

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

**“FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y PSICO-SOCIALES
ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA
COMUNIDAD DE GUNA NEGA, ENERO 2016 A DICIEMBRE 2016.”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MÁSTER EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR

Dr. Leonardo Humberto Labrador Chávez

CÉD. 8-748-1492

PROFESOR ASESOR.

DR. Carlos Brandariz.

PANAMA, ABRIL DE 2018

AUTORIDADES

Dr. Eduardo Flores Castro
Rector Universidad de Panamá

Dr. Enrique Mendoza
Decano Facultad de Medicina

Dr. Jaime Javier Gutiérrez
Vicerrector de Investigación y Post Grado

Dr. Carlos Brandariz MSP
Coordinador Maestría en Salud Pública

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
Programa de Tesis de Maestría en Salud Pública

TRIBUNAL EXAMINADOR

Sustentación de Tesis

<hr/> Dra. Hidia Harris (Principal)	<hr/> Calificación
<hr/> (Calificador 2)	<hr/> Calificación
<hr/> (Calificador 3)	<hr/> Calificación

25 de abril 2018

DEDICATORIA

A DIOS: Creador del universo y pilar principal de mi vida, por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

A quien me inspira luchar día a día, que mueve mi vida, mi espacio y mi tiempo, sobre todo me da fuerzas para seguir adelante.

A MI HIJA SOPHIA VICTORIA: el Ser más maravilloso del mundo, por ser parte de mí, por ser mi motivo de ser, y por permitirme crecer y soñar con su imaginación.

Autor

Leonardo Humberto Labrador Chávez

AGRADECIMIENTOS

AL DIOS OMNIPOTENTE de los cielos, por la vida que me ha concedido, por la sabiduría que me ha otorgado, por la experiencia que he acumulado, por el cuidado permanente en el proceso de mis estudios hasta llegar a la culminación de mí objetivo.

A MI FAMILIA, forjadores de mi vida, de mi vocación, de mi aptitud y de mi inspiración.

A MIS MAESTROS, guías permanentes en el esfuerzo diario, dosificadores con sus conocimientos, mentores profundos de la sabiduría, intérpretes de nuestras capacidades y tutores de nuestro destino

Autor

Leonardo Humberto Labrador Chávez

CONTENIDO

CAPITULOS	Página
I. Introducción.....	8
II. Planteamiento del Problema.....	10
III. Justificación.....	13
IV. Propósito.....	16
V. Objetivos.....	17
VI. Marco Teórico.....	19
VII. Hipótesis de trabajo.....	43
VIII. Diseño Metodológico.....	46
IX. Consideraciones Éticas.....	55
X. Resultados.....	57
XI. Discusión.....	83
XII. Conclusiones	88
XIII. Recomendaciones.....	90
XIV. Bibliografía.....	92
Anexos.....	97

RESUMEN.

En el presente estudio analítico, se investigó la asociación entre los factores de riesgos individuales, familiares y psicosociales; y el embarazo en adolescentes en la Comunidad de Guna Nega, Panamá, durante el periodo comprendido entre enero 2016 a diciembre de 2016; Con el propósito de conocer la asociación entre estos factores de riesgo y la condición de embarazo en adolescentes en esta comunidad de aspecto indígena, inmersa en la ciudad de Panamá, en un ambiente urbano rural que influye en el entorno.

La información se captó mediante una entrevista realizada a adolescentes de 10 a 19 años (125) que quedaron embarazadas los cuales se consideraron los casos; y se tomó a las mujeres que de adolescentes no se embarazaron (247), como controles, esto en relación 1:2. A través de un cuestionario previamente validado, el tipo de estudio de investigación es analítico, de casos y control utilizando las medidas de X^2 , OR, y límite de confianza de 95%.

Se encontró que de la población total estudiada de adolescentes (372), tanto casos como controles, el 64% inicio su vida sexual en la adolescencia. El pico más alto de las que inicio vida sexual se da entre las edades comprendidas de 10 a 12 años. Para el grupo control de adolescentes que no quedaron embarazadas en la adolescencia y que mantuvieron una relación sexual en la adolescencia se determinó que su cúspide de inicio vida sexual se da entre de los 17 a 19 años, o sea, en la adolescencia tardía.

Se encontró que 46% de las adolescentes entrevistadas no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual De estas, las adolescentes con embarazo en adolescencia 81% no usaron ningún método anticonceptivo durante sus primeras experiencias sexuales,

En el estudio se determinó que 54.03% de las adolescentes se encontraban dentro de un grupo indígena identificado 60.5% de las adolescentes informaron vivir en un

hogar nuclear (padre y Madre) el resto (39.5%) vive con otros grupos domésticos. 32.26% de las adolescentes encuestadas presentaron un familiar directo (madres, hermanas), con embarazo en adolescencia.

25.9 % de todas las adolescentes encuestadas tuvieron algún grado o situación considerada como abuso sexual y que marcaron su vida. Tanto para los casos (59.2%) y los controles (66.4%), la mayoría de las adolescentes no manifestaron violencia intrafamiliar.

En cuanto al consumo de sustancias como el alcohol, se reconoce que las adolescentes entrevistadas el 43 % consumían alcohol. De las adolescentes que presentaron embarazo en adolescencia el 63 % consumían alcohol.

39.25% de las adolescentes entrevistadas afirmó que si le faltaba educación sexual. El 64% de estas, quedo embarazada en este periodo. 35.2 % de las adolescentes encuestadas no consideraban el embarazo como un problema a su vida. Podemos observar que, del total de adolescentes encuestadas, en cuanto a educación, la mayoría (47.8%), mencionó que estaba cursando o había llegado hasta la educación secundaria. Las adolescentes embarazadas 36.8% no estaban estudiando a la hora de la entrevista.

De 17 factores de riesgo determinantes para el embarazo en adolescentes, de los estudiados y analizados, 15 de ellos tienen significancia estadística por lo que se acepta la hipótesis que si influyen en la aparición de embarazo en adolescente. Solo dos de ellos (consumo de cigarrillos y consumo de drogas), no arrojan significancia estadística por ende puede ser producto del azar.

Los resultados encontrados en esta investigación se presentarán a las autoridades de salud, ya que este estudio pretende servir como un precedente para que se pueda instaurar una política en materia de promoción y prevención con la participación de la comunidad, con la intervención directa de pares en donde aporten integralmente en su resolución, beneficiando con esto a las adolescentes en la prevención de riesgos en esta comunidad de Guna Nega.

I. INTRODUCCION

Desde que la Unidad de Salud Sub centro de salud de Guna Nega, Adjudicada al centro de Salud de Paraíso, en el corregimiento de Ancón, inicia los servicios de salud para la población de la comunidad del mismo nombre y barreadas aledañas (junio 2002), se ha podido obtener los registros estadísticos del lugar poniendo en evidencia que el número de adolescentes que acuden a controles de embarazo han ido aumentando con el pasar de los años. En Panamá, las madres adolescentes entre 15 y 19 años representaron el 19.0% de los nacimientos vivos en el año 2010. Para el año 2000, la población de adolescentes embarazadas atendida por el Ministerio de Salud en la República de Panamá fue de 7720 casos, con una cobertura de 27.8, y para el año 2013 esta misma población fue de 10309 y la cobertura fue de 30.7. En Guna Nega, esta población de adolescentes embarazadas para el 2003 fue de 107 y en el año 2013 de 165 (según el sistema de morbilidad en línea del Ministerio de Salud); observando que el 33% corresponde a embarazos en adolescentes del grupo etario de 10 a 14 años. Esto representa un problema en salud pública importante en términos de desarrollo humano, por sus implicaciones educativas, laborales, económicas, familiares y personales, dando lugar a una generación de personas con limitantes para contribuir al crecimiento económico, social y cultural del país.

Las diferentes actividades desarrolladas en la población de adolescentes de la Comunidad de Guna Nega, a través del Ministerio de salud, están principalmente enmarcadas, en su mayoría, dentro de las líneas estratégicas del Programa Nacional de Adolescentes dentro de las Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. Panamá, 2006, con énfasis en la promoción y prevención de este, con metodologías participativas, a través de las escuelas y grupos organizados, replicando los temas de interés en salud, hacia el resto de adolescentes de los diferentes centros escolares, por ser este un centro y/o espacio donde están concentrados los adolescentes, facilita el encuentro y el abordaje educativo. Por lo menos, desde al año 2003 hasta la fecha

se ha intervenido en este aspecto a los adolescentes, los cuales dependiendo de la edad se les imparte temas de salud sexual y reproductiva y otros de interés en salud; sin embargo, y a pesar de ello, aún no se percibe un impacto en la disminución de la incidencia de embarazo en adolescentes.

El embarazo en las adolescentes representa un problema real dentro de la comunidad, con un impacto negativo al adolescente, a su futuro hijo/hija, familia y sociedad en los diferentes ámbitos de vida social, económico, político, educativo y salud, por lo que se puede definir el problema actual de los adolescentes en la comunidad de Guna Nega, de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores individuales, familiares o psicosociales que influyen en el aumento de la incidencia de embarazos en adolescentes en la comunidad de Guna Nega, en el período de enero 2016 a diciembre 2016?

En Guna Nega, existen determinantes sociales, económicas, culturales que influyen directa e indirectamente en los habitantes y que interfieren y/o deterioran la salud de los mismos generando condiciones físicas, y mentales desfavorables en los núcleos familiares, estos factores no son tomados en cuenta en el desarrollo de las acciones en salud y/o no son abordados en forma integral en los procesos de educación en salud sexual reproductiva y atención médica preventiva en los grupos de adolescentes y embarazadas, tales como violencia social, agrupaciones ilícitas, bajo nivel educativo y económico, maltrato y abuso sexual en todas sus formas, desintegración familiar, delincuencia, entre otros.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional.

Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que implica ser activos sexualmente. Por tal motivo, este grupo necesita servicios de Salud Sexual Reproductivos para que reciban información sobre las formas de evitar embarazo no deseado y cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/ SIDA

Las adolescentes embarazadas son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación sino, también, por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación 5, 6, y que no sólo afecta a la joven madre, sino que tiene consecuencias en el padre adolescente, en sus hijos, en los familiares y en la sociedad en general. Actualmente, el embarazo en adolescentes es considerado un grave problema de salud pública, por causa de su considerable aumento y porque es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia.

De acuerdo a recientes reportes de la OMS, hay más de mil millones de adolescentes, 95% en los países en desarrollo, más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Más de la mitad de casos nuevos de infección por VIH (más de 7,000 por día) ocurre en jóvenes; La violación e incesto ocurre en el 7 al 34% de las niñas y en el 3 al 29% de los niños, el 10% de los partos acontece en adolescentes. La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años.

Cada 5 minutos se produce un suicidio de adolescentes por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva.

Es por esto que los adolescentes juegan un papel importante en el desarrollo del país y este protocolo trata de estudiar como problema los factores individuales , familiares y psicosociales que inciden en el aumento de las adolescentes embarazadas de Guna Nega; un área rural dentro de la urbe y donde la educación y la salud están de primera mano, buscando la asociación de los factores de riesgos individuales, familiares y psicosociales que inciden en el embarazo en este grupo de edad para así poder tomar medidas e intervenir en esta población indígena que presenta altos índices de morbi-morta-natalidad.

PREDEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Se puede definir el problema abordado desde diferentes perspectivas y sus posibles soluciones según el caso.

El problema en sí, corresponde a la alta incidencia de mujeres embarazadas adolescentes en la comunidad de Guna-Nega, asociado a factores individuales, familiares y psicosociales que están incidiendo que esta condición ocurra, a pesar de los componentes protectores que se ofrecen a esta comunidad.

Podemos entonces considerar que el embarazo en adolescente puede desarrollar consecuencias bio-psico-sociales que encontraremos ligados a factores de riesgo que queremos estudiar en esta población de Guna Nega y compararla con sus pares en este período de enero 2016 a diciembre 2016, para determinar la asociación entre estos factores determinantes.

III. JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD: La adolescencia es una etapa del desarrollo integral de una persona que involucra importantes cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento. En la adolescencia también se va moldeando el temperamento y la personalidad del individuo por lo que es fundamental que el adolescente cuente con un entorno familiar y social seguros, que le brinde las enseñanzas, habilidades y destrezas necesarias para convertirse en un individuo socialmente funcional y competente.

