

Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbimortalidad materna

Un estudio cuali-cuantitativo en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sandra Susacasa^a

Resumen

La gran multiparidad (GM) está fuertemente relacionada con causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo, así como con alteraciones en la salud feto-neonatal de gran relevancia social y familiar.

Se realizó un estudio cualicuantitativo descriptivo, inferencial cuyo objetivo general fue analizar las diferencias sociodemográficas entre mujeres embarazadas GM de aquellas que no lo son, durante 2008-2009, y explorar dimensiones socioculturales relacionadas con la condición de GM en la comunidad hospitalaria del HMI Ramón Sardá. Para ello se utilizaron variables obtenidas de fuentes de datos primarias (entrevista semiestructurada elaborada ad-hoc) y secundarias (historia clínica perinatal e internación).

Resultaron variables asociadas a GM: edad al primer parto, connotación negativa hacia métodos anticonceptivos y nacionalidad. Otras asociaciones significativas fueron antecedentes de abuso sexual y maltrato, bajo nivel educativo y mi-

graciones, así como pobreza estructural. No tuvo peso el antecedente de familia numerosa o edad de la madre de la GM.

Se propone considerar estos aspectos al momento de elaborar estrategias de intervención y Programas de apoyo de estas mujeres particularmente vulnerables; así como capacitación del equipo de salud para reducir sus riesgos. A nivel comunitario, posibilitar la transferencia de los resultados y proyectar la experiencia a instituciones hospitalarias de similares características.

Palabras clave: Alta paridad, mortalidad materna, gran multiparidad, morbilidad materna.

Abstract

Analysis of sociodemographic factors as multiparity determinants and their relationship with maternal morbi-mortality.

Qualitative and quantitative study in the Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

The great parity (GM) turns out to be a risk factor strongly associated with causes of disability, illness and death among women of reproductive age in developing countries as well as important alterations in fetal-neonatal health.

We conducted a descriptive and inferential qualitative-quantitative study, whose main objective is to analyze the demographic differences among GM pregnant women from those who are not, during the period 2008-2009. And to explore socio-cultural dimensions related with GM condition into the Hospital Materno Infantil Ramon Sarda's patients.

We have obtained variables from primary data sources (ad-hoc prepared semi-structured interview) and secondary data sources (Perinatal history). The most associated

a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correspondencia a: Sandra Susacasa.

Correo: susacasa@gmail.com

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Fecha de envío para su publicación:

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

with GM variables were age at the first birth, negative connotation to contraception and nationality. Other significant associations were history of sexual abuse and abuse, low educational attainment, migration, and structural poverty. Large family and GM mother age at the first delivery were not associated.

It is proposed to consider these aspects in the following areas:

- To complement a boarding from socio-demographic and cultural aspects, to develop intervention's strategies as a Program of integral attention of this particularly vulnerable group of women.
- To train the health staff in order to reduce their risks
- To transfer the results and to project the experience to hospitals with similar characteristics.

Key words: Great parity, maternal mortality, high parity, maternal morbidity.

Introducción

La gran multiparidad (GM) es considerada un factor de riesgo importante en la salud materno-feto-neonatal. Está asociada a entidades perinatales muy graves y de gran peso en la Salud Pública tales como muerte materna, morbilidad materna severa, morbimortalidad feto-neonatal y otros que implican detrimento económico, psicológico y social.

Cabe consignar que uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas¹ es el mejoramiento de la salud materna, formando parte también de las metas del Plan Federal de Salud de nuestro país.

En consonancia con las tendencias mundiales se evidencia un aumento global del número de cesáreas en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS)² y con ello de cesáreas iterativas que aumentan el riesgo de morbimortalidad materna (MMM) causado por acretismo placentario, hemorragias postoperatorias, y otras. En esta realidad están presentes aspectos no menos importantes que inciden en la salud materno-feto-neonatal relacionados con la escasa planificación de estos embarazos (muchos de ellos no deseados) el intervalo intergenésico corto y otras enfermedades asociadas más frecuentemente a la multiparidad como el cáncer de cuello uterino, HTA, flebotrombosis, anemia, etc. Todo ello conspira contra el adecuado cuidado de la salud integral de la mujer, del embarazo y el niño. Se relacionan con el parto prematuro, bajo peso, desnutrición,^{3,4} destete precoz,⁵ muerte fetal-neonatal, además de predisponer a la cesárea.⁶

En este grupo de mujeres hallamos una inadecuada o irregular utilización de los métodos anticonceptivos convencionales. Muchas pacientes transitan directamente a la esterilización tubaria sin intentar la utilización de otros métodos anticonceptivos previamente.⁷ Se considera, que el número de hijos afecta los patrones de ingreso y consumo de los hogares, el grado de cuidado psicofísico y la salud de los niños, de sus madres y de todo el grupo familiar.⁸ Son de importancia, por ende, las implicancias de la GM, tanto familiares, sociales como económicas.

Está probadamente establecido que la mujer con multiparidad extrema y la familia a la que pertenece son, particularmente, vulnerables. Pero: ¿cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas gran múltiparas que se asisten en el HMIRS? ¿Qué factores colaboraron para llegar a este punto? ¿Se diferencian de aquellas que no lo son? ¿Cuáles son sus opiniones y representaciones sociales acerca de factores de la salud reproductiva?

