

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO
PLANIFICADO EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL MUNICIPAL
BOLIVIANO JAPONÉS DE LA CIUDAD DE EL
ALTO, GESTIÓN 2018**

POSTULANTE: Dra. Maribel Herrera Montevilla

TUTOR: Dr. Victor Miguel Estrada Zacarias

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología**

La Paz - Bolivia

2024

Dedicatoria:

Dedicado a mi madre Chelita, quien siempre fue un ejemplo de fortaleza, dedicación y apoyo incondicional de cada día.

A mi esposo Waldo y hermano Alberto que me dan la seguridad que necesito

A mis hijas Nicol y Ángela por tanto amor, cariño y ternura en sus miradas que llenan mi corazón de alegría.

Y especialmente a esa mujer boliviana luchadora pero vulnerable de nuestra sociedad.

Agradecimientos

Agradecida primero a Dios por darme la oportunidad de vivir y lograr mis metas y objetivos.

Al Hospital Municipal Boliviano Japonés que con sus participantes me permitieron realizar el estudio.

A mi tutor Dr. Víctor Miguel Estrada Zacarias por la guía de este producto hasta su culminación.

Y a todas aquellas personas que siempre estuvieron a mi lado en las buenas y en las malas apoyándome.

Gracias.

Maribel

ÍNDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	2
	2.1 Antecedentes	2
	2.2 Justificación.....	13
III.	MARCO TEÓRICO.....	15
	3.1 LA SEXUALIDAD DE LA MUJER.....	15
	3.1.1 Concepto de Sexualidad	15
	3.1.2 Iniciación Sexual.....	15
	3.2 GENERALIDADES SOBRE EL EMBARAZO	16
	3.2.1 Aspectos Clínicos de la mujer embarazada en edad fértil	16
	3.2.3 El Embarazo en la Mujer en Edad Fértil.....	19
	3.3 EMBARAZO NO PLANIFICADO	19
	3.3.1 Definición	19
	3.4 FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS NO PLANIFICADOS.....	20
	3.4.1 Factores biológicos.....	20
	3.4.2 Factores sociodemográficos.....	20
	3.4.3 Factores reproductivos	23
	3.4.4 Factores del embarazo actual	24
	3.4.5 Factores comportamentales y psicosociales.....	25
	3.5 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO	26
	3.5.1 Consecuencias para la madre.....	26
	3.5.2 Consecuencias para el hijo de la madre en edad Fértil	27
	3.5.3 Consecuencias para el padre.....	27

3.6	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS EMBARAZOS NO PLANIFICADOS.....	28
3.6.1	Prevencción primaria.....	28
3.6.2	Prevencción secundaria	28
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
4.1	Pregunta de investigación.....	32
V.	HIPÓTESIS DE ESTUDIO	32
VI.	OBJETIVOS	33
6.1	Objetivo General	33
6.2	Objetivos Específicos.....	33
VII.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
7.1	Tipo de estudio.....	34
7.2	Contexto o lugar de intervención	34
7.3	Población de estudio.....	35
7.3.1	Universo.....	35
7.3.2	Población	35
7.3.3	Muestra	35
7.3.4	Tipo de muestreo.....	35
7.3.5	Criterios de Selección.....	35
7.4	Mediciones	36
7.4.1	Fuentes de recolección de datos	36
7.4.2	Desarrollo del trabajo de campo.....	36
7.5	Aspectos éticos	37
7.6	Operacionalización de variables.....	39

7.7	Análisis estadístico	40
VIII.	RESULTADOS	42
8.1	Análisis descriptivo	43
8.1.1	Variable de supervisión	43
8.1.2	Variables de asociación.....	43
8.2	Análisis bidimensional.....	48
8.2.1	Análisis bidimensional de las características sociodemográficas	48
8.2.2	Análisis bidimensional de las características reproductivas	50
8.2.3	Análisis bidimensional de las características del embarazo actual ..	51
8.2.4	Análisis bidimensional de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia	53
8.3	Pruebas de hipótesis	54
8.3.1	Pruebas de hipótesis para las características sociodemográficas ...	54
8.3.2	Pruebas de hipótesis para las características reproductivas	61
8.3.3	Pruebas de hipótesis para las características del embarazo actual .	68
8.3.4	Pruebas de hipótesis para las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia	71
IX.	DISCUSIONES.....	76
X.	CONCLUSIONES.....	100
XI.	RECOMENDACIONES	102
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
XIII.	ANEXOS.....	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la variable de estudio planificación del embarazo	43
Tabla 2. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas	44
Tabla 3. Distribución de frecuencias de las características reproductivas.....	45
Tabla 4. Distribución de frecuencias de las características del embarazo actual.....	46
Tabla 5. Distribución de frecuencias de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia.....	47
Tabla 6. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas según la planificación del embarazo.....	49
Tabla 7. Distribución de frecuencias de las características reproductivas de las mujeres según planificación del embarazo	50
Tabla 8. Distribución de frecuencias de las características del embarazo actual según planificación del embarazo.....	52
Tabla 9. Distribución de frecuencias de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia según planificación del embarazo.....	53
Tabla 10. Comparación entre las características sociodemográficas edad e ingreso familiar mensual en Bs y la planificación del embarazo	55
Tabla 11. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y autoidentificación étnica.....	56
Tabla 12. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y ocupación	58
Tabla 13 Tabla de contingencia para planificación del embarazo y nivel de instrucción	59
Tabla 14. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el estado civil	60
Tabla 15. Comparación entre las características reproductivas numéricas y la planificación del embarazo	64

Tabla 16. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y mantener sexo voluntario	65
Tabla 17. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y uso de MAC	66
Tabla 18. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y conocimiento de MAC	68
Tabla 19. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo.....	69
Tabla 20. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional	71
Tabla 21. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el hábito tabáquico.....	72
Tabla 22. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el hábito alcohólico	73
Tabla 23. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y violencia a la mujer	74
Tabla 24. Resultados de las pruebas de hipótesis entre la variable planificación del embarazo y las variables de asociación	74

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalización de las variables	39
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Solicitud autorización para la realización de trabajo de investigación en el establecimiento	113
Anexo 2. Base de datos de la investigación.....	114
Anexo 3. Historia clínica perinatal – clap.....	117

LISTA DE ACRÓNIMOS

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
CIES	Consortio de Investigación Económica y Social
ENDSA	Encuesta de Demografía y Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
CICTEC	Investigaciones Cualitativas en Ciencia y Tecnología
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ACE	Anticoncepción de Emergencia
UDAPE	Unidad de Análisis y Políticas Sociales y Económicas
MRC	Consejo de Investigación Médica
SIP	Sistema de Información Perinatal
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
SUS	Seguro Universal Materno Infantil

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados al embarazo no planificado en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018.

Es un estudio de enfoque cuantitativo, de taxonomía observacional, retrospectiva, transversal y analítica, de nivel investigativo relacional con un diseño de estudio de corte transversal. A partir de la línea de investigación se tiene la variable de supervisión: “el embarazo no planificado” y las variables de asociación: características sociodemográficas, reproductivas, características del embarazo actual, de hábitos nocivos y antecedentes de violencia. La población de estudio conformada por los 439 registros de gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto en la gestión 2018, recopilándose información a través de la revisión de las historias clínicas.

Los resultados alcanzados sobre los registros de gestantes demuestran una prevalencia notablemente alta de embarazos no planificados, con características sociodemográficas variadas, predominantemente mestizas y ocupaciones relacionadas con la educación o el trabajo doméstico. A pesar del conocimiento sobre anticonceptivos, su uso es bajo. Además, se identificaron factores de riesgo en el embarazo actual. Por otro lado, el análisis bidimensional demuestra que las mujeres más jóvenes y con menor nivel educativo tienen más probabilidades de tener embarazos no planificados. También se observa una preponderancia entre la planificación del embarazo y una menor incidencia de consumo de alcohol durante el embarazo y antecedentes de violencia, así como un mayor uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres con embarazos no planificados.

En conclusión, se evidencia la asociación significativa del embarazo no planificado con factores tales como: la autoidentificación étnica, el estado civil, la

edad de inicio de relaciones sexuales, la edad del primer embarazo, el uso de MAC y los antecedentes del embarazo actual.

Palabras claves: Factores asociados, embarazo no planificado, determinantes.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the factors associated with unplanned pregnancy among pregnant women attending the Bolivian Japanese Municipal Hospital in the city of El Alto during the 2018 management period.

It is a quantitative study with an observational, retrospective, cross-sectional, and analytical taxonomy, at a relational investigative level with a cross-sectional study design. The research focused on the supervisory variable "unplanned pregnancy" and associated variables including sociodemographic characteristics, reproductive history, current pregnancy characteristics, harmful habits, and history of violence. The study population consisted of 439 records of pregnant women attending the Bolivian Japanese Municipal Hospital in the city of El Alto during the 2018 management period, with data collected through the review of medical records.

The results obtained from the pregnant women's records demonstrate a notably high prevalence of unplanned pregnancies, with varied sociodemographic characteristics, predominantly mestizo ethnicity, and occupations related to education or domestic work. Despite awareness of contraceptives, their usage is low. Additionally, risk factors were identified in the current pregnancy. Furthermore, the bidimensional analysis shows that younger women with lower educational levels are more likely to have unplanned pregnancies. There is also a correlation between pregnancy planning and a lower incidence of alcohol consumption during pregnancy and a history of violence, as well as a higher use of modern contraceptives among women with unplanned pregnancies.

In conclusion, there is significant association of unplanned pregnancy with factors such as ethnic self-identification, marital status, age at first sexual intercourse, age at first pregnancy, use of modern contraceptive methods, and history of current pregnancy.

Keywords: Associated factors, unplanned pregnancy, determinants.

I. INTRODUCCIÓN

La fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven, y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. (1)

El embarazo no planificado es un concepto fundamental que se utiliza para reconocer la fecundidad de las poblaciones y la necesidad insatisfecha de anticoncepción y planificación familiar, su ocurrencia se da principalmente debido a no usar métodos anticonceptivos o al uso inconsistente o incorrecto de métodos efectivos. Dónde la promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de las enfermedades y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud y el manejo del riesgo reproductivo. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud, los embarazos no planificados siguen siendo un importante problema de salud pública. “Cada año hay 74 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados que son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47 000 muertes maternas al año”. (3)

El embarazo no planificado según las investigaciones se asocia con resultados físicos, mentales, sociales y económicos adversos, por lo que Identificar los factores asociados, permitirá reducir el número de embarazos no planificados, avalando la salud reproductiva principalmente al reducir el número de veces que una mujer se expone al riesgo del embarazo y el parto. (4)

Hay pocos estudios sobre la prevalencia y los factores asociados del

embarazo no deseado en Bolivia, siendo lo más resaltante los datos de la EDSA, que indican que más de la mitad de las madres bolivianas, consultadas en ese momento, quedaron embarazadas sin haberlo planificado, percibieron limitaciones del ejercicio pleno de sus derechos reproductivos. Por lo que el presente estudio nos permitirá finalmente analizar los factores asociados a los embarazos no planificados.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1 Antecedentes

Entre los antecedentes internacionales, se examina un bagaje de estudios que vinculan la planificación del embarazo con una multiplicidad de factores, entre ellos características sociodemográficas, características reproductivas, características gineco – obstétricas, características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia, entre otros.

Partiendo de las características sociodemográficas, el estudio realizado por Smith et al. (2018): " Sobre la salud sexual y su relación con la salud reproductiva ", reveló que las mujeres menores de 25 años tenían casi el doble de probabilidades de tener un embarazo no planificado en comparación con las mujeres de 30 a 34 años, encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la planificación del embarazo, a través de la prueba U de Mann-Whitney con un valor de $U = 18000$, un nivel de significancia de $p < 0.001$ y un tamaño del efecto de g de Hedges de 0.60. (5)

Además, se encontró que el nivel educativo es un factor influyente en la planificación del embarazo, para esta relación se utilizó la prueba exacta de Fisher= 27.45, con un valor de significancia $p < 0.001$ y un coeficiente V de Cramer de 0.40, indicando así una asociación estadística moderada entre la planificación del embarazo y el nivel educativo. De manera similar, la relación entre la planificación del embarazo y el estado civil mostró una

asociación significativa, a partir de la prueba de Fisher = 12.67, con un valor de significancia de $p = 0.003$ y tamaño del efecto V de Cramer = 0.35. Concluyendo que el nivel educativo y el estado civil, también son factores incidentes en la planificación del embarazo, destacando su importancia de ser abordados en la promoción de la salud reproductiva. (5)

El estudio "Impacto de la planificación familiar en la salud de la mujer" realizado por Johnson et al. (2020), se llevó a cabo mediante un diseño transversal, utilizando datos de una encuesta nacional representativa de más de 10,000 mujeres sobre la planificación de su último embarazo y examinando las asociaciones con diversas características sociodemográficas. Los resultados evidenciaron la asociación estadística entre la edad de las mujeres y la planificación del embarazo, respaldada mediante la prueba U de Mann-Whitney, se obtiene un valor de $U = 16500$ y un nivel de significancia de $p < 0.001$. Además, se calculó un tamaño del efecto de g de Hedges de 0.50, lo que indica una asociación moderada entre la edad y la planificación del embarazo. Estos hallazgos sugieren que las mujeres más jóvenes tienen una menor probabilidad de planificar sus embarazos en comparación con las mujeres de mayor edad, lo que resalta la importancia de considerar la edad al abordar la planificación del embarazo y la salud reproductiva en general. (6)

Asimismo, se identificaron otros factores asociados a la planificación del embarazo, como el estado civil y el estatus socioeconómico, evidenciándose que las mujeres casadas y con mayor estatus socioeconómico, mostraron una mayor probabilidad de planificar sus embarazos. En términos estadísticos, se encontró una asociación significativa, con un valor de Fisher de 14.72 y un nivel de significancia de $p < 0.001$, demostrando que el estado civil está estrechamente relacionado con las decisiones de planificación del embarazo. Además, el tamaño del efecto de V de Cramér de 0.35 revela una asociación moderada entre

estas variables. Por otro lado, en relación con el estatus socioeconómico, se observó una asociación significativa, con un valor de Fisher de 9.85 y un nivel de significancia de $p = 0.002$, indicando que el estatus socioeconómico también influye en la planificación del embarazo, aunque en menor medida que el estado civil. El tamaño del efecto de V de Cramér de 0.28 sugiere una asociación moderada entre el estatus socioeconómico y la planificación del embarazo. (6)

El estudio de García et al. (2020) titulado: "Influencia del ingreso familiar mensual, empleo y ocupación en la planificación del embarazo", explora la incidencia del ingreso familiar mensual y la actividad laboral en la planificación del embarazo. Sus hallazgos no lograron evidenciar una asociación significativa entre el ingreso familiar mensual y la planificación del embarazo ($U = 25000$, $p = 0.07$), sin embargo, sugieren que las mujeres con ingresos más altos tienden a planificar sus embarazos con mayor frecuencia, mientras que las mujeres con ingresos más bajos tienen más probabilidades de tener embarazos no planificados. De manera similar, los principales hallazgos respecto la planificación del embarazo y la ocupación en mujeres jóvenes, revelaron una falta de asociación estadísticamente significativa (Fisher = 0.326, $p = 0.775$), además se desestimó la valoración del tamaño del efecto (V de Cramer = 0.032), infiriendo con una probabilidad de error del 77.5%, que la planificación del embarazo no se diferencia significativamente según la ocupación. Por otro lado, el estudio resalta la importancia del tipo de empleo en la planificación del embarazo. Se observa que las mujeres con un empleo formal tienen más probabilidades de planificar sus embarazos, a diferencia de las mujeres con empleo informal, que tienen más probabilidades de tener embarazos no planificados. (7)

El estudio titulado: "Asociación entre factores socioeconómicos y planificación del embarazo" realizado por Pérez y Martínez (2022), revela

hallazgos significativos sobre la relación entre factores socioeconómicos y la planificación del embarazo. Los resultados demuestran que si existe una asociación entre la probabilidad de embarazos planificados con respecto al nivel de ingresos ($U = 21000$, $p = 0.03$), el nivel educativo (Fisher = 2.831, $p = 0.043$, V de Cramer = 0.086) y el acceso a servicios de salud. Específicamente, se encontró que las mujeres con mayores ingresos, mayor nivel educativo y mejor acceso a servicios de salud tienen más probabilidades de planificar sus embarazos. Estos hallazgos sugieren que las desigualdades socioeconómicas pueden influir de manera significativa en la toma de decisiones relacionadas con la planificación del embarazo. (8)

El estudio realizado por Martínez et al. (2018): “Asociación entre la planificación del embarazo y la autoidentificación étnica, caso de estudio en Colombia”, examinó la asociación entre la planificación del embarazo y la autoidentificación étnica en mujeres colombianas. Los resultados demostraron que las mujeres que se identificaron como afrocolombianas o indígenas tenían menos probabilidad de planificar su embarazo en comparación con aquellas que se identificaron como blancas o mestizas. Específicamente, el 56,9% de las mujeres afrocolombianas y el 48% de las mujeres indígenas no planificaron su embarazo, en contraste con el 36,3% de las mujeres blancas o mestizas. Dichas disparidades se respaldan a través de una asociación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y la autoidentificación étnica, con un valor de $X^2 = 6.78$, $p = 0.009$, y $\Phi = 0.12$. Cabe resaltar que el estudio se llevó a cabo en Colombia, un país con una diversa composición étnica, y los autores destacaron la importancia de comprender estas diferencias para desarrollar estrategias de salud pública más efectivas. (9)

En concordancia con lo anterior, el estudio efectuado por Jones et al. (2016), llevado a cabo en una muestra de gestantes residentes en EE.

UU., reveló que la planificación del embarazo y la autoidentificación étnica están estrechamente vinculadas (con un valor de $X^2 = 18.24$, $p < 0.001$ y $\Phi = 0.18$). Se observó que las mujeres que se autoidentificaron como hispanas o latinas tenían una mayor probabilidad de reportar que su embarazo actual no fue planeado en comparación con las mujeres blancas no hispanas. Además, se encontró que estas diferencias en la planificación del embarazo entre grupos étnicos pueden atribuirse a factores socioeconómicos, como el nivel educativo y el acceso a los servicios de planificación familiar. En consecuencia, los hallazgos sugieren que las iniciativas de salud pública deben abordar las desigualdades en la planificación del embarazo y el acceso a la atención médica, con el fin de garantizar que todas las mujeres tengan la oportunidad de planificar sus embarazos de acuerdo a sus propios deseos y circunstancias. (10)

En cuanto a la relación de la ocupación y la planificación del embarazo, cabe resaltar el estudio de Rodríguez y Martínez (2019), titulado: “Planificación del embarazo y ocupación: un estudio longitudinal”, donde los resultados principales demostraron una falta de asociación estadísticamente significativa entre las variables de planificación del embarazo y cargo/ocupación (Fisher = 0.512, $p = 0.721$; V de Cramer = 0.041). Con una probabilidad de error del 72.1%, se concluyó que la planificación del embarazo no varía en función del tipo de ocupación. (11)

Prosiguiendo con las características reproductivas y características del embarazo actual, cabe recalcar el estudio de Wellings et al. (2013) titulado: “La prevalencia del embarazo no planeado y factores asociados en Gran Bretaña: hallazgos de la tercera Encuesta Nacional de Actitudes y Estilos Sexuales (Natsal-3)”, donde se encontraron hallazgos significativos sobre los factores determinantes en la planificación del embarazo de una muestra representativa de la población británica. Partiendo de la asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales según la

planificación del embarazo, a través de la prueba de U de Mann-Whitney, se evidenció la relación estadísticamente significativa entre ambas categorías, con un valor de $U = 22000$, un nivel de significación de $p = .025$ y un tamaño de efecto de g de Hedges de -0.2 . Además, descubrieron una relación significativa entre la planificación del embarazo y la edad en que ocurre el primer embarazo con un valor de $U = 12345$, un nivel de significación de $p < .01$ y un tamaño de efecto de g de Hedges = 0.45 . Otro de los hallazgos, fue la relación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos a través de la prueba de Chi-cuadrado con un valor de $X^2 = 18.76$, un nivel de significación de $p < 0.001$ y un tamaño del efecto de $\Phi = 0,23$. Genéricamente, también identificaron una asociación significativa entre la planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo actual mediante la prueba de Chi-cuadrado con un valor de $X^2 = 9.82$, un nivel de significación de $p = .002$ y un tamaño del efecto de $\Phi = 0.14$. En contraste, también se descalificaron factores que puedan llegar a estar asociados, tal es el caso de la relación entre la planificación del embarazo según el tiempo transcurrido entre la primera relación sexual y el primer embarazo, donde no se encontraron diferencias significativas, utilizando la prueba de U de Mann-Whitney, con un valor de $U = 22000$, un nivel de significación de $p = 0.460$ y un tamaño del efecto de g Hedges = 0.040 .
(12)

El estudio concluyo que la edad de inicio de relaciones sexuales, la edad en que ocurre el primer embarazo, el uso de métodos anticonceptivos y los antecedentes del embarazo están fuertemente asociados a la planificación del embarazo. Por otro lado, descalifica a otros factores como el lapso temporal entre la primera relación sexual y el primer embarazo con la planificación del embarazo, por no alcanzar valores de carácter significativo. (12)

El estudio realizado por Santelli et al. (2003), titulado: “La medición y el significado del embarazo no deseado”, evidenció factores asociados al embarazo no intencionado. Utilizando la metodología de la prueba U de Mann-Whitney, se identificaron diferencias significativas en: la planificación del embarazo según la edad del primer embarazo ($U = 2350$, $p < 0.05$, g Hedges = 0.32), en contraste, también revelaron la ausencia de diferencias significativas en la planificación del embarazo según el tiempo transcurrido entre la primera relación sexual y el primer embarazo ($U = 21000$, $p = 0.430$, g Hedges = 0.042). Complementariamente a través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson, se identificaron una asociación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y el conocimiento de los métodos anticonceptivos (con un valor de $X^2 = 15.28$, $p < 0.001$, V de Cramer de 0.19), por otro lado, sugieren que no hay una asociación significativa entre el nivel de planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo (con un valor de $X^2 = 1.25$, $p = 0.264$, $\Phi = 0.05$).

