$ ), siendo los que usaron esterilización masculina los que desean tener más hijos. Al igual a las que sí han tenido algún aborto involuntario ( $p < 0.001$ ) el 40.79% de las que han tenido desean más hijos. Del mismo modo hubo relación entre el quintil de riqueza con la preferencia de fecundidad ( $p < 0.001$ ) donde las mujeres que pertenecen al quintil más pobre desean más hijos. Finalmente, la cobertura de seguro de salud salió significativo con preferencia de fecundidad ( $p < 0.001$ ) en las que tienen seguro desean más hijos. Dichas relaciones se vieron reflejados en las razones de prevalencia crudas donde fue estimada la medida de asociación debido al uso de las prevalencias en este estudio de tipo transversal.



**Tabla 3. Factores obstétricos y sociodemográficos según preferencias de fecundidad en peruanas, ENDES 2021**

	<b>Preferencias de fecundidad</b>			
	Ninguno Categoría (%)	1 hijo Categoría (%)	2 hijos Categoría (%)	3 a más hijos Categoría (%)
<b>Factores obstétricos</b>				
Número de hijos	0 (60.73)	0 (51.44)	0 (40.67)	2 hijos (30.06)
Edad a la primera relación sexual	18-24 (49.01)	8-17 (52.63)	8-17 (47.51)	8-17 (55.35)
Alguna vez uso método anticonceptivo	Moderno (60.04)	Moderno (68.87)	Moderno (79.95)	Moderno (84.64)
Método anticonceptivo actual	No usa (60.48)	No usa (54.68)	No usa (45.86)	No usa (37.25)
Uso actual por tipo de método	No hay (60.48)	No hay (54.68)	No hay (45.86)	No hay (46.30)
Conocimiento del ciclo ovulatorio	Adecuado (38.15)	Adecuado (34.34)	Adecuado (36.85)	Adecuado (33.11)
Aborto involuntario o nacido muerto	No (90.24)	No (87.92)	No (85.15)	No (77.57)
Índice de masa corporal	Obesidad (53.77)	Obesidad (56.65)	Obesidad (62.07)	Obesidad (73.59)
<b>Factores sociodemográficos</b>				
Edad	18-29 (40.66)	18-29 (44.53)	30-49 (45.84)	30-49 (65.60)
Nivel educativo de la mujer	Secundaria (51.56)	Secundaria (43.12)	Secundaria (49.20)	Secundaria (45.99)
Residencia	Urbano (87.82)	Urbano (83.54)	Urbano (82.26)	Urbano (76.86)
Quintil de riqueza	Más Rico (24.85)	Rico (23.58)	Medio (21.64)	Pobre (21.55)
Región natural	Lima y Callao (42.02)	Lima y Callao (34.89)	Lima y Callao (34.08)	Resto de Costa (31.89)
Estado marital	Nunca (58.56)	Nunca (46.63)	Actualmente (50.72)	Actualmente (68.38)
Educación de la pareja	Secundaria (52.05)	Secundaria (53.20)	Secundaria (51.17)	Secundaria (51.07)
Trabajo en la última semana	No (50.83)	Sí (54.54)	Sí (57.73)	Sí (58.56)
Cobertura Seguro de salud	Sí (76.33)	Sí (75.53)	Sí (78.23)	Sí (82.16)

**Tabla 4. Asociación entre los factores obstétricos y las preferencias de fecundidad**

Factores obstétricos	Preferencias de fecundidad							
	Ninguno (%)	1 hijo (%)	2 hijos (%)	≥3 hijos (%)	p-valor	RP crudo	IC 95%	p-valor
<b>Número de hijos</b>								
0 hijos	10.35	20.03	53.48	16.15	<0.001	Ref.	-	-
1 hijo	4.90	12.84	55.52	26.74		1.16	1.15-1.18	<0.001
2 hijos	3.12	9.61	48.31	38.95		1.27	1.25-1.28	<0.001
3 a más hijos	3.07	8.28	36.04	52.60		1.36	1.35-1.38	<0.001
<b>Edad a la primera relación sexual</b>								
8-17 años	4.29	12.60	46.93	36.18	0.002	Ref.	-	-
18-24 años	4.80	11.63	52.31	31.26		0.99	0.98-0.99	0.003
25-42 años	5.08	12.32	52.49	30.11		0.98	0.96-1.00	0.075
<b>Alguna vez uso método anticonceptivo</b>								
Nunca	12.15	21.25	51.47	15.14	<0.001	Ref.	-	-
Otros métodos	2.16	11.86	50.21	35.77		1.26	1.11-1.42	<0.001
Tradicional	3.54	12.51	46.22	37.73		1.31	1.28-1.33	<0.001
Modernos	4.62	12.08	49.78	33.52		1.27	1.26-1.29	<0.001
<b>Método anticonceptivo actual</b>								
No usando	8.68	17.37	50.21	23.73	<0.001	Ref.	-	-
Píldora	4.25	12.63	52.23	30.89		1.13	1.11-1.15	<0.001
DIU	1.01	13.35	41.33	44.31		1.14	1.10-1.19	<0.001
Inyección	3.53	13.23	51.96	31.29		1.13	1.12-1.14	<0.001
Condón	6.65	11.37	54.66	27.32		1.09	1.07-1.11	<0.001
Esterilización femenina	4.23	9.37	39.41	46.99		1.20	1.18-1.22	<0.001
Esterilización masculina	0	0	34.43	65.57		1.27	1.16-1.38	<0.001
Abstinencia periódica	2.53	8.61	49.29	39.58		1.20	1.18-1.22	<0.001

