

# Aspectos socio culturales de las multigestas adolescentes

Jorge Renato Aparicio Ponce<sup>1</sup>

## Resumen

**Objetivo:** Identificar los aspectos socioculturales de las multigestas adolescentes. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo del año 2009 al 2013. Se realizó un análisis documental de las historias clínicas de 342 multigestas adolescentes atendidas en la institución. **Resultados:** El 99,7% (341) fueron adolescentes tardías. La mayoría eran solteras (68,7%). El grado de instrucción predominante fue la secundaria, 161 (47,1%) completa, y 125 (36,5%) incompleta. El rango de edad para la menarquia fue de 9 a 17 años, siendo más frecuente a los 12 años (29,2%). El inicio de las relaciones sexuales tuvo un rango de 8 a 18 años, siendo más frecuente a los 15 años (31,0%). El tiempo entre la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales fue con mayor frecuencia entre los dos y cuatro años. El 20,5% utilizó métodos anticonceptivos, siendo el más frecuente la ampolla trimensual 35,7%. La mayoría (128/37,4%) no tuvieron control prenatal. En un 19,0% el embarazo culminó en aborto, y la vía del parto más común fue la cesárea (52,0%). **Conclusiones:** Las multigestas adolescentes son en su mayoría solteras, con secundaria completa, con poco acceso a métodos anticonceptivos y con un control prenatal inadecuado.

**Palabras clave:** Adolescente, aspectos socio culturales, multigesta adolescente.

## Abstract

**Objective:** Identify the sociocultural aspects of adolescent multigravid. **Methodology:** Descriptive, cross sectional study conducted at the Hospital Nacional Dos de Mayo 2009 to 2013. A documentary analysis of medical records of 342 multigravid adolescents seen at the institution was performed. **Results:** 99.7% (341) were late adolescents. Most were single (68.7%). The predominant level of education was high school, 161 (47.1%) completed, and 125 (36.5%) incomplete. The age for menarche was 9-17 years, with more frequent at age 12 (29.2%). The beginning of sexual intercourses ranged from 8-18 years, with more frequent at age 15 (31.0%). The time between menarche and the start time of sexual intercourses was most often between two and four years. Only 20.5% used contraceptive methods, the most frequent trimonthly blister (35.7%). Most (128/37.4%) had no prenatal care. 19.0% pregnancy ended in abortion, and the most common way of delivery was cesarean section (52.0%). **Conclusions:** Adolescent multigravid are mostly single, with complete secondary, with little access to contraception and inadequate prenatal care.

**Keywords:** Adolescent, socio cultural aspects, adolescent multigravid.

## Introducción

La adolescencia según la OMS abarca de los 10 a los 19 años<sup>(1)</sup>. Se divide en adolescencia temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años)<sup>(2)</sup>. En el Perú, los adolescentes constituyen el 21% de la población<sup>(3)</sup>. La incidencia de embarazos en la adolescencia depende de la región y del grado de desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que en América Latina el 16,3% del total de embarazos ocurre en adolescentes<sup>(4)</sup>. Las causas del embarazo en adolescentes son diversas, destaca el factor social con mucha relación al nivel de desarrollo de la población. Esto influye en la disminución de la edad de la menarquia, la contracepción inadecuada y la pobreza

<sup>(5)</sup>. Las complicaciones para la gestante y el producto están ampliamente reportadas. Pero la mayoría de investigaciones se orientan al aspecto socio cultural, resaltando las implicaciones sociales y psicológicas. Así este grupo poblacional está en riesgo de aborto inducido, pérdida del control prenatal, ruptura personal y familiar, adopción y abandono. En la práctica clínica surge un nuevo problema a consecuencia de que hay menos atención hacia las adolescentes multigestas. En Latinoamérica se reporta que un 10%-45% de adolescentes tienen un embarazo reincidente<sup>(6-10)</sup>. Los factores asociados con un nuevo embarazo en la adolescencia son: madres adolescentes que provienen de familias cuyos progenitores también lo habían sido, es decir que la maternidad se puede

<sup>1</sup> Ginecólogo-Obstetra. Magister en Docencia e Investigación en Salud. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-Perú.