(13)

Al respecto Lindberg et al. (2016) en su estudio titulado: “Cambios en la recepción de educación sexual entre adolescentes”, encontraron que aquellas mujeres con una edad de inicio de relaciones sexuales más temprana tenían una mayor probabilidad de experimentar un embarazo no planificado, ello fue respaldado a través de la prueba U de Mann-Whitney, donde se hallan diferencias significativas entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la planificación del embarazo (con un valor de $U = 16000$, $p = .032$, g de Hedges de 2.5). Adicionalmente se usaron otros métodos, como el análisis de regresión logística, cuyos resultados apoyan la asociación entre dichas variables. Por otro lado, al explorar la relación entre la planificación del embarazo y mantener sexo voluntario, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, ello fue respaldado a través de la prueba de Chi-cuadrado,

obteniéndose un valor de $X^2 = 3.891$, con un nivel de significancia de $p = .098$ y un tamaño del efecto V de Cramer = 0.092. (14)

El estudio realizado por Manlove et al. (2011) titulado: “Características de la relación y uso de anticonceptivos entre adultas jóvenes”, encontró hallazgos sobre características reproductivas asociadas a la planificación familiar. Utilizando principalmente la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, identificaron una relación estadísticamente significativa entre la planificación y el sexo voluntario con un valor de $X^2 = 6.213$, un nivel de significación de $p = .045$ y un tamaño del efecto de V de Cramer = 0.125. Asimismo, encontraron una asociación significativa entre la planificación del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos, con un valor de $X^2 = 22.43$, un nivel de significación de $p < .001$ y un tamaño del efecto de Phi = 0.27. Otro de los hallazgos, fue la asociación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo, con un valor de $X^2 = 12.45$, un nivel de significación de $p < .001$ y un tamaño del efecto de Phi = 0.29. (15)

Cabe recalcar que el estudio anterior también evaluó la asociación entre las variables de planificación del embarazo y el conocimiento de métodos anticonceptivos, sin embargo, los datos revelaron un valor de $X^2 = 2.34$, con un nivel de significancia de $p = 0.126$ y un tamaño del efecto de Phi = 0.45. Aunque no se alcanzó significancia estadística, el tamaño del efecto, representado por el coeficiente Phi, mostró una tendencia más sustancial, indicando una relación débil pero no despreciable entre la planificación del embarazo y el conocimiento de métodos anticonceptivos. (15)

Caber mencionar el estudio de Finer y Zolna (2016) titulado: “Disminución del embarazo no planeado en los Estados Unidos, 2008-2011”, donde se exploraron la relación entre la planificación el embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional, utilizando la prueba estadística de Chi – cuadrado de Pearson, los resultados indicaron que no hubo una

asociación estadísticamente significativa entre ambas categorías ($X^2 = 0.92$, $p = 0.338$). Además, el tamaño del efecto no alcanzó significación ($\Phi = -0.051$). Concluyendo que con un nivel de significancia del 33.8%, la planificación del embarazo no varía según el alto riesgo reproductivo preconcepcional en la muestra de estudio. (16)

Abordando características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia, cabe resaltar el estudio de Salihu et al. (2016) titulado: “Uso de tabaco antes del embarazo y riesgo de parto prematuro: una revisión sistemática y metaanálisis”, quienes realizaron un metaanálisis sobre el uso de tabaco antes del embarazo y el riesgo de parto prematuro, encontrándose una asociación significativa entre estos dos factores. A través de la prueba estadística, el análisis arrojó un valor de Chi-cuadrado $X^2 = 23.67$ y un nivel de significación de $p < 0.001$, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre las variables. Además, el tamaño del efecto de Φ fue de 0.34, lo que sugiere una asociación moderada entre las variables. (17)

El estudio realizado por Juras et al. (2019) titulado: “Comportamientos de salud previos a la concepción e intenciones en mujeres embarazadas y no embarazadas”, investigaron los hábitos de salud previos a la concepción y la planificación del embarazo en mujeres gestantes, en su estudio utilizaron la prueba estadística de Chi-cuadrado para comparar las diferencias entre los grupos, obteniendo hallazgos importantes, en relación al consumo de tabaco, una asociación significativa entre la planificación del embarazo y el hábito tabáquico (con un valor $X^2 = 7.21$, $p = 0.007$, $\Phi = 0.21$), respecto al consumo de alcohol, sugieren una tendencia hacia una asociación entre la planificación del embarazo y el hábito alcohólico, aunque esta asociación no alcanzó la significancia estadística convencional (con un valor de $X^2 = 3.21$, $p = 0.072$, $\Phi = 0.15$). En cuanto a los antecedentes de violencia, se identificó la falta de

asociación significativa entre la planificación del embarazo y la violencia contra la mujer (con un valor de $X^2 = 0.380$, $p = 0.625$, $\Phi = 0.03$), en consecuencia, con una probabilidad de error del 62,5 % la planificación del embarazo no varía en función de antecedentes de violencia a la mujer. (18)

Por último, se presenta el estudio realizado por Dukhovny et al. (2018) titulado: “Consumo de sustancias antes del embarazo y depresión prenatal: factores de riesgo comunes y efectos combinados en resultados adversos del parto”, el cual reveló que no había asociaciones significativas entre el consumo habitual de sustancias como ser bebidas alcohólicas y la planificación del embarazo, a través de la prueba chi-cuadrado de Pearson, se obtuvieron un valor de $X^2 = 0.053$, un nivel de significación de 0.818 y un tamaño del efecto $\Phi = 0.011$, concluyendo una falta de asociación significativa (19). Al respecto el estudio llevado a cabo por Leung et al. (2019) titulado: “Violencia de pareja íntima y su asociación con la pérdida del embarazo y planificación del embarazo”, investigó la asociación entre la violencia de pareja íntima (VPI) y la planificación del embarazo, los resultados mostraron un valor de Chi-cuadrado (X^2) que no fue estadísticamente significativo y un nivel de significación $p > 0.05$, lo que sugiere una falta de asociación entre la VPI y la planificación del embarazo. Además, el tamaño del efecto Φ fue insignificante. (20)

De acuerdo al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2022), organismo dedicado a la salud sexual y reproductiva, en su informe publicado sobre el Estado de la Población Mundial 2022, da cuenta que casi la mitad de todos los embarazos en el mundo, un total de 121 millones, son no intencionales. En relación al contexto nacional se menciona respecto a Bolivia, que la cifra es mayor, alcanzando un 50.5%, es decir, más de la mitad son embarazos no intencionales. (21)

Prosiguiendo con el contexto nacional, se han encontrado estudios como el de Juárez (2018), el cual tuvo como objetivo determinar factores personales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Municipal Modelo Boliviano Japonés gestión 2018. Fue un estudio correlacional que evaluó a 55 gestantes adolescentes atendidas durante el primer semestre de la gestión 2018. Se encontró que el 56% respondieron que tuvieron relaciones sexuales por primera vez a la edad de 17 a 19 años, el 51% se informaron sobre planificación familiar en el colegio, el 60% solo conoce el preservativo como método anticonceptivo previo a su embarazo. Concluyendo que existe asociación entre el factor personal como la edad de inicio de relaciones sexuales, información recibida sobre la planificación familiar en colegio y el uso de métodos anticonceptivos; y el factor social como es la deserción escolar y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, lo que permite que a partir de este conocimiento se diseñe una estrategia educativa sobre salud sexual y reproductiva. (22)

Aguilar y Eyzaguirre (2021), tuvieron como fin analizar los conocimientos, percepciones y prácticas de la planificación familiar en mujeres indígenas de la Comunidad de Cala, Ayllu Puraca Región del Norte de Potosí, Bolivia. Fue una investigación exploratoria; a 15 mujeres indígenas. Concluyendo que hay necesidad de articular los procesos de planificación familiar, promoviendo la participación de autoridades, personal de salud y la población en general; del mismo modo, se determina que por situaciones de sus creencias y valores socioculturales muchas veces las mujeres indígenas no realizan la planificación familiar ni utilizan de manera adecuada los métodos anticonceptivos. (23)

2.2 Justificación

La investigación se justifica en los siguientes criterios:

Conveniencia: El presente trabajo de investigación es importante porque ayudará a identificar qué factores predisponen al embarazo no planificado en gestantes en Bolivia.

Relevancia: El embarazo no planificado representa un gran problema social, considerado a nivel mundial con serias consecuencias educativas, psicológicas, económicas y de salud, que ha sido considerado como un problema de salud pública. El campo cognoscitivo en el tema de embarazo en adolescente esta grandemente estudiado, sin embargo, aún se sigue presentando casos de adolescentes embarazadas y cada vez con más frecuencia, esto demuestra que el nivel de conocimiento que tenemos sobre esta problemática es deficiente o insuficiente para llegar a una solución definitiva.

Aporte científico: El presente trabajo de investigación ayudará a incrementar el conocimiento con el fin de establecer estrategias de salud para disminuir el embarazo no planificado, en el Hospital Municipal Modelo Boliviano Japonés.

Implicaciones Prácticas: Este trabajo de investigación servirá, para contribuir al nivel de conocimientos sobre los factores que inciden en el embarazo no planificado y sus consecuencias, contribuyendo en la práctica del personal de salud con conocimientos y actitudes.

Valor Teórico: Obtener un conocimiento más profundo de las razones por las que ocurre el embarazo no planificado y aportar recomendaciones para la prevención de este problema; y así poder contribuir al conocimiento de estos en la institución, familia y sociedad en general, para establecer

programas de apoyo.

Utilidad Metodológica: Metodológicamente servirá como antecedente y guía para los posteriores trabajos de investigación, así como también se creará un nuevo instrumento de recopilación, procesamiento y análisis de datos que puede servir como modelo en investigaciones relacionadas.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 LA SEXUALIDAD DE LA MUJER

3.1.1 Concepto de Sexualidad

Es un conjunto de cambios por los que atraviesa la persona para lograr entender su género, se configura como una parte integral de la personalidad, se origina desde el nacimiento y se expresa durante toda la vida de forma diferente en cada persona, según Calero se señala que es parte del ser humano y por tanto no sólo compromete a la genitalidad sino también al compromiso que asume su género dentro de la sociedad y ante la familia. (24) (25)

3.1.2 Iniciación Sexual

La primera relación sexual o experiencia sexual es aquel acto íntimo en el que se tiene contacto con la genitalidad de alguno de los protagonistas del acto, se inicia en varones entre los 14 a 15 años de edad y en mujeres un año después, en promedio, las causas por las que se inicia la vida sexual difiere entre hombres y mujeres, en el primer grupo sucede por necesidad de estar con la otra persona mientras que en el segundo grupo sucede sobre todo por temor a que la relación termine; sin embargo, las causas pueden ser distintas según cada persona. (26)

El inicio de la vida sexual es un tema poco abordado entre padres e hijos por la tensión que genera, sin embargo, se debe entender que es parte del proceso de la adolescencia. (27)

Adolescencia temprana: Ocurre entre 10 a 13 años, la persona se preocupa por los cambios por lo que atraviesa su imagen corporal

Adolescencia media: Existe un impulso por experimentar sobre su sexualidad y generalmente ocurre el inicio de la intimidad con otra persona.

Adolescencia tardía: Entre los 17 a 19 años, donde la persona acepta sus cambios físicos.

Periodo de fertilidad de la mujer

El término fertilidad se define como la capacidad de lograr un embarazo a término, tanto para el hombre como para la mujer, en el caso de la segunda disminuye al avanzar su edad, esto es, hacia los 35 años, se comienza a presentar el término de “infertilidad”. (28)

En la edad por debajo de los 35 años, la fertilidad es intacta, luego de esta edad empieza el declive cada 5 a 10 años, con la evidencia de la disminución de número de ovocitos que pueden fertilizarse y la disminución en la tasa de euploides que va desde el 60% al 30% y 20% respectivamente. (29)

3.2 GENERALIDADES SOBRE EL EMBARAZO

Embarazo se concibe como aquel proceso en el que se desarrolla un feto dentro del útero de la mujer, dura 40 semanas y a partir de la semana 41 se denomina embarazo tardío, se describe en tres trimestres para su evaluación y desarrollo. (30) (31). Durante este proceso se generan cambios a varios niveles dentro del organismo: cardiovasculares, pulmonares, renales, gastrointestinales, endocrinos, metabólicos e inmunológicos. (31)

3.2.1 Aspectos Clínicos de la mujer embarazada en edad fértil

Características del embarazo. – En salud, se segmenta en tres periodos, el primer trimestre inicia con la concepción, es decir, cuando el espermatozoide llega y entra al óvulo para formar el cigoto, el mismo que viaja hasta el útero para fijarse en la pared de este e inicia la formación del feto. El segundo trimestre que ocurre desde la semana 13 hasta la 28, donde se continúan los cambios del feto y la madre empieza a percibirlo y

el tercer trimestre que continúa hacia las 40 semanas que es cuando se puede señalar sobre la viabilidad del feto. (30)

Evaluación diagnóstica y control prenatal. El diagnóstico del embarazo ocurre a partir de la sospecha clínica y se confirma con pruebas diversas, la más común es la gonadotropina coriónica humana, una proteína que se encuentra aumentada durante el embarazo y puede detectarse a partir de la orina o de la sangre (32). El embarazo debe constar con controles prenatales, los cuales tienen fines establecidos según el trimestre de evaluación, en el caso del primer control prenatal que ocurre cuando el diagnóstico de embarazo se encuentra confirmado, se encarga del reconocimiento de la gestante y sus patologías, por tanto se debe realizar pruebas para detección de cáncer, enfermedades metabólicas de mayor frecuencia y tamizajes sobre violencia para determinación de riesgos de la gestante y su futuro hijo; mientras que en los controles sucesivos se hace hincapié en el desarrollo del feto y los riesgos propios de los cambios de la gestación en el organismo de la gestante. (33)

3.2.2 Sistema de Información Perinatal

El Sistema de Información Perinatal (SIP) es un estándar de OPS para el registro clínico de la atención en servicios de salud dirigidos a la mujer, embarazo, parto y recién nacido. Su origen se remonta al año 1983, cuando fue creado por el Centro Latinoamericano de Perinatología – Mujer de la Salud y Reproductiva (CLAP/SMR) de la OPS en 1983.

El SIP está conformado por un grupo de instrumentos diseñados con la finalidad de uso en los servicios de obstetricia y neonatología de instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos, a nivel global o internacional. (34)

Entre los principales instrumentos cabe resaltar a:

La Historia Clínica Perinatal (HCP). - Recoge información detallada sobre el embarazo, el parto y el estado de salud del recién nacido. Desde su creación la HCP ha sido modificada en varias ocasiones. Estas modificaciones obedecen a la necesidad de mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como incluir las prioridades –nacionales e internacionales- definidas por los ministerios de salud de la región. Contiene datos relevantes estructuradas por secciones: identificación, antecedentes familiares, personales y obstétricos, gestación actual, admisión por parto, nacimiento, recién nacido, egreso del recién nacido, condiciones potencialmente peligrosas para morbilidad obstétrica severa, puerperio, egreso materno y anticoncepción. (35)

El carnet perinatal. - Es un registro médico que acompaña a la gestante durante el embarazo y el período postnatal, así como al recién nacido durante sus primeras etapas de vida. Contiene información esencial sobre el control prenatal, los exámenes realizados, los resultados de los análisis, las fechas importantes, y otras observaciones relevantes para el cuidado de la salud materno-infantil. (35)

El programa de captura y procesamiento local de datos. - Se refiere a un software o sistema informático diseñado para recopilar, almacenar y procesar la información relacionada con la atención perinatal. Este programa se utiliza en los centros de salud y hospitales para registrar los datos clínicos de las pacientes embarazadas, parturientas y recién nacidos, facilitando la gestión eficiente de la información y mejorando la calidad de la atención médica. (34)

El partograma. - Es una herramienta gráfica utilizada por los profesionales de la salud para monitorear y registrar el progreso del trabajo de parto de una mujer. Consiste en un gráfico donde se registran datos como la dilatación cervical, la frecuencia y duración de las contracciones uterinas,

así como otros eventos importantes durante el trabajo de parto, por tanto, ayuda a identificar posibles complicaciones y a tomar decisiones clínicas oportunas para garantizar un parto seguro y exitoso tanto para la madre como para el bebé. (34)

3.2.3 El Embarazo en la Mujer en Edad Fértil

La edad con mayor fertilidad es hacia los 19 años de edad, la mujer en edad fértil se predispone a un ambiente que puede llegar a vulnerar sus capacidades y su progreso, durante el embarazo es necesario un estado de salud adecuado por parte de la madre, por lo que se hace imprescindible contar con bienestar físico y mental, en tal caso, son importantes la asesoría psicológica y la percepción de un adecuado estado nutricional por parte de la madre, para evitar complicaciones en el futuro embarazo. (36)

3.3 EMBARAZO NO PLANIFICADO

3.3.1 Definición

Conceptualizado como el embarazo no previsto, se señala que la mitad de los embarazos a nivel mundial, no ocurren de forma intencional, adicional a ello, se reporta sobre todo en caso de menores de 15 años, lo cual según la Dra. Natalia Kanem representa “un fracaso mundial” ante la vulneración de los derechos humanos. (21)

Etiología del embarazo no planificado

Las causas son diversas, puede ser parte de la desigualdad de género, así como la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos que ronda al 55% según lo informado en el año 2020 a nivel nacional, algunos otros factores serían: la falta de información sobre la salud sexual, la dificultad para obtener una opción anticonceptiva adecuada, violencia sexual, actitudes

de humillación en los servicios sanitarios, la pobreza y los estigmas sociales acerca de la fecundidad (21).

3.4 FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS NO PLANIFICADOS

3.4.1 Factores biológicos

Edad en la mujer. - Se ha señalado una alta prevalencia del embarazo no planeado en caso de edades por debajo de los 15 años, lo que genera preocupación acerca de las tasas de trasgresión sexual. (21)

Embarazo precoz o embarazo adolescente es parte de un embarazo no planeado, ocurre ante ciertas circunstancias como las características del hogar, la pobreza, su nivel de educación entre otros que condicionan a la desinformación del adolescente sobre la vida sexual, por tanto, a embarazos no previstos. (37)

Iniciación sexual precoz. - Señalado como uno de los factores causales para el embarazo adolescente, la necesidad de experimentar en la fase de adolescencia media es un factor de riesgo para tener hijos sin necesidad de planeación. (38)

Discapacidad mental. - El grupo de personas con discapacidad se considera como poco aptos para una gestación, sin embargo, ello puede ser una situación compleja, se señala que la tasa de embarazos en mujeres con y sin discapacidad son similares, sin embargo, es un tema complejo que tiene mucho por ahondar, sobre todo ante la duda de la capacidad de toma de decisiones, lo cierto es que se evidencia que en estas gestantes existe un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación. (39) (40)

3.4.2 Factores sociodemográficos

Edad. – Según el Ministerio de Salud en Bolivia, la definición de edad orientada a mujeres en gestación se establece en los siguientes

parámetros: adolescente (12 a 17 años), joven (18 a 24 años), adulta (25 a 59 años). (35)

Autoidentificación étnica. – La etnia puede ser un punto importante en las cifras de embarazo, por ser un grupo social que generalmente es excluido o no tiene las mismas condiciones de salud que otros como la accesibilidad a los servicios en salud, o la simple no asistencia a los servicios de salud por temor a la exclusión o la discriminación que suele ocurrir en los países de más desarrollo, asimismo la posibilidad de encontrarse bajo métodos de anticoncepción más primitivos (41). De acuerdo a la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia se establece que las personas tienen el derecho a autoidentificarse y ser reconocidas de acuerdo con su pertenencia étnica, lo cual implica el reconocimiento y respeto a las diferentes identidades étnicas presentes en el país, ya sea como mestizas (de ascendencia mixta), indígenas (pertenecientes a alguna de las 36 naciones indígenas originarias campesinas reconocidas) u otras identidades étnicas. (42)

Nivel de instrucción. - Tiene asociación significativa con la presencia de embarazo no planeado con un OR de 2.31. La educación involucra no sólo al nivel de educación percibida en las escuelas sino también a los conocimientos sobre sexualidad, se reconoce que las personas, sin tener el deseo de embarazarse suelen tener conductas de riesgo para un embarazo, lo cual no involucra sólo a la mujer sino también al hombre de manera que ambos son corresponsables; por otro lado, la nivelación de una adecuada educación no solo compete a los protagonistas del acto sexual, sino también a sus consejeros, tanto los familiares directos como los docentes son las personas que deben tener una comunicación fortalecida con sus hijo y estudiantes respectivamente (43). Según el Ministerio de Educación en Bolivia, se reconocen los siguientes niveles de educación: inicial, primaria, secundaria y superior. (44)

Ocupación. - Se refiere a la actividad laboral que desempeña una persona, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) para la recopilación de información en la ocupación de mujeres con embarazo, se suelen utilizar las siguientes categorías: estudiante, empleo remunerado, trabajo por cuenta propia, desempleo y trabajo no remunerado (labores de casa). (30)

Estado civil. - Se relaciona con un OR de 1.32, la relación de pareja es un tema complejo y la persona puede sentir miedo al abandono sobre todo ante situaciones de pobreza o de bajo nivel educativo donde sigue existiendo diferencias marcadas de roles, por tanto, la mujer por lo general busca a alguien que pueda “hacerse cargo de ella”, por consiguiente, surgen matrimonios a temprana edad, lo que a largo plazo genera mayor riesgo de tener un embarazo no planeado (45). Según el Instituto Nacional de Estadística en Bolivia, se reconocen las siguientes categorías para las mujeres dentro del estado civil: soltera, casada, viuda, divorciada y unión libre.

Nivel económico. - La pobreza y la marginalidad hacen que el descuido prevalezca, por tanto, ocurran los embarazos no deseados, sin embargo, en algunos estudios se ha evidenciado que la pobreza no es un componente significativo para que se origine esta situación (43).