Justificación del problema y utilización de los resultados

Recientemente, una evaluación del cumplimiento de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio y de las metas del Plan Federal de Salud mostró que los mismos serán difícilmente alcanzados si no se implementan acciones inmediatas.⁹

Del Sistema Informático Perinatal (SIP) en el HMIRS surge que los nacimientos de mujeres con ≥ 5 hijos vivos son el 6,5%, cifra similar al 5,9% de los embarazos en adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). A pesar del interés creciente en la materia se carece de un equipo interdisciplinario específico que satisfaga sus necesidades en el marco de un Programa que regularice la atención de este grupo de alto riesgo en forma visible e integral. Esto, junto con el escaso conocimiento de sus particularidades sociodemográficas y culturales dificulta la aplicación de estrategias adecuadas y exitosas en disminuir la multiparidad extrema y sus riesgos en nuestra población hospitalaria.

En nuestro país la Razón de Mortalidad Materna en el año 2004 fue de 40 por 100 000 nacidos vivos, más del doble de la registrada en Uruguay y Chile, a pesar de haber realizado mayor gasto en salud que en este último país (9,7% vs. 6,2%).⁸

Respecto de la MM hay que aclarar que este indicador es más sensible a la falta de equidad que la mortalidad infantil.⁹ La situación de pobreza no garantiza condiciones de igualdad ya que favorece el abandono escolar y aun cuando se pudiere superar la barrera del conocimiento aparecen los problemas relacionados con la autonomía de la mujer y el acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva.

Numerosos estudios han mostrado la relación directa entre las tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil y la de fecundidad que aunque muestra una tendencia descendente (la tasa global de fecundidad (TGF) ha ido en disminución en nuestro país;^{10,11} la estimación actual es 2,30 para Argentina, 2,17 para Provincia de Buenos Aires y 1,39 para CABA), es más alta entre las mujeres más pobres y en las regiones más postergadas del país.

En la pág. 60 de la Situación de la Población en Argentina¹² se analiza el Avance en lograr los acuerdos y objetivos internacionales, particularmente el Objetivo 6: Mejorar la salud materna concluyendo que "no se puede realizar una proyección firme hacia el futuro" respecto de la tasa de MM y que desde el año 2002 el índice de Gini muestra una desigualdad creciente aunque se encuentren por debajo de las metas establecidas.

El *objetivo general* de este estudio es analizar las diferencias desde el punto de vista sociodemográfico y de indicadores de salud entre las mujeres con multiparidad extrema (con igual o más de 5 hijos nacidos vivos) de aquellas que no lo son durante el año 2008 y explorar dimensiones socioculturales relacionadas con la condición de alta paridad, en la comunidad hospitalaria del HMIRS.

Sus *objetivos específicos*:

1. Caracterizar a las mujeres con 5 o más hijos nacidos vivos anteriores según los indicadores sociodemográficos y de salud.
2. Caracterizar a las mujeres con 3 o menos hijos nacidos vivos anteriores según los mismos indicadores sociodemográficos y de salud.
3. Establecer similitudes y diferencias de ambas muestras poblacionales.
4. Explorar dimensiones socioculturales relacionadas con la condición de GM.

En esta investigación subyace la hipótesis de que las mujeres embarazadas grandes múltiparas que concurren a la consulta en el HMIRS presentan características sociodemográficas y culturales diferentes de aquellas que no lo son tal que justifiquen un abordaje estratégico particular. Se presume que las variables sociodemográficas que se determinen en estas pacientes podrán contribuir al conocimiento del tema favoreciendo la disminución de los riesgos relacionados con la multiparidad extrema.

El *propósito* final es que el análisis de estos datos permitan complementar el abordaje biomédico de la materia desde aspectos sociodemográficos y culturales que respetando las necesidades reales de las usuarias les permitan mejorar aquellos aspectos que obstaculizan, impiden o dificultan el adecuado aprovechamiento de las alternativas que las instituciones, particularmente el HMIRS ofrecen; promoviendo la formalización de un equipo interdisciplinario específico de atención integral que contemple la detección, atención, seguimiento, capacitación y consejería de alta calidad; favoreciendo la toma de decisiones y conciencia de las mujeres en su rol para la planificación de su vida sexual y el logro de la disminución de la multiparidad extrema como un factor de riesgo perinatal y social.

Por lo tanto, los usuarios beneficiados directamente serían mujeres con multiparidad extrema que realizan sus controles prenatales y/o atiendan su parto en el HMIRS y los potenciales, todas aquellas que atiendan sus embarazos en instituciones similares a la nuestra.

No existe aún una definición universalmente aceptada de GM lo que suele dificultar la comparación de estudios y sus resultados.¹³⁻¹⁷ En esta investigación se adhiere a la del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Se destaca la necesidad de reducir el desequilibrio 10/90 en investigación en salud (10/90 Gap) y se citan algunos puntos de la MECA: Morbilidad Materna en Argentina⁷ que están estrechamente relacionados y forman

parte inequívoca del marco teórico-referencial en el cual esta propuesta de investigación se sostiene:

Respecto de la carga de enfermedad: el riesgo de MM es recurrente y se incrementa con cada embarazo, acompañado de alta morbilidad postparto según regiones, etnias y/o sectores sociales. La salud materna tiene impacto directo en el cuidado de la salud de las familias.

Respecto de los determinantes: la mujer se siente obligada a concebir con cada nueva pareja, es poco y malo el proceso de empoderamiento ciudadano, existe desigualdad de género, violación de los derechos sexuales y reproductivos, a la vida, la libertad, la salud, educación y seguridad, escaso trabajo. Escaso trabajo intersectorial. La formación pone acento exclusivamente en lo biológico.

Respecto del nivel actual del conocimiento: no hay disposición de datos que permitan valorar las diferencias étnicas de riesgo. No hay formación en investigación para abordar la multicausalidad del fenómeno MM, solo se buscan causas relacionadas a lo biológico y organización de sistemas de salud. No se estudian factores psicológicos, sociales, culturales.

Materiales y métodos

Diseño

Diseño mixto: cualicuantitativo. Prospectivo y retrospectivo, descriptivo e inferencial.

