

Trabajos Originales

Determinantes sociodemográficos de la alta fecundidad en mujeres peruanas

Rosa Angélica Seperak Viera¹, Renzo Rivera Calcina²

¹ Universidad Católica San Pablo, Arequipa – Perú.

² Universidad Católica San Pablo, Arequipa – Perú.

RESUMEN

Introducción: La fecundidad en Perú ha sido objeto de análisis desde diferentes perspectivas, a causa de la diversidad de contextos que influyen en el cambio de las pautas de reproducción en las mujeres. Objetivo: Determinar que variables sociodemográficas influyen sobre el hecho de que la mujer peruana tenga una alta fecundidad. Método y Material: Estudio de diseño transversal por encuestas, la recopilación de datos se obtuvo mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2016. Resultados: Se encontró que los factores que se asocian a una alta fecundidad son: falta de escolaridad en la mujer (RP: 3.01; IC 95%: 2.15-4.22; $p < .001$), haber tenido más de una unión (RP: 1.46; IC 95%: 1.41-1.52; $p < .001$), que algún hijo haya fallecido (RP: 1.52; IC 95%: 1.47-1.57; $p < .001$), el uso actual de anticonceptivos (RP: 1.30; IC 95%: 1.15-1.47; $p < .001$), ser víctima de violencia (RP: 1.09; IC 95%: 1.05-1.12; $p < .001$). Conclusión: El comportamiento de la fecundidad en la mujer peruana se corresponde con los patrones culturales de reproducción actuales que incluyen tener pocos hijos a una mayor edad. En el plano socioeconómico, una mayor educación de la mujer es factores influyente.

PALABRAS CLAVE: Fecundidad, Mujer, Perú, Demografía

ABSTRACT

Introduction: Fertility in Peru has been the object of analysis from different perspectives, due to the diversity of contexts that influence the change of reproduction patterns in women. Objective: Determine which sociodemographic variables influence the fact that Peruvian women have a high fertility. Method and Material: It is a cross-sectional study, the data collection was obtained through the Demographic and Family Health Survey of 2016. Results: It was found that the factors associated with a high fertility are: lack of schooling in woman (RP: 3.01, 95% CI: 2.15-4.22, $p < .001$), more than one union (PR: 1.46, 95% CI: 1.41-1.52; $p < .001$), children mortality (PR: 1.52, 95% CI: 1.47-1.57, $p < .001$), current contraceptive use (PR: 1.30, 95% CI: 1.15-1.47, $p < .001$), to be a victim of violence (PR: 1.09; 95% CI: 1.05-1.12; $p < .001$). Conclusion: The fertility behavior of Peruvian women corresponds to the current cultural reproduction patterns that include having few children at an older age. In the socioeconomic level, greater education of women is an influential factor.

KEY WORDS: Fecundity, Woman, Peru, Demography

INTRODUCCIÓN

La fecundidad es una de las variables demográficas que tiene como fin estimar a futuro la evolución del crecimiento poblacional^{1,2} y sus posibles consecuencias en el desarrollo de las naciones^{3, 4,5}, Bongaarts, hace referencia a Perú como uno de los países con mayores niveles de fecundidad al nivel de Kenia en la década de los 50s lo cual significaba una alarma social.⁶ Entre los datos precisados por el Banco Mundial, en el periodo comprendido entre 1960 y el 2015 se ha observado un notable declive de 4.98 a 2.45 hijos nacidos por mujer en edad fértil en promedio⁷.

Se conoce que las brechas más amplias de fecundidad son las encontradas en la realidad africana en la que los niveles mínimos de fecundidad fluctúan en 4.9 hijos en promedio por mujer hasta el 2015 y superan las cifras más elevadas de natalidad de los continentes europeo y norteamericano. Asia también ha sido alcanzada por esta ola de descenso mundial que tuvo en los años 60 un pico alto de fecundidad que llegó a 6 hijos por mujer y que descendió a 2.5 hijos por mujer en el 2015⁷.

Algunos países pertenecientes a la Unidad Europea ya en la década de los 60s poseían niveles reducidos de fecundidad de 2.6 hijos por mujer el cual continuó decayendo para el 2015 en 1.6 hijos por mujer⁷. En el mismo intervalo de tiempo Norteamérica declinó de 3.7 a 1.8 hijos por mujer^{8, 9}, América Latina afronta ligeramente el declive de la fecundidad, puesto que hasta el 2015 se estimó una disminución equivalente a 2.1 hijos por mujer¹³ lo cual es inferior al 50% que constituyó en la década de los 60s en la que la tendencia era de 5.9 hijos por mujer¹⁰.

Perú ha sufrido gradualmente estos cambios¹¹, en el quinquenio entre 1970 y 1975 las mujeres tenían 6 hijos y en el quinquenio posterior se redujo a 5.38 hijos^{10,11}. En los años 90, en respuesta a la introducción de los métodos anticonceptivos^{12,13}, mayor acceso a la educación^{14,15}; la urbanización¹⁶, y las oportunidades de empleo¹⁷, se redujo la natalidad a un promedio de 3.8 hijos por mujer y rápidamente se concentró en 3 hijos^{10,11}. Entre los datos proporcionados por la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe, (CEPAL) se estimó que entre el 2015 y el 2020 la tasa global de fecundidad (TGF) en Perú se establecerá en 2.4 hijos por mujer y entre el quinquenio 2020 y 2025 en 2.1 hijos por

mujer, lo cual sería un riesgo para cubrir la tasa de reemplazo generacional¹⁰ y disminuirá con mayor facilidad en la sierra y en la selva, pero en menor medida en la costa; entre los departamentos con menores tasas se encontrarían Arequipa (1.88), Moquegua (1.86), Lima (1.82) y Callao (1.75); y los departamentos con mayores tasas serían: Huancavelica (3.13), Ayacucho (2.65), Huánuco (2.65), Apurímac (2.62) y Amazonas (2.52)¹⁰.