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

TRASCENDENCIA: El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, una revisión realizada por Paula León y colaboradores de la Universidad de los Andes, publicada en el año 2008, en la revista *Pediatría*, de embarazo en adolescentes, señala que estas variaciones en la prevalencia van a depender de la región y el nivel de desarrollo de cada país y población, así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo en adolescentes no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una

actitud de rechazo y en ocasiones ocultan su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando en su mayoría la falta de controles o un control prenatal tardío e insuficiente.

VULNERABILIDAD: Un estudio realizado en Chile por la Universidad de los Andes, para la revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina en el 2006, habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.

COSTOS: Esto se traduce en aumento de la morbi-mortalidad peri-natal, muertes maternas que son indicadores claves en el desarrollo del país, deserción escolar, familias disfuncionales, y al final repercute en familias con ingresos bajos y trabajos informales que no permiten el desarrollo adecuado.

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes

Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición bio-psico-social que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Identificar los factores individuales, interpersonales, familiares, de la comunidad o entorno que afectan la probabilidad de un embarazo precoz es de gran importancia dada las implicaciones del embarazo adolescente evidentes en estudios previos.

Esta Población de Guna Nega no escapa a esta realidad mencionada de embarazos en la adolescencia y los riesgos que esto implica a nuestro País, produciendo un desmejoramiento de la calidad de vida y no permite un mejor desenvolvimiento de los objetivos del milenio en reducir la mortalidad materna e infantil en nuestro país.

Como veremos esta población de Guna Nega, mantiene características definidas; una población indígena de diversas etnias, Gunas, Emberá, Ngobe-Bugle y mestiza; además presenta una cultura arraigada a sus tradiciones, con bajo rendimiento escolar. Adicional su asentamiento se encuentra en todo el centro de la ciudad con dificultades socioeconómicas y que muchas de estas personas están viviendo en este lugar de forma y en condiciones precarias, con un alto índice de embarazo adolescente con consecuencias no favorables.

Durante los avances se ha enfatizado a través de políticas en intervenir para mejorar las condiciones de salud, educación y actividades socioeconómicas que según los análisis deben permitir mejorar la condición socioeconómica de esta población y así disminuir los embarazos en esta población.

Por lo tanto, hemos enfocado nuestra investigación a estudiar a esta población y su asociación con los distintos factores individuales, familiares y psicosociales que influyen en el embarazo adolescente.

Pretendemos con esta investigación dejar sentado las bases del por qué en esta población se están dando tantos casos de embarazo y desde una perspectiva preventiva intervenir oportunamente en los factores modificables y establecer los parámetros necesarios y científicos que nos ayuden a disminuir estos índices en nuestro País

IV. PROPÓSITO

Con este trabajo de investigación nuestro interés es pretender identificar y analizar los factores individuales, familiares y psicosociales que influyen en la incidencia de los embarazos en las adolescentes con el fin de reorientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en los factores modificables en el tema de salud sexual y reproductiva dirigidas a los/las adolescente de la comunidad de Guna Nega, y que permitan hacer conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa forma contribuir a la prevención de los embarazos en las adolescentes y disminución de los mismos.

Además, al investigar y obtener datos de los factores modificables que inciden en el embarazo en adolescentes, podremos a través de las variables de intervención determinar el porqué de esto, y brindarle a las autoridades locales, regionales y nacionales de salud bases científicas a fin de poder intervenir oportunamente en los adolescentes, extrapolándolo inclusive a nivel nacional y disminuir los índices de embarazo en adolescentes.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la asociación entre los factores de riesgos individuales, familiares y psicosociales; y el embarazo en adolescentes en la Comunidad de Guna Nega durante el periodo comprendido entre enero 2016 a diciembre de 2016.

Objetivos Específicos

1. Determinar la asociación de la educación y el embarazo en adolescentes en la comunidad de Guna Nega como factor de riesgo.
2. Establecer la asociación entre la Violencia intrafamiliar y el embarazo en adolescentes en la Comunidad de Guna Nega.
3. Determinar la asociación de la edad de inicio de vida sexual con los embarazos adolescentes de la Comunidad de Guna Nega
4. Establecer el grado de asociación entre el uso de anticonceptivos y embarazo en adolescentes de Guna Nega.
5. Determinar la asociación entre la menarquía temprana y embarazo en adolescentes de la comunidad de Guna Nega.
6. Determinar la relación entre la disfunción familiar y embarazo en adolescentes en Guna Nega.

7. Determinar la asociación entre el nivel ingreso familiar y embarazo adolescente en Guna Nega.
8. Establecer la asociación del consumo de alcohol, cigarrillos o drogas y embarazo en adolescentes en Guna Nega.
9. Establecer la relación entre la etnia y el embarazo en adolescentes en Guna Nega.

VI. MARCO TEÓRICO

ANÁLISIS Y RESEÑA DE LA COMUNIDAD DE GUNA NEGA.

La comunidad de Guna Nega (Casa Guna) está situada en el Corregimiento de Ancón, en los linderos de Cerro Mocambo y cerro San Francisco, está bastante cerca del centro de la ciudad. A ella se puede llegar por dos rutas. La primera es entrando por la autopista de acceso al Puente Centenario y Cerro Patacón; la otra es por la carretera de Chivo - Chivo.

Es una comunidad fundada por familias Gunas que laboraban en las bases militares estadounidenses, tras la iniciativa de crear una asociación y una comunidad, que surgió de siete mujeres Gunas. Estas mujeres, junto a sus familias, residían en Calidonia y otras áreas de la capital. Para ellas, originarias de Guna Yala, la vida de la ciudad no resultó fácil, sobre todo por los altos alquileres y otros problemas ciudadanos.

El 20 de junio de 1980, ellas tomaron la decisión de organizarse para buscar la forma de obtener un globo de terreno en las recientemente revertidas áreas canaleras. Iniciaron una campaña que culminó varios años después, cuando a la Asociación Guna Nega le fueron adjudicadas 18.5 hectáreas entre Cerro Mocambo y Cerro San Francisco.

Al llegar las familias fundadoras se encontraron con un terreno difícil, sin caminos de acceso. Poco a poco fueron trabajando en acondicionar el área y construir las primeras viviendas. Cabe destacar que, desde los inicios, los residentes organizaron una asociación de forma que se ayudan entre ellos y a la vez sientan las pautas que deben cumplir todos para que la comunidad se mantenga en armonía y vaya progresando económicamente.

A finales de los 90 eran alrededor de 205 familias residentes, lo que total incluye sobre 800 personas. Luego de que los residentes Gunas se establecieron a mediados de los años de 1980 en este lugar, han llegado comunidades a sitios cercanos. Tal es el caso de la barriada San Francisco, integrada por latinos y por residentes Ngobe, barriada la paz por moradores de Curundú luego del incendio de 2007, que dejó muchas familias damnificadas y recientemente Gulinani Nega y Villa Cárdenas, las 400, entre otras, que al final suman alrededor de 600 familias con una población aproximada de 6000 habitantes.

La comunidad de Guna Nega y el Valle de San Francisco, tuvo sus inicios con precarismo, actualmente está constituida como una comunidad formal. En el caso de Guna Nega la población aumenta gradualmente proveniente de la Comarca Guna Yala y la comunidad del Valle de San Francisco presenta el mismo comportamiento de aumento de la población por el crecimiento migratorio.

En este poblado postergado, se pueden apreciar casas construidas, en su mayoría, de madera con techos de carpas o zincs viejos que son recolectados en el vertedero de Cerro Patacón o en los rellenos de desechos que se hicieron hace años en este lugar, además, se puede observar la aguda situación de pobreza en la que viven estas personas, muchas de las cuales sobreviven con bajos ingresos familiares.

Por si fuera poco, estas personas deben enfrentarse a la falta de agua potable, que solo pocos días a la semana tienen, provenientes de la planta Potabilizadora de Chilibre, sin embargo, solo se da tres veces por semana por lo general o menos, y en una parte; la otra recibe agua por camiones cisternas que reparten el agua a las viviendas dos veces a la semana o una. Esto ha llevado a esta población a acudir a un río que pasa cerca para bañarse, lavar y hasta para consumir el agua, que no escapa de la contaminación.

En otras ocasiones, para obtener el líquido vital, viajan a comunidades cercanas. Muchas veces se observa por las calles a padres e hijos cargando tanques con agua.

La comunidad cuenta con oficinas administrativas de la asociación de residentes, subestación de policía, un sub centro de salud, taller de molas, canchas deportivas, huertos comunitarios, internet café y actualmente se construyen las iglesias católicas y bautistas, además de un puente sobre el Río Mocambo, mejoras a las calles y un centro de cultural y turístico. Cuenta con servicios de transporte público y privado, dos escuelas públicas: una primaria de doble jornada con una población de aproximadamente 930 niños escolares y otro parvulario con 100 niños aproximadamente.

Los residentes de Guna Nega se apoyan entre sí a la hora de construir sus viviendas. Todos los fines de semana, existe el compromiso de que los residentes se reúnen en juntas de trabajo para realizar obras comunitarias. Este nivel de organización les ha permitido acceder a proyectos y a donaciones de diversas organizaciones, lo que revierte en el bien de todos los habitantes.

En cuanto al diagnóstico de salud según evaluación estadística se aprecia que la situación del agua, el nivel cultural y educacional influyen mucho en las morbilidades de esta comunidad y se determina que son las enfermedades ambientales como la diarrea la escabiasis, piodermatitis y rinofaringitis la que mayormente están afectando a esta población, principalmente a la población menor de 5 años.

Otro de los problemas socio-culturales muy notables en estas comunidades es el alto índice de embarazo en adolescentes a pesar de que es una población arraigada a la urbe capital con acceso a todos los servicios. Esto se puede ver en los datos obtenidos por el sub centro de salud de Guna Nega quien brinda servicios de salud en esta comunidad. Para el año 2011, 31.7% de los embarazos captados por el sub centro de salud eran en jóvenes menores de 19 años.

CENTRO DE SALUD DE PARAÍSO-ANCÓN
PROGRAMA MATERNAL
CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD MATERNA
Y PERÍODO DE GESTACIÓN DE LA CAPTACIÓN
AÑO 2011

Grupo de Edad	CAPTACIÓN EN KUNA NEGA							
	Total		I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	139	100	24	17.3	62	44.6	53	38.1
10-14 años	3	2.2	0	0	2	1.4	1	0.7
15-19 años	41	29.5	8	5.8	20	14.4	13	9.4
20-34 años	88	63.3	14	10.1	36	25.9	38	27.3
35 y mas	7	5	2	1.4	4	2.9	1	0.7

Fuente: Departamento de Registros Médicos. Centro de Salud de Paraíso-Ancón.

En una encuesta realizada en el año 2012 por estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá, a 50 familias de la comunidad para verificar un diagnóstico presuntivo de los aspectos socio-medio-ambientales, demuestra que en la comunidad de Guna Nega, la población laboralmente activa predominantemente tiene una educación básica.

En cuanto al nivel socioeconómico la encuesta nos señala que la mayoría de las familias entrevistadas tienen un ingreso familiar mensual entre B/. 100.00 y 300.00, a pesar que son familias numerosas, con hacinamiento son pocos lo que en una familia aportan económicamente.

Se describe también en la encuesta que las viviendas de esta comunidad están condicionada a la falta constante de agua potable, donde a la mayoría de las familias le viene 3 veces a la semana y tienen que almacenar el agua con pocas medidas sanitarias.

La falta de un sistema de alcantarillado de aguas servidas, ya que según la encuesta realizada se presenta en su mayoría a través de letrinas y otro grupo

directamente al medio ambiente, no existe un sistema de aguas negras ni de aguas servidas.

Directamente se aprecia un sistema de vivienda muchas veces improvisadas y que según la encuesta aplicada son construidas de piso de cemento y paredes en su gran mayoría de madera.

Se sabe también que esta población utiliza las instalaciones de salud principalmente para atender patologías y poco para un control de salud por lo que es determinante que se conoce poco sobre la prevención de la salud a través de un buen control de salud.

ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD Y EMBARAZO.

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre-adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años (1).

La población de América Latina y El Caribe ha cambiado en su estructura durante las últimas décadas, sin embargo, los/as adolescentes constituyen una proporción importante de esa población, que supera el 20%. En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia, por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones

sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la Violencia Basada en Género (VBG) y especialmente a la violencia sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual sin tener en cuenta la necesidad de la anticoncepción, o sin haber tenido acceso a servicios apropiados.

En Panamá, son las mujeres rurales e indígenas, quienes viven mayormente en condiciones de pobreza y las que tienen más riesgo de muerte materna. Se observa que las tasas de las áreas rurales e indígenas son 2, 3 y hasta 4 veces mayores a las registradas en el sector urbano del país.

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. (2) Según la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2012, el 71% de los adolescentes se encontraban sexualmente activos. (3) Mientras en otros países como Cuba el 83 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. (4,5)

Al año 2008 se realiza un estudio presentado por estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández, en Cuba, se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 14 años, sin embargo, en otros trabajos al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 12,6 años. (3, 6). Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. (8) Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea (9). Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. (10-13)

En un estudio presentado por Mendoza, Luis y colaboradores en la Revista Chilena de obstetricia y ginecología, vol.77 N°4, Santiago, año 2012, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). (4,14) Sin embargo, el 25% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. (15). El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. (16) Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que, en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.

En México, estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENA-DID) 2006 y 2009 (22), informan que para el grupo de edad de 15-19 años, el 59,4% de los embarazos fue planificado, el 27,8% no planificado y el 12,8% no deseado; mientras que para el grupo de 20-24 años, el 67,3% de los embarazos fue planificado, el 23,2% no

planificado y el 9,5% no deseado. Las estimaciones del CONAPO revelan que, en 2009, nueve de cada diez mujeres entre 15-19 años de edad no tienen hijos nacidos vivos, mientras que casi nueve de cada cien tienen uno.

Anualmente en el mundo, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres. La gran mayoría (95%) de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe 18% de todos los nacimientos corresponde a madres adolescentes de 15 a 19 años (33). En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo adolescente en Chile país es de 16,16%. Se debe poner atención también en las variaciones que presenta entre las distintas regiones registrándose la mayor incidencia anual en la octava región (25%). (12,21)

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad,

marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (25-26)

Un trabajo realizado el año 2005 por Poo A., Baeza B., Capel P., y colaboradores, denominado “Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal” logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%. (28)

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socio-culturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente. (7,30)

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo, el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en este nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia. (7, 28-29)

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que

incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. (31)

Según el informe dado a conocer por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, casi la mitad de los países han adoptado nuevas medidas para evaluar las necesidades de los adolescentes en esta materia, como se los exhortó en 1994 (11), en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, y posteriormente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y en la Asamblea de las Naciones Unidas en la que se fijaron las Metas del Milenio, han enfatizado en la necesidad de realizar estrategias por parte de los organismos de cooperación internacional con el fin de reducir la pobreza y potenciar el desarrollo integral de las mujeres. Uno de los elementos priorizados por todas estas conferencias es la necesidad mundial de reducir el embarazo adolescente, lo que, de lograrse, conduciría a beneficios sociales muy importantes.

En Antioquia, el Pacto por la Salud Pública tiene entre sus metas impactar los mayores problemas de salud que afectan a la población más vulnerable de esta región: las mujeres, las niñas, los niños y los adolescentes. Para este último grupo, el pacto tiene que ver con la reducción del 25% de los embarazos en las adolescentes, lo que corresponde a 1.755 embarazos por año. Esta meta hace parte del objetivo 5 para desarrollo del Milenio –Mejorar la salud materna- que en Colombia tiene un sub-objetivo cual es “Detener para el 2015 el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo una cifra por debajo del 15%”.

La salud sexual y reproductiva en los adolescentes (SSR)

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La Salud Sexual y Reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera

ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

La salud sexual.

La sexualidad hace parte normal del desarrollo del adolescente. Ella es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: la genital o biológica — que se expresa en los aspectos fisiológicos—, el área erótica -relacionada con la búsqueda de placer-, y la moral -expresada en la estructura social fijados en los valores aceptados-.

La esfera de la sexualidad introduce a los adolescentes en un conjunto de escenarios de riesgo, frente a los cuales toman decisiones de acuerdo con determinadas concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sobre los valores que le inculcó la sociedad.

En la experiencia diaria puede observarse que hay adolescentes que pueden ser perfectamente conscientes de los riesgos y conocen las consecuencias de ser activos sexualmente, así como otros que desconocen por completo. Es así como este grupo necesita servicios de consejería en SSR para que puedan aclarar las preguntas sobre las formas de evitar embarazo no deseado, y de cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/SIDA.

La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo,

como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive.

El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones.

La salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga la pareja sexual, y control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección.

El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a la salud sexual, lo que implica que los individuos tienen derecho a libertad sexual, privacidad, equidad, placer y a elegir de forma libre y responsable. Los seres racionales necesitan saber cuáles son las consecuencias potenciales de sus acciones, y las decisiones autónomas de un individuo no pueden denominarse saludables si son coercitivas para otra persona.

La salud reproductiva.

La salud reproductiva se refiere al bienestar físico, mental y social de mujeres y hombres en asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. La mayoría de programas adolescentes aúnan esfuerzos con el propósito de prevenir

ciertas consecuencias de la salud reproductiva como el embarazo y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Los estudios indican que el desarrollo sexual sano lleva a mejores decisiones que tienen resultados positivos, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual, períodos más prolongados de abstinencia y un mayor uso de Métodos Anti conceptivos, lo que implica una disminución en la incidencia de embarazos no deseados (28).

Las ITS constituyen una consecuencia adversa de la conducta sexual, que afecta particularmente a los jóvenes. El inicio de la actividad sexual a una edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS. Otras razones son de tipo conductual como: en la adolescencia se es menos constante en el uso de Métodos Anticonceptivos que los adultos, además de que se benefician menos de los efectos protectores.

Con una actividad sexual precoz se tendrá la probabilidad de conocer un mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a ITS (28). Una situación agravante, altamente reconocida, es el factor biológico de que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas.

Científicamente se ha comprobado, en un estudio realizado en Chile en el año 2005, por Hernández M, y colaboradores, denominado: ***“Edad de Menarquia en niñas de colegios de nivel socioeconómico medio-bajo, alto y universitarias”***, en el XVI Congreso Chileno De Endocrinología Y Metabolismo; que hay un adelanto de casi un año en la menarquía, y ésta se sitúa como promedio a los 12 años, lo que lleva a una parcial madurez fisiológica. Esta condición se asocia con relaciones sexuales más tempranas, con casi un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores.

Los adolescentes adquieren su madurez sexual aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional". Además de los factores biológicos, las personas jóvenes son más vulnerables a ITS/VIH/SIDA debido a su desarrollo cognitivo y emocional, en el que se hace más difícil tanto el análisis como la toma de decisiones. Como consecuencia, los jóvenes tienden a ser más susceptibles a las opiniones de los pares, lo que puede afectar su capacidad de negociar las relaciones sexuales y el uso de medidas de protección. Según el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins (26), existe una relación entre la madurez cognitiva y la actividad sexual, de forma que aquellos que poseen un mayor nivel de madurez cognitiva tienden a ser sexualmente menos activos.

EL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente -aquel que ocurre en mujeres de 10 a 19 años- es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento. Además, porque, como ya se expresó, están más expuestos los sectores más vulnerables de la sociedad.

El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, sorpresivo. Generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que están asociados a la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación. La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas (25 por mil nacidos vivos),

sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. Cerca del 40% de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer. El embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de 20-25% de mortalidad materna, además de mayores probabilidades de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones (35, 36). En términos de las consecuencias fisiológicas, el embarazo temprano presenta un riesgo intrínseco para la salud de la mujer, pero sólo cuando éste se produce antes de los 16 años. A partir de esta edad, tanto en lo que respecta a la mortalidad infantil como materna los riesgos no son particularmente más elevados en ese grupo que en las demás edades.

Factores de riesgo para el embarazo adolescente

Los estudios realizados a nivel mundial, asocian el embarazo adolescente con estas causas:

Factores estructurales (Psicosociales y familiares)

- Situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento: contribuye a la mayor vulnerabilidad en la Salud Sexual y Reproductiva de las poblaciones afectadas y presiona formas de relación de los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción.
- Situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud y el empleo: las ofertas institucionales no discriminan de manera positiva a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza.
- Situaciones y grupos de riesgo: mujeres y hombres en prostitución, prostitución infantil y otras formas de explotación sexual. También se ha reportado que los adolescentes de sexo masculino con historia de abuso físico y/o sexual durante su

infancia, tuvieron con más frecuencia, que los que no sufrieron de estos abusos, compañeras a quienes embarazaron siendo adolescentes.

- El acceso a la educación se ha considerado una variable significativa en la predicción de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo, tamaño reducido de la familia, matrimonio a edad madura, actividad sexual tardía, abstinencia y uso del condón. Los estudios sugieren que existe una fuerte relación entre el descenso de la fertilidad en las mujeres y el incremento de su escolaridad. Cuando las mujeres reciben más de cuatro años de formación escolar se crea una de las relaciones negativas más sólidas y constantes respecto a la fertilidad.

- Es importante la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una sobrevaloración del sexo, sin compromiso afectivo.

- Inadecuada educación sobre Salud Sexual y Reproductiva, que en algunos estudios mundiales se ha visto que fomenta la experimentación sexual y se pierde la oportunidad de reducir la probabilidad de un embarazo no deseado o de la transmisión de una ITS, por lo tanto, se perjudica a los jóvenes.

- Historia de abuso sexual por un adulto. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente.

- La familia se cita continuamente como un factor determinante para el desarrollo del adolescente y que está cambiando en varios países hacia los hogares encabezados por mujeres. Según datos de CEPAL 2006, se estima que uno de cada cinco núcleos familiares en América Latina ha estado encabezado por mujeres. Muchos de esos hogares son encabezados por menores de 18 años.

En Colombia uno de cada tres hogares es una familia nuclear completa, es decir está integrada por ambos padres con sus hijos e hijas solteros menores de 18 años. Para el año 2005, en el 30% de los hogares el cabeza de hogar es una mujer.

Factores individuales

- Correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la población de menor edad. Los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones, los jóvenes homologan los comportamientos de riesgo con muestras de madurez. Nuestras sociedades, en vertiginoso y a veces caótico cambio, ofrecen cada vez más oportunidades de aventura y vértigo a los jóvenes, que pueden conducir a efectos colaterales negativos para la salud.
- Creencias y prácticas asociadas a la maternidad y a la paternidad, a la feminidad y masculinidad como asuntos centrales de los proyectos de vida de los adolescentes y únicos destinos de realización personal.
- Búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad, personalidades dependientes de la aprobación masculina que presiona ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad.
- La autoestima se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Por el contrario, la baja autoestima está asociada a problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste.
- Afán de compartir y de experimentar la sexualidad y el cuerpo, vinculados al reconocimiento por parte del otro y de los grupos de amigos.

- Ausencia y marginalidad masculina de los servicios y tareas de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre sexualidad, consejerías en salud sexual y servicios de anticoncepción.
- Falta de habilidades para la vida con las que puedan hacerle frente a los cambios hasta la adultez, entre ellas son muy significativas las habilidades comunicativas, las necesarias para negociación, y las de resistencia ante presión de compañeros.
- Menarquía temprana: otorga madurez reproductiva a la joven, cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. En grupos focales hechos con adolescentes de Medellín, manifestaban con preocupación cómo el inicio de la sexualidad se relacionaba con la maternidad y paternidad temprana en los jóvenes (10).
- Familia disfuncional: uniparentales, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres–hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que el joven no sabe resolver, impulsándolo a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor. Ante una familia disfuncional el joven intenta escapar de situaciones conflictivas en el hogar. Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres, cuando ésta es pobre o incompleta los adolescentes la buscan en los amigos y compañeros de colegio.
- Sobre-exigencia en el crecimiento; iniciación temprana para asumir responsabilidades adultas, económicas y de crianza; ausencia de los adultos y pobreza.