Se compararon dos universos de mujeres, aquel de interés para este estudio y otro que hizo las veces de grupo de control. El Grupo 1 (GM) estuvo compuesto por mujeres gran múltiparas (con ≥ 5 hijos vivos) y el Grupo 2 (no GM) por mujeres con < 4 hijos vivos.

Se establecieron dos etapas para el desarrollo de esta investigación: En una primera etapa se creó y utilizó una planilla de indicadores sociodemográficos que permitió caracterizar ambos grupos. En una segunda etapa y de acuerdo a la prevalencia de multiparidad extrema obtenida se aplicaron entrevistas semiestructuradas, abierta y cerradas a una muestra de ambos grupos durante el trimestre comprendido entre el 01/09/2009 y 30/11/2009.

Población y muestra

El Universo o población objetivo fueron las de las mujeres cuyos partos ocurrieron en el HMIRS. La Unidad de análisis: Mujeres púerperas con ≥ 5 hijos nacidos vivos y mujeres púerperas con ≤ 3 hijos nacidos vivos. Criterio de exclusión: no haber brindado consentimiento.

En la primer etapa se seleccionó toda la población de mujeres gran múltiparas (con ≥ 5 hijos nacidos vivos) y mujeres con < 4 hijos vivos cuyos partos ocurrieron en el HMIRS durante el año 2008. Al no haber un criterio de selección y al cubrirse todo un año no se advierte que haya razones para la existencia de sesgos de selectividad.

En la segunda etapa se procedió a la selección de la muestra que incluyó la totalidad de las mujeres púerperas

gran múltiparas (con ≥ 5 hijos nacidos vivos) y su grupo control durante el trimestre comprendido entre el 01/09/2009 y 30/11/2009. A fin de evitar el efecto confusor de la edad en los resultados, la población se estratificó según edad estableciendo los siguientes grupos etarios: hasta 24 años, 25 a 34 años, ≥ 35 años, y se realizó el análisis comparativo de los datos obtenidos en los dos grupos. Por cada mujer del Grupo 1 que se incluyó mediante un patrón de reclutamiento consecutivo, se propuso encuestar 2 mujeres del Grupo 2 del mismo grupo etario. Con ello se pretendió reducir los sesgos de selección de muestra que pudieran haber ocurrido.

Variables

Se obtuvieron datos cuantitativos en su mayoría de tipo categórico, ordinal o numérico y otros cualitativos posteriormente categorizados, seleccionados acorde al objetivo principal.

Se obtuvieron variables universales como: edad, etnia (operacionalizada (op.) blanca, indígena, mestiza, negra, otro); nacionalidad (op. por países); grado de escolarización de la embarazada y de su pareja o jefe de familia (op. ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria incompleta, terciaria/universitaria incompleta y terciaria/universitaria completa); estado civil (op. casada, unión estable, soltera, otro); ocupación (op. como estable o temporario). Antecedentes obstétricos-ginecológicos: número de gestas, partos, abortos y cesáreas previas; mortalidad infantil previa; edad al inicio de las relaciones sexuales; número de parejas sexuales; falta de planificación familiar: no estar usando un anticonceptivo moderno; fracaso de método anticonceptivo (op. como: no usaba, barrera, DIU, píldora, depósito, natural); embarazo no planeado. Aspectos sociodemográficos: lugar de procedencia (op. como rural, urbana o suburbana). Edad de primer gesta de la madre; creencia religiosa (categórica); grado de religiosidad (op. como practica el culto diariamente, algunas veces a la semana, algunas veces al mes, solo en ocasiones especiales, nunca, no responde). Conocimiento en salud: métodos anticonceptivos que conoce (con sus categorizaciones) y dimensiones tales como: opinión acerca del uso de métodos anticonceptivos; opinión de la pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos; actitud u opinión sobre el aborto; opinión acerca de algunos aspectos relacionados con la violencia doméstica. Entre otros.

Instrumentos o técnicas de recolección de datos

En la primera etapa: planilla de indicadores sociodemográficos obtenidos de la fuente de datos secundaria (Historia Clínica Perinatal y de Internación). En la segunda etapa: fuente de datos primaria, aplicación de entrevista semiestructurada, abierta y cerrada formulada ad-hoc.

Plan de análisis de los resultados

En el caso de variables cuantitativas se calculó el promedio, desvío estándar, mediana, mínimo y máximo. Cuando

se comparó variables cuantitativas se utilizó test de Student para muestras Independientes y ANOVA. En el caso de que las variables no tuvieran distribución normal, no tuvieran homogeneidad en las varianzas y/o tuvieran alta asimetría, se usaron test estadísticos no paramétricos (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis). Para describir a las variables cualitativas: frecuencias y porcentajes. Para comparar relación entre variables cualitativas: test de independencia (Chi cuadrado) y V de Cramer. Para las comparaciones de variables dicotómicas (tablas de 2 filas x 2 columnas) y en caso de frecuencias esperadas < 5 se utilizó el Test Exacto de Fisher. En todos los casos los test estadísticos fueron para muestras independientes. Se utilizó un nivel de significación menor del 5% para rechazar la H_0 . Los procesadores utilizados fueron Epi Info 06 y SPSS 11.

Se aplicó un modelo de regresión logística binaria, siendo la variable dependiente multiparidad (variable de tipo categórica), codificada asignando el número 1 si la mujer GM y 0 si no GM, siendo una variable dicotómica. El modelo encontrado fue el que con el menor número de variables independientes significativas posibilita suficiente "bondad en el ajuste" para analizar si los factores sociodemográficos, las características sociodemográficas, sociológicas y conductas sexuales/reproductivas y las conductas preventivas están vinculadas al riesgo de GM.