"aprender" y transmitir<sup>(8,11)</sup>; el hecho que el embarazo permite a la adolescente no separarse de su pareja, posibilidad de salir de la casa de los padres, quizá en un clima hostil. Incluso afirmaría su femineidad a través de la fertilidad; y por último los cuidados a los hijos representan un objetivo importante en su vida ya desestructurada, logrando con esto autonomía y realización<sup>(9,12)</sup>.

El estudio tuvo el objetivo de identificar los aspectos socioculturales de las multigestas adolescentes en el Hospital Nacional Dos de Mayo del 2009 al 2013.

**Material y método**

Estudio descriptivo tipo serie de casos realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo del 2009 al 2013. Se admitieron al estudio las historias clínicas de todas las multigestas adolescentes que culminaron el embarazo en la institución. Se excluyeron los casos sin historia clínica completa, o los que no culminaron el embarazo en el hospital. Se utilizó una ficha como instrumento, recolectando datos de aspecto socio cultural: edad, estado civil, edad de la menarquia, grado de instrucción, procedencia, inicio de las relaciones sexuales, uso y tipo de anticoncepción. Además, el número de controles pre natales, y el tipo y la vía de culminación del embarazo. Se utilizó la técnica del Análisis Documental. Se realizó estadística descriptiva basada en el cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95 %, utilizándose el programa SPSS 20.0.

**Resultados**

Se detectaron 342 multigestas adolescentes que culminaron la gestación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, con la historia clínica completa. Del total, una (0,3%) pertenecía al grupo de las adolescentes tempranas, y las otras 341 (99,7%) a las adolescentes tardías. La mayoría (68,7%) eran solteras, 30,7% eran convivientes, y dos (0,6%), casadas. En cuanto al grado de instrucción, la mayoría tenía estudios de secundaria. El 47,1% (161) los había concluido, el 36,5% (125) tenía una secundaria incompleta. Dos casos (0,6%) terminaron los estudios técnicos, y 4 casos (1,2%) tenían estudios técnicos o universitarios incompletos. El 6,4% (22) tuvo un registro en la historia clínica como ningún grado de instrucción. El resto 8,1% (28) tuvo estudios de primaria (Tabla 1).

La mayoría de las multigestas adolescentes procedían de los distritos de la jurisdicción del hospital: La Victoria (115/45,3%), Cercado de Lima (80/23,4%), San Luis (29/8,5%), Surquillo (14/4,1%), y San Borja (2/8,3%). También se tuvieron casos de jurisdicciones aledañas como Ate, San Juan de Lurigancho y El Agustino (4,4%, 2,6% y 2,3%). Además 11 casos estaban de tránsito en Lima y procedían de otros departamentos.

Dentro de los antecedentes ginecológicos y obstétricos se encontró que el rango de edades para la menarquia fue de los

Tabla I

**Características sociodemográficas de las multigestas adolescentes en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2009 - 2013**

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>• Tipo de adolescencia</b>		
• Temprana >10 años pero < de 15	1	0,3
• Tardía > o = 15 años pero < de 19 años	341	99,7
<b>• Estado Civil</b>		
• Soltera	235	68,7
• Casada	2	0,6
• Conviviente	105	30,7
<b>• Grado de Instrucción</b>		
• Ninguno	22	6,4
• Primaria Incompleta	8	2,3
• Primaria Completa	20	5,8
• Secundaria Incompleta	125	36,5
• Secundaria Completa	161	47,1
• Técnica Incompleta	3	0,9
• Superior Incompleta	1	0,3
• Técnico Completo	2	0,6
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>