Ingreso familiar mensual. – Se refiere a la cantidad de dinero que ingresa a un hogar en un periodo de un mes, proveniente de fuentes como salarios, ingresos por trabajo independiente, pensiones, subsidios, entre otros. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), las categorías contempladas dentro del ingreso familiar mensual varían entre: menos de 1 salario mínimo, igual a 1 salario mínimo (Bs. 2122), más de 1 salario mínimo, de 2 a 3 salarios mínimos, y más de 3 salarios mínimos. (46)

3.4.3 Factores reproductivos

Edad de inicio de relaciones sexuales. - Se refiere al momento en el que una persona comienza a participar en actividades sexuales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones de salud suelen considerar las siguientes categorías en relación con la edad de inicio de relaciones sexuales: antes de los 15 años, entre los 15 a 18 años, y después de los 18 años. (47)

Edad del primer embarazo. - Se refiere a la edad en la que una mujer experimenta su primer embarazo. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones de salud se contemplan las siguientes categorías para describir la edad del primer embarazo: adolescencia temprana (antes a los 18 años) y edad adulta (después de los 18 años). (47)

Relaciones sexuales no consentidas.- Es común notar la pasividad de actuación por parte de la familia ante la constitución de una pareja donde la mujer es adolescente y el hombre mayor de edad, esto quizá es un acto complejo ante la posibilidad de decisión libre de la adolescente en cuestión; asimismo la tasa alta de violencia dentro de una pareja es una de los puntos de la concepción de embarazo no deseado, debido a la priorización de las necesidades afectivas del varón por encima de lo que la mujer desea además de los sentimientos relegados de la misma (48) (49) Por otro lado, la relación no existente o establecida es uno de los factores más importantes. (50)

Relaciones incestuosas. – Actualmente aún existen relaciones obligadas o emparejamientos entre personas desconocidas lo que asume la presencia de embarazos sin el deseo de embarazarse. (51)

Conocimiento de métodos anticonceptivos. - Refiere a la comprensión y

conciencia que tiene una mujer sobre los diferentes métodos disponibles para prevenir un embarazo no deseado. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), este conocimiento puede llegar a ser completo, parcial o de carácter desconocido para una mujer. (33)

Uso de métodos anticonceptivos. - Las causas para el no uso de anticoncepción son diversas, como el no deseo por parte de la pareja, la creencia de no quedar embarazada o la desinformación (52). En algunos casos, se promueven prácticas no adecuadas como “la pastilla del día después” o “el no uso” debido a la no información o al exceso de ella, enmarcando a lo segundo como la importancia del reconocimiento de los efectos secundarios de los fármacos que los jóvenes señalan como “algo que me va a caer mal”. (43)

3.4.4 Factores del embarazo actual

Antecedentes del embarazo. – Se refieren a la historia reproductiva de una mujer, incluyendo embarazos previos, partos, abortos espontáneos, abortos inducidos, complicaciones durante el embarazo, entre otros aspectos relacionados con la salud reproductiva. De acuerdo al Sistema de Información Perinatal (SIP), las categorías más aceptadas para este factor son: ninguno, alcohol/drogas, violencia y varios. (34)

Alto riesgo reproductivo. – Se refiere a la condición en la que una mujer embarazada enfrenta un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, el parto o el postparto, así como un mayor riesgo para la salud del feto o del recién nacido (34). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, esta condición requiere de atención especializada con la finalidad de reducir los riesgos en la madre y el bebé. (30)

Alto riesgo preconcepcional. – Se refiere a la condición en la que una mujer presenta factores de riesgo que pueden afectar su salud reproductiva

antes de quedar embarazada. Estos factores de riesgo pueden influir en la capacidad de la mujer para concebir, llevar a término un embarazo saludable y dar a luz a un bebé sano. La OMS enfatiza la necesidad de identificar y abordar los factores de riesgo antes de la concepción, con el fin de mejorar los resultados de salud materna y neonatal. (34)

3.4.5 Factores comportamentales y psicosociales

Consumo de alcohol y tabaco. - El 44% de las personas que consumen alcohol tienen gestaciones no planeadas, a comparación del 64% de las personas que usan tabaco (53). El consumo de tabaco durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de complicaciones, como parto prematuro, bajo peso al nacer, aborto espontáneo, muerte fetal, malformaciones congénitas, entre otros. En cuanto al consumo de alcohol, su ingesta durante el embarazo puede causar el síndrome de alcoholismo fetal, que puede resultar en retraso en el crecimiento, malformaciones faciales, problemas de comportamiento, déficits cognitivos y otros trastornos del desarrollo en el feto. (54)

Violencia a la mujer. – contempla cualquier acto de violencia basado en el género que resulte, o pueda tener como resultado, un daño para la mujer. Esta violencia puede manifestarse de diversas formas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones se contemplan las siguientes categorías: violencia: sexual, física, psicológica, económica y ninguna. (49)

Disfunción familiar. El factor familiar es uno de los factores más importantes en las relaciones de pareja a futuro, en el que se consideran detonantes para un escape, como el abuso emocional percibido por parte de los padres, la sensación de abandono o la falta de comunicación continua con los mismos. (55)

Sociales.- La teoría del aprendizaje social señala que el ser humano es susceptible a lo que evidencia en su entorno, en tal caso, son los medios de comunicación los que representan hechos que suceden en la vida diaria pero que pueden ser contraproducentes como un ejemplo hacia los adolescentes, conductas percibidas como la poca responsabilidad de los padres o las conductas de riesgo predisponen al ser humano al riesgo de embarazo, sobre todo ante programas específicos como realitys shows, comedias de situación, documentales o charlas sobre sexualidad. (56)

La prostitución. La presencia de la prostitución conceptualizado como un trabajo es parte de la sociedad y de la decisión por parte de la mujer, sin embargo, predispone a conductas sexuales riesgosas, además de que el autocuidado se resume en el uso de condón, pero no con sus parejas. (57)

3.5 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO

3.5.1 Consecuencias para la madre

Consecuencias para la madre en edad fértil. - La predisposición a riesgos como suicidios, homicidios, abortos inducidos que predisponen a mayor riesgo de complicaciones y muerte, o incluso la posibilidad de no volver a gestar en un futuro, además de daños localizados en el útero. (58)

Consecuencias asociadas a la decisión de abortar. El aborto inducido tiende a ser más frecuente en los casos de embarazo no deseado, esto puede ser condicionado con las limitaciones del ambiente de los padres como el alto índice de pobreza que puede llevar a que la persona coloque en una balanza los pros y contras de continuar con su gestación; esto a su vez es un riesgo de muerte para la madre, con una mayor prevalencia de muertes en caso de mujeres jóvenes. (58)

Consecuencias socioeconómicas. Relacionado con la disminución de oportunidades a varios niveles, debido al aumento de la tasa de deserción

de la educación además de la concepción de un retraso en sus objetivos académicos y en la capacidad de formarse como un ente laboral o una población económicamente activa. (58)

Repetición del Embarazo. - A mayor paridad existe mayor probabilidad de repetir un embarazo sobre todo ante la confianza de métodos anticonceptivos anteriores que quizá no funcionaron efectivamente en su tiempo o la confianza en que la lactancia exclusiva es la única condición que puede proteger de un nuevo embarazo. (59)

3.5.2 Consecuencias para el hijo de la madre en edad Fértil

Entre las consecuencias para el hijo de una madre con embarazo no planeado depende sobre todo de la personalidad de la madre y de la capacidad para aceptar el embarazo después de concebirlo, en caso ello no ocurra existe el riesgo al abandono para con los hijos y por tanto la creación de un ciclo sin fin de un crecimiento sin apoyo emocional que puede crear un ambiente de hijos con la posibilidad de futuros embarazos no deseados (59). Igualmente, ello se asocia a otros problemas sociales como el aumento en el índice de criminalidad, violencia doméstica, niños en la calle, orfandad o el aumento de consumo de sustancias nocivas. (58)

3.5.3 Consecuencias para el padre

La percepción de una disminución del nivel socioeconómico y la deserción de la educación por la presencia de oportunidad laboral para hacer frente los gastos de la gestación son consecuencias directas que ocurren para con el padre, sin embargo, esto sin excluir la repercusión psicológica que, en casos de adolescentes, se genera como una transición acelerada de maduración obligada. (54)

3.6 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS EMBARAZOS NO PLANIFICADOS

3.6.1 Prevención primaria

Para la prevención del embarazo, existen diversas estrategias en salud como la disposición de métodos de anticoncepción para los adolescentes y para aquellos que son víctimas de violencia sexual; ante ello, los servicios de salud juegan un rol importante, sobre todo ante la captación de pacientes que tienen conductas de riesgo; este tipo de prevención se centra en la disposición de información sobre sexualidad, la motivación por la preservación de la sexualidad y la educación adecuada acerca de la misma. (58)

3.6.2 Prevención secundaria

Cuando ya ocurre el embarazo no deseado, la prevención se centra en manejar las posibles causas de un aborto u otras acciones que pueden comprometer la vida de las gestantes, por tanto, se encuentran dentro de la prevención secundaria las siguientes acciones: (58)

Programas de apoyo para madres solteras con ayuda en la realización de tareas del hogar. (58)

Creación de leyes accesibles y beneficios para la gestante que puedan hacer llevadera su gestación como el caso de cierta percepción económica, el descanso médico, la imposibilidad de despido, entre otras. (58)

Oportunidad económica a partir de apoyo en ciertas ideas de emprendimiento o incluso en la preservación de su trabajo. (58)

Becas de estudios para evitar la deserción educativa y motivar a las gestantes a seguir sus objetivos y evitar la frustración de una educación. (58)

Prevención terciaria

La prevención terciaria se encuentra dirigida a evitar la recurrencia de nuevos embarazos, algunas de las actividades son: (60)

Fortalecimiento de la información sobre anticoncepción. (60)

Reforzar consejería acerca de la planificación familiar. (60)

Reforzar la información sobre la atención de embarazo y el puerperio correspondiente, con la finalidad de establecer claridad mental acerca de las consecuencias y complicaciones de embarazos sin un espaciamiento adecuado. (60)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo no planificado es un concepto fundamental que se utiliza para reconocer la fecundidad de las poblaciones y la necesidad insatisfecha de anticoncepción y planificación familiar, su ocurrencia se da principalmente debido a no usar métodos anticonceptivos o al uso inconsistente o incorrecto de métodos efectivos (1). Afecta principalmente a las mujeres provocando una transformación en el desarrollo de la vida de la persona embarazada, a su vez presenta implicancias en la salud como un inadecuado control prenatal, aborto; complicaciones obstétricas y mayor morbimortalidad en la madre y el neonato. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud, los embarazos no planificados siguen siendo un importante problema de salud pública. Cada año hay 74 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados que son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47 000 muertes maternas al año. Un nuevo estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 36 países reveló que dos tercios de las mujeres sexualmente activas que deseaban retrasar o limitar la maternidad dejaron de usar métodos anticonceptivos por temor a sus efectos secundarios, por problemas de salud o por subestimar la probabilidad de concepción, lo que hizo que uno de cada cuatro embarazos fuera no planificado. (3)

Más de cuarenta por ciento de los embarazos en todo el mundo no son deseados, con una cuarta parte de estos en África. Existe un creciente cuerpo de evidencia con respecto a las consecuencias adversas para la salud, la economía, la sociedad y el desarrollo de los embarazos no deseados. (61)

En China continental, el sistema de Puntos Nacionales de Vigilancia de Enfermedades se creó en 2003 y está bien documentado que la tasa de

anticoncepción disminuyó drásticamente del 89,1 % en 2010 al 80,6 % en 2018 debido a la introducción de la política de dos hijos. Sin embargo, se observa que estas estadísticas se limitaron a las mujeres casadas en edad reproductiva. (62)

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas a nivel de Latinoamérica y el Caribe, la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivo por parte de mujeres casadas o en unión libre, para el 2016, fue de 73% y de uso de métodos anticonceptivos modernos de 67% (63). En países subdesarrollados, 43 % de embarazos son no planificados y son más prevalentes en mujeres pobres, del ámbito rural y con bajo nivel educativo. Cada año se producen 89 millones de embarazos no planificados y 48 millones de abortos. (47)

A nivel nacional según los reportes estadístico de la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA 2016), Bolivia se encuentra por debajo de estos valores medios regionales, en las regiones de Potosí y La Paz se han reportado porcentajes más altos con respecto al uso de métodos anticonceptivos tradicionales, sin embargo, se encontró una tendencia decreciente. (64)

En Bolivia, la cifra de embarazos no intencionales es mayor, 50.5%, se infiere este dato en base EDSA 2016, donde más de la mitad de las mujeres bolivianas que fueron consultadas no había decidido ser madre cuando quedó embarazada, sino que quería ejercer su maternidad más tarde (28,9%), o ya no quería tener más hijos o solo no quería ser madre (21,6%). A nivel del área rural de Bolivia, según el EDSA, el 58,6% de las madres tuvieron embarazos no intencionales, lo que evidencia que las mujeres del área rural tuvieron menos opciones para elegir sobre su maternidad. Aunque en el área urbana este porcentaje es menor (46,5%) no deja de ser preocupante cuando se habla de ejercicio de derechos y

cuidado de la salud de las mujeres. (65)

El embarazo no planificado según las investigaciones se asocia con resultados físicos, mentales, sociales y económicos adversos, por lo que Identificar los factores asociados, permitirá reducir el número de embarazos no planificados, avalando la salud reproductiva principalmente al reducir el número de veces que una mujer se expone al riesgo del embarazo y el parto (2). Hay pocos estudios sobre la prevalencia y los factores asociados del embarazo no deseado en Bolivia, siendo lo más resaltante los datos de la EDSA, que indican que más de la mitad de las madres bolivianas, consultadas en ese momento, quedaron embarazadas sin haberlo planificado, percibieron limitaciones del ejercicio pleno de sus derechos reproductivos. Por lo que el presente estudio nos permitirá finalmente analizar los factores asociados a los embarazos no planificados.

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo no planificado en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018?

V. HIPÓTESIS DE ESTUDIO

H₁: Existen factores asociados al embarazo no planificado en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018.

H₀: No existen factores asociados al embarazo no planificado en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018.

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados al embarazo no planificado en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018.

6.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas, reproductivas, características del embarazo actual, de hábitos nocivos y antecedentes de violencia en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018.
2. Analizar bidimensionalmente el embarazo no planificado y las características sociodemográficas, reproductivas, características del embarazo actual, de hábitos nocivos y antecedentes de violencia en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018.
3. Identificar la relación entre el embarazo no planificado y las características sociodemográficas, reproductivas, características del embarazo actual, de hábitos nocivos y antecedentes de violencia en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de estudio

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo, empleando una taxonomía de estudio observacional, retrospectiva, transversal y analítica; de nivel investigativo relacional y con un diseño de estudio de corte transversal.

7.2 Contexto o lugar de intervención

El Alto, desde 1985, es oficialmente una ciudad autónoma del Departamento de La Paz. En el periodo intercensal 2001-2012 la población aumentó de 649.958 a 848.840, por ello la ciudad El Alto es la segunda urbe con más habitantes del país. Con una proyección poblacional de 922.598 habitantes para el 2018. La ciudad de El Alto es un lugar estratégico para el asentamiento de migrantes rurales. Según datos del Censo del 2012, el 74% de su población se identificaba como aimara, 6% como quechua y un 19% no se relacionaba con ningún pueblo originario. (46)

En la ciudad de El Alto se brinda atención en salud en 64 centros de primer nivel y 3 de segundo nivel, (Hospital Los Andes, Hospital Corea, Hospital Holandés) y 1 de tercer nivel (Hospital del Norte). Los servicios de salud se organizan en 5 redes de salud: Red Los Andes, Red Lotes y Servicios, Red Corea, Red Boliviano Holandés y Red Senkata. Cada una de ellas cuenta con servicios de primer y segundo nivel de atención, y trabajan con el Seguro Universal de Salud.

El estudio se realizó en el Hospital Municipal Boliviano Japonés, localizado en el distrito 8 de la ciudad de El Alto, específicamente en la zona Senkata 79 al sur oeste de la urbe.

7.3 Población de estudio

7.3.1 Universo

El universo queda conformado por las gestantes de la ciudad de El Alto, durante la gestión 2018.

7.3.2 Población

La población de estudio queda conformada por las gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, durante la gestión 2018.

7.3.3 Muestra

La muestra de estudio está representada por todos los registros de gestantes que acudieron al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto durante la gestión 2018 y dieron consentimiento para el uso de su registro obstétrico, totalizando 439 casos.

7.3.4 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

7.3.5 Criterios de Selección

1) Criterio de inclusión

- Que acepten ser parte de la investigación voluntariamente.

2) Criterios de exclusión

- Que tengan una historia clínica incompleta.

7.4 Mediciones

7.4.1 Fuentes de recolección de datos

Las fuentes de información fueron secundarias mediante la revisión documental de historias clínicas y el carnet perinatal. En caso de ausencia de algún dato o información dispersa se consultaba a la gestante para completar la información durante su estadía en el establecimiento de salud.

7.4.2 Desarrollo del trabajo de campo

Los pasos del desarrollo del trabajo de campo fueron los siguientes:

- Se solicitó la autorización correspondiente a la dirección institucional del hospital para llevar a cabo la investigación, a través de la entrega de una copia del protocolo de estudio.
- A través de Kardex del establecimiento de salud se identificaban a las gestantes a ser consultadas por día, cuidando de no repetir la consulta a la misma mujer durante los controles prenatales; en horas de la mañana y tarde, los martes y jueves a partir de las 7:30 am y de las 14:00 pm, correspondientemente.
- Antes de comenzar la consulta a la paciente para el consentimiento en el uso de sus registros obstétricos, se le explicaba los objetivos del estudio y para qué fines se lo utilizaría.
- Al retorno del expediente clínico a kardex se procedía a la copia del carnet perinatal y el carnet de la mujer gestante.
- Con el previo consentimiento de las participantes en el estudio, se llevó a cabo una revisión documental detallada de sus historias clínicas y carnets perinatales. En los casos en los que se encontraron algunos datos faltantes en dicha documentación, se procedió a procurar nuevamente en el expediente clínico, a través de la consulta complementaria de manera

individual a las participantes para completar la información necesaria.

- Posteriormente, se generó una base de datos en Excel con las variables de interés, a partir del ingreso de la información recopilada.

7.5 Aspectos éticos

Las siguientes consideraciones éticas son fundamentales para asegurar la integridad de la investigación y el respeto hacia las mujeres gestantes participantes del estudio, precautelando los principios de la bioética.

- Principio de autonomía: Se precautela el respeto a la autonomía y la capacidad de tomar decisiones informadas por parte de las gestantes participantes. Se garantiza que todas las gestantes proporcionen su consentimiento informado de manera voluntaria, previo a su participación en la investigación, caso contrario es traducido como un criterio de exclusión para el estudio. Se les informa claramente sobre el propósito del estudio, los posibles beneficios y la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.
- Privacidad y confidencialidad: Se respeta la privacidad, anonimato y confidencialidad de las gestantes participantes en la investigación. Todos los datos e información recopilada son tratados de manera confidencial y se utilizan exclusivamente para fines de investigación. Para tal caso, las participantes son identificadas mediante códigos en lugar de sus nombres reales para preservar su anonimato.
- Principios de beneficencia y no maleficencia: Se toman todas las precauciones necesarias para garantizar el bienestar físico, emocional y psicológico de las gestantes durante el desarrollo del estudio. Se previene cualquier daño a través de un trato amable, empático y respetuoso. Los resultados obtenidos sirven de evidencia científica contextualizada en el hospital de estudio para el diseño de programas de salud pública y

reproductiva, que permitan mejorar el bienestar y atención de las mujeres en cuanto a planificación familiar.

- Principio de justicia: Se considera una muestra representativa y diversa de gestantes, evitando cualquier tipo de discriminación o exclusión injusta. Todas las gestantes poseen igualdad de oportunidades para participar en el estudio, sin importar su origen, situación socioeconómica, o cualquier otra característica personal.
- Supervisión ética: El estudio se lleva a cabo de acuerdo con los estándares éticos establecidos a partir del Comité Facultativo de Ética y Bioética de la UMSA. En consecuencia, se garantiza con el cumplimiento de las normas éticas y la protección de los derechos e intereses de las gestantes en todo momento.

7.6 Operacionalización de variables

Cuadro 1. Operacionalización de las variables

VARIABLE DE SUPERVISIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
Embarazo planificado no	Historia Clínica Perinatal (HCP)	Si No	Nominal
VARIABLE DE ASOCIACIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
Características sociodemográficas	Edad	Edad en años	Numérica
	Autoidentificación étnica	Mestiza Indígena	Nominal
	Nivel de instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	Ocupación	Estudiante Empleo remunerado Trabajo por cuenta propia Desempleo Trabajo no remunerado (labores de casa)	Nominal
	Ingreso mensual familiar	Ingreso mensual en Bs.	Numérica
	Estado civil	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre	Nominal
Características reproductivas	Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad en años	Numérica
	Edad del primer embarazo	Edad en años	Numérica
	Sexo voluntario	Si No	Nominal

	Conocimiento de MAC	Si No	Nominal
	Uso de MAC	Si No	Nominal
Características del embarazo actual	Antecedentes del embarazo	Ninguno Alcohol/drogas Violencia	Nominal
	Alto riesgo preconcepcional	Si No	Nominal
Características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia	Hábito tabáquico	Si No	Nominal
	Hábito alcohólico	Si No	Nominal
	Violencia a la mujer	Ninguna Física Sexual Psicológica Económica	Nominal

Fuente: Elaboración propia, 2023.

7.7 Análisis estadístico

La base de datos se analizó mediante el programa estadístico SPSS 26.0.

En primera instancia se generó tablas de frecuencia acerca los estadísticos descriptivos de los factores contemplados en las variables de asociación. Para el análisis bivariado se realizó el cruce de información entre la variable de supervisión y las variables de asociación, respectivamente.

Asimismo, en la identificación de la relación entre el embarazo no planificado y los factores de asociación, para la comprobación de la hipótesis, se utilizó la prueba estadística no paramétrica del tipo de test de Chi-cuadrado de Pearson (para variables categóricas) y el test de U de

Mann Whitney (para variables numéricas), con un nivel de significancia del 5%. Complementándose con gráficos de los resultados estadísticamente significativos.

VIII. RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 26.0.0.0, este análisis se realizó en función de los 3 objetivos específicos planteados.

Una vez concluida la recolección de los datos se procedió a lo siguiente (revisión y corrección de datos):

- Estructuración de la base de datos: Se procedió a formatear la base de datos en función de las variables de estudio y los datos así recolectados.
- Depuración de base de datos: Se depuraron los datos de la base lo cual incluyó la eliminación de valores atípicos, la eliminación de duplicados, la corrección de errores, la normalización de datos y verificación de la correcta codificación.
- Elaboración del diccionario de la base de datos: En función de la verificación y potenciales ajustes a la codificación de las variables, se procedió a elaborar un diccionario de la base de datos.
- Exploración de los datos: Se revisaron los datos para detectar patrones y tendencias mediante el uso de visualizaciones de datos y medidas estadísticas descriptivas iniciales, además de identificar potenciales errores en la calidad de la información.

Con esta versión de la base de datos, se procedió a realizar la obtención de los resultados para un total de 439 observaciones guiados por los objetivos del estudio, los cuales se presentarán en razón de un análisis descriptivo, un análisis bidimensional y finalmente la realización de prueba de hipótesis considerando las características de normalidad de los datos.

8.1 Análisis descriptivo

Según la naturaleza de las variables de estudio, los datos obtenidos presentan las siguientes distribuciones de frecuencias.

8.1.1 Variable de supervisión

La variable de estudio, también correspondiente a la variable de supervisión es la planificación del embarazo.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la variable de estudio planificación del embarazo

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Planificación del embarazo	No	266	60,6%
	Sí	173	39,4%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se evidencia que la mayor proporción de los casos corresponde a un embarazo no planificado.

8.1.2 Variables de asociación

Las variables de asociación incluyen a las características sociodemográficas, características reproductivas, características del embarazo actual, características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia a la mujer, a continuación, se presentan la distribución de frecuencias de estas variables.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*
Edad		(23,00)	(8,00)
Autoidentificación étnica	Indígena	166	37,8%
	Mestiza	273	62,2%
Ocupación	Estudiante	163	37,1%
	Labores de casa	272	62,0%
	Desempleada	4	0,9%
Nivel de instrucción	Ninguno	1	0,2%
	Primaria	61	13,9%
	Secundaria	340	77,4%
Ingreso familiar mensual en Bs	Universitario	37	8,4%
		(2500,00)	(1600,00)
Estado civil	Soltera	55	12,5%
	Casada	57	13,0%
	Unión estable	325	74,0%
	Otro	2	0,5%

* Rango Intercuartílico
Fuente: Elaboración propia, 2023.

La distribución de frecuencias de las características sociodemográficas revela varios hallazgos significativos. En primer lugar, la mediana de la edad de las participantes es de 23 años, con un rango intercuartil (RIC) de 8 años, lo que sugiere una dispersión relativamente amplia en cuanto a la edad de las mujeres incluidas en el estudio. En cuanto a la autoidentificación étnica, se observa una proporción considerablemente mayor de mujeres mestizas (62.2%) en comparación con mujeres indígenas (37.8%). Respecto a la ocupación, la mayoría de las participantes son estudiantes (37.1%) o realizan labores de casa (62.0%), mientras que solo un pequeño porcentaje se encuentra desempleada (0.9%). En cuanto al nivel de instrucción, la mayoría de las mujeres tienen educación secundaria (77.4%), seguida de aquellas con educación primaria (13.9%) y universitaria (8.4%), con un mínimo porcentaje de mujeres sin educación formal (0.2%). Además, el ingreso familiar mensual tiene una mediana

de 2500 bolivianos, con un RIC de 1600 bolivianos, lo que indica una variabilidad significativa en los ingresos familiares entre las participantes. Por último, en cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres se encuentran en una unión estable (74.0%), seguidas por aquellas que están solteras (12.5%) o casadas (13.0%), con un pequeño porcentaje en otras categorías (0.5%).