Retiro	3.48	9.78	49.70	37.04		1.17	1.15-1.19	<0.001
Otro	1.58	7.52	37.91	53.00		1.25	1.18-1.31	<0.001
Norplant/Implantes	4.87	14.19	51.58	29.38		1.09	1.07-1.11	<0.001
Amenorrea por lactancia	0	0	38.14	61.86		1.33	1.20-1.49	<0.001
Espuma, jalea, óvulos	0	4.55	29.77	65.69		1.16	0.85-1.56	0.338
Anticoncepción oral de emergencia	1.32	18.72	46.98	32.98		1.05	0.92-1.19	0.433
<b>Uso actual por tipo de método</b>								
No hay método	8.68	17.37	50.21	23.73	<0.001	Ref.	-	-
Folclórico	1.58	7.52	37.91	53.00		1.25	1.18-1.31	<0.001
Tradicionales	2.97	9.15	49.48	38.40		1.19	1.17-1.20	<0.001
Modernos	4.62	12.06	50.17	33.16		1.13	1.12-1.14	<0.001
<b>Conocimiento del ciclo ovulatorio</b>								
Durante su periodo	7.76	18.09	50.22	23.93	<0.001	Ref.	-	-
Después de su periodo	4.85	12.53	49.95	32.67		1.09	1.06-1.12	<0.001
En medio del ciclo	5.99	13.38	52.08	28.56		1.08	1.05-1.11	<0.001
Antes del periodo	7.67	13.94	49.30	29.09		1.05	1.01-1.09	0.005
En cualquier momento	9.95	20.92	48.41	20.73		0.94	0.91-0.98	0.001
Otro	4.94	12.53	49.83	32.71		1.10	1.07-1.13	<0.001
No sabe	9.12	17.88	47.74	25.26		0.99	0.96-1.02	0.471
<b>Aborto involuntario o nacido muerto</b>								
No	7.05	15.30	50.89	26.76	<0.001	Ref.	-	-
Sí	3.66	9.87	45.69	40.79		1.12	1.11-1.13	<0.001
<b>Indice de masa corporal</b>								
Adecuado	8.39	17.39	53.17	21.05	<0.001	Ref.	-	-
Bajo peso	12.98	26.74	44.73	15.56		0.86	0.84-0.90	<0.001
Sobrepeso	10.86	9.97	53.56	25.60		1.03	0.98-1.10	0.232
Obesidad	5.18	12.03	48.59	34.20		1.12	1.10-1.13	<0.001

**Tabla 5. Asociación entre los factores sociodemográficos y las preferencias de fecundidad**

Factores sociodemográficos	Preferencias de fecundidad							
	Ninguno	1 hijo	2 hijos	≥3 hijos	p-valor	RP crudo	IC 95%	p-valor
<b>Edad</b>								
12 a 17 años	12.73	22.80	50.44	14.02	<0.001	Ref.	-	-
18 a 29 años	6.70	16.34	56.23	20.73		1.18	1.16-1.20	<0.001
30 a 49 años	4.41	10.47	45.68	39.44		1.35	1.33-1.37	<0.001
<b>Nivel educativo de la mujer</b>								
Sin educación	10.74	3.96	32.84	52.46	<0.001	Ref.	-	-
Primaria	6.58	14.41	41.59	37.42		0.92	0.89-0.96	<0.001
Secundaria	6.82	14.74	51.01	27.43		0.88	0.85-0.92	<0.001
Superior o mayor	5.93	14.44	53.86	25.77		0.89	0.86-0.93	<0.001
<b>Residencia</b>								
Urbano	6.98	14.77	50.80	27.45	<0.001	Ref.	-	-
Rural	4.63	13.19	47.12	35.07		1.04	1.03-1.05	<0.001
<b>Quintil de riqueza</b>								
Más pobre	4.50	12.95	46.46	36.10	<0.001	Ref.	-	-
Pobre	5.35	14.56	50.70	29.38		0.96	0.95-0.97	<0.001
Medio	6.53	13.79	51.81	27.86		0.95	0.94-0.96	<0.001
Rico	8.05	15.73	49.68	26.53		0.94	0.92-0.95	<0.001
Más rico	8.09	15.12	51.45	25.34		0.94	0.93-0.96	<0.001
<b>Región natural</b>								
Lima y Callao	8.21	15.22	51.27	25.30	<0.001	Ref.	-	-
Resto de costa	5.38	13.75	48.69	32.17		1.04	1.02-1.06	<0.001
Sierra	6.78	13.52	51.78	27.92		1.04	1.02-1.05	<0.001
Selva	4.51	15.77	47.24	32.48		1.07	1.05-1.08	<0.001
<b>Estado marital</b>								