9 a 17 años. En un tercio de los casos la menarquia ocurrió a los 12 años (100/29,2%), seguida del grupo de los 13 y 11 años (80/23,4% y 68/19,9%) (Figura 1). El inicio de las relaciones sexuales ocurrió entre los 8 a los 18 años, siendo más frecuente a los 15 años (106/31,0%) (Figura 2). El tiempo entre la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales fue en su mayoría entre los 2 y 4 años (24,3% a los 2 años, 19,9% a los 4 años y 18,7% a los 3 años) (Figura 3). En lo referente a anticoncepción, el 20,5% registró su uso, siendo el más frecuente la ampolla trimestral (25/35,7%) seguida del condón (22/31,4%), los anticonceptivos orales combinados (19/27,1%) y la ampolla mensual (4/5,7%). De las 342 multigestas adolescentes admitidas al estudio, el 90,6% (310) tuvieron su segundo embarazo, el 8,2% (28) cursaba el tercer embarazo y el 1,2% (4) estaban en su cuarta gestación. La mayoría de las multigestas adolescentes tuvieron el primer embarazo en la adolescencia tardía (39,8% a los 16 años, 21,3% a los 15 años, 19,6% a los 17 años y 0,9% a los 18 años). Mientras que en el 18,5%, el primer embarazo ocurrió en la adolescencia temprana (12,6% a los 14 años, 4,7% a los 13 años, 0,9% a los 12 años y 0,3% a los 11 años).

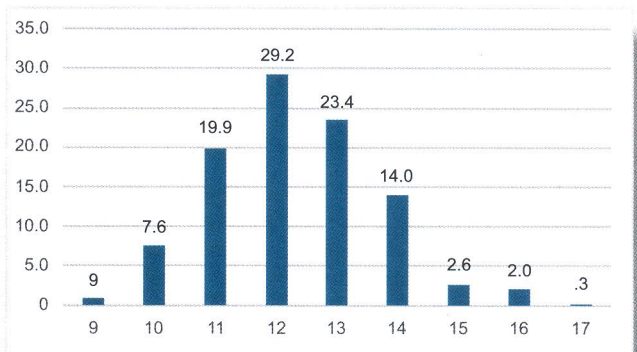
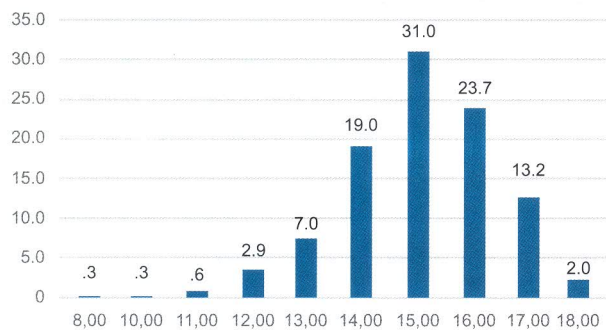
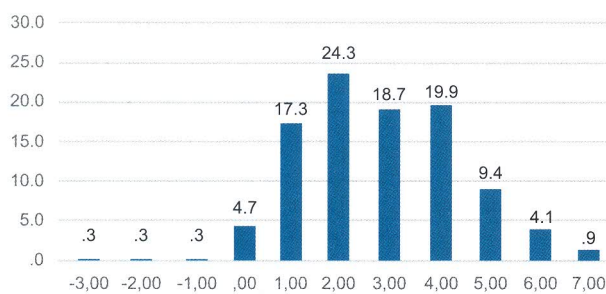


Figura 1. Edad de la menarquia de las multigestas adolescentes en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2009-2013.



**Figura 2.** Edad de inicio de las relaciones sexuales de las multigestas adolescentes en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2009-2013.



**Figura 3.** Tiempo desde la menarquia hasta el inicio de las relaciones sexuales de las multigestas adolescentes en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2009-2013.

En el embarazo actual 128 (37,4%) no tuvieron ningún control prenatal, 92 (26,9%) tuvieron un control insuficiente, es decir menos de 6 controles, y 122 (35,7%) tuvieron un control adecuado. La culminación del embarazo fue por aborto en el 19,0% (65) de los casos, y por parto en 277 casos, de los cuales la vía abdominal fue la más frecuente (144/52,0%) frente a la vaginal (133/48,0%).

## Discusión

Del 2009 a 2013 se registró en el Hospital Nacional Dos de Mayo 14,307 partos. De ellos 1,383 ocurrieron en adolescentes, con una incidencia de 10,34%, menor a los reportes de Claros<sup>(6)</sup> (20,3%), Mondragón<sup>(13)</sup> (16,76%), y Castillo<sup>(14)</sup> (15,1%); y similar al de Tay<sup>(15)</sup> (12,9%). Por otro lado, 342 adolescentes ya habían gestado anteriormente, considerándolas como multigestas. El 24,7% de las adolescentes atendidas fueron multigestas, dentro del rango en Latinoamérica (10%-45%)<sup>(6-10)</sup>.