- Mayor tolerancia del medio al embarazo adolescente.
- Bajo nivel educativo: cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que los jóvenes, aun teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo. Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- Menor temor a enfermedades venéreas, ante conocimiento de medios de tratamiento eficaces de la gran mayoría de ellas, unida a comportamientos temerarios.
- No uso de métodos de planificación familiar asociado con: percepción de invulnerabilidad, escepticismo frente a la efectividad de los mismos, creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, creencia de que utilizar los métodos es un irrespeto con la otra persona y, deseo de complacer a la pareja. Concepciones mágicas y de negación del riesgo a un posible embarazo.
- Historia de abuso sexual por un adulto. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente.
- Otros factores que se han asociado a embarazo adolescente son: el consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco, deserción escolar, falta de sistemas de apoyo o tener pocos amigos, la falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias, la percepción baja o nula de oportunidades

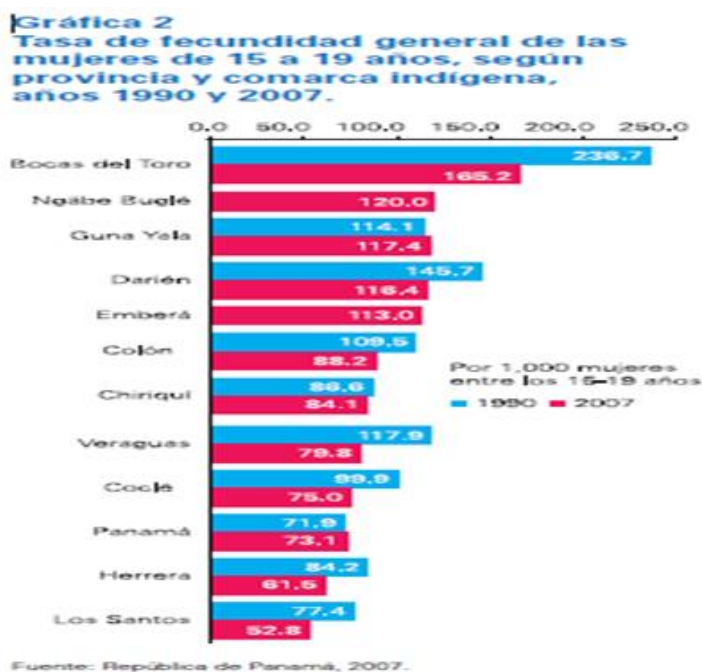
para el éxito personal y ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.

- Factores que se han asociado en forma protectora del embarazo adolescente: una tardía iniciación en la vida sexual, el énfasis en la abstinencia en la educación sexual, la actitud firme y consistente de los padres.
- En ocasiones, aunque los adolescentes tengan conocimientos, percepciones y actitudes hacia el riesgo de embarazo no deseado o adquirir una ITS, aun con conciencia de la propia vulnerabilidad, tienen prácticas de sexo inseguro.

Factores institucionales

- Marginalidad femenina y masculina de los servicios de salud, la escuela o del colegio y otros servicios sociales.
- Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos (23). Cuando los servicios se prestan, en ocasiones son rechazados por los adolescentes por motivos de actitudes de juzgamiento y falta de apoyo del personal de salud, denotando falta de preparación para la prestación del servicio.
- Horarios de prestación de servicios inadecuados para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan.
- Desconocimiento de los derechos en salud y bajo acceso a los recursos institucionales de justicia y protección.

Los factores determinantes del embarazo adolescente, en cualquiera de los niveles, se pueden agrupar en *factores protectores* y *factores de riesgo*. Los primeros son aquellos que disminuyen la probabilidad del embarazo (por ejemplo, un alto nivel educativo, asistencia escolar y supervisión parental), mientras que los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad del embarazo precoz (falta de acceso a la educación, violencia intrafamiliar, falta de acceso a métodos de control natal, entre otros). El balance entre los factores protectores y los factores de riesgo determina la vulnerabilidad, que se define como “la probabilidad de tener un resultado negativo a partir de la exposición de un conjunto de factores de riesgo, debido a la incapacidad de la persona de hacerles frente” (Vargas, 2010; DNP, 2012).



De acuerdo a cifras del Censo de 2010, generado por la Contraloría General de la República de Panamá, 245,494 mujeres contaban con entre 12 y 19 años de edad, de las cuales 23,125 o 9.5% eran madres. La mayoría residían en las provincias de Panamá (9,324) y Chiriquí (2,869) y en la comarca indígena Ngobe Bugle (2,272).

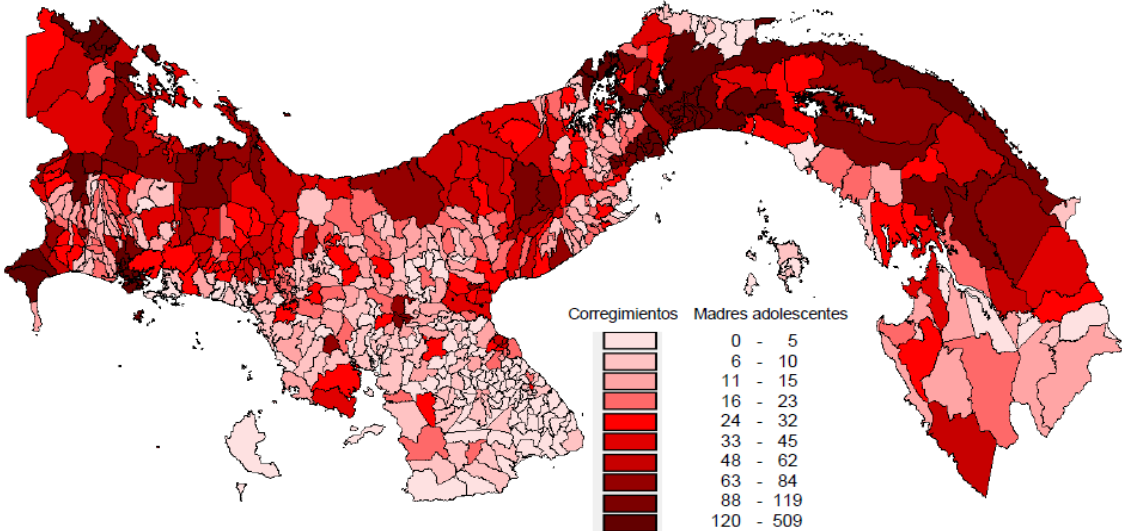
En la República de Panamá los análisis según la Contraloría General, demuestran que son las adolescentes menores de 19 años indígenas presentan las mayores tasas de fecundidad lo que representan un alto porcentaje de la población femenina general. Y podemos apreciar que la provincia de Bocas del Toro la comarca Ngobe Bugle y Guna Yala tienen las tasas más elevadas.

La edad media de la población en las comarcas indígenas según datos de la Contraloría general, era de 17 años, siendo la comarca Emberá la de menor edad promedio (14 años). El hecho de tener una población tan joven, con altos índices de masculinidad y la tendencia cultural de tener hijos en edad temprana son factores que las tres comarcas poseían en común. 82.7% de las madres adolescentes tienen entre 17 y 19 años.

Según las cifras del Censo de 2010, entre las etnias indígenas y la etnia negra o afro descendiente, en el país había mayor cantidad de madres adolescentes indígenas (29.8%) que de madres de etnia negra (5.9%).

Mapa N° 1.

Madres adolescentes, de 12 a 19 años, con hijos vivos. Censo de 2010



Fuente: Contraloría General. Censo de Población y Vivienda. 2010

La relación Cultural importante en los pueblos indígenas de Panamá hay q considerar aspectos q determinan el desarrollo de estas altas tasas de fecundidad y natalidad.

Entre los pueblos indígenas de Panamá existen similitudes y diferencias culturales en torno a sus formas de organización familiar, social, política y económica, así como en sus sistemas de creencias en el ámbito espiritual, que, a su vez, los hace ser diferentes a la cultura nacional. Por ejemplo, los Gunas, Emberá-Wounaan y Ngäbe- Bugle comparten el esquema de congresos y gráficas de caciques (generales o locales) como formas de organización político-administrativo y de orden y liderazgo entre sus pueblos. En el caso de los Naso o Teribe, conservan desde tiempos históricos la Gráfica de Rey, además de contar con un Consejo General.

Todos los pueblos indígenas del país practican la pesca y agricultura de subsistencia en las comarcas, aunque debido a la pobreza y a la ausencia de servicios básicos se ven obligados a migrar a las ciudades o áreas rurales de otras provincias en busca de trabajo en los que realizan actividades económicas u oficios no tradicionales (como cocineros, encargados de limpieza, trabajo doméstico, etc.) o incluso, en el caso de los Ngäbe-Buglé, migran a las áreas de cultivo de café a uno y otro lado de la frontera entre Panamá y Costa Rica.

Hay una diversidad de tipos de familias entre los pueblos indígenas que son en parte el resultado de distintos tipos de matrimonio que forman parte de sus tradiciones culturales. Así, los Ngobe, que constituyen la población indígena más numerosa (63.18 % respecto del total de la población indígena, Según datos del Censo de Población y Vivienda de 2010), son poligámicos, mientras que los Gunas (que representan el 19.56 %, según la misma fuente) son monogámicos.

Entre los Ngobe, un hombre con varias esposas es considerado próspero. Entre los Gunas, la familiar es matrilocal, pues el hombre casado vive y trabaja con y para la familia de su mujer.

Los Emberá-Wounaan y los Gunas tienen como ceremonia de rito de paso el corte del cabello en las niñas como símbolo de inicio de la pubertad que se da con el primer periodo menstrual. Una segunda ceremonia de pubertad entre los Gunas indica que la adolescente está en condiciones de contraer matrimonio.

Por todos estos puntos corroborados es así como determinamos la necesidad de intervenir a nivel de esta comunidad con la finalidad de reducir la aparición de embarazo en adolescentes los cuales tienden a ser más vulnerables a través de un manejo integral basadas en la acción de investigación de factores individuales, familiares y psicosociales que estén asociado a la aparición del mismo, e implementando además una jornada educativa sostenible a través del empoderamiento de la comunidad.

VII. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis Nula: No hay asociación entre los distintos factores de riesgos individuales, familiares y psico-sociales, y la aparición de embarazo en adolescentes en la comunidad de Guna Nega. (IC 95% y $p > 0.05$)

Hipótesis Alternativa: Existe asociación entre los distintos factores de riesgo individuales, familiares y psico-sociales, y la aparición de embarazo en adolescentes en la comunidad de Guna Nega. (IC 95% y $p < 0.05$)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

A partir del marco teórico y de la información disponible, se seleccionaron las variables objeto de análisis y los factores asociados que se describen

VARIABLE DEPENDIENTE

Embarazo en adolescente: Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil – y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

VARIABLE INDEPENDIENTES / FACTORES DE RIESGO:

Educación: Proceso de facilitar el aprendizaje; mediante el cual se afecta a una persona, estimulándola para que desarrolle sus capacidades cognitivas y físicas para poder integrarse plenamente en la sociedad que la rodea.

Ingreso Familiar: es la suma de todos los ingresos de la familia. Incluye el sueldo de todos los integrantes del grupo, todos los ingresos extras. Es el dinero promedio con que cuenta la familia para cubrir todos sus gastos y vivir mensualmente.

Menarquía: la fecha de la primera menstruación de una mujer. A partir de este momento se inicia la etapa fértil.

Violencia intrafamiliar: la acción u omisión que el integrante de una familia ejerce contra otro integrante y le produce un daño físico o psíquico.

Presencia de familiar con embarazo en adolescencia previo: se trata de la secuencia familiar de linaje anterior de primer grado de consanguinidad (madre), que haya tenido un embarazo durante el periodo de adolescencia, que va desde la pubertad, 10 años, hasta los 19 años.

Uso de anticonceptivos: conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales, hormonales, orales o inyectados, para mujeres y hombres; es cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo.

Disfunción familiar: es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.

Edad de inicio de vida sexual: Es la edad cumplida cronológicamente, en la que se tiene la primera relación sexual.