En efecto, los conocidos demógrafos Wrigley y Caldwell⁴ afirman que todos los cambios demográficos han tenido como causa la difusión de ideas, valores y normas del núcleo familiar. Los nuevos conceptos de maternidad arrojan una posible asociación con otras variables como el nivel económico, la edad de la mujer, el nivel educativo, el protagonismo de la mujer en la sociedad y trabajo, el feminismo, los cambios en la nupcialidad, el acceso a los métodos anticonceptivos; dentro de lo que se sugiere una relación positiva entre la disminución de la fecundidad y una mejor posición social de la mujer^{2, 5}, incluso considerando a la maternidad como una variable exógena¹⁹.

La literatura sugiere que uno de los problemas con la fecundidad tendría que ver con los indicadores de bienestar que oscilan alrededor del desarrollo de la mujer^{20, 21}. En ese sentido se ha identificado que la maternidad precoz y tardía en mujeres es un problema tanto de salud como de carácter social^{8,14}. Examinando la conducta reproductiva en mujeres peruanas entre los 15 y 19 años, la cual es reducida, pero no menos importante^{12,22} se ha encontrado que en el 2016 el porcentaje de mujeres adolescentes con hijos corresponde a un 12.7%, el cual se ha reducido solamente en un 0.5% en los últimos años¹². Los adolescentes del estrato alto pasan más tiempo en el sistema educativo, se insertan más tarde al mercado laboral y el inicio de la vida sexual es más tardío; los adolescentes de los estratos bajos desertan del sistema educativo mayormente a los 12 años lo cual hace que se involucren de manera temprana al trabajo y al inicio de las relaciones sexuales y son parte del quintil inferior de pobreza²². Los adolescentes tienen poca información y disponibilidad a los métodos anticonceptivos por las barreras culturales y económicas^{1, 13}. Tienen mayores probabilidades de vivenciar uniones sexuales con parejas no estables, en algunos casos no consensuadas y poseen circunstancias familiares desequilibrantes como vivir

en hogares que no tienen ambas figuras paternas, y carecer del suficiente control paternal^{23, 24, 25}.

Un dato importante es que usualmente los embarazos a temprana edad, pueden estar ligados a otras conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicotrópicas; se ha descubierto que muchos jóvenes reconocen haber mantenido relaciones sexuales bajo la ingesta de alcohol lo cual no solo ha provocado embarazos no deseados sino la exposición a enfermedades de transmisión sexual, entre otros riesgos²⁶; de manera que, el iniciarse a temprana edad en el consumo de alcohol impulsa a experimentar la vida sexual²⁷.

Un retraso en la edad del primer hijo haría más difícil la decisión de tener más hijos; situación que se opone a tiempos pasados en donde la edad fértil tenía un efecto positivo sobre la probabilidad de ser madre^{16, 28}. Las encuestas demográficas y estudios poblacionales señalan que el grupo etáreo con menor riesgo reproductivo corresponde al rango 20 - 29 años de edad que actualmente presenta mayores descensos en fecundidad sobre todo en las zonas urbanas^{4, 15}. Este grupo se configuró hasta el 2010 con el pico más alto en fecundidad, actualmente el grupo etáreo con mayores niveles de fecundidad oscila entre 25 y 34 años¹¹.

Estudios de la variable estado civil cómo el de Donoso¹⁵ confirman que la unión libre reduce la fecundidad en un 51% ya que las mujeres casadas tienen una mayor disponibilidad a tener hijos¹⁸; en efecto muchas mujeres cambiarían la convivencia por el matrimonio antes de tener hijos¹³. En contraste, algunos autores refieren que las nuevas tendencias familiares, entre ellas la convivencia o ginecoparentalidad elegida comporta pautas más flexibles y menos conservadoras que aligera y flexibilizan los roles y funciones familiares.^{24, 25} Así la desvinculación con la conyugalidad y la formación de una familia tradicional estaría influenciada por el miedo a perder oportunidades de crecimiento profesional, por la carencia de políticas que concilien la familia con la vida laboral, por la posibilidad de llegar a ser madre sin necesidad de tener una pareja, por un exceso de confianza en las técnicas de reproducción asistida (TERAS) y por el miedo a no encontrar la pareja ideal²⁹.

Las mujeres tienen mayor información acerca de los métodos de planificación familiar^{13, 19}. Ello ha

ocasionado un cambio en su mentalidad y comportamiento sexual. El feminismo, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y un mejor nivel de instrucción femenina serían en gran medida las causas de que retrasen la maternidad y se enfoquen en otras posibilidades de crecimiento personal como la educación y trabajo^{16, 28}. Las mujeres que no están insertas en la vida laboral, tienen una pareja estable y con creencias religiosas arraigadas prefieren no utilizar ningún método artificial o solo métodos anticonceptivos naturales y son más proclives a la crianza^{12, 24}. El comportamiento sexual de una mujer conviviente es diferente al de una casada³⁰; un estudio en mujeres arequipeñas encontró que las parejas que viven en unión libre utilizan con mayor frecuencia el condón masculino y los anticonceptivos orales que las mujeres casadas que además son más propensas a no usar ningún método artificial³¹.