Tabla 3. Distribución de frecuencias de las características reproductivas

Variable	Categoría	Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*
Edad de inicio de relaciones sexuales		(18)	(3)
Edad de primer embarazo		(20)	(5)
Lapso temporal entre primera relación sexual y primer embarazo		(1)	(3)
Mantiene sexo voluntario	No	12	2.7%
	Sí	402	91.6%
	En ocasiones	25	5.7%
Uso de MAC	No	327	74.5%
	Sí	112	25.5%
Conocimiento de MAC	No	26	5.9%
	Sí	413	94.1%

* Rango Intercuartílico
Fuente: Elaboración propia, 2023.

La distribución de frecuencias de las características reproductivas proporciona información valiosa sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las participantes en el estudio. En primer lugar, la mediana de la edad de inicio de las relaciones sexuales es de 18 años, con un rango intercuartil (RIC) de 3 años, lo que sugiere que la mayoría de las mujeres comenzaron su actividad sexual en la adolescencia o al inicio de la adultez temprana. En cuanto a la edad del primer embarazo, la mediana es de 20 años, con un RIC de 5 años, lo que indica una variabilidad considerable en el momento en que las mujeres experimentan su primer embarazo. Además, el lapso temporal entre la primera relación sexual y el primer embarazo tiene una mediana de 1 año, con un RIC de 3 años, lo que

sugiere que la mayoría de las mujeres conciben relativamente poco tiempo después de iniciar su actividad sexual.

En cuanto al comportamiento sexual, la gran mayoría de las participantes (91.6%) informan que mantienen relaciones sexuales de forma voluntaria, mientras que un pequeño porcentaje dice hacerlo en ocasiones (5.7%), y solo una pequeña proporción manifiesta no mantener relaciones sexuales voluntarias (2.7%). Respecto al uso de métodos anticonceptivos (MAC), aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres (74.5%) indican no utilizar ningún método anticonceptivo, mientras que el restante 25.5% sí lo hace. Sin embargo, es resalta que la gran mayoría de las mujeres (94.1%) afirman tener conocimiento sobre los MAC, lo que sugiere que la falta de uso podría no deberse a la falta de información sobre métodos anticonceptivos, sino a otros factores como acceso, preferencias personales o barreras culturales o de género.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de las características del embarazo actual

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes del embarazo	Sin antecedentes	282	64.2%
	Alcohol/drogas	121	27.6%
	Violencia	36	8.2%
Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional	No	373	85.0%
	Sí	66	15.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

La distribución de frecuencias de las características del embarazo actual revela información importante sobre los antecedentes y el riesgo asociado al embarazo en la muestra estudiada. En primer lugar, en cuanto a los antecedentes del embarazo, la mayoría de las mujeres (64.2%) reportan no tener antecedentes relevantes, mientras que un porcentaje significativo informa antecedentes de consumo de alcohol o drogas durante el embarazo (27.6%), y un número menor reporta antecedentes de violencia durante el embarazo (8.2%). Estos hallazgos

resaltan la importancia de considerar factores de riesgo adicionales más allá de las condiciones médicas al evaluar el bienestar materno durante el embarazo.

En relación con el riesgo reproductivo preconcepcional, se observa que un porcentaje considerable de mujeres (15.0%) se encuentran en la categoría de alto riesgo reproductivo preconcepcional. Estos resultados indican la presencia de factores de riesgo que podrían afectar la salud materna y fetal durante el embarazo actual.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hábito tabáquico	No	427	97,3%
	Sí	12	2,7%
Hábito alcohólico	No	282	64,2%
	Sí	157	35,8%
Violencia a la mujer	No	421	95,9%
	Sí	18	4,1%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

La distribución de frecuencias de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia revela patrones importantes en la muestra estudiada. En primer lugar, en cuanto al hábito tabáquico, la gran mayoría de las mujeres encuestadas (97.3%) reportan no fumar, lo cual es alentador desde el punto de vista de la salud materna y fetal, ya que el tabaquismo durante el embarazo está asociado con una serie de riesgos para el desarrollo del feto y el curso del embarazo.

En cuanto al hábito alcohólico, se observa que un porcentaje significativo de mujeres (35.8%) reporta consumir alcohol. Esto resulta llamativo, ya que el consumo de alcohol durante el embarazo puede tener serias consecuencias para el feto, incluido el síndrome de alcoholismo fetal y otros trastornos del

neurodesarrollo.

Por último, en relación con los antecedentes de violencia contra la mujer, se encuentra que un pequeño porcentaje de mujeres encuestadas (4.1%) reporta haber experimentado violencia. Aunque esta cifra es relativamente baja en comparación con las otras variables, es crucial considerar la violencia de género en cualquier contexto, por las serias repercusiones que esta conlleva para la salud física y mental de las mujeres y sus hijos.

8.2 Análisis bidimensional

El siguiente análisis bidimensional considera la distribución de las variables de asociación según la variable de supervisión (planificación del embarazo), a continuación, se presenta esta distribución de frecuencias.

8.2.1 Análisis bidimensional de las características sociodemográficas

La distribución de frecuencias de las características sociodemográficas según la planificación del embarazo ofrece una visión interesante sobre cómo estas variables pueden variar según si el embarazo fue planificado o no. En primer lugar, se observa que la mediana de edad para mujeres con embarazos no planificados es ligeramente menor (23.44 años) en comparación con las mujeres que planificaron su embarazo (27.47 años), lo que sugiere que las mujeres más jóvenes pueden ser más propensas a tener embarazos no planificados.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas según la planificación del embarazo

Variable	Categoría	Planificación del embarazo			
		No		Sí	
		Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*	Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*
Edad		(23.44)	(27.47)	(23.00)	(25.01)
Autoidentificación étnica	Indígena	111	41.7%	55	31.8%
	Mestiza	155	58.3%	118	68.2%
Ocupación	Estudiante	100	37.6%	63	36.4%
	Labores de casa	164	61.7%	108	62.4%
	Desempleada	2	0.8%	2	1.2%
	Ninguno	1	0.4%	0	0.0%
Nivel de instrucción	Primaria	44	16.5%	17	9.8%
	Secundaria	201	75.6%	139	80.3%
	Universitario	20	7.5%	17	9.8%
Ingreso familiar mensual en Bs		(2500.00)	(32999.00)	(2500.00)	(11999.00)
Estado civil	Soltera	40	15.0%	15	8.7%
	Casada	29	10.9%	28	16.2%
	Unión estable	197	74.1%	128	74.0%
	Otro	0	0.0%	2	1.2%

* Rango Intercuartílico

Fuente: Elaboración propia, 2023.

En cuanto a la autoidentificación étnica, se aprecia que un mayor porcentaje de mujeres mestizas (68.2%) reporta haber planificado su embarazo en comparación con las mujeres indígenas (31.8%). Esto podría estar relacionado con diferencias socioeconómicas y acceso a la información sobre planificación familiar entre estos grupos étnicos. En relación con la ocupación, no se observan diferencias significativas entre las mujeres con embarazos planificados y no planificados en términos de porcentaje por categoría ocupacional. En cuanto al nivel de instrucción, se observa que un mayor porcentaje de mujeres con educación secundaria (80.3%) y universitaria (9.8%) reporta haber planificado su embarazo en comparación con aquellas con educación primaria (9.8%). Esto sugiere que el nivel educativo puede influir en la capacidad de planificar un embarazo.

Respecto al ingreso familiar mensual, no parece haber diferencias marcadas en la mediana entre los dos grupos, aunque es importante destacar que la variabilidad intercuartil en el grupo de mujeres que planificaron el embarazo es

mucho mayor, lo que sugiere una mayor diversidad en los niveles de ingreso entre estas mujeres. Finalmente, en cuanto al estado civil, no se observan diferencias significativas en cuanto a la planificación del embarazo entre mujeres solteras, casadas o en unión estable, aunque hay una ligera variación en los porcentajes.

8.2.2 Análisis bidimensional de las características reproductivas

La distribución de frecuencias de las características reproductivas de las mujeres según la planificación del embarazo revela algunas diferencias interesantes entre los grupos de mujeres que planificaron su embarazo y aquellas cuyos embarazos no fueron planificados.

En primer lugar, se observa que la mediana de la edad de inicio de relaciones sexuales es ligeramente mayor en las mujeres que planificaron su embarazo (19 años) en comparación con aquellas cuyos embarazos no fueron planificados (18 años). Esto sugiere que las mujeres que planificaron su embarazo podrían haber comenzado sus relaciones sexuales en una etapa ligeramente más tardía.

Tabla 7. Distribución de frecuencias de las características reproductivas de las mujeres según planificación del embarazo

Variable	Categoría	Planificación del embarazo			
		No		Sí	
		Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*	Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*
Edad de inicio de relaciones sexuales		(18)	(32)	(19)	(19)
Edad de primer embarazo		(19)	(29)	(20)	(16)
Lapso temporal entre primera relación sexual y primer embarazo		(1)	(21)	(1)	(15)
Mantiene sexo voluntario	No	6	2.3%	6	3.5%
	Sí	240	90.2%	162	93.6%
	En ocasiones	20	7.5%	5	2.9%
Uso de MAC	No	215	80.8%	112	64.7%
	Sí	51	19.2%	61	35.3%
Conocimiento de MAC	No	15	5.6%	11	6.4%
	Sí	251	94.4%	162	93.6%

* Rango Intercuartílico

Fuente: Elaboración propia, 2023.

En cuanto a la edad de primer embarazo, se observa una diferencia más significativa, con una mediana de 20 años en el grupo de mujeres que planificaron su embarazo, en comparación con 19 años en el grupo de mujeres cuyos embarazos no fueron planificados. Esto indica que las mujeres que planificaron su embarazo tienden a tener su primer embarazo a una edad ligeramente más avanzada. El lapso temporal entre la primera relación sexual y el primer embarazo muestra una mediana de 1 año en ambos grupos, lo que sugiere que no hay diferencias importantes en este aspecto entre los dos grupos.

En cuanto al mantenimiento de relaciones sexuales voluntarias, se observa que un mayor porcentaje de mujeres que planificaron su embarazo afirman mantener sexo voluntario (93.6%) en comparación con aquellas cuyos embarazos no fueron planificados (90.2%). Esto puede indicar una mayor conciencia y control sobre la actividad sexual en el grupo que planificó el embarazo.

En relación con el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC), se aprecia que un menor porcentaje de mujeres que planificaron su embarazo utiliza MAC (64.7%) en comparación con aquellas cuyos embarazos no fueron planificados (80.8%). Esto resulta coherente con que el uso de anticonceptivos se relaciona con una menor probabilidad de embarazos no planificados. Finalmente, en cuanto al conocimiento de los MAC, se observa una alta proporción de mujeres en ambos grupos que afirman conocer los MAC, sin diferencias significativas entre ellos. Esto sugiere que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos no parece ser un factor determinante en la planificación del embarazo entre estas mujeres.

8.2.3 Análisis bidimensional de las características del embarazo actual

La distribución de frecuencias de las características del embarazo actual según la planificación del embarazo revela algunas diferencias importantes entre los grupos de mujeres que planificaron sus embarazos y aquellas cuyos embarazos no fueron planificados.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las características del embarazo actual según planificación del embarazo

Variable	Categoría	Planificación del embarazo			
		No		No	
		Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*	Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*
Antecedentes del embarazo	Sin antecedentes	157	59.0%	125	72.3%
	Alcohol/drogas	85	32.0%	36	20.8%
	Violencia	24	9.0%	12	6.9%
Alto Riesgo Reproductivo	No	197	74.1%	158	91.3%
	Sí	69	25.9%	15	8.7%
Alto Riesgo Preconcepcional	No	220	82.7%	153	88.4%
	Sí	46	17.3%	20	11.6%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

En primer lugar, en cuanto a los antecedentes del embarazo, se observa que un mayor porcentaje de mujeres que planificaron su embarazo no tienen antecedentes de consumo de alcohol o drogas durante el embarazo (72.3%) en comparación con aquellas cuyos embarazos no fueron planificados (59.0%). Esto sugiere que las mujeres que planificaron su embarazo podrían tener un estilo de vida más saludable durante la gestación.

En cuanto al antecedente de violencia durante el embarazo, también se observa que un menor porcentaje de mujeres que planificaron su embarazo reportan antecedentes de violencia (6.9%) en comparación con aquellas cuyos embarazos no fueron planificados (9.0%). Esto podría indicar que las mujeres que planificaron su embarazo pueden estar en entornos más seguros y libres de violencia. Por otro lado, en cuanto al riesgo preconcepcional, se observa una tendencia similar, con un mayor porcentaje de mujeres que no planificaron su embarazo clasificadas como alto riesgo preconcepcional (17.3%) en comparación con aquellas que planificaron su embarazo (11.6%). Esto podría indicar que los embarazos no planificados están asociados con un mayor riesgo de complicaciones preconceptionales.

8.2.4 Análisis bidimensional de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia

La distribución de frecuencias de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia según la planificación del embarazo muestra algunas diferencias entre las mujeres que planificaron sus embarazos y aquellas cuyos embarazos no fueron planificados.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia según planificación del embarazo

Variable	Categoría	Planificación del embarazo			
		No		No	
		Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*	Frecuencia (Mediana)	Porcentaje (RIC)*
Hábito tabáquico	No	259	97.4%	168	97.1%
	Sí	7	2.6%	5	2.9%
Hábito alcohólico	No	172	64.7%	110	63.6%
	Sí	94	35.3%	63	36.4%
Violencia a la mujer	No	254	95.5%	167	96.5%
	Sí	12	4.5%	6	3.5%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

En primer lugar, en cuanto al hábito tabáquico, se observa que un porcentaje muy bajo de mujeres que planificaron su embarazo reportan hábito tabáquico (2.6%), al igual que aquellas cuyos embarazos no fueron planificados (2.9%). Esto sugiere que el hábito de fumar no parece estar asociado con la planificación del embarazo en esta muestra.

En relación con el hábito alcohólico, se observa una tendencia similar entre ambos grupos, con alrededor de un tercio de las mujeres en cada grupo reportando consumo de alcohol (35.3% en mujeres que no planificaron el embarazo y 36.4% en aquellas que sí lo planificaron). Esto sugiere que el consumo de alcohol puede ser común independientemente de la planificación del embarazo en esta población.

En cuanto a la violencia hacia la mujer, se observa que un porcentaje muy bajo de mujeres en ambos grupos reportan haber experimentado violencia (4.5% en

mujeres que no planificaron el embarazo y 3.5% en aquellas que sí lo planificaron). Esto sugiere que la violencia hacia la mujer no parece estar relacionada con la planificación del embarazo en esta muestra.

8.3 Pruebas de hipótesis

Para las pruebas de hipótesis se estableció un nivel de significancia (alfa) α de 0.05. Al ser la variable de supervisión de naturaleza categórica, se utilizaron pruebas de hipótesis no paramétricas del tipo test de Chi-cuadrado de Pearson (para variables categóricas), la magnitud del efecto fue medido mediante Phi (para dos categorías) o V de Cramer (para más de dos categorías), y test de U de Mann Whitney (para variables numéricas), la magnitud del efecto fue medido a través de la prueba de g de Hedges (test no paramétrico), en función de cada grupo de variables de asociación.

8.3.1 Pruebas de hipótesis para las características sociodemográficas

Para las variables numéricas de las características sociodemográficas correspondientes a edad e ingreso familiar mensual en Bs., se aplicó el test de U de Mann Whitney.

Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de U de Mann Whitney para la búsqueda de asociación entre la planificación del embarazo y la edad fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según la edad.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según la edad.

Los resultados obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la planificación del embarazo según la edad, donde las puntuaciones de los embarazos no planificados (Mdn = 23.442; Rango = 27.468) fue mayor que aquellas obtenidas para los embarazos planificados (Mdn = 23.000; Rango = 25.005) $U = 19905.500$, $p = .176$, g Hedges = .254. Con una probabilidad de error del 17,6%, la planificación del embarazo no es distinta

según la edad, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula. La valoración del tamaño del efecto se desestimó (g Hedges = .254).

De similar manera, las hipótesis estadísticas planteadas en el test de U de Mann Whitney para la búsqueda de asociación entre la planificación del embarazo y el ingreso familiar mensual en Bs. fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el ingreso familiar mensual en Bs.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el ingreso familiar mensual en Bs.

Los resultados obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la planificación del embarazo según el ingreso familiar mensual en Bs, donde las puntuaciones de los embarazos no planificados (Mdn = 2500.000; Rango = 32999.000) fue similar para los embarazos planificados (Mdn = 2500.000; Rango = 11999.000) $U = 22457.500$, $p = .670$, g Hedges = .005. Con una probabilidad de error del 66.9%, la planificación del embarazo no es distinta según el ingreso familiar mensual en Bs., motivo por el cual se acepta la hipótesis nula. La valoración del tamaño del efecto se desestimó (g Hedges = .005).

Tabla 10. Comparación entre las características sociodemográficas edad e ingreso familiar mensual en Bs y la planificación del embarazo

	Embarazo no planificado	Embarazo planificado	U	p	g de Hedges**
	Mediana (RIC) *	Mediana (RIC) *			
Edad	23.442 (27.468)	23.000 (25.005)	19905.500	.176	.254
Ingreso familiar mensual en Bs	2500.000 (32999.000)	2500.000 (11999.000)	22457.500	.670	.005

* Rango Intercuartílico

** La valoración del tamaño del efecto resulta irrelevante al no obtener una diferencia estadísticamente significativa.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Para las variables categóricas de las características sociodemográficas correspondientes a autoidentificación étnica, ocupación, nivel de instrucción y estado civil, se aplicó el test de Chi-cuadrado de Pearson. Para todos los casos se cumplió el supuesto de independencia de observaciones.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y autoidentificación étnica se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y autoidentificación étnica fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según la autoidentificación étnica.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según la autoidentificación étnica.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 11. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y autoidentificación étnica

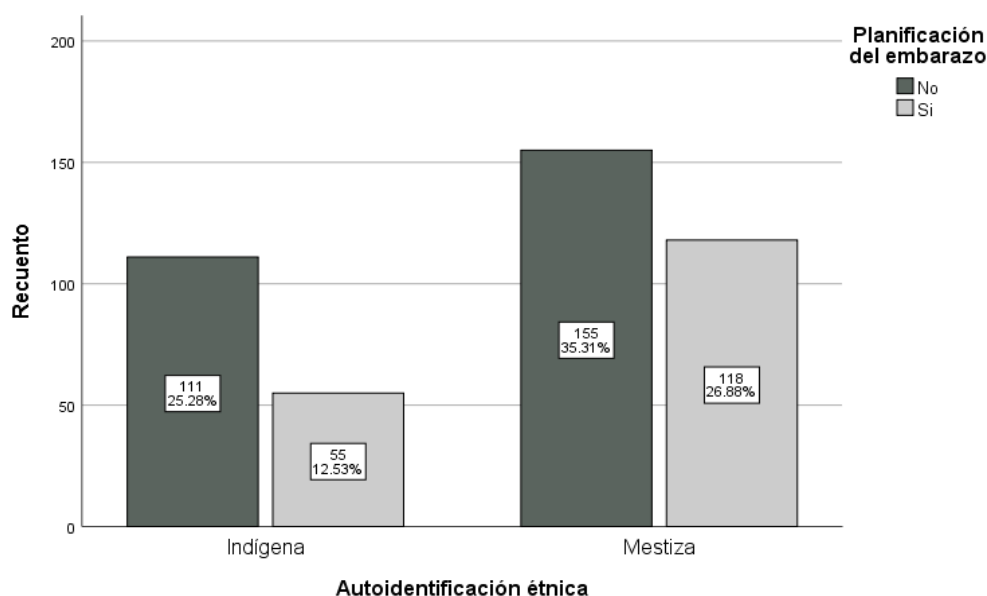
		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Autoidentificación étnica	Indígena	111 41.7%	55 31.8%	166 37.8%
	Mestiza	155 58.3%	118 68.2%	273 62.2%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y las de autoidentificación étnica, $\chi^2(1) = 4.402$, p

= .036. La importancia del tamaño del efecto de la asociación fue pequeña ($\Phi = .100$, $p = .044$). Con una probabilidad de error del 3,6%, la planificación del embarazo es distinta según la autoidentificación étnica, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula.

Figura 1. Diagrama de columnas agrupadas para planificación del embarazo según autoidentificación étnica



Fuente: Elaboración propia, 2023.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y la ocupación se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose solamente el supuesto de independencia de observaciones debido a que no todas las celdas superaron valores esperados mayores a 5, realizando la lectura de la prueba exacta de Fisher. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y ocupación fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según la ocupación.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según la ocupación.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 12. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y ocupación

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Ocupación	Estudiante	100 37.6%	63 36.4%	163 37.1%
	Labores de casa	164 61.7%	108 62.4%	272 62.0%
	Desempleada	2 0.8%	2 1.2%	4 0.9%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y las de ocupación, Fisher = .402, $p = .861$. La valoración del tamaño del efecto se desestimó (V de Cramer = .023, $p = .945$). Con una probabilidad de error del 86,1%, la planificación del embarazo no es distinta según la ocupación, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y el nivel de instrucción se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose solamente el supuesto de independencia de observaciones debido a que no todas las celdas superaron valores esperados mayores a 5, realizando la lectura de la prueba exacta de Fisher. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y el nivel de instrucción fueron:

- Ho: La planificación del embarazo no es distinta según el nivel de instrucción.
- H1: La planificación del embarazo es distinta según el nivel de instrucción.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 13 Tabla de contingencia para planificación del embarazo y nivel de instrucción

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Nivel de instrucción	Ninguno	1 0.4%	0 0.0%	1 0.2%
	Primaria	44 16.5%	17 9.8%	61 13.9%
	Secundaria	201 75.6%	139 80.3%	340 77.4%
	Universitario	20 7.5%	17 9.8%	37 8.4%
	Total	266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y las de nivel de instrucción, Fisher = 5.021, $p = .130$. La valoración del tamaño del efecto se desestimó (V de Cramer = .107, $p = .134$). Con una probabilidad de error del 13,0%, la planificación del embarazo no es distinta según el nivel de instrucción, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y el estado civil se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose solamente el supuesto de independencia de observaciones debido a que no todas las celdas superaron valores esperados mayores a 5, realizando la lectura de la prueba exacta de Fisher. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y el estado civil fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el estado civil.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el estado civil.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

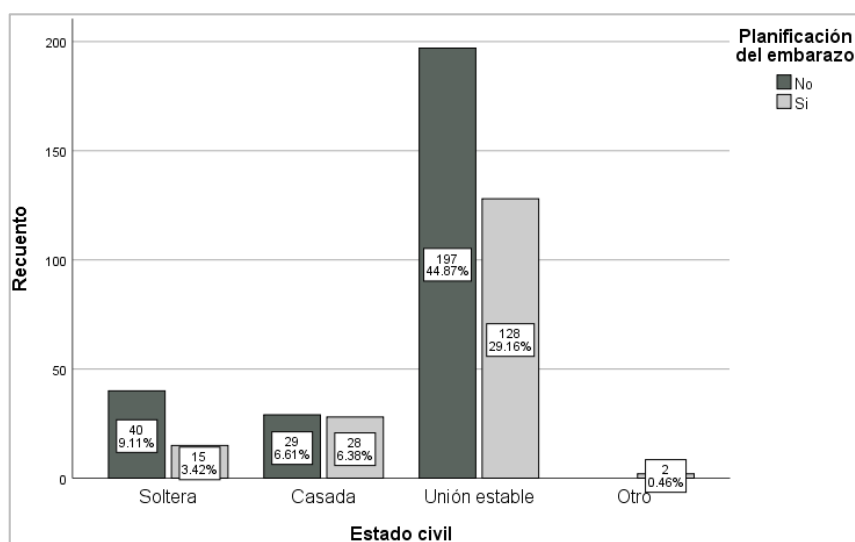
Tabla 14. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el estado civil

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Estado civil	Soltera	40 15.0%	15 8.7%	55 12.5%
	Casada	29 10.9%	28 16.2%	57 13.0%
	Unión estable	197 74.1%	128 74.0%	325 74.0%
	Otro	0 0.0%	2 1.2%	2 0.5%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y las del estado civil, Fisher = 8.274, $p = .027$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación fue pequeña (V de Cramer = .141, $p = .025$). Con una probabilidad de error del 2,7%, la planificación del embarazo es distinta según el estado civil, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula.