Consideraciones éticas

Se contó con la aprobación del Comité de Ética del HMIRS para la realización del estudio así como la aplicación de entrevistas previo consentimiento informado de las pacientes.

Resultados

Resultados de la primer etapa de la investigación (fuente de datos secundarios)

Durante el año 2008 ocurrieron 6828 nacimientos en el HMIRS. Se accedió a 5925 de ellos (87,51% del total). De ellos (n: 5925) el 4,81% (n: 285) resultaron ser GM.

Datos sociodemográficos: el porcentaje de GM resultó ser 0,3% en las $<$ de 25 años, el 6,6% en las de 25 a 34 y el 25,3% en las ≥ 35 años. Del total de GM (n: 285) el 4% fueron < 25 años, 51% entre 25 y 34 años y 45% ≥ 35 años. A continuación se citan solo aquellos datos que resultaron significativos:

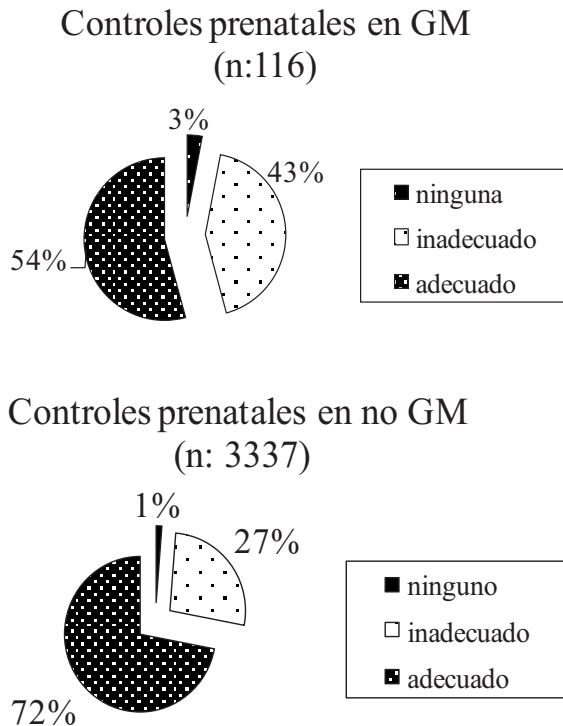
Nacionalidad de las mujeres: 55,46% de la población resultó argentina; 24,80% boliviana y 12,21% paraguaya. La proporción de mujeres GM varía, aumentando la de las argentinas (64,91%; 185/285) y disminuyendo la de las bolivianas (20,00%; 57/285) y las paraguayas (9,47%; 27/285). Estas diferencias fueron significativas. Entre ser argentina y el resto para la GM: RR 1,49 (1,17-1,96 IC95%) $p = 0,0012$ (Gráfico 1).

Grado de escolarización: El promedio de años alcanzados fue de 7,33 años en GM y 9,45 años en noGM. El

bajo grado de escolarización estuvo vinculado con el grado de paridez.

Historia reproductiva y características del parto: Se halló que en GM hubieron 9 casos de hijos muertos en la primer semana postnatal (3,16%) vs. 55 en el grupo no GM (1,04%) lo que arroja una diferencia significativa en ambos RR 3,26 (1,63-6,53) Fisher 1 y 2 colas= 0,003; p= 0,0004. Hubieron 16 (5,61%) niños muertos luego de la 1er semana postnatal en GM vs. 64 (1,21%) en noGM, RR 4,86 (2,85-8,29) Fisher 1 y 2 colas= 0,000001 y finalmente 11 (3,86%) niños nacidos muertos en GM vs. 62 (1,18%) en no GM RR 3,52 (1,87-6,60) Fisher 1 y 2 colas= 0,00063. Se observó que 35,4% (101/285) GM tuvo al menos un aborto previo vs. 21,9% (1155/5273) de no GM. RR 1,62 (1,37-1,91 IC95%) p= <0,0000002. El promedio de controles prenatales en GM fue 5,95 y en no GM 7,20. Tipo de controles en el *Gráfico 1*. La edad gestacional promedio a la primera consulta fue 20,2 en noGM y 23,1 en GM, con un DE de 8,6 y 8,4 respectivamente. Se retarda tres semanas en promedio la consulta en las mujeres GM. Respecto del tipo de MAC adoptado, la opción por la ligadura tubaria resultó ser significativamente mayor en el grupo GM.

Gráfico 1: Porcentajes del tipo de controles prenatales en cada grupo según fueran: ninguno, inadecuado (de 1 a 5 controles) y adecuado (más de 5 controles)



El RR de no tener controles prenatales en GM fue RR 2,26 (0,90-5,6) P= 0,08, de tener 1 a 5 consultas RR 1,47 (1,19-1,81) y de tener más de 5 RR 0,69 (0,58-0,82) con un IC 95%.

Resultados de la segunda etapa de la investigación (fuente de datos primaria)

Durante el período analizado ocurrieron los partos de 76 GM, de ellas, no consintieron en realizar la entrevista 2 mujeres (total encuestado: 74). Se dificultó llegar al número adecuado de controles estratificando la edad en las ≥ 35 años, no consintieron 17 (total encuestado: 109).

Perfil sociodemográfico de las mujeres entrevistadas: La variables proxy de pobreza estructural relacionada con menor disponibilidad de retrete con descarga de agua en GM, presentó diferencias significativas. Lugar de nacimiento: se halló relación entre GM y mujeres nacidas en Argentina. No se halló diferencias en la edad promedio en que se mudaron las mujeres encuestadas.