En la actualidad la relación entre la fecundidad y la inserción laboral femenina es conflictiva, ya que resulta difícil conciliar estas dos formas de autorrealización. Como resultado de lo anterior la probabilidad de tener un hijo entre las mujeres trabajadoras es un 21% menor que la de aquellas que no trabajan²⁵. Por ello, la crisis de fecundidad encuentra una de sus causas en la menor empleabilidad^{18, 30}. Se ha señalado que las mujeres que trabajan y aportan un ingreso al hogar y que tienen una pareja estable acrecentarían sus probabilidades de tener hasta dos hijos y que la decisión de tener un tercer hijo estaría mediada por el factor económico¹². Davia y Legazpe²⁸ argumentan que son las empresas y centros laborales los que promueven un estereotipo de empleado exento de responsabilidades que dificulten su producción como la tenencia de hijos ya que existen estudios que respaldan este nuevo fenómeno llamado *mobbing maternal*^{32, 33}.

Las evidencias respecto a la educación³⁴, revelan que las mujeres con mayor instrucción consideran que los hijos representan un alto costo de oportunidades, incluso, llegar a culminar la secundaria configura un impacto negativo hacia la fecundidad en algunas mujeres^{24, 25}. Usualmente la diferencia de edad entre hombre y mujer suele ser de tres años siendo el hombre el mayor y los estudios sugieren que el número de varones nacidos justo antes de una caída brusca de la fecundidad sería mayor que el de mujeres nacidas tres años después de este declive, lo

que disminuye la cantidad de posibles parejas para ellos alterándose las pautas de fecundidad³⁵. Se cree que cuando los hombres son mayores de 30 años se desfavorece la fecundidad de 23 a 28 puntos porcentuales respecto de los hombres menores de treinta años³⁴. Adicionalmente, los hombres mayor nivel educativo unidos a mujeres de menor nivel procurarían una mayor fecundidad¹³.

El objetivo principal del presente estudio es conocer los factores predictores de un comportamiento reproductivo a favor de la tenencia de 3 hijos y más.

METODOLOGIA

La presente investigación obedece a un diseño de corte transversal retrospectivo³⁶. Se ha utilizado como fuente de información la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)¹² cuya población objetivo son las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años. La muestra de la ENDES 2016 es probabilística, de áreas, estratificada, bietápica y auto ponderada a nivel departamental por área de residencia: urbana y rural. Dicha muestra está constituida por 3175 conglomerados, distribuidos proporcionalmente en las áreas urbana y rural; el número de conglomerados por departamento fluctúa entre 96 hasta 130, salvo en Lima donde se seleccionaron 280 conglomerados. El número de hogares es de 35.900 dentro de los cuales se obtuvieron un total de 36.655 entrevistas completas de mujeres entre los 15 a 49 años. Dada el área geográfica abarcada, dicha muestra es representativa de la población peruana. Se trabajó con aquellas mujeres que afirmaron haber iniciado ya su vida sexual lo que determinó una muestra final de 29.246 mujeres.

Análisis estadístico

Se presentan los resultados mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; mientras que para las variables continuas se presentan la media y desviación estándar. El análisis bivariado se realizó a través de la prueba chi cuadrado de Pearson (variables categóricas) y la prueba t de Student para muestras independientes (variables continuas). Para evaluar los factores asociados a un alto nivel de fecundidad en la mujer peruana se calcularon las razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas con los intervalos de confianza al 95% (IC 95%) usando la regresión de Poisson con varianza robusta, dado que

no sobreestima la asociación entre las variables y tiene una mejor convergencia que la regresión logística cuando hay una prevalencia de la condición de interés mayor al 20%^{37,38}. Para el análisis multivariado se incluyó a las variables que fueron significativas en el análisis bivariado ($p < .05$). El valor crudo muestra los valores RP de forma independiente y el RP ajustado muestra la interrelación con las demás variables. Los análisis fueron realizados con el programa STATA versión 15³⁹.

RESULTADOS

La proporción de mujeres que tiene una alta fecundidad (3 hijos o más) a nivel nacional fue del 36.8%. En la Tabla 1 se pueden apreciar los resultados de la estadística bivariada entre diversas variables sociodemográficas y su asociación con una alta fecundidad, todas las variables mostraron ser significativas por lo que se incluyeron dentro del modelo de regresión.