Estado conyugal: situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Consumo de alcohol, cigarrillos y drogas: Patrón de consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, que según su frecuencia o su intensidad puede provocar problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales.

Etnia: Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizará un estudio analítico de casos y controles, donde se determinará como caso a toda mujer que haya estado embarazada en la adolescencia (entre 10 a 19 años) para el periodo enero a diciembre 2016, que vivan en la comunidad de Guna Nega y con los criterios de inclusión como se describirán más adelante. Por cada caso se tomarán dos controles que serán mujeres que durante la adolescencia no estuvieron embarazadas.

El diseño pretende utilizar como variable dependiente el embarazo en la adolescencia. En el instrumento elaborado para tal fin se valorará previamente para obtener mejores resultados. La recolección de la información se obtendrá por medio de encuestas, una vez determinado los registros de las adolescentes embarazadas en el sub centro de Salud de Guna Nega, adscrito al Centro de Salud de Paraíso, corregimiento de Ancón, en el periodo enero a diciembre 2016 para ubicarlas y llevar a cabo la encuesta, las cuales se manejarán de manera analítica, presentando la información en cuadros estadísticos.

A cada caso y cada control se le aplicará una encuesta que será llenada por el entrevistador. Los datos recolectados se trabajarán en epi-info versión 7.0 y se trabajarán con la tabla tetracórica para casos y control, utilizando las medidas de X^2 , OR, y límite de confianza de 95%.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Nuestro universo será todas las mujeres que, de adolescentes, de la comunidad de Guna Nega, según los registros del sub centro de salud de Guna Nega se hayan atendido en el periodo enero a diciembre 2016, y hayan tenido un embarazo. Según registros estadísticos de la instalación de salud para este periodo aproximadamente se atendieron 150 adolescentes embarazadas, de una población total de 6000 habitantes, de las cuales 3450 son de sexo femenino. La población embarazada para ese periodo fue de 430 aproximadamente.

Nuestra muestra será tomada estrictamente todo el universo, la cual será nuestra muestra para los casos, de todas las embarazadas adolescentes que según los criterios de inclusión y exclusión califiquen para nuestro estudio y según el consentimiento informado aprobado por mujeres que de adolescentes estuvieron o no embarazadas que acepten participar, según los procedimientos éticos para un estudio de investigación.

El tamaño de la muestra está basado en las embarazadas adolescentes captadas en el Sub Centro de Salud de Guna Nega y/o que conste en los registros del sub centro de salud de Guna Nega, quienes serán nuestros casos; y tomaremos a las mujeres que de adolescentes no se embarazaron como controles en relación 1:2.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

a) La variable objeto de análisis es el embarazo durante la adolescencia, en este caso antes de los 20 años de edad. Como indicador de embarazo se utiliza el porcentaje de adolescentes que han estado embarazadas en el periodo de estudio, aunque el embarazo no haya llegado a una terminación exitosa; es decir, mujeres que de adolescentes han estado embarazadas en la comunidad de Guna Nega en el periodo evaluado.

Esto incluye tres grupos:

- 1) Adolescentes madres (con al menos un hijo que haya nacido vivo).
- 2) Adolescentes embarazadas al momento de la encuesta.
- 3) Adolescentes que han tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción o aborto, embarazo extrauterino o una muerte fetal, o nacido muerto.

Se considera importante incluir el tercer grupo ya que la variable de análisis es embarazo y no maternidad.

b) Adolescentes embarazadas y no embarazadas que deseen participar en el estudio según los criterios éticos y de confidencialidad.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN DE CASOS

1. Aquellas embarazadas que sean mayores de 19 años en la comunidad de Guna Nega.
2. Mujeres que han tenido su primer hijo después de los 19 años en la comunidad de Guna Nega.
3. Adolescentes embarazadas y no embarazadas que no deseen participar en el estudio, en la comunidad de Guna Nega.

En resumen, las variables estratificadoras son:

- 2) Estado conyugal actual (alguna vez unida/nunca unida).
- 3) Grupo de edad actual (adolescencia temprana y media, 13 a 16 años, adolescencia tardía, 17 a 19 años).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Embarazo adolescente	Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.	Nominal	Ha estado embarazada de 10 a los 19 años: Si o No	Para este trabajo consideramos embarazo adolescente a toda femenina entre 10 y los 19 años que esté embarazada a la hora de la entrevista, según los criterios de inclusión.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Educación	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	Ordinal	Sin educación Primaria completa Secundaria completa universitaria	Para este trabajo consideramos la educación como el último grado aprobado a la fecha de la entrevista de la adolescente.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Ingreso familiar	Suma de todos los sueldos, salarios, ganancias, pagos de interés, alquiler, transferencias y otras formas de ingreso de una familia en un período determinado.	ordinal	Menor de 100 101-500 501-1000 1001-1500 Más de 1500	Para este trabajo consideramos como el ingreso familiar a los aportes de cada uno de los familiares de la adolescente para los gastos familiares.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Menarquía	La menarquía es el día en el que se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.	Razón	Edad de la primera menstruación de la adolescente en estudio	La menarquía es la edad a la cual la embarazada adolescente tuvo su primera menstruación

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Violencia intrafamiliar	La violencia intrafamiliar es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar, este puede ser por afinidad, sangre o afiliación y que transforma en agresores las relaciones entre ellos causando daño físico, psicológico, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.	Nominal	Violencia Si/No Físico: Psicológico Sexual Económica	En las adolescentes embarazadas en estudio de Guna Nega, cualquier acto que como antecedente hayan sufrido de cualquier tipo de violencia según definición en física psicológica sexual y económica

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Presencia de familiar (Madre, hermana) con embarazo previo en adolescencia	Se refiere a si un familiar directo de primer grado de consanguinidad (Madre y/o Hermana) han presentado durante su adolescencia embarazo	Nominal	Ha presentado un familiar (Madre o hermana) embarazada en su adolescencia	En las adolescentes embarazadas en estudio de Guna Nega, que tengan o no un familiar directo madre o hermana la cual hayan estado embarazada durante su adolescencia antes de los 20 años

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Uso de anticonceptivos	Se refiere a la utilización de todos aquellos métodos o técnicas que, usadas para tener sexo seguro, para no contraer en enfermedades o un embarazo no deseado.	Nominal	Utiliza anticonceptivos Si o No	En las adolescentes embarazadas en estudio de Guna Nega, aquellas que previo al embarazo adolescente si estaban utilizando algún método anticonceptivo.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Disfunción familiar	Trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar. Puede significar dolor y agresión, ausencia de afectos de bienestar, deterioro y posible desintegración familiar.	Nominal	Con quien vive al momento de embarazarse: Con papa y mama Con un solo padre Con padrastros Con abuelos Con pareja Con otros Se encasillará en una sola respuesta.	Se utilizará en este estudio si en la adolescente embarazada hay desintegración al momento de su embarazo si vive o no con sus padres

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Edad de inicio de vida sexual	Se refiere a la edad en años de la primera relación sexual	Razón	Edad de la primera relación sexual Años ____	Se refiere a la edad en la cual la adolescente embarazada inicio su primera relación sexual

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
Estado conyugal	Se refiere a la categoría o estatus marital legal para establecer una vida en pareja	Nominal	Se determinará en la escuela el estatus que se contestará con una sola respuesta Solteras Unidas Casadas	Es el estatus marital o no de la adolescente embarazada en Guna Nega al momento de embarzarse

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
<p>“Uso de drogas.”</p> <p>Consumo de alcohol, cigarrillos y drogas</p>	<p>Se refiere a la utilización de toda sustancia farmacológica activa que produce en un organismo vivo un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos. (OMS, 1969).</p>	<p>Nominal</p>	<p>Consumo usted alcohol, cigarrillos o drogas:</p> <p>Si o No</p>	<p>Para este trabajo consideramos el consumo de cigarrillos, alcohol o drogas como la utilización por la entrevistada de estos productos de manera periódica en el último año no importa la cantidad de veces al mes que consume.</p>

Nombre de la variable	Definición conceptual	Categoría	Valores	Definición operacional
<p>Etnia</p>	<p>Se refiere al conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Pertenece a algún grupo étnico:</p> <p>Guna Emberá Ngäbe Bugle Guaimí Mestizo Afro-descendiente Otros</p>	<p>Para este trabajo consideramos si la entrevistada pertenece a algún grupo étnico de nuestro país considerando los establecidos por contraloría general de la nación para los censos de población y viviendas. Incluyendo al afro descendiente.</p>

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación fue aprobada por el **Comité Nacional de Bioética (CNBI)**, cuya referencia es: **EC-CNBI-2017-10-32**; y el Comité Institucional de Docencia del MINSA, las pautas que guiaron su desarrollo se corresponden con la Declaración de Helsinki, y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de 2002, además, del decreto ejecutivo 1843 del 16 de diciembre de 2014. Por lo tanto, se garantizó a las participantes:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información suministrada y la toma de las medidas tendientes a cumplir con este aspecto por parte de las personas que pudieran conocer de ella en las diferentes etapas de la investigación.
- La participación informada en la investigación, y su autorización escrita para la aplicación de la encuesta y la participación en la entrevista.

Los resultados de la investigación quedan a disposición de la población en general y la comunidad científica, pueden ser consultados tanto en la Tesis final entregado a la Universidad de Panamá (como informe de tesis de grado de maestría), como en las publicaciones que a futuro se presenten en distintos medios. Además, se estableció compromiso ante las autoridades sanitarias del MINSA de hacerles la entrega oficial de los resultados. Autoridades que conocieron de primera mano el protocolo de investigación y se contó con su aprobación para iniciarlo.

Los riesgos de esta investigación para las jóvenes participantes fue mínimo comparado con la importancia de tener información de los factores asociados al embarazo en adolescentes en Guna Nega, lo cual es un insumo fundamental para el diseño de estrategias tendientes a impactar positivamente este evento.

Los riesgos que se podían presentar estaban relacionados con la violación de la confidencialidad, lo que posiblemente podría acarrear consecuencias psicológicas o sociales a la adolescente.

La participación en la investigación no implica riesgos físicos, ni económicos para las participantes. El investigador principal declara no tener conflictos de interés, no haber recibido ningún tipo de sanción ética o disciplinaria en el ejercicio de su profesión y que las fuentes de financiación del estudio fueron exclusivamente los recursos propios y descrito en financiamiento para este fin.

Todos los y las participantes, diligenciaron de manera escrita la forma del consentimiento informado, en el cual se explica de manera sencilla los objetivos del estudio, los beneficios que se obtienen, el uso que se hará de la información y se garantiza la confidencialidad de la información (Anexo)

El presente trabajo se puede considerar sin riesgo, durante la realización de la encuesta se solicitó el consentimiento a cada participante. La información fue utilizada con fines investigativos y no se recibió ningún tipo de información que permitiera identificar a los sujetos participantes, se asegurará la confidencialidad y privacidad a que tienen derechos las embarazadas adolescentes participantes, en los datos que nos proporcionen y que serán de utilidad y uso solo para esta investigación.

X. RESULTADOS

El estudio se realizó en la comunidad de Guna Nega, corregimiento de Ancón, donde se pudo realizar la encuesta según los criterios de inclusión y exclusión a las adolescentes que querían participar hasta obtener nuestra muestra universo de casos, la cual fue de 125 adolescentes que estuvieron embarazadas y de 247 controles de adolescentes o mujeres que en la adolescencia no se embarazaron y que residían en la misma área.

Se realizó un estudio analítico de tipo caso-control para identificar los posibles factores individuales, familiares y psicosociales, asociados al embarazo en la adolescencia en estas jóvenes adolescentes. Se estudiaron a todas las pacientes (125) con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, ambos incluidos, que quedaron embarazadas en el año 2016, pertenecientes al área de salud que atiende el Sub Centro de Salud de Guna Nega.

Se consignó, además, un grupo al cual denominamos control, que quedó conformado por 247 adolescentes o mujeres que, en la adolescencia, nunca han estado embarazadas, pertenecientes a la misma área de salud. Se escogieron al azar por cada uno de los casos en una relación 1:2. Para ello, se tomó aquellas que vivían lo más próximo posible a la residencia de aquellas definidas como casos.