Con relación al nivel de instrucción, el 56,8% (42/74) de GM presentan algún grado de escolarización primaria, ese porcentaje es de 29,7% (32/109) en noGM. El grado de escolarización secundaria se invierte: 56,5% (61/109) de las noGM presentan algún grado de escolarización secundaria vs. 41,9% (31/74) en GM, lo que arroja una diferencia significativa respecto de escolarización primaria (OR 3,12 (1,61-6,08) p= 0,0004).

El 23% (57/74) de las GM y 29,4% (32/109) noGM trabajaban al momento de la entrevista. No hubo diferencias en el grado de calificación, aunque sí fue significativamente mayor el grado de inestabilidad laboral para el grupo de GM.

Historia reproductiva: Las GM adelantaron su iniciación sexual en casi 2 años respecto de noGM (*Tabla 1*). En ese grupo el inicio de la paridad se postergó casi 5 años (*Tabla 2*). La diferencia en la edad al primer parto fue notoria según fuera o no GM (*Gráfico 2*). La edad promedio al primer parto en GM fue de 18,5 años. El número de parejas sexuales no varió en ambos grupos. Las GM tuvieron más hijos de diferentes padres que las noGM. Una de 10 (19/178) mujeres del total encuestado tuvo una iniciación sexual no consentida siendo significativamente mayor en GM respecto de noGM.

Tabla 1: Edad a la primera relación sexual según multiparidad

GM	Media	N	DT	Mediana	Mín.	Máx.
Si	16,04	74	1,861	16,00	12	22
No	17,95	104	3,188	17,00	14	32
Total	17,16	178	2,870	17,00	12	32

Test de Student p<0,001.

Tabla 2: Edad al primer parto según multiparidad

GM	Media	N	D.T.	Mediana	Mín.	Máx.
Si	18,49	72	2,763	18,00	14	30
No	23,19	106	5,502	22,00	12	38
Total	21,29	178	5,136	20,00	12	38

Test de Student; p<0,001.

Relación con anticoncepción y métodos anticonceptivos (MAC): La ligadura tubaria fue notoriamente más mencionada espontáneamente por GM que noGM.

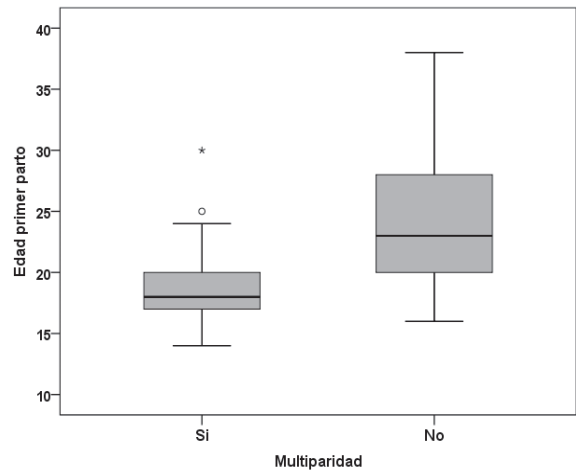
Motivaciones para el cese de uso de MAC: fueron recategorizadas según se viera que presentaban uso inconsistente del MAC, connotación negativa hacia el MAC o deseo de embarazo. Los resultados se resumen en la *Tabla 3*. Un 20,5% de las mujeres GM y un 18,5% de las noGM no realizaron demandas respecto de uso de MAC. Aquellas que lo hicieron, 71,1% de las GM y 67,7% no GM, recurrieron al equipo de salud y a un familiar o amigo 23,2% y 21,1% respectivamente. No hubo diferencias en opinión de las parejas respecto del uso de MAC.

Acerca de los vínculos familiares: Se analizó la repitencia de la historia familiar con relación a la edad de la madre de la mujer GM al momento del nacimiento de su primer hijo y número de hermanos de la GM (antecedentes de familia numerosa), no hallándose diferencias al respecto en ambos grupos (*Tabla 4* y *Tabla 5*).

Las GM (22/74) tienen 2,43 veces más abuso o maltrato que las noGM (16/109) (OR: 2,43 (1,11-5,37 IC 95%). De ellas, ni el 45,8% de las GM ni el 56,3% de las noGM buscaron ayuda o consejo al respecto. Se halló diferencia entre la escolarización primaria y secundaria de las parejas de las mujeres encuestadas respecto de la multiparidad (OR 2,94 IC95%(1,55-5,58); p= 0,0003). Hubo diferencia significativa en la precariedad laboral de las parejas de mujeres GM.

Opinión sobre diversos temas relacionados con la procreación: Interrogadas acerca de si creen que el insulto es un acto de violencia, hubo diferencias significativas entre gru-

Gráfico 2: Edad al primer parto por grupo



pos (*Gráfico 3*). El 16,2% y 13,3% dentro de GM y noGM respectivamente, mencionaron que el responsable de evitar embarazos es la mujer. La mediana del número ideal de hijos fue 3,00 para ambos. Para 68,3% de las mujeres GM el número ideal de hijos es <3, pero no consideraron que tener más de tres sea un problema en 52,7% (39/74).

Razones esgrimidas acerca de la paridez: se las reagrupó en deseo de hijos, inevitabilidad del embarazo, cuestiones religiosas y cuestiones económicas. Las respuestas se concentraron en inevitabilidad en las GM y deseo de hijos en las noGM significativamente (*Tabla 6*).

Preocupaciones de las mujeres encuestadas: Las 3 cuestiones que más preocupan (de primer a tercer lugar) son, en

Tabla 3: Causa de cese de uso de MAC por grupo

			Causa de cese de uso			Total
			Uso inconsistente	Connotación negativa	Deseo de embarazo	
Multiparidad	Sí	Recuento (%)	20 (37,7)	18 (34,0)	15 (28,3)	53 (100,0)
	No	Recuento (%)	24 (33,3)	9 (12,5)	39 (54,2)	72 (100,0)
Total		Recuento (%)	44 (35,2)	27 (21,6)	54 (43,2)	125 (100,0)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,406 ^a	2	0,003
Razón de verosimilitudes	11,572	2	0,003
N de casos válidos	125		

Significativo: mayor en connotación negativa y menor deseo de embarazo en GM que noGM.