La Tabla 2 nos permite apreciar los factores asociados con una alta fecundidad, tanto en el modelo no ajustado (crudo) y el modelo multivariado (ajustado). Hallamos que los factores asociados con una mayor probabilidad de tener tres hijos o más son: un menor nivel educativo, por ejemplo no tener escolaridad o solo haber asistido al nivel inicial (RP: 3.01; IC 95%: 2.15-4.22; $p < .001$) o tener solo primaria (RP: 2.63; IC 95%: 2.03-3.42; $p < .001$); tener más de una unión de pareja (RP: 1.46; IC 95%: 1.41-1.52; $p < .001$); que la mujer sea mayor que su pareja, por ejemplo 10 o más años (RP: 1.34; IC 95%: 1.17-1.54; $p < .001$) o 5 a 9 años (RP: 1.21; IC 95%: 1.11-1.33; $p < .001$). Que haya fallecido al menos uno de los hijos también se asocia a una mayor fecundidad (RP: 1.52; IC 95%: 1.47-1.57; $p < .001$); así como, el uso actual de anticonceptivos (RP: 1.30; IC 95%: 1.15-1.47; $p < .001$) y ser víctima de violencia de pareja (RP: 1.09; IC 95%: 1.05-1.12; $p < .001$).

Por otro lado, las variables que se asocian con una menor probabilidad de tener tres hijos o más son: ser conviviente (RP: 0.68; IC 95%: 0.66-0.70; $p < .001$); que la pareja no beba alcohol (RP: 0.85; IC 95%: 0.79-0.91; $p < .001$), no se emborrache (RP: 0.82; IC 95%: 0.76-0.88; $p < .001$) o lo haga solo algunas veces (RP: 0.85; IC 95%: 0.80-0.91; $p < .001$); una mayor edad de la mujer al momento de ser madre por primera vez (RP: 0.90; IC 95%: 0.89-0.91; $p < .001$); el índice de riqueza también influye sobre la fecundidad, dado que

las mujeres que pertenecen al segundo quintil de riqueza tienen una menor probabilidad de tener una alta fecundidad (RP: 0.94; IC 95%: 0.90-0.98; $p < .001$) en contraste con las mujeres más pobres pertenecientes al primer quintil.

DISCUSIÓN

La literatura ampara que el auge del nuevo impacto cultural enarbolado en la modernización⁴⁰, ha suscitado un cambio en el manejo de la vida sexual y reproductiva de la mujer, ante dicha premisa Rossier y Bernardi consideran según el modelo socio-psicológico, las interacciones de los factores biológicos, psicológicos, sociales y relacionales que funcionan como influencias que hacen cada vez más complejas las conductas reproductivas⁴¹.

Si bien los nuevos enfoques de género promueven un comportamiento sexual desligado de la maternidad⁴², existen estudios que afirman que aún existen deseos genuinos de tener hijos como los presentados en nuestros resultados; pero, que actualmente este ideal se ve opacado por la primacía del llamado "privilegio económico"⁴³.

Ante esto el análisis microeconómico de la fecundidad el cual refiere una asociación entre "calidad - cantidad", menciona que se cree que hay una relación inversa entre la cantidad de hijos y la calidad de vida que se les podría ofrecer; de manera que, desde una percepción utilitarista, convendría tener menos hijos para procurarles mejores condiciones de vida y que se conviertan en un activo social productivo en el futuro para la llamada "empresa familiar"⁴⁴. Incluso en familias que poseen grandes ingresos económicos, la decisión de tener un tercer hijo pondría en discusión si la calidad de vida podría disminuir o no, lo cual posiblemente restrinja el nacimiento de un nuevo miembro¹⁵. Según algunos estudios esto se debería a que los servicios educativos de calidad cada vez son más costosos lo cual frena el deseo de que la familia crezca; es así, que los padres con mayor nivel educativo preferirían tener mejor calidad de vida y menor cantidad de hijos¹⁴.

A su vez el análisis macroeconómico de la fecundidad posee una visión anti natalista enraizada en los cambios de la condición social de la mujer el cual tiene diferentes vertientes a explicar⁴³. Entre ellas la edad de la mujer juega un papel fundamental en la

fecundidad, los resultados presentados se respaldan en estudios que confirman que el inicio precoz de las relaciones sexuales y de la vida conyugal tiene un efecto próximo positivo sobre la fecundidad; es decir, que a menor edad mayor posibilidad de tener hijos y a mayor edad menor fecundidad²³. Se ha encontrado además, estudios que sostienen lo encontrado en nuestros hallazgos, y es que una deficiencia en la educación⁴⁵, acceso a métodos de planificación familiar¹³, carencia de una de las figuras paternas y una dinámica familiar confusa y disfuncional aproximarían a la mujer joven con mayor prontitud a unirse sexualmente y posiblemente tener hijos, indistintamente del tipo de relación llevada llámese matrimonio o convivencia, enamoramiento o soltería²⁰.

Tomando en cuenta la actividad sexual de la mujer, el presente estudio refiere el número de parejas sexuales que haya tenido la mujer en su vida no influye sobre la probabilidad de tener tres hijos o más, lo que puede ser explicado por algunas investigaciones que mencionan que la liberación sexual femenina está íntimamente ligada a la anticoncepción y ruptura con la maternidad considerada como un constructo social y no como un elemento intrínseco en ella^{19, 42}. Asimismo la decisión de tener un tercer hijo tendría un notable peso económico más aún si no se cuenta con una pareja estable, lo cual conduciría a contextos de riesgo como la pobreza⁴⁶.