El 99,7% fueron adolescentes tardías, similar a lo encontrado en nuestro medio por Claros<sup>(6)</sup> y Diego y col.<sup>(12)</sup>; y en la región por Silveira da Silva y col.<sup>(16)</sup> y Persona y col.<sup>(9)</sup>. Entendiendo que el tiempo abarcado para la posibilidad de dos gestaciones o más, escapa al período de tiempo de la adolescencia temprana. El caso ocurrido en la adolescencia

temprana está en relación al hecho que la edad más frecuente de la menarquía ocurrió a los 12 años, coincidiendo con Persona y col.<sup>(9)</sup>, seguido del grupo de los 13 años, abarcando ambos el 52,6%; y en edades muy tempranas, ya sea 9 ó 10 años, apenas el 8,5%. Es decir que si la menarquía evidencia que una mujer tiene ciclo sexual y por lo tanto puede embarazarse, desde ésta fecha para que ocurran dos o más gestaciones, el tiempo transcurrido ya nos ubica en la adolescencia tardía.

El grado de instrucción predominante fue la secundaria completa (47,1%) diferente a Claros<sup>(6)</sup> (63%), quien menciona este porcentaje como educación básica. Tomando esto como educación primaria y/o secundaria la población estudiada tendría educación básica en el 91,7%, diferencia entendible a una población de Lima metropolitana y la de Claros<sup>(6)</sup> en Huaral. Es más, en 70,8% de los casos las gestantes tuvieron mayor o igual a 18 años, época en que lo frecuente es haber concluido los estudios de básica regular. Lo cual tiene relación con el grado de pobreza, factor muy importante que corrobora la mayor frecuencia de gestantes adolescentes en regiones en vías de desarrollo, con condiciones socioeconómicas desfavorables<sup>(17,18)</sup>.

En cuanto al estado civil solo el 31,3% tenía una unión estable, siendo lo más frecuente la convivencia, pero no en un porcentaje tan alto como lo reportado por Claros<sup>(6)</sup> (86,6%). Las solteras fueron las más frecuentes (68,7%), de modo similar a lo encontrado por Persona y col.<sup>(9)</sup> (66,7%).

El inicio de las relaciones sexuales fue más frecuente a los 15 años (31,0%), y si tomamos a las menores de 15 años, 29,1% inició la actividad sexual a esta edad. Esto difiere de lo reportado por Persona<sup>(9)</sup>, Claros<sup>(6)</sup> y Diego y col.<sup>(12)</sup>, quienes mencionan en que las menores de 15 años iniciaron con mayor frecuencia las relaciones sexuales. Lo cual estaría relacionado a una mejor información en la población estudiada, de allí que el 69,1% inició ésta actividad superando los 15 años. Esto último en relación, a como se mencionó anteriormente, que el 91,7% tenía algún tipo de educación básica donde se debería dar información para una sexualidad responsable. Así como que la mayoría (62,9%) inició la actividad sexual de 2 a 4 años posteriores a la menarquía. Dejando de lado la creencia de que luego de la menarquía no es posible lograr un embarazo. En contraparte a lo referente a una información adecuada, solo el 20,5% utilizó métodos anticonceptivos, lo que coincide con Diego y col.<sup>(12)</sup> (30,0%), pero difiere con Claros<sup>(6)</sup> (53,0%). Sin embargo, destaca la opción por los métodos más eficaces en el 68,5% (ampolla trimensual 35,7%, anticonceptivos orales combinados 27,1% y ampolla mensual 5,7%), parecido a lo reportado por Persona y col.<sup>(9)</sup>, mientras que el preservativo, de baja eficacia, en el 31,4%. Es decir como lo encontrado por Diego y col.<sup>(12)</sup>, con una mejor información se utilizan métodos más eficaces.