Al efecto se realizó el cuestionario que fue aplicado a cada una de las adolescentes en estudio, donde se exploraron las diferentes variables objeto de investigación (anexo).

Previamente se realizó una encuesta piloto con el objetivo de validar el cuestionario, y fue aplicado a médicos, enfermeras y adolescentes del área de salud. Esto nos permitió realizar correcciones adecuadas para la utilización de este instrumento con las consideraciones éticas y bioéticas necesarias según los protocolos (anexo).

Para la aplicación del cuestionario a las adolescentes embarazadas, fue necesario conocer la dirección particular de todas aquellas que fueron reportadas en el período

de estudio. Para ello, se solicitó este dato en el Departamento de Estadísticas del Sub Centro de Salud de Guna Nega. Para evitar duplicidades se hizo un análisis de los datos a partir de los nombres y apellidos, utilizando el criterio de confidencialidad. Para encuestar los controles, se visitó la casa de la adolescente o mujer que viviera lo más cerca posible de la residencia del caso, y que nunca hubiese quedado embarazada en este periodo de adolescencia.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos que se confeccionó al efecto en Microsoft Excel 2010, y procesados en el paquete estadístico epi-info versión 7,0. El análisis de los datos se presenta en gráficas y tablas para mejor comprensión. Para la presentación del informe final se utilizó el editor de texto Microsoft Word 2010 y para la presentación de la misma la herramienta Power Point 2010.

Inicialmente se realizó un análisis exploratorio con el fin de examinar la frecuencia y la distribución de las variables estudiadas (promedios y porcentajes) entre adolescentes embarazadas y no embarazadas. Posteriormente, se realizó el análisis bi-variado para identificar asociaciones crudas entre la variable dependiente y las variables independientes.

Los datos fueron analizados de acuerdo con las etapas siguientes: Análisis bi-variado: A través de tablas de contingencia se obtuvo la significación de la asociación mediante la prueba Chi cuadrado (X^2) de Mantell-Haenszel, prefijándose un 95 % para el intervalo de confianza. Para aquellas variables que resultaron significativas se determinó el grado de asociación a través de la razón de disparidad u Odds Ratio (OR).

Antes de la aplicación del cuestionario se le solicitó la aprobación de los padres y las adolescentes para la participación voluntaria en esta investigación según los criterios de consentimiento informado y asentimiento previamente establecidos por el Comité Nacional de Bioética. Los resultados particulares de las encuestas no serán divulgados.

La Investigación fue aprobada La Dirección General De Salud Pública del Ministerio de Salud de Panamá, la Unidad Docente Regional de la Región Metropolitana de Salud, y visto bueno de La Dirección Médica del Centro de Salud de Paraíso como responsable del Sub Centro de Salud de Guna Nega. Se estipuló el visto bueno también del Comité Nacional de Bioética, utilizando las pautas que guiaron su desarrollo y que se corresponden con la declaración de Helsinki y las pautas Éticas Nacionales e Internacionales para la investigación Biomédica en seres Humanos de 2002. Por lo tanto, se garantizó a las participantes:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información suministrada y la toma de medidas tendientes a cumplir con este aspecto por parte de las personas que pudieran conocer de ella en las diferentes etapas de la investigación.
- La participación informada en la investigación, y su autorización escrita para la aplicación de la encuesta y la participación de la entrevista.
- Los resultados de la investigación quedan a disposición de la población en general y la comunidad científica, pueden ser consultados tanto en el informe final entregado a MINSA y a la Universidad de Panamá (como informe de tesis de grado de maestría).
- Los riesgos de esta investigación para las jóvenes participantes fue mínimo comparado con la importancia de tener información analítica de los factores asociados al embarazo en adolescentes en la comunidad de Guna Nega, Panamá, lo cual es un insumo fundamental para el diseño de estrategias tendientes a impactar positivamente en este evento. Los riesgos que se podrían presentar estaban relacionados con la violación de la confidencialidad, lo que posiblemente podría acarrear consecuencias psicológicas o sociales a la adolescente; sin embargo, esta situación no se presentó.

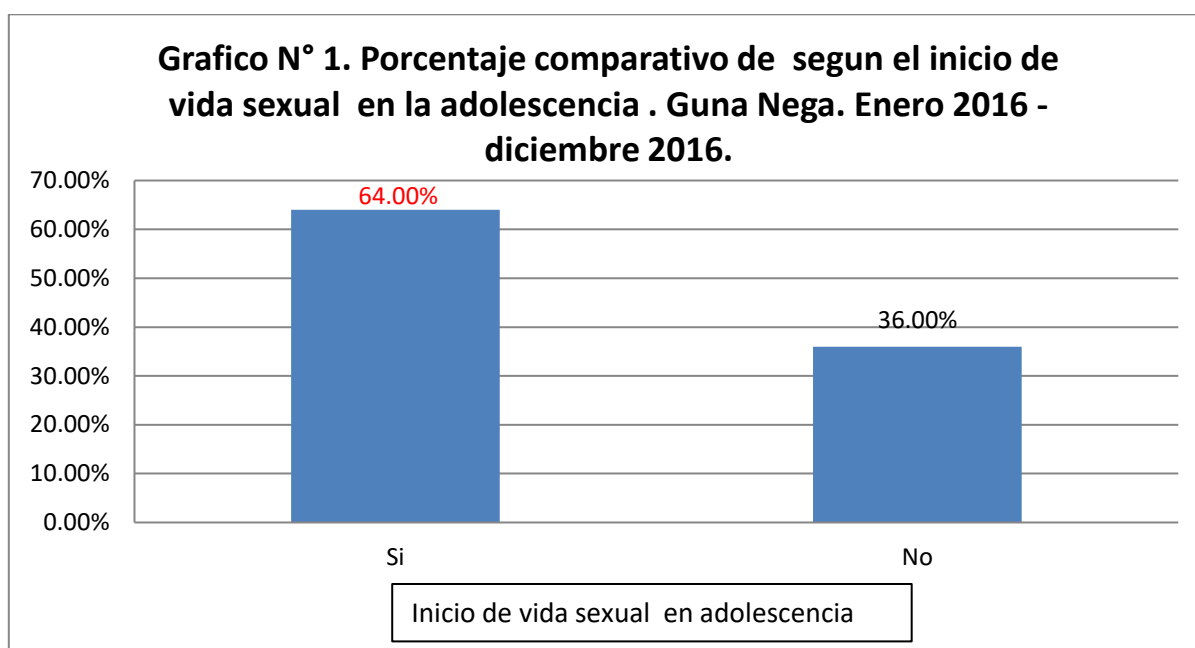
La participación en la investigación no implico riesgo físico, ni económico para las participantes. El investigador principal declara no tener conflicto de interés, no haber

recibido ningún tipo de sanción ética o disciplinaria en el ejercicio de su profesión y que las fuentes de financiación del estudio fueron exclusivamente autofinanciadas.

Análisis de los resultados.

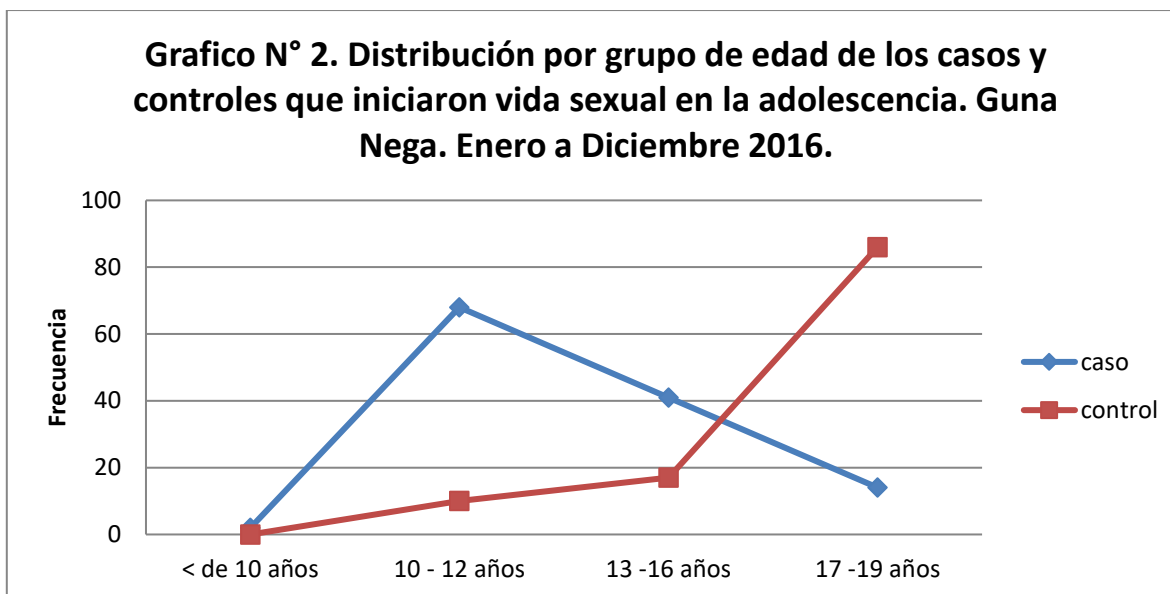
Para el análisis de los factores investigados (sociales, económicos, culturales, prácticas, conocimientos y actitudes en salud sexual y reproductiva), se partió de los datos obtenidos a través de las entrevistas, se analizaron los resultados en cada uno de los factores, y con base en ello, se emitieron conclusiones y recomendaciones.

La vida sexual en la adolescencia.



Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

De la población total estudiada de adolescentes (372), tanto casos como controles, el 64% inicio su vida sexual en la adolescencia. Hay que hacer énfasis en que se está estudiando factores de riesgo asociado a embarazo en adolescencia en la población de Guna Nega, no así el componente sexual solamente.



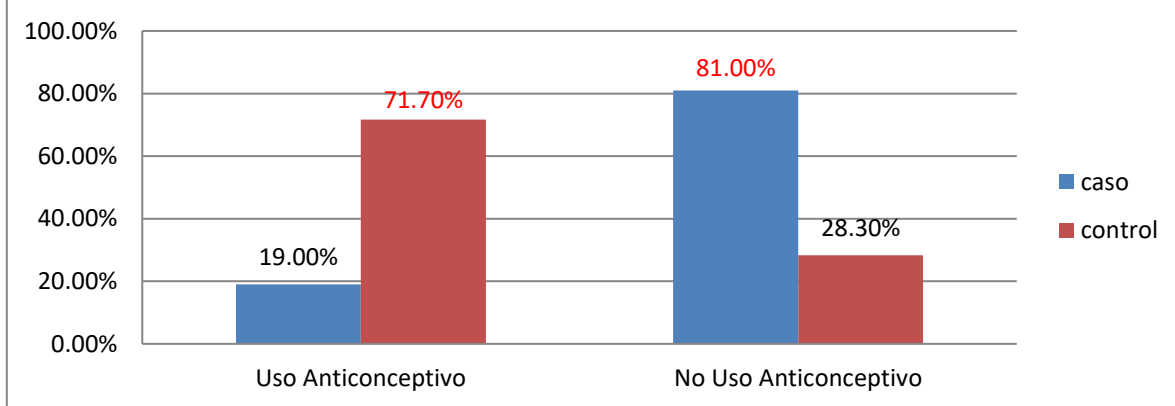
Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

De los casos de adolescentes embarazadas en la adolescencia podemos determinar que el pico más alto de las que inició vida sexual se da entre las edades comprendidas de 10 a 12 años. Para el grupo control de adolescentes que no quedaron embarazadas en la adolescencia y que mantuvieron una relación sexual en la adolescencia se determinó que su cúspide de inicio vida sexual se da entre de los 17 a 19 años, o sea, en la adolescencia tardía.

Uso de métodos de planificación familiar.

Se encontró que 46% de las adolescentes entrevistadas no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual; y de las que usan algún método de planificación familiar efectivo no lo usan de manera sistémica. Razones relacionadas (olvido, descuido, miedo a efectos negativos (por ejemplo, subir de peso) o de que se enteren en la casa, fueron los esgrimidos para no usarlo.