Considerando que las mujeres que han tenido más de una unión tienen una mayor probabilidad de tener de tres hijos a más, se hace necesario indicar que algunos estudios indican que esto también se asocia a una condición de pobreza de la mujer y a un menor nivel educativo⁴⁵. Respecto al tipo de unión de pareja, existen estudios que indican que el matrimonio es el tipo de unión que procura una mejor estabilidad de la fecundidad, teniendo en cuenta que las mujeres se sienten más seguras y protegidas para poder criar y educar a sus hijos^{26, 31}. Nuestros datos respaldan esta afirmación, dado que se halló que la convivencia reduce la posibilidad de tener de tres hijos a más, a pesar de que las mujeres con esta condición poseen una dispersión amplia de edad en la que se tienen los hijos que va desde el inicio hasta el final de la edad fértil⁴³. Lo particular de esta unión es que el nacimiento del primer hijo suele darse a temprana edad y usualmente la mujer no posee las condiciones laborales y educativas requeridas para satisfacer

todas sus necesidades¹⁴, lo cual dificulta la decisión de tener más hijos, demostrando también que para las mujeres la presencia de una pareja estable les facilita la decisión de tener más hijos^{1,46}; no obstante, dentro de la dinámica familiar se ha encontrado que las parejas que conviven consumen más cantidad de bebidas alcohólicas que las parejas de casados, lo que podría ser escenario de conductas sexuales riesgosas y de violencia³¹. Las mujeres unidas por el vínculo matrimonial y por las características institucionales que implica esta unión, poseen mayores niveles de fecundidad pero dentro de un periodo de años determinado o planificado y que va declinando con el paso del tiempo a diferencia de la mujer conviviente⁴⁵.

La violencia no ha sido estudiada por muchos como un factor importante en la fecundidad, lo que encontramos en el presente estudio manifiesta que el haber sufrido violencia de cualquier tipo ocasionaría en la mujer un estado de vulnerabilidad a su vida sexual y posiblemente podría ser sometida a la maternidad sin su consentimiento, sobre todo en mujeres menores, con deficiente educación y que viven en zonas rurales⁴⁷. Touleman, Pailhé y Rossier confirman que la urbanización también cobra un papel fundamental en el análisis de la fecundidad y es que el proceso de globalización y desarrollo económico ha posibilitado a que la población migre con mayor frecuencia a los sectores urbanos^{35,48,49}.

Lo que muestra la evidencia científica es que los elevados niveles de fecundidad se encuentran en los estratos socioeconómicos muy altos, pero también en los que son muy bajos¹⁶. En los estratos muy altos el beneficio económico otorgaría la posibilidad de tener varios hijos y con buena calidad de vida más aún si los padres tienen un nivel educativo superior. Los estratos muy bajos a raíz de una deficiencia educativa, incapacidad de acceso a métodos de planificación familiar, una idiosincrasia que promueve la unión a tempranas edades y considerar a los hijos como bienes para el trabajo rural tendrían mayores posibilidades de procrear^{9,19}. Por último cabe discutir lo propuesto por Pritchett que pone de manifiesto que los programas de control de la fecundidad y acceso a métodos de planificación familiar no son la causa de la disminución de la misma, sino las decisiones reales de las parejas o el convencimiento de que las familia cortas son los mejores escenarios para una buena calidad de vida, estas decisiones son producto

principalmente de la educación, ingresos económicos y de las posibilidades que el bebé sobreviva al parto⁵⁰.

REFERENCIAS

1. Salazar A. Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia. Trabajos de grado del CIDER. 2003; 7: 15-29.
2. Arce AF, Rodríguez DL, Garavito SF. Determinantes de la fecundidad en el Departamento de Antioquia. Criterio Libre. 2012; 10(7): 25-52.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Fecundidad Adolescente 2016. [Internet]. INEI. [Citado el 5 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/fecundiad-adolescente.pdf>
4. Aguinaga J. Hipótesis causales sobre fecundidad: el papel preponderante de la unión familiar. Reis. 1983; 21(83): 83-101.
5. Berlanga S, Vizcaya M, Pérez R. Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. Atención Primaria. 2013; 45:409-17.
6. Bongaarts, J. The Causes of Stalling Fertility Transitions. Studies in family planning. 2006; 37: 1- 16.
7. Banco Mundial. Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) 2015. [Internet]. BM [Citado el 3 de marzo del 2018]. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?name_desc=false&view=map
8. Bay G, del Popolo F, Ferrando D. Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos 2003. [Internet]. CEPAL [Citado el 3 de marzo del 2018]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7180/2/S2003662_es.pdf
9. Boyd C. La transformación de las mujeres rurales jóvenes en Perú. Análisis comparativo a partir de los censos nacionales (1961-2007). 2013.