Tabla 4: Edad de la madre de la mujer GM y noGM en su primer parto.

GM	Media	N	DT	Mediana	Mín	Máx
Sí	18,11	44	4,352	16,50	14	35
No	20,07	81	4,826	19,00	13	37
Total	19,38	125	4,741	18,00	13	37

p= 0,027.

Tabla 5: Número de hermanos de mujeres según multiparidad

GM	Media	N	DT	Mediana	Mín	Máx
Sí	5,64	74	2,594	5,00	2	14
No	6,12	107	3,258	6,00	1	16
Total	5,92	181	3,006	6,00	1	16

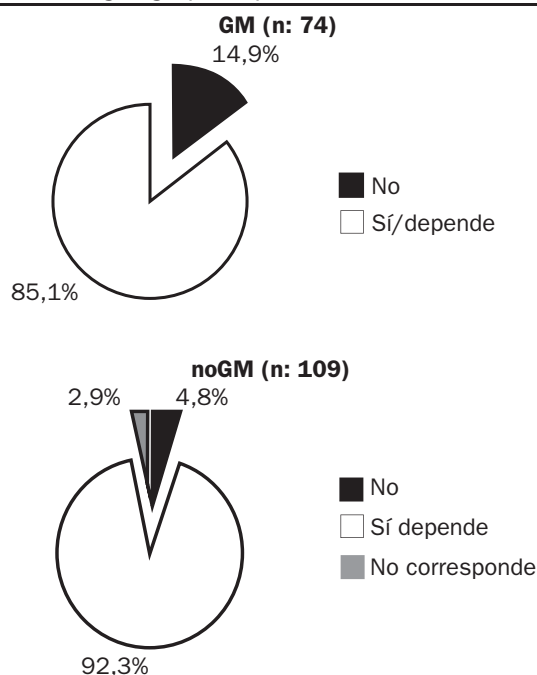
No significativa.

el grupo de GM “los hijos” seguido en mismo grado por “las drogas” e “inseguridad/robos/delinuencia”. En el grupo de mujeres noGM: “inseguridad/ robo/delinuencia”, la “educación” y “trabajo”.

Regresión logística: Los resultados arrojan (con una predicción del modelo de 73, 1%): que la variable que mejor predice es Edad de primer parto con un Odds de 8,7 con un IC95% [2,7 - 28,1], luego Causa de cese de uso de MAC, siendo las más relevante *Connotación negativa* con Odds de 6,06 IC95% [1,82 - 20,0] y finalmente Nacionalidad con un Odds de 3,44 IC95% [1,36 - 8,68].

Las variables que en el análisis univariado fueron estadísticamente significativas, no fueron incluidas como variables predictoras al realizar la RL dado el bajo peso de sus coeficientes.

Gráfico 3: Consideración del insulto como acto violento según grupo de paridad



Discusión

Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

Como se sabe, el riesgo de MM es recurrente y se incrementa con cada embarazo, acompañado de alta morbilidad postparto. Tal como se mencionara en FISA2007, una aproximación en la que estamos en deuda los interesados en disminuir esta condición, es conocer los determinantes de la GM. Este estudio pretende aportar la valoración de dimensiones sociodemográficas y de la esfera cultural de las mujeres GM que se asisten en nuestro hospital como tales. Cabe recordar que la salud materna tiene impacto directo en el cuidado de la salud de las familias.

Los resultados muestran que hay coincidencia en cuanto a que la mujer se siente obligada a concebir con cada nueva pareja y el proceso de autonomía de estas mujeres se encuentra reducido.

En este estudio no se hallaron diferencias respecto de la etnia, así como tampoco una mayor connotación de GM en las poblaciones migrantes de países limítrofes, lo que se contraponen con otros estudios relacionados con la salud reproductiva. Las mujeres de países limítrofes, que representan un alto porcentaje de las mujeres que se asisten en nuestro hospital, no parecen responder a las tasa de fecundidad típicamente descriptas. Quizás valdría la pena revisar este aspecto y buscar las razones de ello. En realidad es notable que fueran las mujeres argentinas las que tuvieran mayor correspondencia con la GM, sobre todo aquellas migrantes del interior del país. Pareciera ser que el impacto de la migración fue diferente según fueran migrantes de países vecinos (favorablemente en disminuir la GM) que de migrantes internas, donde esta condición no se vio modificada. Esta apreciación debe limitarse a las mujeres que se asisten en el HMIRS quienes a su vez podrían tener características propias que las diferencien de otras mujeres a pesar de provenir de las mismas zonas geográficas o ser oriundas de los mismos lugares. Cabe recordar que se trata de un hospital especializado que no tiene área de influencia asignada. ¿Será que la impronta que produjo la migración a las grandes urbes es variable según de dónde provengan estas mujeres? En todo caso este es un punto en discusión y resulta interesante

Tabla 6: Razón principal del número de hijos por grupo de paridad

			Razón principal de n° hijos				Total
			Deseo de hijos	Inevitables	Religiosa	Económica	
Multiparidad	Sí	Recuento (%)	26 (35,1)	46 (62,2)	2 (2,7)	0 (0,0)	74 (100)
	No	Recuento (%)	58 (53,2)	39 (35,8)	0 (0,0)	12 (11,0)	109 (100)
Total		Recuento (%)	84 (45,9)	85 (46,4)	2 (1,1)	12 (6,6)	183 (100)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,835 ^a	3	0,000
Razón de verosimilitudes	25,754	3	0,000
N de casos válidos	183		

Es significativo: Chi cuadrado, $p < 0,001$.

preguntarse por qué. Cabe consignar que es muy importante el grado de movilidad de estas mujeres: en ambos grupos más de un 50% de ellas se ha mudado alguna vez de su lugar de origen, por lo que hay que considerar que las poblaciones no son estáticas en su composición.