Nunca casada	10.92	20.49	53.22	15.36	<0.001	Ref.	-	-
Actualmente casada	3.44	9.81	47.71	39.04		1.30	1.29-1.32	<0.001
Anteriormente casada	5.25	14.22	49.77	30.76		1.20	1.18-1.22	<0.001
<b>Educación de la pareja</b>								
Sin nivel	4.16	3.49	49.37	42.98	<0.001	Ref.	-	-
Primaria	3.86	8.40	38.85	48.89		1.02	0.96-1.08	0.534
Secundaria	3.68	11.12	47.87	37.32		0.95	0.90-1.01	0.133
Superior o mayor	3.95	11.36	52.72	31.98		0.94	0.88-0.99	0.031
<b>Trabajo en la última semana</b>								
No	8.19	16.24	49.46	26.11	<0.001	Ref.	-	-
Sí	5.08	12.92	50.62	31.37		1.06	1.05-1.07	<0.001
<b>Cobertura Seguro de salud</b>								
No	7.19	16.62	51.11	25.11	<0.001	Ref.	-	-
Sí	6.35	13.91	49.82	29.91		1.03	1.02-1.04	<0.001

**Tabla 6. Modelo ajustado de los factores obstétricos y sociodemográficos con el deseo de tener más hijos**

Factores obstétricos	Preferencia de fecundidad		
	RP ajustado	IC 95%	p-valor
<b><i>Edad a la primera relación sexual</i></b>			
8-17 años	Ref	-	-
18-24 años	0.99	0.98-1.00	0.783
25-42 años	0.99	0.97-1.02	0.671
<b><i>Método anticonceptivo actual</i></b>			
No usando	Ref	-	-
Píldora	0.97	0.95-0.99	0.010
DIU	1.00	0.96-1.05	0.847
Inyección	0.97	0.96-0.98	0.001
Condón	0.97	0.95-0.98	<0.001
Esterilización femenina	1.03	1.01-1.05	0.001
Esterilización masculina	1.11	1.01-1.21	0.025
Abstinencia periódica	1.02	1.01-1.04	0.005
Retiro	1.00	0.98-1.02	0.927
Otro	1.05	0.99-1.11	0.115
Norplant/Implantes	0.95	0.93-0.97	<0.001
Amenorrea por lactancia	1.12	1.01-1.25	0.032
Espuma, jalea, óvulos	0.90	0.68-1.19	0.466
Anticoncepción oral de emergencia	0.96	0.84-1.11	0.609
<b><i>Aborto involuntario o nacido muerto</i></b>			
No	Ref	-	-
Sí	1.04	1.03-1.05	<0.001
<b><i>Índice de masa corporal</i></b>			
Adecuado	Ref	-	-
Bajo peso	1.00	0.95-1.06	0.960
Sobrepeso	1.01	0.95-1.06	0.901
Obesidad	1.04	1.03-1.05	<0.001
<b>Factores sociodemográficos</b>			
<b><i>Residencia</i></b>			
Urbano	Ref	-	-
Rural	1.01	0.99-1.01	0.369
<b><i>Quintil de riqueza</i></b>			
Más pobre	Ref	-	-
Pobre	0.95	0.94-0.96	<0.001
Medio	0.95	0.93-0.96	<0.001
Rico	0.94	0.93-0.96	<0.001
Más rico	0.96	0.94-0.97	<0.001
<b><i>Región natural</i></b>			
Lima y Callao	Ref	-	-
Resto de costa	1.04	1.03-1.05	<0.001

Sierra	1.01	0.99-1.02	0.363
Selva	1.03	1.02-1.07	<0.001
<b>Estado marital</b>			
Nunca casada	Ref	-	-
Actualmente casada	1.20	1.18-1.22	<0.001
Anteriormente casada	1.10	1.08-1.12	<0.001
<b>Trabajo en la última semana</b>			
No	Ref	-	-
Sí	1.00	0.99-1.01	0.225
<b>Cobertura Seguro de salud</b>			
No	Ref	-	-
Sí	1.02	1.01-1.03	0.003

Para la elaboración de la tabla 6 se consideró algunos factores debido a que el factor de inflación de la varianza (multicolinealidad) salía más de 5.0. Por esa razón, los factores que se han ajustado fueron factores que no había multicolinealidad porque el valor que salió fue 1.52. Sobre los resultados principales las mujeres que toman píldoras (PRa: 0.97), usan inyecciones (PRa: 0.97), usan condones (PRa: 0.97) e implantes (PRa: 0.95) tienen menos posibilidades de desear más hijos ( $p < 0.05$ ). Las mujeres que han tenido algún aborto involuntario o nacido muerto tienen más posibilidades de desear más hijos (PRa: 1.04) ( $p < 0.05$ ). Las mujeres que pertenecen al quintil de riqueza más rico tienen 4% menos posibilidades de desear más hijos (PRa: 0.96) en comparación de las que pertenecen al quintil más pobre ( $p < 0.05$ ). Los que viven en zonas vulnerables como el resto de la costa (PRa: 1.04) o selva (PRa: 1.03) tienen más posibilidades de desear más hijos ( $p < 0.05$ ).

## VI. DISCUSIÓN

Las preferencias de la fecundidad son medidas importantes para pronosticar la fecundidad, calcular los niveles de fecundidad deseada o inoportuna y evaluar la necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Por un lado, hay mujeres que desearían tener hijos y otras no lo desean. Estas preferencias están condicionadas por diversos factores sociodemográficos y obstétricos, asimismo, existe el caso de mujeres que tienen más hijos de los deseados y otras que no tienen hijos, pero los desean. Sin duda existe una incertidumbre económica con un profundo impacto en la decisión o deseo de tener más hijos porque se relaciona con el desempleo o un empleo precario. Por otro lado, las bajas preferencias de fecundidad, en un futuro, podrían poner en peligro la economía y la sostenibilidad de los sistemas de bienestar social porque se reduciría la población laboral activa (42,43).