- [Internet]. IEP. [Citado el 3 de marzo del 2018]. Disponible en:
<https://drive.google.com/drive/u/1/folders/0B2qXpbMZn1O2QWJnSTR4cDUxTIE?ogsrc=32>
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario Estadístico de América Latina. 2016. [Internet]. CEPAL. [Citado el 3 de marzo del 2018]. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40972/4/S1601037_mu.pdf
 11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad entre 1995 -2025. 2009. [Internet]. INEI. [Citado el 3 de marzo del 2018]. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/ban copub/Est/Lib0846/libro.pdf>
 12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2016. [Internet]. INEI. [Citado el 3 de marzo del 2018]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
 13. Bustos B, Larrain AI, Trap A, Mallea X, Ligia M, Reyes AM, Arraztoa JA. Impacto en la percepción de intimidad conyugal en parejas usuarias de métodos naturales para regular fertilidad. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017; 82(2): 11- 19.
 14. Tapia H, González C, Puebla E. Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas. *Enfermería Universitaria.* 2017; 14(4):251-258.
 15. Donoso E, Carvajal J, Domínguez MA. Reducción de la fecundidad y envejecimiento de la población de mujeres chilenas en edad fértil 1990-2004. *Rev. Méd. Chile.* 2009; 137: 766-773
 16. Moreno A. Familia, empleo femenino y reproducción en España: incidencia de los factores estructurales. *Papers.* 2012; 97(2): 461-495.
 17. Castelló R, Hortelano JC, Martínez JR. Los factores determinantes del cambio en los niveles de fecundidad. Reflexiones en torno a los resultados obtenidos en la Comunidad Valenciana. [Internet] Universidad de Valencia [Citado el 5 de marzo del 2017]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/305945723_Los_desafios_demograficos_globales.
 18. Cabella W, Pardo I. ¿Es hora de usar indicadores refinados para estudiar la fecundidad en América Latina? *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2016; 33(3): 475: 493.
 19. Yago T, Tomás C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2014; 88: 395- 406.
 20. Montilva M. Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana.* 2008; 13(4): 69-79.
 21. Flores C, Núñez V. La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe. 2001. [Internet] CEDE N°16 [Citado el 5 de marzo del 2017]. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/6325272.pdf>
 22. Alcázar L. Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos? 2006. [Internet] INEI [Citado el 5 de marzo del 2017]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0686/Libro.pdf
 23. Del Priore D, Proffitt R, Ellis B, Hil SI. The effects of paternal disengagement on women's perceptions of male mating intent. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2017; 24.
 24. Zhang L. The influence of cohabitation on male and female fertility. *Male fertility patterns and determinants.* 2011; 27: 154- 158.
 25. Sheran M. The career and family choices of women: a dynamic analysis of labor force participation, schooling, marriage, and fertility decisions. *Review of Economic Dynamics.* 2007; 10 (3): 367-399.
-

26. Álvarez G. Decisiones de fecundidad y participación laboral de la mujer en España. *Investigaciones Económicas*. 2002; 26(1): 187-218
27. Ayala L, Sánchez G. Identidades masculinas y la salud de las mujeres. *Perinatol Reprod Hum*. 2004; 18: 53- 61.
28. Davia MA, Legazpe N. Factores determinantes en la decisión de tener el primer hijo en las mujeres españolas. *Papeles de Población*. 2013; 19 (75): 1- 30.
29. Coronel C, Chávez AM, González MD, Guisado MC. Madres solteras por elección. Una realidad creciente y no reciente. *Atención Primaria de salud*. 2017; 49(8): 502-503.
30. Ahn N, Mira P. Job bust, baby bust?: Evidence from Spain. *Journal of Population Economics*. 2001; 14(3): 505–521.
31. Instituto para el Matrimonio y la Familia. IV Barómetro de la Familia. Estado y opinión de las familias arequipeñas. 2017. [Internet] IMF [Citado el 5 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://ucsp.edu.pe/imf/barometro/barometro-de-la-familia-informe-2017/>
32. Peña JC. La influencia de la familia en la deserción escolar. Estudio de caso en estudiantes de secundaria de dos instituciones de las comunas de Padre las Casas y Villarrica, Región de la Araucanía, Chile. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2016; 21(70): 881-899.
33. Riquelme V. ¿La maternidad castigada? discriminación y malos tratos. 2011. [Internet] DT [Citado el 5 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.dt.gob.cl/portal/1626/articles-103042_archivo_01.pdf
34. Fuentes A. Fecundidad y fertilidad: Aspectos generales. *Rev. méd. Clín. Cónces*. 2010; 21(3): 337-346.
35. Carabaña J. Los cambios demográficos y sus consecuencias sociales. *Revista ICE*. 2003; 811: 153- 173.
36. Shaughnessy J, Zechmeister E, Zechmeister J. *Population and Development Review*. Marley Magaziner: New York
37. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6): 992-8.
38. Schiaffino A., Rodríguez M., Pasarín M.I., Regidor E., Borrell C., Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. *Gac Sanit*. 2003; 17(1): 70-4.
39. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC; 2017.
40. Sanhueza T. De prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones e identidad de género en América Latina. *La Ventana*. 2005; 22: 146- 188.
41. Rossier C, Bernardi L. Social Interaction Effects on Fertility: Intentions and Behaviors. *Eur J Population*. 2009; 25: 467–485.
42. Sícario L. Postergación de la maternidad. “Cuando me reciba...cuando me case...cuando cambie de trabajo...” 2008. [Internet] UBA [Citado el 5 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.ifer.com.ar/academica/art_cientificos/monografia_materia_antropologia.pdf
43. Medina M, Do Carmo M. Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad. *Desarrollo y Sociedad*. 2005; 55: 57- 100.
44. Larrañaga O. Fertilidad en Chile, 1960-2003 en Valenzuela S, Tironi E, Scully T. El eslabón perdido. Familia, modernización y bienestar en Chile. Taurus: Santiago de Chile.
45. Rasevic M, Sedlecki K. Baja fecundidad, baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y elevado número de abortos – El caso de Serbia. *EntreNous*. 2006; 63: 16-18.
46. Castro R, Rivera R, Seperak R. Impacto de la composición familiar en los niveles de pobreza de Perú. *CUHSO*. 2017; 27: 69- 88.
47. Rivas G, Nazar A, Estrada E, Zapata E, Mariaca R. Violencia, anticoncepción y embarazo no

- deseado. Mujeres indígenas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Estudios Demográficos y Urbanos. 2009; 24(3): 615-651.
48. Mesa C, Junca G. Análisis de reducción de la fecundidad en Colombia: modelo de determinantes próximos. Cuadernos de Economía. 2011; 30(54): 127- 150.
49. Toulemon L, Pailhé A, Rossier C. France: High and stable fertility. Demographic Research. 2008; 9(16): 503-556.
50. Pritchett L. Desired Fertility and the Impact of Population Policies. Population and Development Review. 1994; 20 (1): 1- 55.