A priori se considera que uno de los determinantes más hallados es la historia de repetencia de maternidad precoz o familia numerosa. Estas cuestiones no se vieron reflejadas en el grupo de GM, pero sí resultó interesante conocer que aquellas noGM, postergaron 3 años el inicio de la paridez respecto de sus madres. Esto es interesante y demuestra el empoderamiento de mujeres que podrían haber repetido las historias maternas, sobre todo si se observa que incluso esas mujeres tienen un mayor número de hermanos que las mujeres GM.

Resultó altamente significativo hallar que las mujeres gran multiparas tenían antecedentes de situaciones de sometimiento, caracterizadas por relaciones sexuales forzadas o abuso y maltrato, que ellas mismas perpetúan con sus hijos. Hay una naturalización de la agresión verbal dentro del grupo, así como una tendencia a la aceptación de la agresión física. Esto, junto con la necesidad de brindar respuestas reproductivas a las necesidades de otros (por ejemplo: tener un hijo de determinado sexo, o seguir sosteniendo la masculinidad de su pareja mediante la procreación) o la necesidad de convalidar un vínculo de pareja mediante el nacimiento de un hijo en común ponen de manifiesto el grado de vulnerabilidad y escasa autonomía que tienen. Pareciera ser que estas mujeres necesitan ser guiadas en la búsqueda de sus propios deseos respecto de la maternidad y sostenidas luego en sus decisiones.

Podría pensarse que estas mujeres eran con mayor frecuencia solas. No hay evidencia de ello, aunque es interesante resaltar que las mujeres GM encuestadas, a pesar de tener un porcentaje de uniones formales mayor, también tiene un porcentaje mayor de labilidad en la pareja, demostrado en que comparten mayor número de padres de sus hijos que las noGM.

Las GM presentaron algunas diferencias desde el aspecto socioeconómico. Pareciera ser que la pobreza estructural no está tan estrechamente relacionado con la situación de GM como lo está el nivel educativo bajo. La inestabilidad laboral familiar (trabajo temporario) es la condición económica más

asociada a GM independientemente de la calificación laboral. Esta realidad conspira en contra de la realización de las mujeres fuera de un ámbito doméstico y disminuye las perspectivas de crecimiento personal en varios aspectos. Muchas de estas mujeres trabajan en sus domicilios a la vez que realizan tareas de cuidado de su grupo familiar y dan respuesta a las demandas familiares postergando su crecimiento personal disminuyendo así las chances de contacto con otra realidad posible y el ascenso en la escala social.

Pareciera que una de las asociaciones que se pueden establecer con el bajo nivel educativo, sería la notoria connotación negativa que refieren estas mujeres hacia los métodos anticonceptivos. El desconocimiento es mayor, así como la asignación de “perjuicio para la salud” o cuestiones similares. También es importante que no hayan podido sostener una anticoncepción adecuada y que refieran la paridez como si fuera una cuestión predestinada que no se puede planificar. Resultó notorio que el porcentaje de mención espontánea del condón sea bastante más bajo que en las encuestas nacionales en ambos grupos. Cabe remarcar que una de las variables más vinculada a GM es el inicio precoz de la paridad, estrechamente relacionada con el inicio precoz de la actividad sexual. Las mujeres que no son GM postergan casi dos años el inicio de la actividad sexual y el de la paridez respecto de las mujeres GM.

Es evidente que alcanzar solo una escolarización primaria no garantiza la adquisición de conocimiento, prácticas o actitudes relacionadas con el autocuidado, la autodeterminación y ciudadanía respecto de su propia salud sexual y reproductiva. Sería muy interesante poder lograr la detección de aquellas mujeres adolescentes o adultas jóvenes con riesgo de convertirse en GM. Serían aquellas de (en consonancia con otros estudios) escolarización escasa e incompleta. Estos aspectos son muy importantes al momento de desarrollar políticas que favorezcan el uso de anticoncepción en mujeres de esta condición.

Si bien las 5 cosas que más preocupan a las mujeres GM son las mismas que preocupan a las no GM, existe un diferente orden de prioridad ya que el foco está puesto en sus hijos y las situaciones de drogas e inseguridad en las primeras, en tanto el mismo se desplaza ligeramente desde los hijos hacia la educación y el trabajo en el grupo de las noGM.

Tabla 7: Estimación de riesgo para GM según diferentes variables

Razón de las ventajas para GM (Sí/No)	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Según inexistencia de retrete con descarga de agua	2,551	1,307	4,979
Según fueran argentinas	1,939	1,066	3,527
Según fuera un trabajo temporario	4,889	1,401	17,059
Según edad de inicio de las relaciones sexuales hasta 17 años*	4,972	2,401	10,295
Según fuera edad al primer parto hasta 21 años*	8,143	3,674	18,050
Según fuera primera relación sexual forzada	2,906	1,084	7,789
Según tuviera trabajo temporario su pareja	2,231	1,188	4,189

*punto de corte estimada según curva COR.