Grafico N° 3. Comparación según uso o no de métodos anticonceptivos durante su primera relación sexual en la adolescencia de los casos y controles. Guna Nega. Enero a diciembre 2016



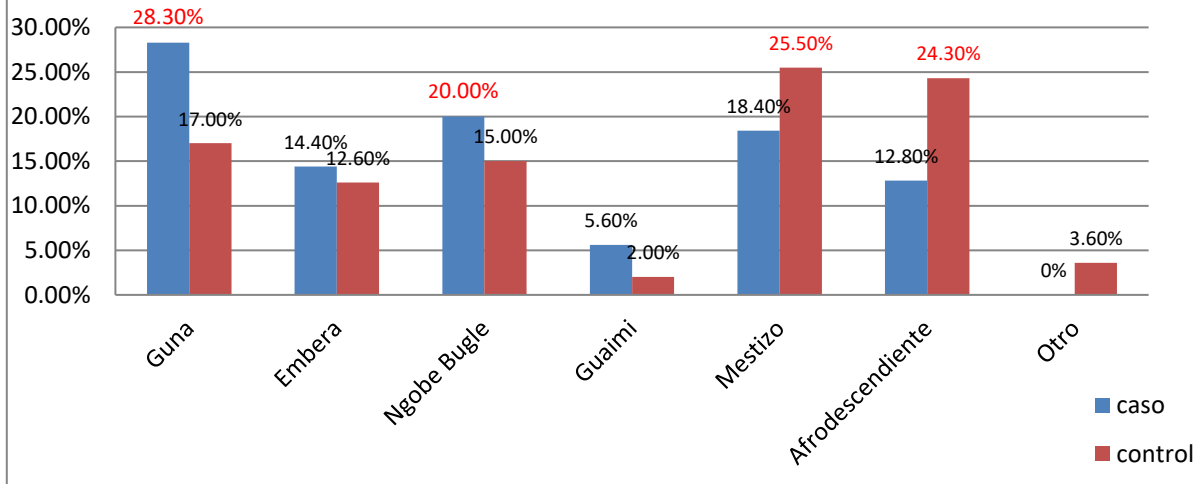
Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

En el Grafico N° 3 se puede apreciar que las adolescentes con embarazo en adolescencia 81% no usaron ningún método anticonceptivo durante sus primeras experiencias sexuales, más las adolescentes que no salieron embarazadas (controles) en la adolescencia 71.7 % utilizaron algún método anticonceptivo incluyendo la abstinencia como método.

Etnia y embarazo

En el estudio se determinó que 54.03% de las adolescentes se encontraban dentro de un grupo indígena identificado (Gunas, Ngobe Bugle, Emberá, guaimís, Etc.); el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se definían como indígenas. 23.12% de las adolescentes estudiadas eran consideradas mestizos y 20.43% eran afro descendientes; solo 2.42% pertenecían a otro grupo étnico (asiáticos).

Gráfico N° 4. Comparación de las adolescentes según grupo étnico de los casos y controles . Guna Nega. Enero a diciembre 2016.



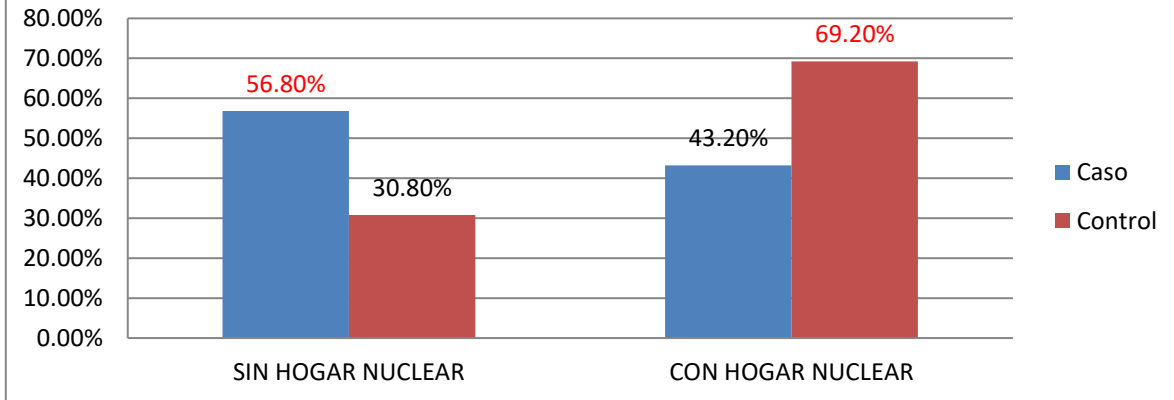
Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Con esta grafica N° 4, se puede determinar que de las mujeres que salieron embarazada en adolescencia 28.3% pertenecían a adolescentes Gunas y el 20 % pertenecían a adolescentes de la comarca Ngobe Bugle. Afirmando así que existe un alto porcentaje de adolescentes en donde el ser de etnia indígena tiene mayor riesgo de quedar embarazada en este periodo de la vida. Las determinantes culturales, el machismo de sus parejas y padres para la toma de decisión de utilizar métodos anticonceptivos y la poca educación son algunas de las determinantes que influyen en esta causa.

Familia y embarazo

60.5% de las adolescentes informaron vivir en un hogar nuclear (padre y Madre) el resto (39.5%) vive con otros grupos domésticos: con otros familiares, o pareja o con un solo progenitor.

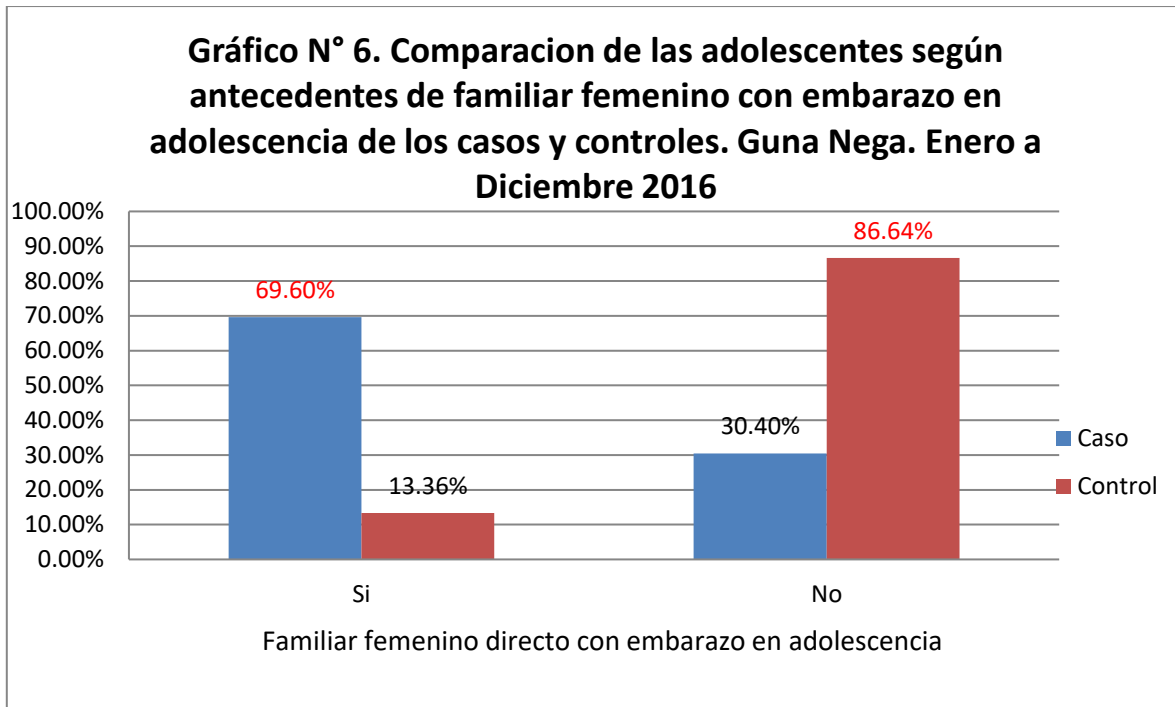
Grafico N° 5. Comparación de adolescentes según el tipo de hogar de las casos y controles . Guna Nega. Enero a diciembre 2016



Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Según los datos obtenidos, en la gráfica N° 5 podemos observar que las adolescentes embarazadas, más de la mitad, (56.8%), Vivian en un hogar disfuncional sin mama y papa juntos algunas de estas ya vivan emancipadas a una pareja desde temprana edad; sin embargo, las adolescentes de control el 69.2 % vivían en un hogar nuclear.

Al indagar con las adolescentes respecto a las experiencias familiares de embarazo en adolescencia, se encontró que la pauta familiar es la gravidez temprana, 32.26% de las adolescentes encuestadas presentaron un familiar directo (madres, hermanas), con embarazo en adolescencia.



Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

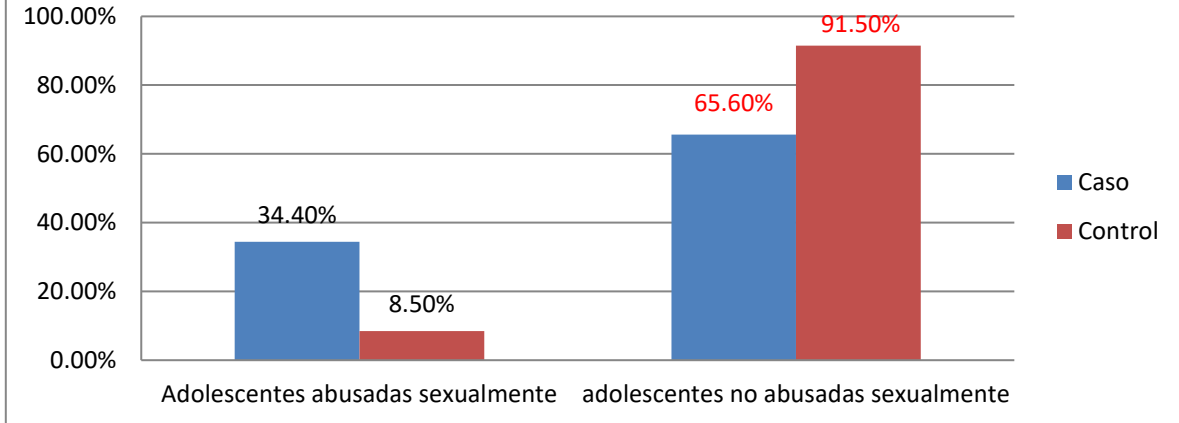
En el Gráfico N° 6 se determina que las adolescentes embarazadas en su mayoría el 69.6 % presentaban algún familiar directo, madre o hermana con embarazo en adolescencia. Por el contrario, los controles presentaron en su mayoría que no había familiar directo que hubiera estado embarazada en la adolescencia (86.64 %)

Aspecto Psico Social y embarazo

En este punto presentamos las variables observadas en las mujeres entrevistadas que se relacionan con su entorno y su periodo de adolescencia. En ese contexto podemos decir que 25.9 % de todas las adolescentes encuestadas tuvieron algún grado o situación considerada como abuso sexual y que marcaron su vida.