Tabla 1: Características sociodemográficas asociadas a la fecundidad de las mujeres en el Perú

Característica	0 a 2 hijos n= 18489 f (%)	3 o más hijos n= 10757 f (%)	p-valor
Área de residencia			
Urbana	14127 (67.7%)	6726 (32.3%)	< .001
Rural	4362 (52.0%)	4031 (48.0%)	
Nivel educativo de la mujer			
Ninguno, preescolar	113 (16.5%)	570 (83.5%)	< .001
Primaria	2336 (34.6%)	4410 (65.4%)	
Secundaria	8631 (67.0%)	4250 (33.0%)	
Superior no universitario	3835 (79.1%)	1011 (20.9%)	
Superior universitario	3574 (87.4%)	516 (12.6%)	
Estado civil			
Casada	3384 (46.9%)	3866 (53.3%)	< .001
Conviviente	9201 (62.4%)	5549 (37.6%)	
Índice de riqueza			
Primer quintil	3140 (47.2%)	3518 (52.8%)	< .001
Segundo quintil	4566 (60.2%)	3021 (39.8%)	
Tercer quintil	4258 (67.4%)	2056 (32.6%)	
Cuarto quintil	3756 (73.2%)	1372 (26.8%)	
Quinto quintil	2769 (77.8%)	790 (22.2%)	
Condición laboral actual de la mujer			
No trabaja	6928 (66.3%)	3525 (33.7%)	< .001
Trabaja	11561 (61.5%)	7232 (38.5%)	
Número de uniones			
Una unión	13508 (61.5%)	8441 (38.5%)	< .001
Más de una unión	1332 (37.2%)	2246 (62.8%)	
Nivel educativo de la pareja			
Ninguno, preescolar	86 (31.2%)	190 (68.8%)	< .001
Primaria	1681 (33.5%)	3335 (66.5%)	
Secundaria	10489 (62.5%)	6304 (37.5%)	

Superior no universitario	2332 (74.9%)	783 (25.1%)	
Superior universitario	251 (77.0%)	75 (23.0%)	
Violencia de pareja			
No es víctima	6522 (63.2%)	3796 (36.8%)	< .001
Víctima de violencia	5854 (55.2%)	4759 (44.8%)	
Diferencias de edad dentro de la pareja			
Mujer mayor (10 + años)	67 (39.9%)	101 (60.1%)	< .001
Mujer mayor (5 - 9 años)	358 (48.8%)	376 (51.2%)	
Mujer mayor (1 - 4 años)	1621 (57.4%)	1203 (42.6%)	
La misma edad	1206 (62.4%)	728 (37.6%)	
Varón mayor (1 - 4 años)	4789 (59.3%)	3281 (40.7%)	
Varón mayor (5 - 9 años)	2988 (56.4%)	2315 (43.6%)	
Varón mayor (10 + años)	1553 (52.4%)	1409 (47.6%)	
Veces en las que la pareja se emborracha			
No bebe alcohol	2192 (55.55)	1755 (44.5%)	< .001
Nunca se emborracha	1917 (65.1%)	1030 (34.9%)	
Algunas veces	7833 (60.2%)	5173 (39.85)	
Con frecuencia	538 (44.2%)	677 (55.8%)	
Mortalidad infantil			
Ningún hijo muerto	18254 (67.2%)	8897 (32.8%)	< .001
Al menos un hijo muerto	235 (11.2%)	1860 (88.8%)	
Diferencias en el nivel educativo dentro de la pareja			
Mujer tiene un mayor nivel	5397 (72.9%)	2010 (27.1%)	< .001
Mismo nivel	7612 (56.4%)	5886 (43.6%)	
Varón tiene mayor nivel	1830 (39.6%)	2791 (60.4%)	
Uso de anticonceptivos			
Actualmente usa	11.762 (59.2%)	8094 (40.8%)	< .001
Usó desde el último nacimiento	4.249 (76.4%)	1316 (23.6%)	
Usó antes del último nacimiento	1708 (59.2%)	1176 (40.8%)	
Nunca usó	770 (81.83%)	171 (18.2%)	
	Media (DE)	Media (DE)	p-valor
Edad de primera relación sexual	18.3 (3.56)	16.9 (2.85)	< .001
Número total de parejas sexuales	1.94 (2.73)	1.84 (1.93)	< .001
Edad de la mujer en el primer nacimiento	22.0 (4.94)	19.3 (3.43)	< .001
Edad de la mujer en la primera unión	21.2 (4.90)	19.2 (4.20)	< .001
Número ideal de hijos deseados	2.27 (2.27)	3.10 (5.50)	< .001