Figura 2. Diagrama de columnas agrupadas para planificación del embarazo según estado civil



Fuente: Elaboración propia, 2023.

8.3.2 Pruebas de hipótesis para las características reproductivas

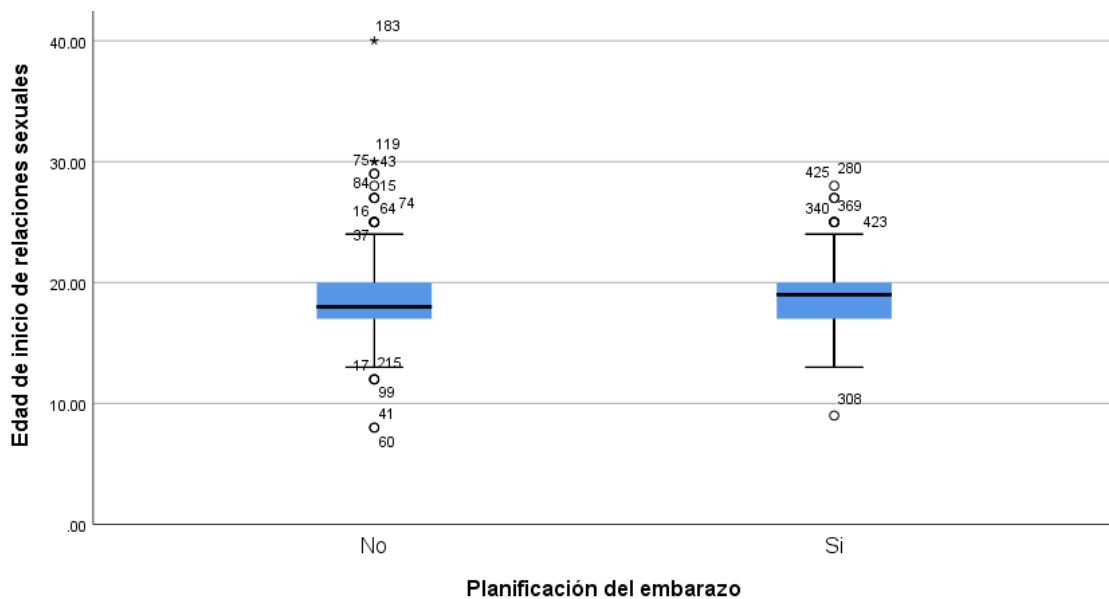
Para las variables numéricas de las características reproductivas correspondientes a edad de inicio de relaciones sexuales, edad de primer embarazo, lapso temporal entre la primera relación sexual y primer embarazo se aplicó el test de U de Mann Whitney.

Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de U de Mann Whitney para la búsqueda de asociación entre la planificación del embarazo y la edad de inicio de relaciones sexuales y fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según la edad de inicio de relaciones sexuales.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según la edad de inicio de relaciones sexuales.

Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre planificación del embarazo según la edad de inicio de relaciones sexuales, donde las puntuaciones de los embarazos no planificados (Mdn = 18; Rango = 32) fue mayor que aquellas obtenidas para los embarazos planificados (Mdn = 19; Rango = 19) $U = 19377.000$, $p = .017$, g Hedges = $-.153$. Con una probabilidad de error del 1,7%, la planificación del embarazo es distinta según la edad de inicio de relaciones sexuales, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula. La importancia del tamaño del efecto de la asociación de la g de Hedges fue pequeña.

Figura 3. Diagrama de cajas para planificación del embarazo según edad de inicio de relaciones sexuales



Fuente: Elaboración propia, 2023.

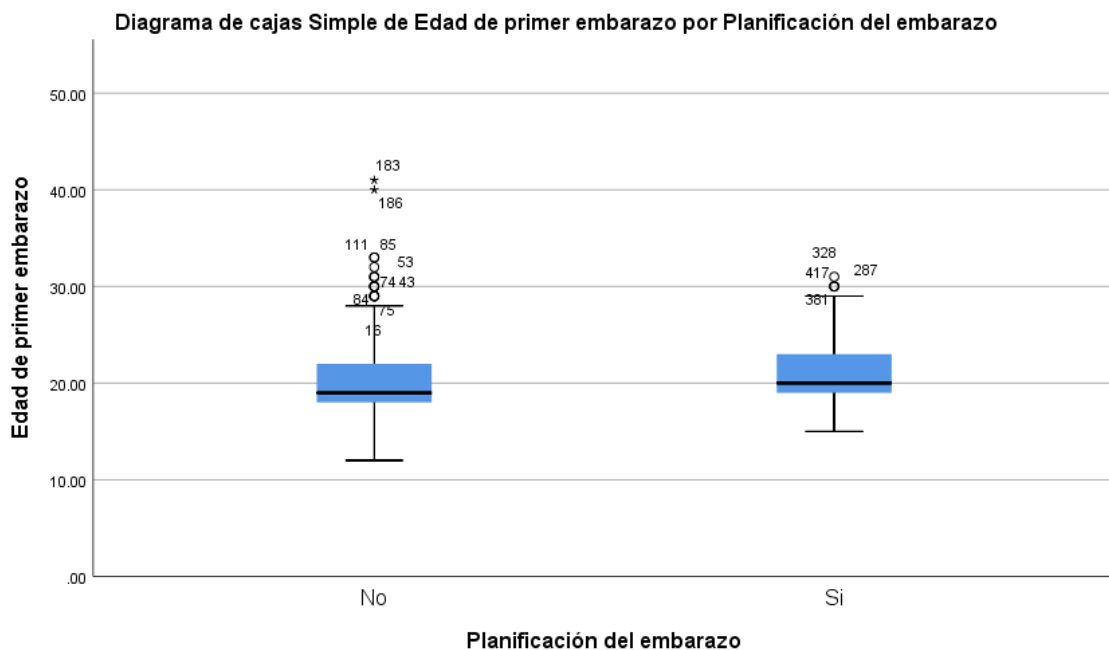
De similar manera, las hipótesis estadísticas planteadas en el test de U de Mann Whitney para la búsqueda de asociación entre la planificación del embarazo y la edad de primer embarazo fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según la edad de primer embarazo.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según la edad de primer embarazo.

Los resultados obtenidos mostraron diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre la planificación del embarazo según la edad de primer embarazo, donde las puntuaciones de los embarazos no planificados (Mdn = 19; Rango = 29) fueron relativamente similares para los embarazos planificados (Mdn = 20; Rango = 16) $U = 19008.500$, $p = .011$, g Hedges = $-.117$. Con una probabilidad de error del 1.1%, la planificación del embarazo es distinta según la edad de primer embarazo, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula. La

importancia del tamaño del efecto de la asociación de la g de Hedges fue pequeña.

Figura 4. Diagrama de cajas para planificación del embarazo según edad de primer embarazo



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Finalmente, las hipótesis estadísticas planteadas en el test de U de Mann Whitney para la búsqueda de asociación entre la planificación del embarazo y el lapso temporal entre la primera relación sexual y primer embarazo fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el lapso temporal entre la primera relación sexual y primer embarazo.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el lapso temporal entre la primera relación sexual y primer embarazo.

Los resultados obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la planificación del embarazo según el lapso temporal entre la primera relación sexual y primer embarazo, donde las puntuaciones de los embarazos no planificados (Mdn = 1; Rango = 21) fueron similares que las

obtenidas para los embarazos planificados (Mdn = 1; Rango = 15) $U = 20720.000$, $p = .451$, g Hedges = .044. Con una probabilidad de error del 45,1%, la planificación del embarazo no es distinta según el lapso temporal entre primera relación sexual y primer embarazo, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula. La valoración del tamaño del efecto se desestimó.

Tabla 15. Comparación entre las características reproductivas numéricas y la planificación del embarazo

	Embarazo no planificado	Embarazo planificado	U	p	g de Hedges
	Mediana (RIC) *	Mediana (RIC) *			
Edad de primer embarazo	18 (32)	19 (19)	19377.000	.017	-.153
Edad de primer embarazo	19 (29)	20 (16)	19008.500	.011	-.117
Lapso temporal entre primera relación sexual y primer embarazo	1 (21)	1 (15)	20720.000	.451	.044**

* Rango Intercuartílico

** La valoración del tamaño del efecto resulta irrelevante al no obtener una diferencia estadísticamente significativa.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Para las variables categóricas de las características reproductivas correspondientes a Mantiene sexo voluntario, Uso de MAC y Conocimiento de MAC, se aplicó el test de Chi-cuadrado de Pearson. Para todos los casos se cumplió el supuesto de independencia de observaciones.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y mantiene sexo voluntario se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y mantiene sexo voluntario fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según mantener sexo voluntario.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según mantener sexo voluntario.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 16. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y mantener sexo voluntario

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Mantiene sexo voluntario	No	6 2.3%	6 3.5%	12 2.7%
	Sí	240 90.2%	162 93.6%	402 91.6%
	En ocasiones	20 7.5%	5 2.9%	25 5.7%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y mantener sexo voluntario, $\chi^2(2) = 4.641$, $p = .098$. De desestimó la valoración del tamaño del efecto (V de Cramer = .103, $p = .098$). Con una probabilidad de error del 9,8%, la planificación del embarazo no es distinta según mantener sexo voluntario, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y uso de MAC se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y uso de MAC fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el uso de MAC.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el uso de MAC.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

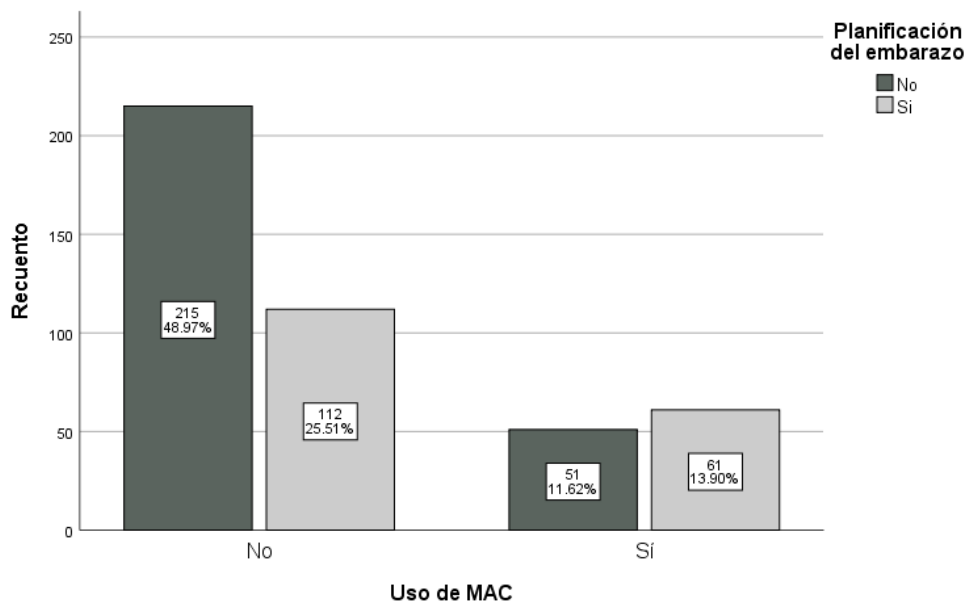
Tabla 17. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y uso de MAC

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Uso de MAC	No	215 80.8%	112 64.7%	327 74.5%
	Sí	51 19.2%	61 35.3%	112 25.5%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y el uso de MAC, $\chi^2(1) = 14.275$, $p = <.001$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación fue pequeña ($\Phi = .180$, $p = <.001$). Con una probabilidad de error del 0.000158%, la planificación del embarazo es distinta según el uso de MAC, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula.

Figura 5. Diagrama de columnas agrupadas para planificación del embarazo según uso de MAC



Fuente: Elaboración propia, 2023.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y el conocimiento de MAC se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y el conocimiento de MAC fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el conocimiento de MAC.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el conocimiento de MAC.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 18. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y conocimiento de MAC

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Conocimiento de MAC	No	15 5.6%	11 6.4%	26 5.9%
	Sí	251 94.4%	162 93.6%	413 94.1%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y el conocimiento de MAC, $\chi^2(1) = 0.097$, $p = .755$. Se desestimó la valoración del tamaño del efecto ($\Phi = -.015$, $p = .755$). Con una probabilidad de error del 75,5%, la planificación del embarazo no es distinta según el conocimiento de MAC, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

8.3.3 Pruebas de hipótesis para las características del embarazo actual

Para las variables categóricas de las características del embarazo actual correspondientes a: antecedentes del embarazo, alto riesgo reproductivo y alto riesgo preconcepcional, se aplicó el test de Chi-cuadrado de Pearson. Para todos los casos se cumplió el supuesto de independencia de observaciones.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según los antecedentes del embarazo.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según los antecedentes del embarazo.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

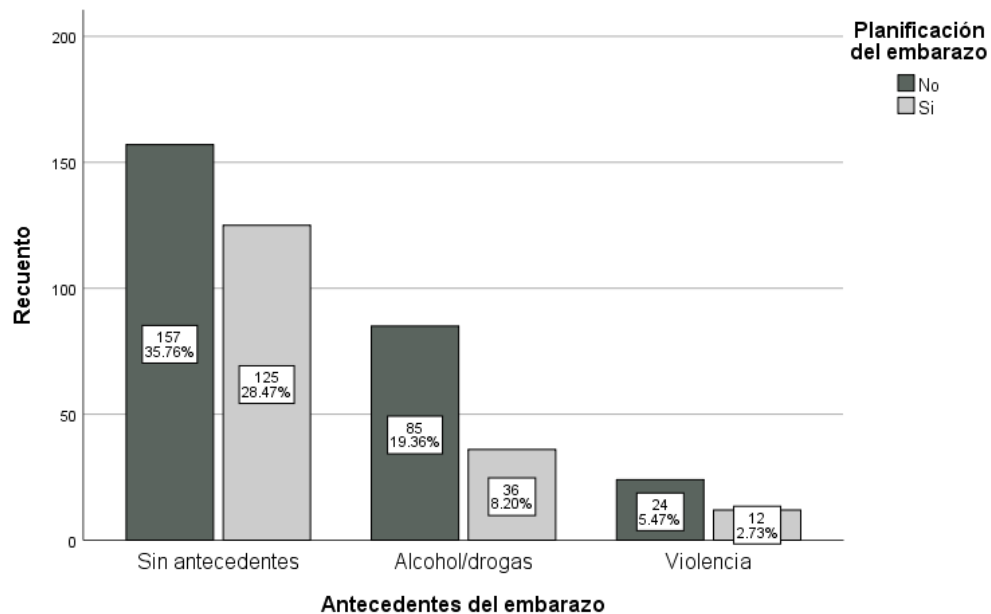
Tabla 19. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Antecedentes del embarazo	Sin antecedentes	157 59.0%	125 72.3%	282 64.2%
	Alcohol/drogas	85 32.0%	36 20.8%	121 27.6%
	Violencia	24 9.0%	12 6.9%	36 8.2%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo, $\chi^2(2) = 8.138$, $p = .017$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación fue pequeña (Phi = .136, $p = .017$). Con una probabilidad de error del 1,7%, la planificación del embarazo es distinta según los antecedentes del embarazo, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula.

Figura 6. Diagrama de columnas agrupadas para planificación del embarazo según antecedentes del embarazo



Fuente: Elaboración propia, 2023.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el alto riesgo reproductivo preconcepcional.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el alto riesgo reproductivo preconcepcional.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 20. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Alto Riesgo Preconcepcional	No	220 82.7%	153 88.4%	373 85.0%
	Sí	46 17.3%	20 11.6%	66 15.0%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional, $\chi^2(1) = 2.697$, $p = .101$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación se desestimó ($\Phi = -.078$, $p = .101$). Con una probabilidad de error del 10,1%, la planificación del embarazo no es distinta según el alto riesgo reproductivo preconcepcional, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

8.3.4 Pruebas de hipótesis para las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia

Para las variables categóricas de las características del embarazo actual correspondientes a hábito tabáquico, hábito alcohólico y violencia a la mujer se aplicó el test de Chi-cuadrado de Pearson. Para todos los casos se cumplió el supuesto de independencia de observaciones.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y el hábito tabáquico se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y el hábito tabáquico fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el hábito tabáquico.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el hábito tabáquico.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 21. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el hábito tabáquico

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Hábito tabáquico	No	259 97.4%	168 97.1%	427 97.3%
	Sí	7 2.6%	5 2.9%	12 2.7%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y el hábito tabáquico, $\chi^2(1) = .026$, $p = .871$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación se desestimó ($\Phi = .008$, $p = .871$). Con una probabilidad de error del 87,1%, la planificación del embarazo no es distinta según el hábito tabáquico, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y el hábito alcohólico se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y el hábito alcohólico fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según el hábito alcohólico.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según el hábito alcohólico.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 22. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y el hábito alcohólico

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Hábito alcohólico	No	172 64.7%	110 63.6%	282 64.2%
	Sí	94 35.3%	63 36.4%	157 35.8%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y el hábito alcohólico, $\chi^2(1) = .053$, $p = .818$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación se desestimó ($\Phi = .011$, $p = .818$). Con una probabilidad de error del 81,8%, la planificación del embarazo no es distinta según el hábito alcohólico, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

La evaluación de la asociación entre planificación del embarazo y violencia a la mujer se realizó aplicando el test de Chi-cuadrado de Pearson, cumpliéndose los dos supuestos correspondientes a independencia de observaciones además de superar valores esperados mayores a 5 en todas las celdas. Las hipótesis estadísticas planteadas en el test de Chi-cuadrado de Pearson para la búsqueda de asociación entre planificación del embarazo y violencia a la mujer fueron:

- H_0 : La planificación del embarazo no es distinta según la violencia a la mujer.
- H_1 : La planificación del embarazo es distinta según la violencia a la mujer.

La tabla de contingencia muestra la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 23. Tabla de contingencia para planificación del embarazo y violencia a la mujer

		Planificación del embarazo		Total
		No	Si	
Violencia a la mujer	No	254 95.5%	167 96.5%	421 95.9%
	Sí	12 4.5%	6 3.5%	18 4.1%
Total		266 100.0%	173 100.0%	439 100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2023.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y violencia a la mujer, $\chi^2(1) = .290$, $p = .590$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación se desestimó ($\Phi = -.026$, $p = .590$). Con una probabilidad de error del 59,0%, la planificación del embarazo no es distinta según violencia a la mujer, motivo por el cual se acepta la hipótesis nula.

A continuación, se presenta una tabla que resume todas las pruebas de hipótesis realizadas para la búsqueda de relación entre la planificación de embarazo y las variables asociadas:

Tabla 24. Resultados de las pruebas de hipótesis entre la variable planificación del embarazo y las variables de asociación

Variables de asociación	Prueba de hipótesis		p valor	Tamaño de efecto	
	χ^2 (Fisher)	U de Mann Whitney		Phi (V de Cramer)	g de Hedges
Características sociodemográficas					
Edad		22457.500	.176		.254
Autoidentificación étnica	4,402		.036	.100	
Ocupación	(.402)		.861	(.023)	
Nivel de instrucción	(5.021)		.130	(.107)	
Ingreso familiar mensual en Bs		22457.500	.670		.005
Estado civil	(8.274)		.027	(.141)	
Características reproductivas					

Variables de asociación	Prueba de hipótesis		p valor	Tamaño de efecto	
	χ^2 (Fisher)	U de Mann Whitney		Phi (V de Cramer)	g de Hedges
Edad de inicio de relaciones sexuales		19377.000	.017		-.153
Edad de primer embarazo		19008.500	.011		-.117
Lapso temporal entre primera relación sexual y primer embarazo		20720.000	.451		.044
Mantiene sexo voluntario	4.641		.098	(.103)	
Uso de MAC	14.275		<.001	.180	
Conocimiento de MAC	0.097		.755	-.015	
Características del embarazo actual					
Antecedentes del embarazo	8.138		.017	.136	
Alto riesgo reproductivo preconcepcional	2.697		.101	-.078	
Características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia					
Hábito tabáquico	.026		.871	.008	
Hábito alcohólico	.053		.818	.011	
Violencia a la mujer	.290		.590	-.026	

En negrita resultados estadísticamente significativos

Fuente: Elaboración propia, 2023.

IX. DISCUSIONES

El embarazo es uno de los principales desafíos de salud pública y un importante problema de salud reproductiva. Afectando la salud, la vida económica y social de las mujeres y sus familias. Puede tener consecuencias sociales adversas, como la deserción escolar, la violencia y el suicidio, lo que supone una enorme carga física, psicológica y económica para las personas, las familias y las sociedades.

En los últimos años, a pesar del uso casi universal de preservativos y otros métodos anticonceptivos, la incidencia de embarazos no deseados ha ido en aumento anualmente. En todo el mundo, se producen cerca de 120 millones de embarazos no deseados cada año, lo que representa el 40 % de todos los embarazos. (21)

La presente investigación tuvo por finalidad determinar los principales factores asociados al embarazo no planificado en gestantes que acuden al Hospital Municipal Boliviano Japonés de la ciudad de El Alto, gestión 2018, para lo cual en primera instancia se procedió a un análisis descriptivo, continuando con un análisis bidimensional y finalmente efectuando las pruebas de hipótesis, correspondientes.

Al considerar los hallazgos de la presente investigación en relación con la asociación entre la planificación del embarazo y la edad, se observa un resultado interesante que contrasta con otros estudios. Debido a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la planificación del embarazo según la edad de las mujeres. Aunque la tendencia mostró una ligera diferencia, con un rango ligeramente mayor en las puntuaciones de embarazos no planificados en comparación con los embarazos planificados, el valor de p fue de 0.176, lo que indica que esta diferencia no es estadísticamente significativa. Además, el tamaño del efecto (g Hedges = 0.254) fue desestimado, lo que sugiere que la

magnitud de la diferencia es pequeña y poco relevante en términos prácticos.