En la investigación se puede evidenciar que la mayoría de las mujeres desea tener solo dos hijos. En la literatura solo se evidencia que diversos autores midieron las preferencias de hijos utilizando promedios o media aritmética como estudios que utilizaron una encuesta demográfica y de salud a nivel nacional, el primer estudio fue de Enríquez *et al.* en Perú en 2018 (8), quienes demuestran que la media del número ideal de hijos de mujeres peruanas fue 2.33. Asimismo, en otra investigación realizada por Akram *et al.* en Bangladesh en 2020 (7) se evidencia que la media del número ideal de hijos percibido por las mujeres de Bangladesh fue de 2.22. Sin embargo, en un estudio realizado en países de alta fecundidad en África subsahariana por Atake y Gnakou en 2019 (5) demuestra un resultado contrario donde se observa que el número medio ideal de hijos por mujer es de 6,9, 6,7, 10,2 y 9,5 en las regiones de Burkina Faso, Malí, Níger y Chad, respectivamente. Esto pudiera deberse a las diferentes políticas de salud reproductiva de cada país. Asimismo, puede ser por diferentes factores como el uso de anticonceptivos, la edad de la mujer, nivel de educación de la madre y la pareja, falta de conocimiento reproductivo e incluso falta de toma de decisiones mutua (15,21,23). Por otro lado, en países con pocos recursos, los niños a menudo se consideran un recurso valioso para el crecimiento económico futuro



a nivel del hogar, ya que tener más hijos podría aumentar los ingresos del hogar debido a la posibilidad de involucrar a más miembros de la familia en el mercado laboral (44).

Como podemos ver, los profesionales obstetras tienen una ardua e importante labor en el campo de la salud sexual y reproductiva como agentes estratégicos en la promoción de la salud, prevención del embarazo no deseado o no planificado y en la reducción de la morbilidad materna infantil, ayudando a las mujeres a alcanzar sus ideales reproductivos de manera segura y saludable.

En cuanto a los factores obstétricos:

Las mujeres que toman píldoras (RPa: 0.97), usan inyecciones (RPa: 0.97), usan condones (RPa: 0.97) e implantes (RPa: 0.95) tienen menos posibilidades de desear más hijos, ello lo ratifica Ibikunle *et al.* en Nigeria en 2022 donde el deseo de tener menos hijos se relaciona con usar métodos anticonceptivos (ORa 3.03). Asimismo, Al-kassab *et al.* en el 2020, evidenció que las mujeres que no desean tener hijos son las que usan métodos modernos (RPc: 2.16) (23). Una posible causa de este hallazgo es que estas mujeres ya cumplieron su ideal de hijos o hasta incluso sobrepasaron y usan anticonceptivos para no tener más hijos. Por otro lado, estas mujeres podrían tener estratos económicos más bajos y edades entre 15 y 24 años, por ende, necesitan métodos anticonceptivos que puedan garantizar la postergación de más nacimientos (44,45).

Por tanto, es fundamental que el profesional obstetra esté adecuadamente capacitado para que provea información, educación y comunicación sobre los métodos modernos de planificación familiar a las mujeres en edad fértil sin prejuicios por la edad, demasiado jóvenes/adolescentes o por estar cerca de la menopausia; sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos, como que algunos métodos podrían causar infertilidad, cáncer ginecológico, entre otros; a su vez destierre mitos y tabúes en las usuarias y sus parejas a través de la orientación y consejería en planificación familiar, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos de larga duración o definitivos en aquellas parejas que ya han cumplido o sobrepasado su ideal reproductivo.

Las mujeres que han tenido algún aborto involuntario o nacido muerto tienen más posibilidades de desear más hijos (RPa: 1.04), resultado similar con Akram *et al.* en Bangladesh en el 2020 donde las mujeres que han tenido una experiencia de perder un hijo tienen más posibilidades de desear más hijos (ORa 1.48) (7). Asimismo, un estudio realizado por Haq y Ahmed en Bangladesh en 2019 tuvo un resultado similar donde las madres que han tenido una experiencia de muerte infantil desean más hijos (OR: 4.3) (11). En este contexto, es crucial comprender el comportamiento de la fecundidad de las mujeres y cómo la muerte de un hijo puede afectarla. Sin embargo, esto puede deberse a la teoría del reemplazo, es decir, después de la muerte de un niño, las madres a menudo buscan 'reemplazar' a los niños fallecidos a través de la fecundidad posterior (46). Por otro lado, Novignon *et.al* en Ghana en 2019 demostraron que el efecto de la muerte de un hijo en la preferencia por la fecundidad no puede generalizarse para todas las mujeres porque, por otro lado, las mujeres con mayor poder de negociación respecto a la toma de decisiones y propiedad de bienes que hayan perdido a un hijo prefieren menos hijos (15). Esto puede atribuirse al hecho de que las mujeres con mayor poder de negociación son económicamente activas y encuentran más hijos como una limitación para sus actividades.