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES

Tabla 2: Factores que influyen sobre la fecundidad de las mujeres en el Perú

Variables	RP crudo (IC 95%)*	p-valor	RP ajustado (IC 95%)**	p-valor
Rural	1.49 (1.45-1.53)	< .001	0.90 (0.86-0.94)	< .001
Nivel educativo				
Ninguno/preescolar	6.61 (6.06-7.22)	< .001	3.01 (2.15-4.22)	< .001
Primaria	5.18 (4.77-5.63)	< .001	2.63 (2.03-3.42)	< .001
Secundaria	2.62 (2.40-2.84)	< .001	1.74 (1.45-2.08)	< .001
Superior no universitario	1.65 (1.50-1.82)	< .001	1.30 (1.15-1.46)	< .001
Superior universitario (categoría de referencia)	1		1	
Convivencia	0.71 (0.68-0.73)	< .001	0.68 (0.66-0.70)	< .001
Índice de riqueza				
Primer quintil (categoría de referencia)	1		1	
Segundo quintil	0.75 (0.73-0.78)	< .001	0.94 (0.90-0.98)	.004
Quintil medio	0.62 (0.59-0.64)	< .001	0.95 (0.89-1.00)	.068
Cuarto quintil	0.51 (0.48-0.53)	< .001	0.99 (0.92-1.06)	.721
Quinto quintil	0.42 (0.39-0.45)	< .001	1.05 (0.96-1.15)	.291
Mujer trabaja actualmente	1.14 (1.10-1.18)	< .001	1.09 (1.05-1.12)	< .001
Más de una unión	1.63 (1.58-1.68)	< .001	1.46 (1.41-1.52)	< .001
Nivel educativo de la pareja				
Ninguno/preescolar	2.99 (2.42-3.71)	< .001	0.95 (0.63-1.41)	.789
Primaria	2.89 (2.37-3.53)	< .001	0.99 (0.73-1.38)	.999
Secundaria	1.63 (1.34-1.99)	< .001	0.87 (0.67-1.13)	.292
Superior no universitario	1.09 (0.89-1.34)	.403	0.91 (0.72-1.15)	.421
Superior universitario (categoría de referencia)	1			
Víctima de violencia	1.22 (1.18-1.26)	< .001	1.09 (1.05-1.12)	< .001
Diferencias de edad dentro de la pareja				
Mujer mayor (10 + años)	1.60 (1.39-1.83)	< .001	1.34 (1.17-1.54)	< .001
Mujer mayor (5 - 9 años)	1.36 (1.24-1.49)	< .001	1.21 (1.11-1.33)	< .001
Mujer mayor (1 - 4 años)	1.13 (1.05-1.22)	.001	1.12 (1.05-1.21)	.001
La misma edad (categoría de referencia)	1		1	
Varón mayor (1 - 4 años)	1.08 (1.01-1.15)	.017	0.98 (0.92-1.04)	.485

Varón mayor (5 - 9 años)	1.16 (1.09-1.24)	< .001	0.98 (0.91-1.04)	.485
Varón mayor (10 + años)	1.26 (1.18-1.35)	< .001	0.99 (0.93-1.06)	.823
Veces en las que la pareja se emborracha				
No bebe alcohol	0.80 (0.75-0.85)	< .001	0.85 (0.79-0.91)	< .001
Nunca se emborracha	0.63 (0.58-0.67)	< .001	0.82 (0.76-0.88)	< .001
Algunas veces	0.71 (0.68-0.75)	< .001	0.85 (0.80-0.91)	< .001
Con frecuencia (categoría de referencia)	1		1	
Falleció al menos un hijo infante	2.71 (2.65-2.77)	< .001	1.52 (1.47-1.57)	< .001
Diferencias en el nivel educativo dentro de la pareja				
Mujer tiene un mayor nivel	0.62 (0.60-0.65)	< .001	1.04 (0.93-1.17)	.460
Mismo nivel (categoría de referencia)	1		1	
Varón tiene mayor nivel	1.39 (1.34-1.43)	< .001	0.99 (0.89-1.10)	.884
Uso de anticonceptivos				
Actualmente usa	2.24 (1.96-2.57)	< .001	1.30 (1.15-1.47)	< .001
Usó desde el último nacimiento	1.30 (1.13-1.50)	< .001	1.02 (0.89-1.16)	.785
Usó antes del último nacimiento	2.24 (1.95-2.59)	< .001	1.33 (1.16-1.51)	< .001
Nunca usó (categoría de referencia)	1			
Edad de la primera relación sexual	0.91 (0.90-0.92)	< .001	1.03 (1.02-1.04)	< .001
Número total de parejas sexuales	0.98 (0.97-0.99)	.008	1.00 (0.99-1.01)	.411
Edad de la mujer cuando tuvo su primer hijo	0.91 (0.90-0.92)	< .001	0.90 (0.89-0.91)	< .001
Edad de la mujer en la primera unión	0.94 (0.93-0.95)	< .001	1.03 (1.02-1.04)	< .001
Número ideal de hijos	1.01 (1.01-1.02)	< .001	1.01 (1.00-1.01)	< .001

*Regresión de Poisson simple con varianza robusta

**Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta, el modelo se generó con todas las variables que mostraron ser estadísticamente significativas en el análisis crudo; cuenta con un Pseudo R²= .0913