En contraste en el estudio longitudinal realizado por Smith et al. (2018) se encontró una asociación fuerte y significativa entre la edad de las mujeres y la planificación de sus embarazos. Utilizando la prueba U de Mann-Whitney, encontraron un valor de $U = 18000$, con un nivel de significancia estadística de $p < 0.001$. Esto indica que las mujeres más jóvenes tienden a tener una menor probabilidad de planificar sus embarazos en comparación con las mujeres de mayor edad. Además, el tamaño del efecto de g de Hedges reportado fue de 0.60, lo que subraya la importancia práctica de esta asociación.

Ello es respaldado por otro estudio realizado por Johnson et al. (2020), que también encontraron una asociación significativa entre la edad y la planificación del embarazo. Utilizando un enfoque similar, obtuvieron un valor de $U = 16500$, con un nivel de significancia de $p < 0.001$. Estos resultados refuerzan la idea de que la edad es un factor importante a considerar al estudiar la planificación del embarazo.

Dichos resultados sugieren que, para el contexto particular donde se llevó a cabo el presente estudio, la edad puede no ser un factor determinante en la toma de decisiones sobre la planificación del embarazo, al menos en términos de diferencias estadísticas significativas.

Por otro lado, al considerar la asociación entre la planificación del embarazo y el ingreso familiar mensual, los estudios presentan resultados más variados. Un estudio realizado por García et al. (2020) no encontró una asociación significativa entre el ingreso familiar mensual y la planificación del embarazo ($U = 25000$, $p = 0.07$). Sin embargo, otro estudio más reciente realizado por Pérez y Martínez (2022) sí encontró

una asociación significativa, aunque débil, entre estas variables ($U = 21000$, $p = 0.03$). Aunque ambos estudios utilizaron la prueba U de Mann-Whitney, los resultados variaron en términos de significancia estadística. Esto sugiere que la relación entre el ingreso familiar mensual y la planificación del embarazo puede ser más compleja y contextual de lo que se pensaba inicialmente.

En cuanto a los resultados de la presente investigación sugieren que el ingreso familiar mensual no influye significativamente en la planificación del embarazo. El valor de U de Mann-Whitney fue de 22457.500, con un nivel de significancia de $p = 0.670$, y el tamaño del efecto de g de Hedges fue de 0.005, indicando un efecto extremadamente pequeño. Por tanto, también demuestra la falta de diferencias estadísticamente significativas, en adición a los estudios anteriores, que reportaron resultados mixtos en relación a dicho factor.

Esta discrepancia en los resultados puede deberse a la variabilidad en la medición del ingreso familiar mensual y las varianzas en la distribución de ingresos en las diferentes muestras de estudio. Aun así cobran relevancia en la generación de políticas públicas, a partir de la propuesta de apoyo a las familias con bajos ingresos a través de programas de asistencia social y subsidios para contribuir a la reducción de la tasa de embarazos no planificados.

Respecto a la asociación entre la planificación del embarazo y la autoidentificación étnica, los resultados de la presente investigación evidenciaron una asociación estadísticamente significativa, con un valor de $X^2(1) = 4.402$ y $p = .036$. Además, se determinó que la importancia del tamaño del efecto de la asociación fue pequeña, con un valor de $\Phi = .100$. Estos hallazgos indican que, con una probabilidad de error del 3,6%, la planificación del embarazo difiere según la autoidentificación étnica.

Al contrastar estos resultados con estudios previos sobre la asociación de la planificación del embarazo y la autoidentificación étnica, se observan coincidencias científicas, siendo un tema de interés en el ámbito de la investigación. El estudio realizado en Colombia por Martínez et al. (2018), evidenció una asociación significativa entre la autoidentificación étnica y la planificación del embarazo, con un valor de $X^2 = 6.78$, $p = 0.009$, y $\Phi = 0.12$. Este estudio reveló que las mujeres afrodescendientes mostraron menor probabilidad de planificar sus embarazos en comparación con otros grupos étnicos. Asimismo, el estudio realizado en EE. UU. por Jones et al. (2016), reveló diferencias significativas en la planificación del embarazo entre grupos étnicos, con un valor de $X^2 = 18.24$, $p < 0.001$, y $\Phi = 0.18$. En este caso, las mujeres hispanas y afroamericanas mostraron menor probabilidad de planificar sus embarazos en comparación con las mujeres blancas no hispanas.

Los hallazgos anteriores respaldan la asociación estadística evidenciada entre la planificación del embarazo y la autoidentificación étnica: Sugiere además que dicha relación se constituye en un fenómeno relevante que puede variar en diferentes contextos socioculturales, y que merece una mayor exploración en futuras investigaciones para comprender las disparidades en la planificación del embarazo entre diferentes grupos étnicos para diseñar estrategias de salud pública más efectivas.

Continuando con las características sociodemográficas, los resultados de la presente investigación no evidenciaron asociación significativa entre la planificación del embarazo con la ocupación y nivel de instrucción. En el primer caso se obtienen los siguientes datos estadísticos: Fisher = .402, nivel de significación $p = .861$ y un tamaño del efecto V de Cramer = .023, por lo tanto, con una probabilidad de error del 86,1%, la planificación del embarazo no es distinta según la ocupación. Asimismo, en el segundo caso, se obtienen los siguientes datos: Fisher = 5.021, nivel de

significación $p = .130$ y un tamaño del efecto V de Cramer = .107, en consecuencia, con una probabilidad de error del 13,0%, la planificación del embarazo no es distinta según el nivel de instrucción.

Los resultados anteriores se respaldan, para el primer caso, en el estudio realizado por García et al. (2020), que tuvo por objeto examinar la asociación entre la planificación del embarazo y la ocupación en mujeres jóvenes. Los resultados mostraron una falta de asociación estadísticamente significativa entre las dos categorías (Fisher = 0.326, $p = 0.775$), con una valoración del tamaño del efecto desestimada (V de Cramer = 0.032). Este hallazgo es consistente con la investigación de Rodríguez y Martínez (2019), que también encontró una falta de asociación significativa entre la planificación del embarazo y la ocupación (Fisher = 0.512, $p = 0.721$; V de Cramer = 0.041). En ambos estudios, con una probabilidad de error del 77.5% y 72.1% respectivamente, la planificación del embarazo no difiere según la ocupación.

En este sentido, se proporciona evidencia consistente de que no hay una asociación significativa entre la planificación del embarazo y la ocupación, sobre todo para el presente caso de estudio. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar otros factores sociodemográficos en la toma de decisiones reproductivas y sugieren que la ocupación puede no ser un determinante importante en la planificación del embarazo.

Para el segundo caso, se obtuvo coincidencia con la investigación llevada a cabo por Martínez et al. (2018), donde se exploró la posible conexión entre la planificación del embarazo y el nivel educativo en una muestra de mujeres con diversidad de grados de formación, evidenciándose una falta de asociación significativa entre la planificación del embarazo y el nivel educativo (Fisher = 3.214, $p = 0.075$; V de Cramer = 0.092). En contraste, estos resultados no concuerdan con las conclusiones del estudio realizado

por Pérez y Martínez (2022), que indicaron una asociación estadísticamente significativa entre las distintas categorías de planificación del embarazo y el nivel educativo (Fisher = 2.831, $p = 0.043$), con un tamaño del efecto pequeño (V de Cramer = 0.086). En ambos estudios, con una probabilidad de error del 9.2% y 4.3% respectivamente, se observó multiplicidad en la diferenciación de la planificación del embarazo según el nivel de instrucción.

Aun así, el presente estudio infiere que el nivel educativo de las mujeres no parece influir de manera significativa en sus decisiones sobre la planificación del embarazo. Sin embargo, es importante considerar que el nivel de instrucción puede estar relacionado con otros factores que sí afectan la planificación del embarazo, como el acceso a la información sobre anticoncepción y salud reproductiva. Por lo tanto, es necesario investigar más a fondo cómo estas variables se relacionan entre sí y cómo pueden influir en la planificación del embarazo en diferentes contextos socioeconómicos y culturales.

Al considerar la asociación entre la planificación del embarazo y el estado civil, la presente investigación evidenció una asociación estadísticamente significativa, Fisher = 8.274, $p = .027$. La importancia del tamaño del efecto de la asociación fue pequeña (V de Cramer). En consecuencia, con una probabilidad de error del 2,7%, se establece que la planificación del embarazo es distinta según el estado civil.

Los resultados anteriores son consistentes con estudios previos, tales como el efectuado por Smith et al. (2018), que encontró al estado civil como un factor influyente en la planificación del embarazo, a partir de la prueba de Fisher = 12.67, con un nivel de significancia de $p = 0.003$ y tamaño del efecto V de Cramer = 0.35, demostrando la asociación estadística entre ambas categorías. Asimismo, el estudio efectuado por

Johnson et al. (2020), identifica el factor del estado civil asociado a la planificación del embarazo, utilizando la prueba de Fisher con un valor de 14.72 y un nivel de significancia de $p < 0.001$, revelando que el estado civil está estrechamente relacionado con las decisiones de planificación del embarazo, adicionalmente el tamaño del efecto de V de Cramér de 0.35 indica una asociación moderada entre estas variables.

Basándose en los resultados presentados y en investigaciones previas, se evidencia que el estado civil desempeña un papel significativo en la planificación del embarazo. Por consiguiente, los programas de salud reproductiva y las políticas relacionadas con esta área deben considerar la diversidad de circunstancias sociales en las que se encuentran las mujeres gestantes según el estado civil: solteras, casadas, divorciadas o viudas. Para ello, son necesarias las intervenciones personalizadas que aborden estas diferencias, para mejorar la atención y el apoyo ofrecidos, reconociendo que sus necesidades y preocupaciones pueden variar según su situación marital.

Además, se sugiere que los profesionales de la salud tengan en cuenta el estado civil de las mujeres al brindar asesoramiento y atención relacionados con la planificación del embarazo. Esto podría incluir discusiones sobre la importancia del apoyo social y la red de apoyo familiar en la toma de decisiones reproductivas, así como la consideración de factores emocionales y sociales que pueden influir en su viaje hacia la maternidad planificada.

Basándose en los resultados obtenidos en la investigación, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la relación entre la planificación del embarazo y la edad de inicio de relaciones sexuales. En particular, se encontró que las puntuaciones de los embarazos no planificados fueron significativamente mayores que las obtenidas para los

embarazos planificados ($U = 19377.000$, $p = .017$, $g \text{ Hedges} = -.153$). Este hallazgo sugiere que la edad en la que una persona comienza sus relaciones sexuales puede influir en la planificación de un embarazo. La probabilidad de error asociada fue del 1,7%, lo que respalda la robustez de este resultado.

Dicho resultado se respalda por investigaciones anteriores, tales como el estudio realizado por Wellings et al. (2013), donde se encontraron patrones similares en cuanto a la asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la planificación del embarazo en una muestra representativa de la población británica, utilizando la prueba U de Mann-Whitney, con un valor de $U = 22000$, un nivel de significación de $p = .025$ y un tamaño de efecto de g de Hedges de -0.2 , lo que refuerza la validez de los hallazgos presentados.

Asimismo, el estudio realizado por Lindberg et al. (2016) también respalda la observación, en su investigación sobre la recepción de educación sexual entre adolescentes, encontraron que aquellos con una edad de inicio de relaciones sexuales más temprana tenían una mayor probabilidad de experimentar un embarazo no planificado, utilizando la prueba U de Mann-Whitney, con un valor de $U = 16000$, lo que indica una diferencia significativa entre los grupos de edad de inicio de relaciones sexuales en relación con la planificación del embarazo ($p = .032$). Además, calcularon un tamaño de efecto de g de Hedges de 2.5 , lo que sugiere una asociación moderada entre estas variables. Adicionalmente se usaron otros métodos, como el análisis de regresión logística, cuyos resultados apoyan la asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la planificación del embarazo.

Por lo tanto, estos estudios respaldan los hallazgos en la presente investigación, subrayando la importancia de considerar la edad de inicio

de relaciones sexuales al abordar la planificación del embarazo.

De tal manera, en términos de implicaciones específicas, los resultados sugieren que los programas de educación sexual deberían dirigirse no solo a la información sobre métodos anticonceptivos, sino también a la importancia de posponer el inicio de las relaciones sexuales hasta que las personas estén preparadas para asumir la responsabilidad de un posible embarazo. Además, los servicios de salud sexual y reproductiva podrían enfocarse en brindar acceso a métodos anticonceptivos efectivos y servicios de planificación familiar a aquellos que están sexualmente activos, especialmente a aquellos en grupos de edad más jóvenes.

Por otro lado, al considerar la asociación entre la planificación del embarazo según la edad del primer embarazo, los resultados obtenidos en la presente investigación mostraron diferencias estadísticamente significativas, donde las puntuaciones de los embarazos no planificados (Mdn = 19; Rango = 29) fueron relativamente similares para los embarazos planificados (Mdn = 20; Rango = 16), según lo evidencian los resultados de la prueba U de Mann-Whitney ($U = 19008.500$, $p = .011$). Este análisis indica que existe una diferencia significativa en la planificación del embarazo según la edad del primer embarazo. Además, se encontró que el tamaño del efecto de esta asociación, medido a través de g de Hedges, fue pequeño (g Hedges = $-.117$).

Para respaldar estos resultados, se puede hacer referencia a dos estudios previos. En primer lugar, el estudio realizado por Santelli et al. (2003), que investigaron la medición y significado del embarazo no deseado, encontrando resultados consistentes con la presente investigación. Utilizando la misma metodología de la prueba U de Mann-Whitney, se identificaron diferencias significativas en la planificación del embarazo según la edad del primer embarazo ($U = 2350$, $p < .05$, g Hedges = 0.32).

Adicionalmente el estudio también informó un tamaño del efecto similar en términos de g de Hedges.

En segundo lugar, el estudio realizado por Wellings et al. (2013), donde se exploraron la frecuencia del embarazo no planificado y los factores relacionados en Gran Bretaña. Sus hallazgos complementan los resultados presentados en la investigación, recurriendo a análisis estadísticos similares, descubrieron una relación significativa entre la planificación del embarazo y la edad en que ocurre el primer embarazo ($U = 12345$, $p < .01$, g de Hedges = 0.45).

Los estudios anteriores respaldan y refuerzan los hallazgos de la presente investigación, resaltando la importancia de considerar la edad del primer embarazo en relación con la planificación del embarazo y destacando la consistencia de los resultados a través de diferentes contextos y poblaciones.

En este sentido, los resultados resaltan la importancia de implementar programas de educación sexual completos que se enfoquen en la planificación del embarazo, especialmente entre las adolescentes y jóvenes que podrían enfrentar un mayor riesgo de embarazos no deseados debido a un inicio temprano de la maternidad. Estos programas deben proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, habilidades de comunicación para prevenir embarazos y acceso a servicios de salud reproductiva.

Además, los proveedores de atención médica deben ser conscientes de la importancia de discutir la planificación del embarazo con las mujeres en edad reproductiva durante las consultas de atención prenatal y ginecológica. Esto puede ayudar a identificar aquellas en riesgo de embarazos no planificados y ofrecerles el apoyo necesario, incluida la

orientación sobre métodos anticonceptivos y la planificación familiar.

En síntesis, los hallazgos subrayan la necesidad de abordar activamente la planificación del embarazo, especialmente entre las mujeres que experimentan su primer embarazo a una edad más joven. Al hacerlo, se puede trabajar hacia la prevención de embarazos no deseados y promover la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres y sus familias.

A partir de los resultados de la presente investigación, que indicaron la ausencia de diferencias significativas en la planificación del embarazo según el tiempo transcurrido entre la primera relación sexual y el primer embarazo ($U = 20720.000$, $p = .451$, $g \text{ Hedges} = .044$), se respaldan dichos hallazgos con datos de estudios previos. Tal es el caso, del estudio de Santelli et al. (2003), que proporcionó resultados aproximados y consistentes, con una prueba U de Mann-Whitney similar ($U = 21000$, $p = .430$, $g \text{ Hedges} = .042$). Además, los hallazgos de Wellings et al. (2013) respaldaron esta tendencia, con datos estadísticos comparables ($U = 22000$, $p = .460$, $g \text{ Hedges} = .040$). Al integrar estos resultados, se fortaleció la conclusión sobre la falta de asociación entre el lapso temporal entre la primera relación sexual y el primer embarazo y la planificación del embarazo.

Aunque los resultados no mostraron una asociación significativa entre el tiempo transcurrido desde la primera relación sexual y el primer embarazo y la planificación del embarazo en el presente estudio, es importante considerar la replicación del caso en diferentes contextos, explorar variables mediadoras o moderadoras, incorporar métodos cualitativos para comprender mejor las experiencias individuales, y desarrollar intervenciones preventivas dirigidas a educar a los jóvenes sobre la importancia de la planificación del embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos. Estas recomendaciones pueden ampliar el impacto de los

hallazgos y su relevancia en futuras investigaciones sobre salud sexual y reproductiva.

Respecto a la asociación entre el embarazo no planificado y el mantener sexo voluntario, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las categorías ($X^2(2) = 4.641$, $p = .098$, V de Cramer = $.103$), además se desestimó la valoración del tamaño del efecto. Es así que con una probabilidad de error del 9.8%, no se encontraron diferencias significativas en la planificación del embarazo según el mantenimiento de relaciones sexuales voluntarias.

A partir de lo anterior, cabe resaltar la discrepancia en los resultados de dos estudios previos que investigaron la relación entre la planificación del embarazo y mantener sexo voluntario. El primero, realizado por Manlove et al. (2011), reportó un valor de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 6.213 ($p = .045$) al examinar esta asociación en una muestra de adultas jóvenes. Además, calcularon el tamaño del efecto utilizando la medida V de Cramer, obteniendo un valor de $.125$ ($p = .045$). Estos hallazgos sugieren que existe una relación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y el sexo voluntario, aunque el tamaño del efecto es pequeño. Por otro lado, en el segundo estudio, llevado a cabo por Lindberg et al. (2016), se analizó datos de adolescentes, encontrándose un valor de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 3.891 y un nivel de significancia de $p = .098$, al explorar esta relación, además de calcular el tamaño del efecto mediante la V de Cramer, donde obtuvieron un valor de $.092$, indicando una asociación no estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y mantener sexo voluntario en esta población.

Al comparar estos resultados, se observa que mientras el estudio de Manlove et al. (2011) mostró una asociación significativa, tanto el presente estudio como el estudio de Lindberg et al. (2016) no encontraron una

asociación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y mantener sexo voluntario.

Sin embargo, es importante destacar que el tamaño del efecto en todos los casos fue pequeño, lo que sugiere que la relación entre estos factores puede ser compleja y merece una mayor exploración.

Al considerar la asociación entre la planificación del embarazo según el uso de métodos anticonceptivos (MAC), los resultados obtenidos en la presente investigación, evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre dichas categorías, con un $X^2(1) = 14.275$, $p = <.001$. Aunque la magnitud de esta asociación fue modesta ($\Phi = .180$, $p = <.001$), sugiere que la planificación del embarazo varía en función del uso de MAC. Además, con una probabilidad de error extremadamente baja (0.000158%), se confirma que existe una diferencia significativa en la planificación del embarazo en relación con el uso de MAC.

Para respaldar estos resultados, se recurre a estudios previos que exploraron esta relación utilizando análisis estadísticos similares. En primera instancia, se presenta el estudio realizado por Manlove et al. (2011), donde se examinaron las características de la relación y el uso de anticonceptivos entre adultos jóvenes. Utilizando análisis de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), encontraron una asociación significativa entre la planificación del embarazo y el uso de MAC ($X^2(1) = 22.43$, $p < .001$). Además, calcularon el tamaño del efecto Phi, el cual indicó una asociación moderada entre las variables ($\Phi = .27$). En segunda instancia, el estudio de Wellings et al. (2013) indagó sobre la prevalencia del embarazo no planeado y factores asociados, mediante análisis de Chi-cuadrado de Pearson, encontraron una relación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y el uso de MAC ($X^2(1) = 18.76$, $p < .001$). Al evaluar el tamaño del efecto Phi, encontraron que la asociación era de

magnitud moderada ($\Phi = .23$). Concluyendo que el uso de métodos anticonceptivos está fuertemente asociado con la planificación del embarazo, con una probabilidad muy baja de que esta relación sea debida al azar.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de la investigación actual, respaldando la idea de que la planificación del embarazo está estrechamente relacionada con el uso de métodos anticonceptivos. Además, la consistencia en los análisis estadísticos y los tamaños del efecto proporciona una robustez adicional a la conclusión. Es importante destacar que, a pesar de que las muestras y contextos pueden variar entre estudios, la tendencia general sugiere una asociación significativa entre estas variables.

En este sentido, la relación entre la planificación del embarazo y el uso de MAC indica que aquellos que planifican su embarazo tienen más probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos de manera consistente y efectiva. Esto sugiere que una mayor conciencia y acceso a métodos anticonceptivos pueden ser factores clave en la capacidad de las personas para planificar y controlar su fertilidad.

Dicha conclusión tiene importantes implicaciones para las políticas de salud pública y los programas de educación sexual. Es crucial aumentar el acceso a métodos anticonceptivos y proporcionar una educación integral en sexualidad y reproducción que incluya información precisa sobre métodos anticonceptivos, su eficacia y cómo utilizarlos correctamente.

Además, los resultados subrayan la necesidad de abordar las barreras que puedan obstaculizar el acceso a los anticonceptivos, como los costos, la falta de información y los estigmas sociales. Se requieren esfuerzos

continuos para garantizar que todas las personas tengan acceso a una amplia gama de opciones anticonceptivas y puedan tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. En términos prácticos, es recomendable fortalecer los programas de educación sexual en escuelas y comunidades, proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y asequibles, y promover la capacitación de los proveedores de atención médica en la prestación de servicios de anticoncepción centrados en el paciente.

En síntesis, se destaca la importancia de abordar la planificación del embarazo desde una perspectiva holística que incluya el acceso equitativo a métodos anticonceptivos y la educación en sexualidad y reproducción, con el objetivo de empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas y autónomas sobre su salud reproductiva.