Otro factor obstétrico asociado al aumento de las preferencias de la fecundidad fue la obesidad en comparación de las que tienen peso normal (RPa: 1.04). La literatura no reporta un hallazgo similar. Sin embargo, el estudio realizado por Soharwardi *et al.* en Pakistán en 2022 demostró que la obesidad tiene un impacto positivo en la fecundidad en todas las provincias de Pakistán, pero destaca que para tener un embarazo saludable lo adecuado es tener un índice de masa corporal normal (10). Este hallazgo pudiera deberse a que la obesidad es un problema de salud que se asocia con varios resultados reproductivos adversos como infertilidad, síndrome de ovario poliquístico, aborto espontáneo, diabetes mellitus gestacional, parto prematuro y trastornos del desarrollo fetal lo que afectan sus posibilidades de quedar embarazada (47, 48), pero el deseo de tener hijos sigue vigente.

En cuanto a los factores sociodemográficos:

Las mujeres que pertenecen al quintil de riqueza más rico tienen 4% menos posibilidades de desear más hijos (RPa: 0.96) en comparación de las que pertenecen al quintil más pobre. Este resultado es similar con Mendez *et al.* en Perú en 2021 donde ser de quintil superior disminuye la posibilidad de desear más hijos (21). De igual forma Al-kassab *et al.* en Perú en 2018 donde las mujeres que desean tener menos hijos son del quintil superior (RPa: 0.80) (23). Este hallazgo se debe a que las mujeres de la sociedad moderna, aquellas que son empoderadas económicamente desean priorizar un trabajo bien remunerado, un nivel alto de educación, el desarrollo de habilidades, el poder de toma de decisiones y el control sobre los recursos del hogar antes de lograr el número deseado de hijos porque tienden a interpretar que tener más hijos sería una carga adicional que puede agotar sus recursos, incluido el tiempo, en comparación con aquellas que tienen un quintil de riqueza bajo, pues desean tener más hijos con la noción de que los niños servirán como seguridad para su vejez (5).

Los que viven en zonas vulnerables como el resto de la costa (RPa: 1.04) o selva (RPa: 1.03) tienen más posibilidades de desear más hijos. Ello es similar por Haq y Ahmed en Bangladesh en 2019 donde las mujeres que vivían en un área vulnerable (eventos climáticos extremos) desean tener más hijos (9.24) (11). Por otro lado, Mendez *et al.* en Perú en 2020 demostró que no existe relación significativa entre región y fecundidad adicional no deseada (21). Una explicación plausible de este hallazgo es que existe una mayor preferencia por la fecundidad entre las mujeres de hogares pobres con tierras debido a la necesidad de satisfacer demandas de mano de obra agrícola y servirán como seguridad para su vejez (49).

Las mujeres que están actualmente casadas tienen más posibilidades de desear más hijos (RPa: 1.20), este hallazgo se corrobora con la investigación de Olaseinde, *et al.* en Nigeria en 2022 donde las que están con pareja desean tener más hijos (ORa 1.77) (19). Esto pudiera deberse a que el deseo de fecundidad del esposo es un determinante que juega un papel crucial en el uso real y la continuación de la planificación familiar para controlar la fecundidad. Además,

una mujer casada se siente más confiada en tener hijos a futuro porque compartirán los gastos de los hijos con su pareja (50).

Las mujeres que tienen cobertura de un seguro de salud tienen más posibilidades de desear más hijos (RPa: 1.02), ello se ratifica con el estudio de Naya *et al.* en EE.UU. en 2021 donde las mujeres que se han asegurado cambian sus preferencias de fertilidad al aumento (OR: 6.00) (12). Una posible explicación de este resultado es que las mujeres con una cobertura de seguro médico tienen más probabilidades de utilizar la atención de la salud reproductiva y así aumentar la cantidad prevista de hijos de las personas. Incluso, la inscripción de mujeres a un seguro de salud y la mejora del estado financiero del hogar pueden mejorar aún más la utilización de los servicios clave de salud materna (51).

## VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

- La mayoría de las mujeres peruanas en edad fértil desea tener solo dos hijos. Pero según la región natural, hay un gran porcentaje de mujeres de Lima y Callao que no desean ningún hijo. Existen diferentes factores como el uso de anticonceptivos, la edad de la mujer, nivel de educación de la madre y la pareja, falta de conocimiento reproductivo, abortos, quintil de riqueza, entre otros, que influyen significativamente en la preferencia de fecundidad.
- En cuanto a los factores obstétricos asociados a las preferencias de fecundidad, se determina que el método contraceptivo actual (píldoras, inyecciones, condones e implantes) disminuye las posibilidades de desear más hijos. Por otro lado, el aborto involuntario o nacido muerto (sí) y el índice de masa corporal (obesidad) aumentan las posibilidades de desear más hijos.
- Respecto a los factores sociodemográficos asociados a las preferencias de fecundidad, se determina que el quintil de riqueza (más rico) disminuye las posibilidades de desear más hijos. Sin embargo, los factores: región natural (resto de la costa y la selva), estado marital (actualmente casada) y contar con una cobertura de seguro de salud aumentan las posibilidades de desear más hijos.
- Las preferencias de fecundidad están relacionados significativamente a los factores obstétricos y sociodemográficos, tener el conocimiento sobre estos datos nos ayuda a entender porque las mujeres tienen preferencias en tener un número ideal de hijos.