El adecuado control prenatal solo se realizó en el 35,7%, coincidente con Silveira da Silva y col.<sup>(16)</sup>, y muy diferente a lo reportado por Claros<sup>(6)</sup> (63,0%). Se consideraron no controladas, o insuficientemente controladas la mayoría de

los casos (64,3%). No se encontró diferencia en la frecuencia de la vía de culminación del parto (cesárea 52,0%, vaginal 48,0%), difiriendo de los estudios en los que el parto vaginal se presenta con mayor frecuencia, como los de Persona y col.<sup>(9)</sup> y Silveira da Silva y col.<sup>(16)</sup>, o en los que la cesárea predomina, como lo reporta Oliveira de Azevedo y col.<sup>(8)</sup>.

Por el diseño del estudio se tuvo las limitaciones de estudiar otras variables importantes como son el nivel económico, la situación laboral, el número de parejas sexuales,

la relación con la familia, relación del embarazo con actos de violencia, y abortos provocados. Esto en relación a que son datos que no figuran en la historia clínica, pero que pudieran ser obtenidos con una entrevista con consentimiento informado.

En conclusión, el presente trabajo demuestra que las multigestas adolescentes se presentan con relativa frecuencia, siendo en su mayoría solteras con estudios secundarios completos, con poco acceso a métodos anticonceptivos y con un control prenatal inadecuado.

## Referencias bibliográficas

- 1. Unidad de Salud del niño y del adolescente Área de salud familiar y comunitaria.** Descubriendo las voces de las adolescentes. [Internet] Washington: OPS/OMS; 2006. [acceso 01 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
- 2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).** Panorama general de la vida de los adolescentes. Estado de la Población Mundial 2003 [Internet]. Washington D.C.: UNFPA; 2003 [acceso 28 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch1/index.htm>
- 3. INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES continua, 2009. Visión nacional y departamental. Mayo 2010.
- 4. Organización Panamericana de la Salud.** Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. El embarazo adolescente. [acceso 28 Jun 2015]. Disponible en: [http://new.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&task=view&id=71&Itemid=220](http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=220)
- 5. Lammers C.** Características y tendencias del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. *Rev Urug Ginecol Infan Adoles* 2000; 2:39-43.
- 6. Claros A.** Adolescentes multigestas: aspectos socioculturales. *Paediatrica* 2006; 8(1):15-19.
- 7. Bojanini J, Gómez J.** Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2004; 55(2):114-121.
- 8. Oliveira de Azevedo V, Costa M, Queiroga F, Brandão A, Marinho L, Mendes R.** Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. *RBGO* 2004; 26(9):703-707.
- 9. Persona L, Kakuda A, Tarallo M.** Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Latino-am Enfermagem setembro-outubro* 2004; 12(5):745-750.
- 10. González E, Encina C, Gómez M, Molina T, Sandoval J.** Factores psicosociales que se asocian a la reincidencia del embarazo en adolescente chilenas. *Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia.* 2003;10: 71-77.
- 11. Valdivia M, Molina M.** Factores psicológicos asociados a la maternidad en menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Univ Chile* 2003;12:85-109.
- 12. Diego P, Huarcaya G.** Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Obstetricia] 2008. [acceso 28 Jun 2015]. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/diego\\_dp/pdf/diego\\_dp.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/diego_dp/pdf/diego_dp.pdf)
- 13. Sandoval J, Mondragon F y Ortíz M.** Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes: estudio caso control. *Rev Peruana Ginecología y Obstetricia* 2007; 53(1):28-34.
- 14. Castillo O, Mariños E.** Morbilidad obstétrica de la gestante adolescente, en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, Enero a Diciembre, 2004. *An Fac Med Lima.* 2006; 67 Suppl 1 S86.
- 15. Tay F, Puell L, Neyra L, Seminario A.** Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. *Ginecol Obstet. (Perú)* 1999; 45(3):179-82.
- 16. Silveira da Silva K, Rozenberg R, Bonan C, Costa Chuva V, Furtadoo da Costa S, Souza M.** Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (rj, brasil): uma análise de dados do sistema de nascidos vivos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(5):2485-2493.
- 17. Lammers C.** Valoración nutricional de la adolescente embarazada. *Rev Urug Ginecol Infan Adoles* 2000; 2:65-69.
- 18. Lynch S.** The potential impact of iron supplementation during adolescence on iron status in pregnancy. *J Nutr* 2000; 130:448S-451S.