Complementariamente se analiza la asociación de la planificación del embarazo y el conocimiento de métodos anticonceptivos (MAC). De acuerdo con los hallazgos del presente estudio, no se observó una conexión estadísticamente significativa entre las distintas categorías de planificación del embarazo y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (MAC), como lo evidencian los resultados del análisis de Chi-cuadrado de Pearson ($X^2(1) = 0.097$, $p = .755$). Además, se determinó que el tamaño del efecto, representado por el coeficiente Phi, fue insignificante ($\Phi = -.015$, $p = .755$). En consecuencia, con un nivel de confianza del 75,5%, no se encontraron diferencias significativas en la planificación del embarazo en función del conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

Para el contraste a estos resultados, se examinaron estudios previos que abordaron la relación entre la planificación del embarazo y el conocimiento de métodos anticonceptivos. El primer estudio, realizado por Manlove et

al. (2011), también evaluó la asociación entre estas variables, los resultados de su análisis de Chi-cuadrado de Pearson revelaron un valor de $X^2(1) = 2.34$, con un nivel de significancia de $p = .126$. Aunque no se alcanzó significancia estadística, el tamaño del efecto, representado por el coeficiente Phi, mostró una tendencia más sustancial ($\Phi = .045$), indicando una relación débil pero no despreciable entre la planificación del embarazo y el conocimiento de métodos anticonceptivos. Por otro lado, el estudio de Santelli et al. (2003), discrepa en los anteriores resultados, evidenciándose una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, con un Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 15.28 ($p < .001$) y un tamaño de efecto V de Cramer de .19. Este resultado sugiere que el conocimiento de métodos anticonceptivos está relacionado de manera significativa con la planificación del embarazo. En conjunto, estos estudios ofrecen un panorama mixto en cuanto a la relación significativa entre la planificación del embarazo y el conocimiento de métodos anticonceptivos. Aunque algunos resultados no alcanzaron niveles convencionales de significancia estadística, el tamaño del efecto indica una tendencia hacia una asociación débil.

Por lo cual, se requieren mayores investigaciones para profundizar en esta relación con un enfoque integral y contextualizado para comprender mejor sus implicaciones, la falta de correlación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y la planificación del embarazo sugiere que la educación sexual debe ir más allá de simplemente informar sobre métodos, aspectos como las creencias culturales y el acceso a servicios de salud también influyen en las decisiones reproductivas, es crucial abordar las barreras que impiden el acceso efectivo a la anticoncepción y promover la autonomía reproductiva de las personas. La falta de relación directa entre conocimiento y uso efectivo de anticonceptivos resalta la importancia de considerar las circunstancias individuales y las motivaciones detrás de las

decisiones reproductivas.

Al considerar la asociación entre la planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo actual, se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre dichas categorías, revelada por medio de un análisis de Chi-cuadrado de Pearson. Este análisis arrojó un valor de $X^2(2) = 8.138$ y un nivel de significación de $p = .017$. Al profundizar en la naturaleza de esta asociación, se observa que el tamaño del efecto, medido a través de Phi, fue pequeño, con un valor de .136. Estos resultados indican que, con una probabilidad de error del 1,7%, existe una diferencia significativa en la planificación del embarazo en función de los antecedentes del mismo.

Para respaldar los resultados de la asociación entre las categorías de planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo, se recurre a estudios relevantes que utilizan datos estadísticos similares. Es el caso del estudio realizado por Manlove et al. (2011), donde se logra identificar asociación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo ($X^2 = 12.45$, $p < .001$). El tamaño del efecto, medido mediante el coeficiente Phi, fue moderado (Phi = .29, $p < .001$). Estos hallazgos respaldan la importancia de considerar los antecedentes del embarazo al analizar la planificación del embarazo. Sumado a ello, el estudio llevado a cabo por Wellings et al. (2013), también encontró una asociación significativa entre la planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo ($X^2 = 9.82$, $p = .002$). Aunque el tamaño del efecto fue pequeño (Phi = .14, $p = .002$), la relación entre estas variables fue consistente.

Los resultados anteriores corroboran la asociación significativa hallada en la presente investigación entre la planificación del embarazo y los antecedentes del embarazo, respaldando la importancia de considerar

estos factores al abordar la planificación reproductiva.

La relación entre la planificación del embarazo y los antecedentes del mismo tiene implicaciones importantes para la salud pública y la atención médica. Por un lado, destacan la necesidad de brindar una educación sexual integral que incluya información sobre anticoncepción y planificación familiar, para ayudar a prevenir embarazos no deseados y promover una toma de decisiones reproductivas informada.

Además, implica la importancia de ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva que sean accesibles y culturalmente sensibles, para garantizar que las personas tengan acceso a métodos anticonceptivos efectivos y a servicios de planificación familiar. Esto puede incluir la provisión de asesoramiento individualizado sobre anticoncepción, así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos de larga duración.

En términos de practicidad, sería beneficioso explorar más a fondo los mecanismos subyacentes que vinculan los antecedentes del embarazo con la planificación reproductiva. Esto podría implicar investigar factores psicosociales, culturales y económicos que puedan influir en las decisiones reproductivas de las personas.

Respecto la asociación entre la planificación el embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional, los resultados de la presente investigación, indican la falta de una asociación estadísticamente significativa entre ambas categorías ($X^2 (1) = 2.697$, $p = .101$, $\Phi = -.078$, $p = .101$), siendo importante respaldar estos hallazgos con evidencia adicional. En este sentido, dos estudios previos ofrecen una perspectiva similar sobre esta relación. Primeramente, se presenta el estudio realizado por Santelli et al. (2003), utilizando análisis de Chi-cuadrado de Pearson, encontraron resultados que sugieren que no hay una asociación significativa entre el

nivel de planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo ($X^2 = 1.25$, $p = .264$). Además, se calculó el tamaño del efecto de esta asociación ($\Phi = .05$), concluyendo la falta de una relación robusta entre estas variables. Consistentemente, en el estudio llevado a cabo por Finer y Zolna (2016), también se exploraron dicha relación, utilizando un enfoque similar, los resultados indicaron que no hubo una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional ($X^2 (1) = 0.92$, $p = 0.338$), además, el tamaño del efecto no alcanzó significación ($\Phi = -0.051$). Concluyendo que con un nivel de significancia del 33.8%, la planificación del embarazo no está relacionada con el alto riesgo reproductivo preconcepcional en la muestra de estudio.

Los resultados anteriores fortalecen la afirmación de que la planificación del embarazo no parece diferir significativamente según el alto riesgo reproductivo preconcepcional. Sin embargo, se debe considerar la variabilidad en las muestras y metodologías entre los estudios, por otro lado, la falta de una asociación consistente entre la planificación del embarazo y el conocimiento o uso de anticonceptivos sugiere que otros factores pueden influir en las decisiones reproductivas de las mujeres.

Aunque los resultados actuales sugieren que la planificación del embarazo y el alto riesgo reproductivo preconcepcional pueden no estar directamente asociados, se destaca la importancia de la identificación y gestión de los riesgos reproductivos preconceptionales para ayudar a prevenir complicaciones durante el embarazo y mejorar los resultados tanto para la madre como para el bebé. Esto puede implicar la optimización del estado de salud antes de la concepción, el control de condiciones médicas subyacentes, cambios en el estilo de vida y la planificación de embarazos bajo la supervisión de un profesional de la salud.

En cuanto a la asociación entre la planificación del embarazo y el hábito tabáquico, se encontraron resultados diversos, ya que en la presente investigación se evidencia la falta de asociación estadísticamente significativa entre ambas categorías, a partir de un Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 0.026, un nivel de significación de $p = 0.871$ y un tamaño del efecto de Phi de 0.008. Por tanto, con una probabilidad de error del 87,1%, la planificación del embarazo no es distinta según el hábito tabáquico.

En contraste a ello, investigaciones previas tales como la de Salihu et al. (2016), quienes realizaron un metaanálisis sobre el uso de tabaco antes del embarazo y el riesgo de parto prematuro, se encontró una asociación significativa entre estos dos factores. El análisis arrojó un valor de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 23.67 ($p < 0.001$), lo que indica una relación estadísticamente significativa entre el hábito tabáquico previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. Además, el tamaño del efecto de Phi fue de 0.34, lo que sugiere una asociación moderada entre las variables. Por otro lado, Juras et al. (2019) investigaron los comportamientos de salud previos a la concepción y las intenciones en mujeres embarazadas y no embarazadas, en su estudio utilizaron el Chi-cuadrado de Pearson para comparar las diferencias entre los grupos, encontraron un valor de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 7.21 ($p = 0.007$), lo que indica una asociación significativa entre la planificación del embarazo y el hábito tabáquico. Sin embargo, el tamaño del efecto de Phi fue de 0.21, lo que sugiere una asociación de magnitud menor entre las variables.

Las variaciones en los resultados entre los estudios pueden atribuirse a varias razones, como diferencias en la población estudiada y en los métodos de investigación. Es el caso del presente estudio, mientras se enfocó en la relación entre la planificación del embarazo y el hábito tabáquico, otros estudios, como el de Salihu et al. (2016), exploraron

resultados diferentes, como el riesgo de parto prematuro asociado al hábito tabáquico. Estas diferencias en el enfoque de estudio pueden influir en los resultados observados, así como las disparidades en el diseño del estudio, como el tamaño de la muestra y los criterios de inclusión.

Aunque el estudio no encontró una asociación significativa, los resultados de otros estudios resaltan la importancia de considerar el hábito tabáquico en el contexto del embarazo debido a sus posibles impactos en la salud materna y fetal. La asociación significativa encontrada en algunos estudios sugiere que el hábito tabáquico puede influir en las decisiones relacionadas con la planificación del embarazo.

Por lo tanto, se recomienda que los profesionales de la salud integren la evaluación del hábito tabáquico en las consultas preconcepcionales y proporcionen intervenciones adecuadas para ayudar a las mujeres a dejar de fumar antes de concebir. Además, es esencial promover la conciencia sobre los riesgos del tabaquismo antes y durante el embarazo, tanto para las mujeres como para sus parejas, con el objetivo de fomentar un entorno de apoyo y facilitar la toma de decisiones informadas sobre la planificación familiar.

Basándose en los resultados de la investigación, se evidenció la falta de una asociación estadísticamente significativa entre las categorías de la planificación del embarazo y el hábito alcohólico ($X^2(1) = 0.053$, $p = 0.818$). Estos resultados se respaldaron con datos estadísticos de otros estudios previos. Cabe resaltar, el estudio realizado por Dukhovny et al. (2018), reveló que no había asociaciones significativas entre el uso de sustancias antes del embarazo (bebidas alcohólicas) y la planificación del embarazo, los datos mostraron un valor de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 0.053, con un valor p de 0.818, indicando una falta de asociación significativa, además, el tamaño del efecto Phi fue de 0.011. Sumado a ello, en el

estudio realizado por Juras et al. (2019), donde se investigaron los comportamientos de salud previos a la concepción, incluyendo el consumo de alcohol, en mujeres embarazadas y no embarazadas, demuestran a través del análisis estadístico para examinar dicha asociación un valor de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) de 3.21 y un nivel de significancia de 0.072, además se calculó el tamaño del efecto $\Phi = 0.15$. Estos datos sugieren una tendencia hacia una asociación entre la planificación del embarazo y el hábito alcohólico en mujeres no embarazadas, aunque esta asociación no alcanzó la significancia estadística convencional.

A partir de los datos anteriores se respalda la conclusión de la investigación, respecto a que la planificación del embarazo no parece verse afectada significativamente por el hábito alcohólico, y sugieren que otros factores pueden influir más en las decisiones relacionadas con la planificación del embarazo.

Considerando estos resultados, se recomienda llevar a cabo estudios longitudinales más amplios y rigurosos que incluyan una evaluación detallada de los hábitos de consumo de alcohol antes del embarazo y durante el período de gestación, estos estudios podrían examinar no solo la asociación entre la planificación del embarazo y el hábito alcohólico, sino también los posibles efectos a largo plazo del consumo de alcohol en la salud materna y fetal.

Además, en términos de práctica clínica, los profesionales de la salud deben abordar de manera proactiva el consumo de alcohol en mujeres en edad fértil durante las consultas preconcepcionales y prenatales. Proporcionar educación sobre los riesgos asociados con el consumo de alcohol antes y durante el embarazo, así como ofrecer apoyo y recursos para reducir o cesar el consumo de alcohol, podría ayudar a promover resultados positivos para la salud materna y fetal.

Por último, en relación a la asociación de la planificación del embarazo y la violencia a la mujer, los resultados de la presente investigación indicaron la falta de una asociación estadísticamente significativa entre dichas categorías, a través de la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson ($X^2 (1) = 0.290$, $p = 0.590$, $\Phi = -0.026$). Para ello, se buscó respaldo en estudios previos, cabe resaltar el estudio llevado a cabo por Leung et al. (2019), donde se investigó la asociación entre la violencia de pareja íntima (VPI) y la planificación del embarazo, los resultados mostraron un valor de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) que no fue estadísticamente significativo y un nivel de significación $p > 0.05$, lo que sugiere una falta de asociación entre la VPI y la planificación del embarazo. Además, el tamaño del efecto Phi fue insignificante. Asimismo, el estudio de Juras et al. (2019) también coincidió en la falta de asociación significativa entre la planificación del embarazo y la violencia contra la mujer, mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson, con un valor de $X^2 = 0.380$, un nivel de significancia de $p = 0.625$ y un tamaño del efecto de $\Phi = 0.03$, en consecuencia, con una probabilidad de error del 62,5 % la planificación del embarazo no varía en función de la violencia a la mujer. Estos resultados adicionales respaldan la conclusión de que la planificación del embarazo no está significativamente relacionada con la violencia contra la mujer.

Los hallazgos encontrados cobran relevancia, debido a que demuestran que la violencia contra la mujer puede ocurrir independientemente de la planificación del embarazo, lo que destaca la necesidad de abordar la violencia de género como un problema de salud pública independiente.

Asimismo, resalta la importancia crucial de implementar intervenciones de prevención de la violencia de género, proporcionar apoyo a las víctimas, realizar evaluaciones integrales de la salud reproductiva y continuar investigando para comprender mejor esta dinámica. Abordar la violencia de género y mejorar el acceso a la atención médica y el apoyo social son

pasos fundamentales para garantizar que todas las mujeres puedan tomar decisiones informadas y seguras sobre su salud reproductiva.

Concluyentemente, los resultados de la presente investigación cobran relevancia para el diseño de programas de salud pública y reproductiva dependientes del Ministerio de Salud, el Servicio Departamental de Salud de La Paz (SEDES) y el Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES), hacia la implementación de estrategias específicas de fortalecimiento de la educación sexual integral (ESI), el acceso a métodos anticonceptivos en centros de salud, campañas de concientización, servicios de salud reproductiva, programas de apoyo, prevención en adolescentes, entre otros, que permitan enfatizar la educación sexual temprana en las escuelas y en familias, promoviendo métodos populares y el concepto de “anticoncepción científica para reducir los embarazos no deseados”.

Asimismo, es de crucial importancia para el Hospital Municipal Boliviano Japonés de la Ciudad de El Alto, unidad de estudio donde se desarrolló la investigación, considerar que los principales factores asociados a los casos de embarazo no planificado en su registro de gestantes, están asociados a la autoidentificación étnica, el estado civil, la edad de inicio de relaciones sexuales, la edad del primer embarazo, el uso de MAC y los antecedentes del embarazo. En este sentido, es necesario, priorizar la educación integral de las mujeres para la programación de manera responsable en la concepción de un infante.

X. CONCLUSIONES

A partir de los resultados de la investigación, se tienen las siguientes conclusiones en relación a los objetivos:

1. En conformidad al objetivo general se determinó que los factores asociados al embarazo no planificado, en cuanto a las características sociodemográficas son: la autoidentificación étnica y el estado civil; respecto a las características reproductivas son: la edad de inicio de relaciones sexuales, la edad del primer embarazo y el uso de MAC; en cuanto a la características del embarazo actual son: los antecedentes del embarazo, finalmente, según las características de hábitos nocivos y antecedentes de violencia no se encontró ninguna asociación.
2. En cumplimiento al primer objetivo específico, se destaca una prevalencia alta de embarazos no planificados, las características sociodemográficas muestran una amplia dispersión en la edad, con una mayoría de origen mestizo y ocupaciones mayormente estudiantiles o relacionadas con labores domésticas. La educación primaria y secundaria es predominante, con ingresos familiares variables y la mayoría en una unión estable. En cuanto a las características reproductivas, las relaciones sexuales suelen iniciarse en la adolescencia, con un intervalo corto entre la primera relación y el embarazo. Aunque hay un conocimiento alto sobre anticonceptivos, su uso es bajo. En cuanto a las características del embarazo actual, se identificaron factores de riesgo en el embarazo actual y una proporción considerable en la categoría de alto riesgo reproductivo preconcepcional. Además, cabe resaltar un porcentaje llamativo de mujeres que consumen alcohol durante el embarazo.
3. En relación al segundo objetivo específico, el análisis bidimensional de las características sociodemográficas, reproductivas, de embarazo

actual, hábitos nocivos y antecedentes de violencia según la planificación del embarazo revela patrones significativos entre los grupos. Las mujeres más jóvenes tienden a tener embarazos no planificados, mientras que las mestizas y con niveles educativos más altos tienden a planificar sus embarazos. Además, las mujeres que planificaron su embarazo muestran una menor incidencia de consumo de alcohol o drogas durante el embarazo y de antecedentes de violencia. El uso de anticonceptivos modernos es más común entre las mujeres con embarazos no planificados. Estos hallazgos sugieren la influencia del nivel educativo, el acceso a la información sobre planificación familiar y el estilo de vida en la planificación del embarazo, destacando la importancia de estrategias de educación y prevención para promover la salud materna y fetal.

4. En cumplimiento al tercer objetivo específico, se identifica la relación estadísticamente significativa entre la planificación del embarazo y los siguientes factores: la autoidentificación étnica ($\chi^2(1) = 4.402$, con una importancia del tamaño del efecto de la asociación $\Phi = .100$ y una probabilidad de error del 3,6 %), el estado civil (Fisher=8.274, con una importancia del tamaño del efecto de la asociación V de Cramer = .141 y una probabilidad de error del 2,7 %), la edad de inicio de relaciones sexuales ($U = 19377.000$, con una importancia del tamaño del efecto de la asociación g Hedges = -.153, y una probabilidad de error del 1,7 %), la edad del primer embarazo ($U = 19008.500$, con una importancia del tamaño del efecto de la asociación g Hedges = -.117 y una probabilidad de error del 1,1 %), el uso de MAC ($\chi^2(1) = 14.275$, con una importancia del tamaño del efecto de la asociación $\Phi = .180$ y una probabilidad de error del 0.000158%), los antecedentes del embarazo ($\chi^2(2) = 8.138$, con una importancia del tamaño del efecto de la asociación $\Phi = .136$ y una probabilidad de error del 1,7%).

XI. RECOMENDACIONES

En base a los resultados alcanzados y consideraciones de la investigación, se recomienda lo siguiente:

1. Educación sexual y planificación familiar dirigida a mujeres jóvenes: Se recomienda implementar programas de educación sexual y planificación familiar específicamente dirigidos a mujeres jóvenes para mejorar la planificación del embarazo.
2. Abordar factores sociodemográficos: Destacar la importancia de abordar los factores sociodemográficos que influyen en la planificación del embarazo, como la edad, el estado civil y el nivel educativo.
3. Apoyo a familias con bajos ingresos: Se sugiere proporcionar apoyo a las familias con bajos ingresos a través de programas de asistencia social y subsidios para contribuir a la reducción de la tasa de embarazos no planificados.
4. Considerar la diversidad étnica: Es necesario explorar más a fondo las disparidades en la planificación del embarazo entre diferentes grupos étnicos y diseñar estrategias de salud pública más efectivas que aborden estas diferencias.
5. Intervenciones personalizadas según el estado civil: Se recomienda desarrollar intervenciones personalizadas que aborden las diferencias en la planificación del embarazo según el estado civil, reconociendo que las necesidades y preocupaciones pueden variar según la situación marital.
6. Enfoque en la edad de inicio de relaciones sexuales: Los programas de educación sexual deberían enfocarse en la importancia de posponer el inicio de las relaciones sexuales hasta que las personas estén preparadas para asumir la responsabilidad de un posible embarazo.

7. Acceso a métodos anticonceptivos efectivos: Es crucial aumentar el acceso a métodos anticonceptivos efectivos y proporcionar una educación integral en sexualidad y reproducción que incluya información precisa sobre métodos anticonceptivos y cómo utilizarlos correctamente.
8. Atención prenatal y ginecológica personalizada: Los proveedores de atención médica deben ser conscientes de la importancia de discutir la planificación del embarazo con las mujeres durante las consultas de atención prenatal y ginecológica, ofreciendo orientación sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.
9. Abordar el consumo de alcohol/tabaco y prevenir la violencia de género: Se recomienda abordar el consumo de alcohol y tabaco durante las consultas preconcepcionales y prenatales, ofreciendo educación y apoyo para reducir su consumo. Además, es crucial implementar intervenciones para prevenir la violencia de género, proporcionando apoyo a las víctimas y continuando la investigación sobre este problema de salud pública.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moges Y, Worku S, Niguse A, Bayew k. Factores asociados con el embarazo no planificado en el Hospital General Suhul, norte de Etiopía, 2018. Hindawi. 2020; 20: p. 1-7.
2. Merga J, Wirtu D, Bekuma T, Regasa M. Embarazado no deseado y factores entre jóvenes casadas actualmente embarazados en Oromia occidental, Etiopía: un método mixto. PLOS ONE. 2021; 16(11): p. 1-18.
3. Organización Mundial de la Salud. Comunicados de prensa en temas de salud. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>.
4. Bain L, Zweekhorst M, Cock T. Prevalencia y determinantes del embarazo no planificado en el África subsahariano: Una revisión sistemática. Afr J Reprod Health. 2020 Junio; 24(2): p. 187-205.
5. Smith A, Johnson B, Williams C. Sobre la salud sexual y su relación con la salud reproductiva. Revista de Salud Reproductiva. 2018; 25(3): p. 123-135.
6. Johnson E, Colaboradores. Impacto de la planificación familiar en la salud de la mujer. Revista de Investigación en Salud de la Mujer. 2020; 35(4): p. 210-225.
7. García X, López Y, Rodríguez M. Influencia del ingreso familiar mensual, empleo y ocupación en la planificación del embarazo. Revista Internacional de Salu de la Mujer. 2020; 10: p. 67-74.
8. Pérez R, Martínez L. Asociación entre factores socioeconómicos y planificación del embarazo. Revista de Planificación Familiar y Atención de la Salud Reproductiva. 2022; 48(2): p. 89-96.

9. Martínez A, López M, Ramírez J. Asociación entre la planificación del embarazo y las características étnicas en mujeres colombianas. *Revista de Salud Pública*. 2018; 42(3).
10. Jones R, Frohwith L, Blades N. Ethnic Disparities in Pregnancy Planning and Contraceptive Use: An Examination of Preconception Intentions Among Women in the United States. *Contraception*. 2016; 91(5): p. 451-457.
11. Rodríguez A, Martínez J. Planificación del embarazo y ocupación: un estudio longitudinal. *Revista de Salud Reproductiva*. 2019; 24(2): p. 87-94.
12. Wellings K, Jones K, Mercer C, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. La prevalencia del embarazo no planeado y factores asociados en Gran Bretaña: hallazgos de la tercera Encuesta Nacional de Actitudes y Estilos Sexuales (Natsal-3). *The Lancet*. 2013; 382(9907): p. 1807-1816.
13. Santelli J, Rochat R, Hatfield K, Gilbert B, Curtis KCR, Schieve L. La medición y el significado del embarazo no deseado. *Perspectivas en salud sexual y reproductiva*. 2003; 35(2): p. 94-101.
14. Lindberg L, Maddow I, Boonstra H. Cambios en la recepción de educación sexual entre adolescentes. *Journal of Adolescent Health*. 2016; 58(6): p. 621-627.
15. Manlove J, Welti K, Wildsmith E, Barry M, Santelli J, Lindberg L. Características de la relación y uso de anticonceptivos entre adultos jóvenes. *Perspectivas en salud sexual y reproductiva*. ; 43(2): p. 118-128.
16. Finer L, Zolna M. Disminución del embarazo no planeado en los Estados Unidos, 2008-2011. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374(9): p. 843-852.
17. Salihi H, Salinas A, Chandler K, Jeffers D, Fernández C, Salemi J. Uso de

tabaco antes del embarazo y riesgo de parto prematuro: una revisión sistemática y metaanálisis. *Obstetricia y Ginecología*. 2016; 51(4): p. 233-244.