### Recomendaciones

- Se recomienda que los profesionales de salud, encargados de la atención integral de la mujer, conozcan las necesidades reproductivas de las mujeres si deciden tener o no hijos, cuándo y con qué frecuencia para que puedan brindarles una educación sexual.
- Se recomienda que los profesionales de obstetricia disipen los conceptos erróneos sobre los métodos modernos, especialmente en las mujeres de áreas vulnerables, y de esta manera ellas puedan tomar la decisión de utilizarlos cuando sea necesario con el fin de una calidad de vida adecuada de los futuros hijos. Asimismo, promover los estilos de vida saludable para mejorar la salud de la mujer.
- En el caso de las mujeres empoderadas económicamente que desean hijos, pero no los tienen por motivos profesionales y laborales, se recomienda promover más políticas públicas en los centros laborales que favorezcan la compatibilidad entre el trabajo y la maternidad como

aumentar el tiempo de licencia de maternidad, zonas de lactarios y guardería para que sea una ayuda en el sistema formal y sobre todo en lo informal. Por otro lado, los esposos juegan un papel importante en la toma de decisiones para tener más hijos, por lo tanto, los profesionales de obstetricia deben alentar y orientar a las parejas a discutir temas relacionados con la salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Song JE, Ahn JA, Lee SK, Roh EH. Factors related to low birth rate among married women in Korea. PLoS one [Internet]. 2018. Marzo [Citado: 2022 diciembre 5].13(3): [11 p.]. doi.org/10.1371/journal.pone.0194597
2. Pedro J, Brandão T, Schmidt L, Costa ME, Martins MV. What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. Upsala Journal of Medical Sciences [Internet]. 2018. Junio [Citado: 2022 diciembre 5]. 123(2):71-81. doi.org/10.1080/03009734.2018.1480186
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division [Internet]. New York: United Nations; 2022 [Citado: 2022 diciembre 6]. World Population Prospects 2022: Summary of Results; [aprox. 24 p.]. Disponible en: [https://www.developmentaid.org/api/frontend/cms/file/2022/07/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.developmentaid.org/api/frontend/cms/file/2022/07/wpp2022_summary_of_results.pdf)
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima: INEI; 2021 [Citado: 2022 diciembre 6]. Fecundidad; [aprox. 14 p.]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap003.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap003.pdf)
5. Atake EH, Gnakou Ali P. Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries in Sub-Saharan Africa. BMC women's health [Internet]. 2019. Diciembre [Citado: 2022 diciembre 7].19(1):1-4. doi.org/10.1186/s12905-019-0747-9
6. Ahinkorah BO. Individual and contextual factors associated with mistimed and unwanted pregnancies among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa: A multilevel mixed effects analysis. Plos one [Internet]. 202. Octubre [Citado: 2022 diciembre 7]. 15(10):e0241050. doi.org/10.1371/journal.pone.0241050
7. Akram R, Sarker AR, Sheikh N, Ali N, Mozumder MG, Sultana M. Factors associated with unmet fertility desire and perceptions of ideal family size among women in Bangladesh: Insights from a nationwide Demographic

- and Health Survey. PLoS One [Internet]. 2020. Mayo [Citado: 2022 diciembre 11]. 22;15(5):e0233634. doi.org/10.1371/journal.pone.0233634
8. Enríquez Canto Y, Ortiz Romaní KJ, Ortiz Montalvo YJ. Efecto de las preferencias de fecundidad en la cantidad de hijos. Comparación entre trabajadoras peruanas. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. 2018. Julio [Citado: 2022 diciembre 11];18(3):37-47. dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n3.07
  9. Ntoimo LF. Family size preferences among women in a union in Nigeria and associated factors. International Journal of Population Studies [Internet]. 2022. Agosto [Citado: 2022 diciembre 13]. 24;7(1):51-65. doi: 10.18063/ijps.v7i1.1318
  10. Soharwardi MA, Sarwar J, Hussain E. Prevalence of underweight and obesity among women and impact on fertility: a case of Pakistan. Pakistan Journal of Social Research [Internet]. 2022. Marzo [Citado: 2022 diciembre 13].4(1): 702-713. Disponible en: <https://pjsr.com.pk/wp-content/uploads/2022/12/73.-Vol.-4-No.-1-March-2022-Soharwardi-Sarwar-Hussain-Prevalence-of-Underweight-and-Obesity-among-Women.pdf>
  11. Haq SM, Ahmed KJ. Is fertility preference related to perception of the risk of child mortality, changes in landholding, and type of family? A comparative study on populations vulnerable and not vulnerable to extreme weather events in Bangladesh. Population Review [Internet]. 2019 [Citado: 2022 diciembre 13]. 58(2):61-91. Doi: 10.1353/prv.2019.0007
  12. Naya CH, Saxbe DE, Dunton GF. Early effects of the COVID-19 pandemic on fertility preferences in the United States: an exploratory study. Fertility and sterility [Internet]. 2021. Octubre [Citado: 2022 diciembre 14]. 116(4):1128-38. doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.05.092
  13. Lunenfeld B, Stratton P. The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2013. Junio [Citado: 2022 diciembre 6]. 2013;27(5): 643–659. doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.02.005
  14. Bongaarts J. Trends in fertility and fertility preferences in sub-Saharan Africa: the roles of education and family planning programs. Genus