Parecieran que ambas perciben o viven la realidad que las rodea con ligeras diferencias. O que las primeras, tal como manifiestan, no pueden hacerse cargo completamente de sus hijos, se les dificulta ponerles límites o viven en ámbitos en los cuales el medio conspira en contra de una adecuada red de contención, así como que el hecho de tener que ocuparse de los otros miembros de la familia dificulta la adecuada atención de cada uno de ellos. Esto se puede cotejar con la mayor frecuencia de mortinatos y muertes neonatales que presentan las GM. Sería interesante conocer qué pasa con los niños de estas familias y en cuánto pueden desarrollarse plenamente y si realmente es una limitante para ello el número de hijos que una madre (que sigue siendo la depositaria de los cuidados que cada integrante de la familia requiere) tiene. Resultó novedosa e interesante la relevancia que dan a la educación de sus hijos como preocupación, más aún que la economía, trabajo, vivienda o salud. También surgió la cuestión política y la discriminación.

¿Mejoraría la calidad de atención de estas mujeres y sus destinos una atención dentro de la institución orientada a sus necesidades y demandas? Ese es el desafío.

Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

El abordaje de estas mujeres, dado las características particulares que tienen, como el menor grado de escolarización, la migración y la menor autodeterminación, requiere que el equipo de salud que las asista esté a la altura de las circunstancias, lo que implica capacitarse en aspectos relacionados con la violencia, migraciones, y técnicas comunicacionales adecuadas. El grado de compromiso que se necesita para trabajar con mujeres de esta condición, para su seguimiento y acompañamiento, es el mismo que se necesita para trabajar con poblaciones adolescentes. Y queda claro que las demandas están dirigidas hacia el equipo de salud, por lo que es menester dar respuesta a ellas. Se propone entonces que se estructure un grupo interdisciplinario particular que permita a estas mujeres intercambiar experiencias entre sí y formar lazos y redes que posibiliten su empoderamiento, a la vez que su atención de la salud reproductiva.

Relevancia para la investigación en salud

Los aspectos desarrollados cobran cierta relevancia tanto en las políticas sanitarias como en investigación en salud, ya que citando nuevamente algunas conclusiones de FISA, no hay formación en investigación para abordar la multicausalidad del fenómeno MM, solo se buscan causas relacionadas a lo biológico y organización de sistemas de salud. No se estudian factores psicológicos, sociales, culturales. Esta investigación pretende hacerlo, aunque básicamente para la investigación-acción, es decir para poder elaborar estrategias que consideren los aspectos educativos, comunicacionales, asistenciales, etc. y resulten ser integrales y de impacto.

Referencias bibliográficas

1. ONU 2001.
2. Laterra C, Luchtemberg G, Grandi C, Pensotti A. Estadísticas 2007 del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Sistema Informático Perinatal (SIP), en: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2002;27(4):162-5.
3. Baker BA, Klerman LV, Pulley LV, Tang H. The extent of Pregnancy Mistiming and Its Association With Maternal Characteristics and Behaviors And Pregnancy Outcomes. En: Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2002;34(4):206-11.
4. Afable-Munsuz A, Kendall C, Santelli JS, Speizer IS. Measuring Factors Underlying Intendedness of Women's First Later Pregnancies. En: Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2004;36(5):198-205.
5. Borges de Borges M, Nunes da Cunha C, Galbinski A, Galbinski S, Nunes R. Reprodução, anticoncepção e fatores sócio-culturais: uma análise, en: Reprodução, 1988;2(3):98-101, São Paulo. También disponible en página web <http://portal/revistas/bsv/br>.
6. Jacquemyn Y, Senten L, Vellinga S, Vermeulen K, Martens G. Does practice make perfect? An age-matched study on grand multiparity in Flanders, Belgium J. Perinat Med 2006;34:28-31.
7. López EM. Las mujeres de alta fecundidad y la política de población de México. Disponible en la Biblioteca del Centro de Estudios de Población (CENEP). n°5113, 1987. Buenos Aires.
8. Giacometti C. Unidad.V. Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil y Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna. En: Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Argentina Serie Mujer y Desarrollo 72. CEPAL. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile pp 55-64. Disponible en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>
9. Foro de Investigación en Salud en Argentina FISA () Resumen Ejecutivo: Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbi/mortalidad materna, en Argentina. Coord.: Ortiz Z. 1ª edición Cámara Argentina del Libro. Buenos Aires. 2007. CDD 616.078
10. Pantelides EA. Las mujeres de alta paridez en Argentina. Pasado y futuro, Cuaderno de CENEP n°22, CENEP, Buenos Aires. 1982.
11. Pantelides EA, Binstock G, Mario S. La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: Resultados de la Encuesta nacional de nutrición y salud. 1ª ed. Isla MV ed. lit. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
12. Abdala F, Bertonecello R, Binstock G, Cerrutti M, Gledstein R, Lattes AE, Maguid A, Moreno M, Pantelides EA. Situación de la Población en Argentina/ coord: Pantelides E, Moreno MJ. 1a ed. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD-UNPFA. Emede SA. 2009;224 p.
13. UNICEF. 2004. Maternidad sin riesgos, en www.unicef.org/mexico/programa/mortalidad.htm
14. Aguilar CR. Equidad y Salud materno infantil en Honduras, en: Serie de Documentos Técnicos de Investigaciones en Salud Pública, Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington. 2001.
15. Donoso Siña E. Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000, Revista Panamericana de Salud Pública 2004;15(5):326-330. También disponible en página: <http://www.ingentaconnect.com/content/paho;jsessionid=334acgvvohkar.henrietta>
16. Del Río Fortuna CA, Insúa ID, Karolinski A, Mercer RG, Ramos S, Romero S. Para que cada muerte materna importe. CEDES, Buenos Aires, Argentina. 2004.
17. Rodríguez Vignoli J. La fecundidad alta en América Latina y Caribe: un riesgo en transición, Serie 46 Población y Desarrollo. CEPAL, Santiago de Chile. 2003.