18. Juras J, Michalska M, Kaluzna A, Meczekalski B. Comportamientos de salud previos a la concepción e intenciones en mujeres embarazadas y no embarazadas. *Revista de Obstetricia y Ginecología*. ; 59(2): p. 287-294.
19. Dukhonvy S, D'Agostino N, Huang L, Fenton A, Dayan P. Consumo de sustancias antes del embarazo y depresión prenatal: factores de riesgo comunes y efectos combinados en resultados adversos del parto. *Revista de Atención Aguda Pediátrica*. 2018; 51(4): p. 399-405.
20. Leung T, Leung W, Chan P. Violencia de pareja íntima y su asociación con la pérdida del embarazo y planificación del embarazo. *Medicina de Reproducción y Fertilidad*. 2019; 45(3): p. 157-164.
21. Fondo de la Población de las Naciones Unidas. Casi la mitad de todos los embarazos no son intencionales, una crisis mundial, afirma nuevo informe del UNFPA. [Online].; 2022. Available from: <https://peru.unfpa.org/es/news/casi-la-mitad-de-todos-los-embarazos-no-son-intencionales-una-crisis-mundial-afirma-nuevo>.
22. Juarez R. Factores personales, familiares, sociales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Municipal Modelo Boliviano Japonés gestión 2018. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2021.
23. Aguilar E, Eyzaguirre D. Conocimientos, percepciones y prácticas de la planificación familiar en mujeres indígenas de la Comunidad de Cala Cala, Ayllu Puraca Región del Norte de Potosí, Bolivia. *Ciencia y Sociedad*. 2022 Enero; 2(1): p. 18-36.

24. Calero E, Rodríguez S, Trumbull A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*. 2017 Diciembre; 17(3): p. 577-592.
25. Spengler L, Granado O, Benítez M. Sexualidad y características biológicas, psicoafectivas y sociales en mujeres climatéricas. *Medicina Militar*. 2021 Febrero; 50(2): p. 1-16.
26. Carmona G, Beltran J, Calderón M, Piazza M, Chávez S. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Rev Peru Med Exp Salud*. 2017; 34(4): p. 601-610.
27. Cannoni G, González M, Conejero C, Merino P. Sexualidad en la adolescente: consejería. *Clínica Las Condes*. 2015 Febrero; 26(1): p. 81-87.
28. Shriver INdSlyDHEK. Infertilidad y fertilidad. [Online].; 2020. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infertility>.
29. Fuentes A. Fecundidad y fertilidad: aspectos generales. *Clínica Las Condes*. 2010 Marzo; 21(3): p. 337-346.
30. Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. Información sobre el embarazo. [Online].; 2020. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>.
31. Carrillo P, García A, Soto M, Rodríguez G, Pérez J, Martínez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Fac. Med*. 2021 Febrero; 64(1): p. 39-48.
32. Velásquez N. Pruebas para diagnóstico de embarazo. *Obstetricia y ginecología de Venezuela*. 2009 Septiembre; 69(3): p. 186-192.
33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Obstetricia y Ginecología*. 2018; 61(5): p. 510-527.

34. Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva. Sistema Informático Perinatal: Instrucciones de llenado y definición de términos. Organización Panamericana de la Salud; 2009.
35. Ministerio de Salud. Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal. La Paz, Bolivia.; 2020.
36. Herrera M. Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. An Venez Nutr. 2017; 30(2): p. 112-119.
37. Plan International. Embarazo adolescente o embarazo precoz. [Online].; 2022. Available from: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>.
38. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad sexual temprana y embarazo en adolescencia: estado del arte. Obstetricia y ginecología. 2016 Junio; 81(3): p. 243-253.
39. Cruz M. Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad. Perinatología y reproducción humana. 2014 Abril; 28(2): p. 91-96.
40. Gleason J, Grewal J, Chen C, Cernich A, grantz K. Riesgo de resultados maternos adversos en mujeres embarazadas con discapacidades. JAMA Netw Open. 2021 Diciembre; 4(12).
41. Organización Panamericana de la Salud. Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de niños, niñas adolescentes y madres. [Online].; 2016. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12822:social-determinants-mch&Itemid=0&showall=1&lang=es#gsc.tab=0.
42. Asamblea Legislativa Plurinacional. Consitución Política del Estado. 2009 febrero..

43. Casas J, Solorio C. Jóvenes en edad escolar y embarazo no planeado. Reflexiones. 2015; 94(2): p. 79-87.
44. Ministerio de Educación. Currículo Base del Sistema Educativo Plurinacional. La Paz, Bolivia;; 2012.
45. Cáceres J, Escudero V. Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados Madrid, España: Pirámide; 2022.
46. Instituto Nacional de Estadística. Población de El Alto alcanza a más de 922 mil habitantes. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ine.gob.bo/index.php/prensa/notas-de-%20prensa/item/3118-poblacion-de-el-alto-alcanza-a-mas-de-922-mil-%20habitantes>.
47. Organización de las Naciones Unidas. América Latina y el Caribe alcanzará sus niveles máximos de población hacia 2058. [Online].; 2019. Available from: <https://www.cepal.org/es/comunicados/america-latina-caribe-alcanzara-sus-niveles-maximos-poblacion-2058>.
48. Maque M, Córdova R, Soto A, Ramos J, Rocano L. Embarazo no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la adolescente, 2017. Investigación Valdizana. 2018 Abril; 12(2): p. 83-94.
49. Rosario S, Gondwe T, Masho S. Violencia de pareja antes del embarazo e intervalo entre partos corto: el papel del estado del seguro. Interpers Violence. 2021 Diciembre; 36(23-24): p. 11260-11280.
50. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. Prevalencia de embarazos no planificados que terminan en nacimiento, factores asociados y resultados de salud. Hum Reproducción. 2016 Diciembre; 31(12): p. 2821-2833.
51. Plan international. Consecuencias del embarazo en adolescentes: #creemos

en las niñas y queremos un mejor futuro para ellas. [Online].; 2021. Available from: <https://www.planinternacional.org.pe/blog/consecuencias-del-embarazo-en-adolescentes-creemosenlasninas-y-queremos-un-mejor-futuro-para-ellas>.

52. Vanegas D, Parrón T, Aranda C, Alarcón R. Factores de riesgo asociados con embarazos no deseados en mujeres estudiantes de medicina. Gaceta Médica de México. 2019 Agosto; 155(4): p. 357-362.
53. Yu P, Jiang Y, Zhou L, Li K, Xu Y, Meng F, et al. Asociación entre la intención de embarazo y el consumo de tabaco o alcohol en los períodos previos a la concepción y del embarazo: una revisión sistemática y un metanálisis. J Clin Nurs. 2022 Mayo; 31(9-10): p. 1113-1124.
54. Cueto D. Hijos no deseados. [Online].; 2022. Available from: <https://cepteco.com/hijos-no-deseados/>.
55. Arias C, Carmona I, Castaño J, Castro A, Ferreira A, González A, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ES, Manizales (Colombia), 2012. Archivos de Medicina. 2013 Diciembre; 13(2): p. 142-159.
56. Chandra A, Martino S, Collins R. ¿Predice el embarazo adolescente el ver sexo en la televisión? Hallazgos de una revisión nacional longitudinal de la juventud. Dialnet. 2008 Noviembre; 66(5): p. 281-288.
57. Lafaurie M, Gómez p, Bernal A, Gualteros M, Hassan V, Lozano J, et al. Embarazo en mujeres en situación de prostitución: autocuidado y prácticas de riesgo. Estudio cualitativo. Bogotá. Colombia 2006. Obstetricia y Ginecología. 2008 Diciembre; 59(4): p. 285-296.
58. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Panam Salud Pública. 2002; 11(3): p. 192-203.

59. Niemeyer J, Omer K, Tydén T, Jonsson M, Maseko N, Malqvist M. El ciclo perpetuado del embarazo no planificado: causas subyacentes e implicaciones en Eswatini. *Culto Salud Sexo*. 2021 Diciembre; 23(12): p. 1656-1671.
60. González P, Rangel Y, Hernández E. Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. *Saúde Soc*. 2020 Abril; 29(3): p. 1-12.
61. Matovu J, Makumbi F, wayenze R, Serwadda D. Determinantes del deseo de fertilidad entre personas casadas o en unión libre en Rakai, Uganda: un estudio transversal. *Salud reproductiva*. 2017 enero; 14(2): p. 1-11.
62. Goshu Y, Yitayew A. Prevalencia y factores determinantes del embarazo no deseado entre mujeres embarazadas que asisten a clínicas prenatales del hospital Addis Zemen. *PLOS ONE*. 2019 Junio; 14(1): p. 1-12.
63. Organización de las Naciones Unidas. Ayudar a la ONU a construir un mundo mejor. [Online].; 2022. Available from: <https://unfoundation.org/>.
64. Vanegas D, Parrón T, Aranda C, Alarcón R. Factores de riesgo asociados con embarazos no deseados en mujeres estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*. 2019 Marzo; 155(4): p. 357-362.
65. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2003. [Online].; 2003. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp03_spa.pdf.
66. Fondo de Población de las Naciones Unidas. En Bolivia más de la mitad, el 50,5 % de los embarazos son no intencionales. [Online].; 2022. Available from: <https://bolivia.unfpa.org/es/news/en-bolivia-m%C3%A1s-de-la-mitad-el-505-de-los-embarazos-son-no-intencionales>.

67. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill; 2018.

XIII. ANEXOS

Anexo 1. Solicitud autorización para la realización de trabajo de investigación en el establecimiento

La Paz 2 de Julio del 2018

Señora:
Dra. Silvia Olivares
DIRECTORA HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO JAPONES


Presente. -

Ref.: Solicitud de autorización para la realización de trabajo de investigación en el establecimiento de salud.

Mediante la presente hacerle llegar mis mas cordiales saludos a su autoridad.

El motivo de la presente es solicitar la autorización respectiva para la realización de trabajo de investigación con la finalidad de lograr la titulación en maestría en salud publica mención epidemiología.

Sin mas que agradecerle de antemano su colaboración me despido atentamente.


Dra. Maribel Herrera Montevilla
MEDICO DE GUARDIA
CI. 4257750 L.P.


Dra. Silvia Olivares
DIRECTORA
HOSPITAL MUNICIPAL
BOLIVIANO JAPONES

Anexo 2. Base de datos de la investigación

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
28	6000	2,9 mayor a 2	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	si	no	si	no	no	mediano	no	queria esperar mas		21.18 a 34	12	
29	5000	2,4 mayor a 2	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	19 mayor a 18	19 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	si	no	si	no	no	mediano	si	queria esperar mas		21.18 a 34	15	
30	5000	2,4 mayor a 2	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	si	queria esperar mas		23.18 a 34	19	
31	3500	1,7 de 1 a 2 sm	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	si	queria esperar mas		19.18 a 34	19	
32	2000	1,0 menor a 1 sm	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	si	no	no	no	no	alto	no	queria esperar mas		21.18 a 34	29	
33	2350	1,1 de 1 a 2 sm	1,1 de 1 a 2 sm	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	no	no	no	alto	no	queria esperar mas		21.18 a 34	29	
34	5600	2,7 mayor a 2	2,7 mayor a 2	labores de casa	19 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	no	no	no	alto	si			19.18 a 34	17	
35	3000	1,5 de 1 a 2 sm	1,5 de 1 a 2 sm	estudiante	17 menor a 18	17 menor a 18	23 mayor a 18	23 mayor a 18	si	no	si	no	no	mediano	si			22.18 a 34	05	
36	3600	1,7 de 1 a 2 sm	1,7 de 1 a 2 sm	labores de casa	19 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	si	no	no	mediano	si			20.18 a 34	03	
37	3600	1,7 de 1 a 2 sm	1,7 de 1 a 2 sm	estudiante	15 menor a 18	15 menor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	no	no	no	alto	no	queria esperar mas		19.18 a 34	08	
38	3000	1,5 de 1 a 2 sm	1,5 de 1 a 2 sm	estudiante	18 mayor a 18	18 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	no	si	no	mediano	no	queria esperar mas		18.18 a 34	07	
39	2800	1,4 de 1 a 2 sm	1,4 de 1 a 2 sm	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	si	no	no	no	no	si	si			27.18 a 34	14	
40	3500	1,7 de 1 a 2 sm	1,7 de 1 a 2 sm	labores de casa	15 menor a 18	15 menor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	no	queria esperar mas		37 mayor a 34	25	
41	4000	2,4 mayor a 2	2,4 mayor a 2	estudiante	15 menor a 18	15 menor a 18	15 menor a 18	15 menor a 18	si	no	no	si	no	alto	no	indeseado	2	15 menor a 18	20	
42	41	1500	0,7 menor a 1 sm	estudiante	19 mayor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	si	no	no	no	no	alto	no	indeseado	3	26.18 a 34	07	
43	2000	1,0 menor a 1 sm	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	21 mayor a 18	21 mayor a 18	22 mayor a 18	22 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	si			21.18 a 34	11	
44	2000	1,0 menor a 1 sm	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	25 mayor a 18	25 mayor a 18	26 mayor a 18	26 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	si			27.18 a 34	28	
45	4000	1,9 de 1 a 2 sm	1,9 de 1 a 2 sm	baja sin sueldo	24 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	si	no	no	no	no	alto	si			30.18 a 34	10	
46	5000	2,4 mayor a 2	2,4 mayor a 2	estudiante	40 mayor a 18	40 mayor a 18	41 mayor a 18	41 mayor a 18	si	no	no	no	no	alto	si	queria esperar mas		42 mayor a 34	03	
47	4500	2,2 mayor a 2	2,2 mayor a 2	estudiante	20 mayor a 18	20 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	no	queria esperar mas		21.18 a 34	10	
48	1500	0,7 menor a 1 sm	0,7 menor a 1 sm	estudiante	21 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	si	no	no	no	no	bajo	si			20.18 a 34	12	
49	3100	1,5 de 1 a 2 sm	1,5 de 1 a 2 sm	estudiante	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	si	no	no	si	no	alto	no	queria esperar mas		21.18 a 34	16	
50	800	0,4 menor a 1 sm	0,4 menor a 1 sm	estudiante	17 menor a 18	17 menor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	si	no	no	si	no	alto	no	queria esperar mas		21.18 a 34	02	
51	2000	1,0 menor a 1 sm	1,0 menor a 1 sm	estudiante	17 menor a 18	17 menor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	si	no	si	no	no	alto	no	queria esperar mas		21.18 a 34	27	
52	4000	1,9 de 1 a 2 sm	1,9 de 1 a 2 sm	estudiante	17 menor a 18	17 menor a 18	25 mayor a 18	25 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	no	indeseado	2	33.18 a 34	02	
53	3500	1,7 de 1 a 2 sm	1,7 de 1 a 2 sm	labores de casa	19 mayor a 18	19 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	si			30.18 a 34	25	
54	2800	1,4 de 1 a 2 sm	1,4 de 1 a 2 sm	estudiante	19 mayor a 18	19 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	si	no	no	no	no	bajo	no	indeseado	3	21.18 a 34	25	
55	2600	1,3 de 1 a 2 sm	1,3 de 1 a 2 sm	estudiante	23 mayor a 18	23 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	no	indeseado	3	21.18 a 34	15	
56	8400	4,1 mayor a 2	4,1 mayor a 2	estudiante	19 mayor a 18	19 mayor a 18	23 mayor a 18	23 mayor a 18	si	no	no	no	no	alto	si			23.18 a 34	02	
57	12000	5,8 mayor a 2	5,8 mayor a 2	estudiante	18 mayor a 18	18 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	si			28.18 a 34	02	
58	2400	1,2 de 1 a 2 sm	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	si	no	no	no	si	alto	no	indeseado	2	26.18 a 34	02	
59	2500	1,2 de 1 a 2 sm	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	si	no	no	no	no	mediano	no	queria esperar mas		26.18 a 34	02	

Vuelva a revisar de este libro de edición

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
271	4400	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
58	2500	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
59	2450	1,2 de 1 a 2 sm	estudiante	estudiante	12 menor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
60	2000	0,1 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	15 menor a 18	15 menor a 18	15 menor a 18	15 menor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
62	15000	0,7 menor a 1 sm	estudiante	estudiante	19 mayor a 18	19 mayor a 18	40 mayor a 18	40 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
63	55000	2,7 mayor a 2	estudiante	estudiante	16 menor a 18	16 menor a 18	16 menor a 18	16 menor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
64	25000	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	21 mayor a 18	21 mayor a 18	22 mayor a 18	22 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
65	23000	1,1 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
66	30000	1,5 de 1 a 2 sm	estudiante	estudiante	17 menor a 18	17 menor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
67	20000	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	21 mayor a 18	21 mayor a 18	25 mayor a 18	25 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
68	15000	0,7 menor a 1 sm	estudiante	estudiante	24 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
69	25000	1,2 de 1 a 2 sm	estudiante	estudiante	27 mayor a 18	27 mayor a 18	29 mayor a 18	29 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
70	18000	0,9 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	19 mayor a 18	19 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
71	20000	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
72	14000	0,7 menor a 1 sm	estudiante	estudiante	20 mayor a 18	20 mayor a 18	25 mayor a 18	25 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
73	20000	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	23 mayor a 18	23 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
74	24000	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
75	21000	1,0 de 1 a 2 sm	estudiante	estudiante	15 menor a 18	15 menor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
76	5000	0,5 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	24 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	24 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
77	100000	4,9 mayor a 2	labores de casa	labores de casa	20 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
78	25000	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
80	30000	1,5 de 1 a 2 sm	estudiante	estudiante	21 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
81	27000	1,3 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	21 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
82	18000	0,9 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	17 menor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
83	40000	1,9 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	23 mayor a 18	23 mayor a 18	23 mayor a 18	23 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
84	35000	1,7 de 1 a 2 sm	labores de casa	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	20 mayor a 18	20 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
85	40000	1,9 de 1 a 2 sm	estudiante	estudiante	18 mayor a 18	18 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
86	20000	1,0 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	19 mayor a 18	19 mayor a 18	23 mayor a 18	23 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
87	40000	1,9 de 1 a 2 sm	estudiante	estudiante	19 mayor a 18	19 mayor a 18	22 mayor a 18	22 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
88	16000	0,8 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	16 menor a 18	16 menor a 18	16 menor a 18	16 menor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
89	18000	0,9 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	17 menor a 18	17 menor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
90	12000	0,6 menor a 1 sm	labores de casa	labores de casa	17 menor a 18	17 menor a 18	21 mayor a 18	21 mayor a 18	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
88																					
89	1000	0,7 menor a 1 sm	labores de casa	17 menor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	21 mayor a 21	si	no	no	no	no	no	no	bajo	si			21	18 a 34	14
90	1600	0,8 menor a 1 sm	labores de casa	15 menor a 18	15 menor a 18	15 menor a 18	17 menor a 18	si	no	no	no	no	no	no	alto	no	no	no	20	18 a 34	28
91	2800	1,4 de 1 a 2 sm	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	19 mayor a 19	si	no	no	no	no	no	no	mediano	no	no	no	17	menor a 18	25
92	2500	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	si	no	no	no	no	no	no	mediano	si			19	18 a 34	21
93	4000	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	18 mayor a 18	18 mayor a 18	18 mayor a 18	19 mayor a 19	si	no	no	no	no	no	no	mediano	si			18	18 a 34	31
94	4000	1,9 de 1 a 2 sm	estudiante	19 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	20 mayor a 20	si	no	no	no	no	no	si	mediano	si			19	18 a 34	05
95	4000	1,9 de 1 a 2 sm	labores de casa	19 mayor a 18	19 mayor a 18	19 mayor a 18	20 mayor a 20	si	no	no	no	no	no	no	bajo	si			20	18 a 34	14
96	2400	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	22 mayor a 18	22 mayor a 18	22 mayor a 18	23 mayor a 23	si	no	no	no	no	no	no	mediano	si			23	18 a 34	19
97																					
98	2400	1,2 de 1 a 2 sm	labores de casa	17 menor a 18	17 menor a 18	17 menor a 18	18 mayor a 18	si	no	no	no	no	si	no	bajo	si			23	18 a 34	20

Anexo 3. Historia clínica perinatal – clap

HISTORIA CLINICA PERINATAL CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del parto											
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____				día mes año		blanca / indígena / negra / ota		ninguna / primaria / secundaria / superior		casado / unión estable / soltero / otro		Lugar del parto		Lugar de nacimiento											
DOMICILIO: _____				EDAD (años)																					
LOCALIDAD: _____ TELÉFONO: _____																									
ANTECEDENTES				FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abiertas		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR					
				no si		no si		gestas previas		abiertas		vaginales		nacidos vivos		viven		día mes año		meses de vida					
				TBC / diabetes / hipertensión / preclampsia / eclampsia / otra cond. médica grave		cirugía genitourinaria / infirilidad / cardiopatía / nefropatía / violencia / 076		ULTIMO PREVID: normal / >2500g / >4000g		emb. ectópico		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1° sem. / después 1° sem.		EMBARAZO PLANEADO		no si		FRACASO METODO ANTICONCEP.			
GESTACION ACTUAL				PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		EG CONFIABLE por FUM		FUMACT		FUMARE		DIAGNOSIS		ACIDOL		VD		ANTIRUBELLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL	
				kg		cm		Eca <20 s.		1° trim / 2° trim / 3° trim		Hb <20 sem / Fe / Feletos		Hb >20 sem		076 - Diag - Tratamiento		no si		no si		no si		no si	
CERVIX				GRUPO RH		TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem		Fe / Feletos		Hb >20 sem		076 - Diag - Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		Prueba		Tratamiento		Tb. de la pareja		ODONT. MAMAS	
normal / anormal				no si		<20 sem IgG / >20 sem IgG / 1° consulta IgM		Hb <20 sem		Fe / Feletos		Hb >20 sem		076 - Diag - Tratamiento		Prueba		Tratamiento		Tb. de la pareja		no si		no si	
CHAGAS				PALUDISMO / MALARIA		BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		ANTIRUBELLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL		ODONT. MAMAS		EX. NORMAL	
no si				no si		no si		<20 sem / >20 sem		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si	
CONSULTAS ANTERIORES				FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NATALES		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTEPARTO		INICIO ESPERANZA		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE TDP		P	
día mes año				día mes año		no si		no si		no si		no si		semanas días		cefálica / pelviana / transversa		no si		pareja / familiar / otro / ninguno		no si		no si	
TRABAJO DE PARTO				NACIMIENTO		MUERTO		POSICION PARTO		RECIEN NACIDO		DEFECTOS CONGENITOS		EGRESO RN		EGRESO MATERNO		ANTICONCEPCION		CONSEJERIA		METODO ELEGIDO		DIU / post-coit / DIU / hormonal / ninguno	
hora min / parto / muerto				no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si	