- [Internet]. 2020. Diciembre [Citado: 2022 diciembre 9].76(1):1-5. doi.org/10.1186/s41118-020-00098-z
15. Novignon J, Djossou NG, Enemark U. Childhood mortality, intra-household bargaining power and fertility preferences among women in Ghana. *Reproductive health* [Internet]. 2019. Diciembre [Citado: 2022 diciembre 10].16(1):1-2. doi.org/10.1186/s12978-019-0798-2
  16. Busetta A, Mendola D, Vignoli D. Persistent joblessness and fertility intentions. *Demographic Research* [Internet]. 2019. Enero [Citado: 2022 diciembre 10].1;40:185-218. DOI: 10.4054/DemRes.2019.40.8
  17. Svallfors S. The remarkable stability of fertility desires during the Colombian armed conflict 2000–2016. *Population, Space and Place* [Internet]. 2022. Enero [Citado: 2022 diciembre 11]. 28(1):e2514. doi.org/10.1002/psp.2514
  18. Machiyama K, Mumah JN, Mutua M, Cleland J. Childbearing desires and behaviour: a prospective assessment in Nairobi slums. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019. Diciembre [Citado: 2022 diciembre 15]. 19(1):1-2. doi.org/10.1186/s12884-019-2245-3
  19. Olaseinde OS, Owagbemi OG, Aruna JO, Bolorunduro ME. Fertility Intentions Among High-Parity Women in Nigeria: How Satisfying Are Four Living Children?. *Journal of Population and Social Studies* [Internet]. 2022. Marzo [Citado: 2022 diciembre 15].15;30:488-507. doi.org/10.25133/JPSSv302022.02
  20. Ibikunle AI, Ajayi PO, Ibikunle OO, Ibirongbe DO, Alabi AK, Durowade KA. Spousal communication, fertility preference and other factors affecting contraceptive use among married couples in Ekiti State, Nigeria. *Asian Pacific Journal of Reproduction* [Internet]. 2022. Marzo [Citado: 2022 diciembre 15]. 11(2):70-76. DOI: 10.4103/2305-0500.341113
  21. Mendez-Guerra C, Al-kassab-Córdova A, Cornejo-Venegas G, Quevedo-Ramirez A, Alva K, Napanga-Saldaña E. Factors associated with unwanted additional fertility: secondary analysis of a national survey in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2020. Febrero [Citado: 2022 diciembre 17]. 37:645-53. doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5705

22. Ariho P, Kabagenyi A. Age at first marriage, age at first sex, family size preferences, contraception and change in fertility among women in Uganda: analysis of the 2006–2016 period. *BMC women's health* [Internet]. 2020. Diciembre [Citado: 2022 diciembre 17]. 20(1):1-3. doi.org/10.1186/s12905-020-0881-4
23. Al-kassab A. et al. Factores asociados a la fecundidad adicional no deseada: análisis secundario de la ENDES 2018 en Perú [Tesis para optar el grado de bachiller en Medicina]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2020.
24. Enríquez-Canto Y, Ortiz-Romaní K, Ortiz-Montalvo Y. Análisis de los determinantes próximos e impacto de la ocupación en la fertilidad de mujeres peruanas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2017. Abril [Citado: 2022 diciembre 20]. 20;41:e18. doi: 10.26633/RPSP.2017.18
25. Cárdenas R. Factores que influyen en el nivel de fecundidad de las mujeres en edad fértil en el caserío de Bagazan 2016. [Tesis para optar el título de segunda especialidad]. Ica: Universidad Privada de Ica; 2017.
26. Hakim C. Women's Lifestyle Preferences in the 21st Century: Implications for Family Policy. In: Beets, G., Schippers, J., te Velde, E. (eds) *The Future of Motherhood in Western Societies*. Springer; 2011. p. 177–195. doi.org/10.1007/978-90-481-8969-4\_12
27. Morgan SP, Rackin H. The correspondence between fertility intentions and behavior in the United States. *Population and development review* [Internet]. 2010. Marzo [Citado: 2022 diciembre 20]. 36(1):91-118. doi.org/10.1111/j.1728-4457.2010.00319.x
28. Kraus EK, Castro-Martín T. Does migrant background matter for adolescents' fertility preferences? The Latin American 1.5 generation in Spain. *European Journal of Population* [Internet]. 2018. Agosto [Citado: 2022 diciembre 20]. 34(3):277-312. doi.org/10.1007/s10680-017-9427-3
29. Bongaarts J. The proximate determinants of fertility. *Technology in Society* [Internet]. 1987. Enero [Citado: 2022 diciembre 20]. 1;9(3-4):243-60. doi.org/10.1016/0160-791X(87)90003-0

30. Bongaarts J. Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up. Demographic Research [Internet]. 2015. Julio [Citado: 2022 diciembre 20].1;33:535-60. [www.jstor.org/stable/26331996](http://www.jstor.org/stable/26331996)
31. Diamond, I., Newby, M. & Varle, S. Female education and fertility: Examining the links. In C. Bledsoe, J. Casterline, J. Johnson-Kuhn, & J. Haaga (Eds.), Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World; 1999. p. 23-48.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima: INEI; 2021 [Citado: 2022 diciembre 21]. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021; [aprox. 384 p.]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html)
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Glosario [Internet]. Lima: INEI; 2021. [Citado: 2022 diciembre 21]. Perú: Definición de algunos indicadores demográficos 2021; [aprox. 4 p.]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1681/cap04.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1681/cap04.pdf)
34. HIVE. Hablemos sobre fertilidad para mujeres de más de 35 años [Internet]. San Francisco: HIVE; 2021. [Citado: 2022 diciembre 21]. Hablemos sobre fertilidad para mujeres de más de 35 años; [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.hiveonline.org/fertility/mujeres\\_mayores\\_35.pdf](http://www.hiveonline.org/fertility/mujeres_mayores_35.pdf)
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Lima: INEI; 2017. [Citado: 2022 diciembre 21]. Estimación y Análisis de la Fecundidad Según Diversas Fuentes; [aprox. 28 p.]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/fecundidad.pdf>
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Lima: INEI; 2021. [Citado: 2022 diciembre 21]. Sistema de documentación virtual de investigaciones estadísticas; [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://webinei.inei.gob.pe/anda\\_inei/index.php/catalog/718/data\\_dictionar\\_y](http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/718/data_dictionar_y)
37. National Library of Medicine. Sociodemographic Factors [Internet]. MeSH-NCBI.; 2022. [Citado: 2022 diciembre 21]. Sociodemographic Factors. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Sociodemographic+Factors>

38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Lima: INEI. [Citado: 2022 diciembre 21]. Definiciones y Conceptos Censales Básicos. [aprox. 5 p.] Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioinei/pub/bancopub/est/lib0862/anexo04.pdf>
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Lima: INEI; [Citado: 2022 diciembre 21]. Glosario de términos. [aprox. 16 p.]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1383/anexo02.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1383/anexo02.pdf)
40. Vera OE, Vera FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. [Internet] 2013. Enero [Citado: 2022 diciembre 20]; 6(1): p. 41-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262712>
41. Gamboa J, Gracia F, Ripoll P, Peiró JM. La empleabilidad y la iniciativa personal como antecedentes de la satisfacción laboral [Internet]. Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas; 2007. [Citado: 2022 diciembre 20]. Disponible en: <http://www.ivie.es/downloads/docs/wpasec/wpasec-2007-01.pdf>
42. Puig-Barrachina V, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón MF, Martín U, Luque MÁ, Ruiz M, Perez G. Decline in fertility induced by economic recession in Spain. Gaceta Sanitaria. 2020 Jun;34(3):238-44. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.011>
43. Quispe MR. Tendencias demográficas del Perú: Proyecciones al 2050. Desafíos: Economía y Empresa. 2022 Jun 23(001):67-82. Doi: <https://doi.org/10.26439/ddee.vi001.5382>
44. Sarker AR, Sheikh N, Mahumud RA, Sultana M. Determinants of adolescent maternal healthcare utilization in Bangladesh. Public Health. 2018 Apr 1;157:94-103. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.010>
45. Carvalho AA. Demand for contraception in Brazil in 2006: contribution to the implementation of fertility preferences. Ciencia & Saude Coletiva. 2019 ;24(10):3879-3888. DOI: 10.1590/1413-812320182410.27252017. PMID: 31577018.

46. Bousmah M. Childhood mortality childhood morbidity and subsequent fertility decisions. *J Demogr Econ.* 2017;83(2):211–44. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/26422424>
47. Tang, S., Huang, J., Lin, J. et al. Adverse effects of pre-pregnancy maternal underweight on pregnancy and perinatal outcomes in a freeze-all policy. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 32 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03509-3>
48. Gabriela P Mena, Gregore I Mielke, Wendy J Brown, Do physical activity, sitting time and body mass index affect fertility over a 15-year period in women? Data from a large population-based cohort study, *Human Reproduction*, Volume 35, Issue 3, March 2020, Pages 676–683, <https://doi.org/10.1093/humrep/dez300>
49. Sasson, I., Weinreb, A. Land cover change and fertility in West-Central Africa: rural livelihoods and the vicious circle model. *Popul Environ* 38, 345–368 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11111-017-0279-x>
50. Adiri, F., Ibrahim, H. I., Ajayi, V., Sulayman, H. U., Yafeh, A. M., & Ejembi, C. L. (2010). Fertility behaviour of men and women in three communities in Kaduna State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 14(3), 97–105. <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/109287>
51. N'doh Ashken Sanogo, Sanni Yaya, "Wealth Status, Health Insurance, and Maternal Health Care Utilization in Africa: Evidence from Gabon", *BioMed Research International*, vol. 2020, Article ID 4036830, 12 pages, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4036830>
52. WHO. Reproductive Health Indicators Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring [Internet] Geneva; 2006 [Citado: 2022 diciembre 21]. [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.22.pdf>

## ANEXOS

### Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p><b>PREGUNTA GENERAL:</b> ¿Cuáles son los factores asociados a las preferencias de la fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar los factores asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b> Determinar las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021.</p> <p>Determinar los factores obstétricos asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021.</p> <p>Determinar los factores sociodemográficos asociados a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021.</p>	<p>Los factores obstétricos y los factores sociodemográficos se asocian significativamente a las preferencias de fecundidad en peruanas de edad fértil según la ENDES 2021.</p>	<p>Variable 1: Factores asociados</p> <p>Variable 2: Preferencias de fecundidad</p>	<p><b>Tipo de estudio:</b> Cuantitativo, observacional y analítico.</p> <p><b>Diseño:</b> Retrospectivo, transversal y de fuentes secundarias.</p> <p><b>Población:</b> Todos los registros de mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años (30715) que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2021).</p> <p><b>Muestra:</b> 30715 registros de mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2021).</p> <p><b>Técnica e instrumento</b> Análisis documental y la exploración de fuentes secundarias.</p>