Haciendo la comparación de casos y controles observemos la siguiente gráfica:

Gráfico N° 7. Comparación de las adolescentes según abuso sexual o no para los casos y controles. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

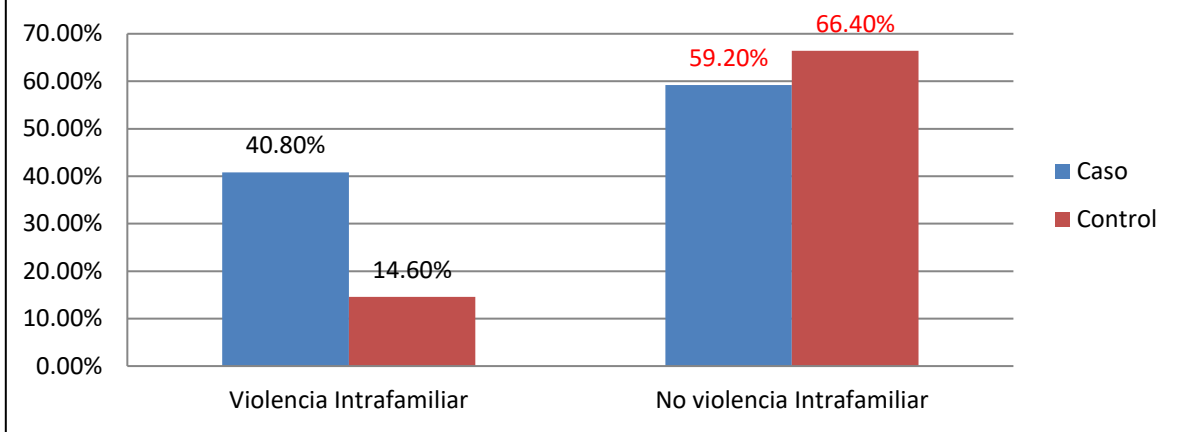


Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Apreciamos en el Grafico N° 7 que para los casos el 65.6% de las adolescentes embarazadas no fueron abusadas sexualmente; y para los controles el 91.5 % muestran no ser abusadas sexualmente. A esta situación, es importante la subjetividad y temor que puedan presentar las entrevistadas al ellas considerarse, per se, como que fueron abusadas, a pesar que se les recordó la confidencialidad y protección de la información con tal de que sus respuestas no interfieran en su vida.

A pesar de esto podemos ver que existe un alto porcentaje de las entrevistadas que consideran han sido abusadas sexualmente, situación que pone en riesgo a esta comunidad vulnerable.

Gráfica N° 8. Comparación de las adolescentes según si sufrieron violencia intrafamiliar entre los casos y controles. Guna Nega. Enero a diciembre 2016



Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

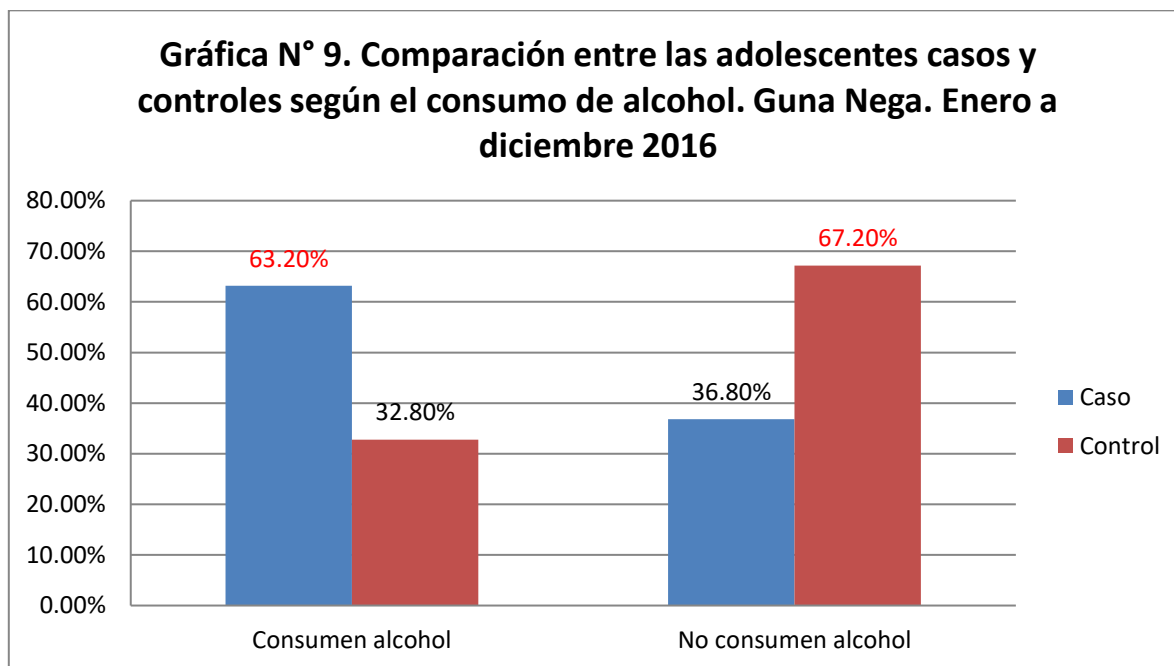
La grafica N° 8 señala que tanto para los casos y los controles las adolescentes presentaron mayor porcentaje que no presentaron violencia intrafamiliar (59.2% y 66.4 % respectivamente.

Hay que tomar en cuenta que la gran mayoría de las entrevistadas les costaba mucho tocar el tema de violencia y abuso sexual. Hay datos que dictan alto índice de violencia doméstica y maltrato infantil de todas las índoles, además se presenta una población de hombres machistas que determinan tener el control familiar por medios de la violencia, al punto de haber intervenciones de las autoridades legalmente.

Aspectos personales y embarazo

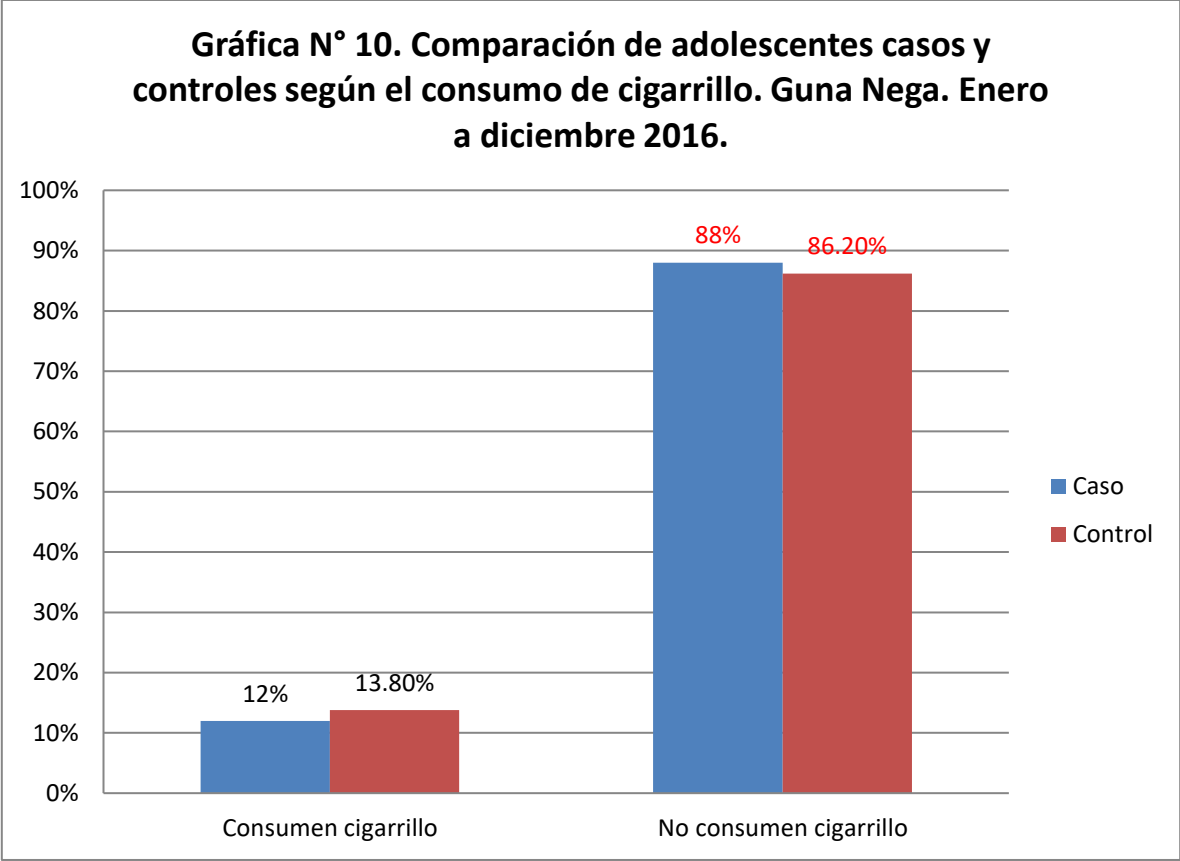
En cuanto al consumo de sustancias como el alcohol, se reconoce que las adolescentes entrevistadas el 43 % consumían alcohol.

En la Grafica N° 9 podemos observar que de las adolescentes que presentaron embarazo en adolescencia el 63 % consumían alcohol, sin embargo, los controles el 67.2 % no consumieron alcohol. Se da la situación que con el consumo de alcohol se puede determinar la desinhibición de los actos y así el no juicio de utilizar protección en las relaciones sexuales, esto aunado a la posibilidad de riesgo de infecciones de transmisión sexual.



Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Del total de mujeres encuestadas, solo 13.2% respondieron consumir cigarrillos durante la adolescencia. Y en cuanto al consumo de drogas solo 5.4 % indicaron hacerlo.

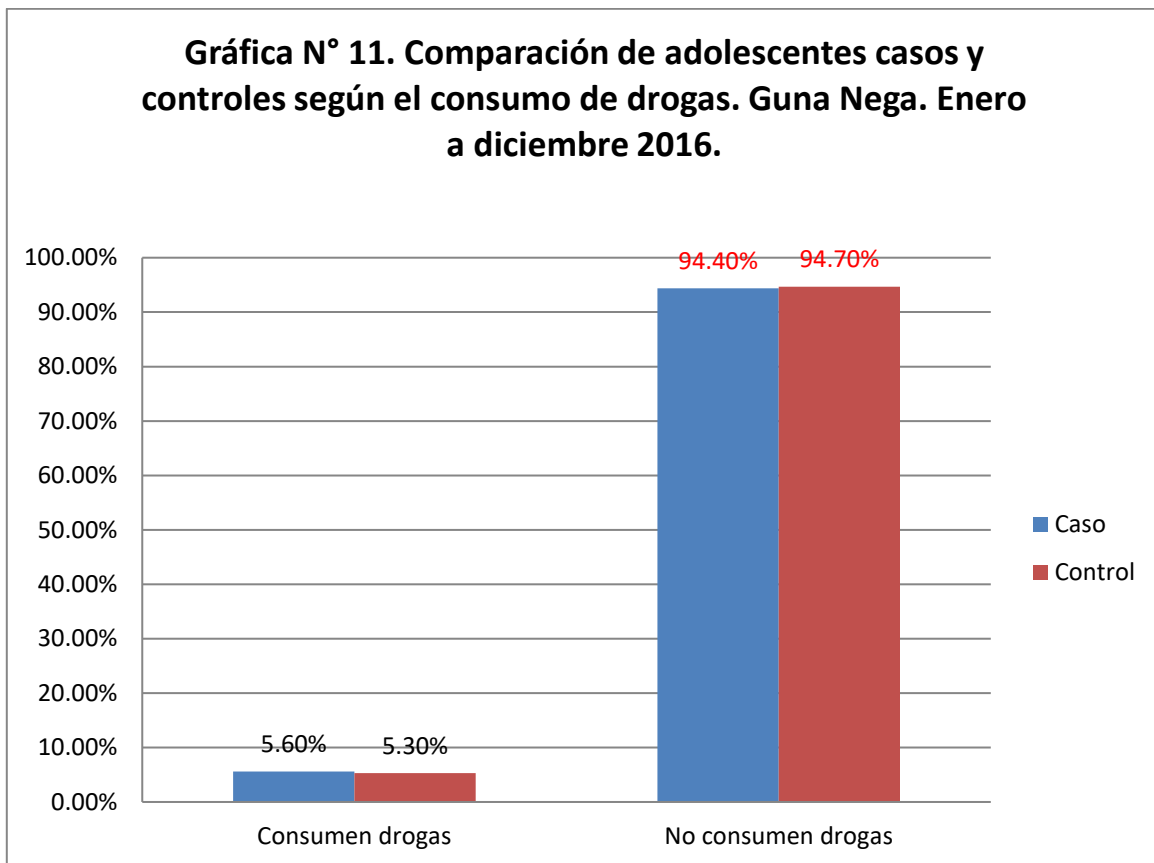


Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

En la gráfica N° 10. Se observa que tanto en los casos y los controles de las mujeres encuestadas, el mayor porcentaje contestó que no consumieron cigarrillo durante la adolescencia (88% y 86.2% respectivamente).

En la siguiente grafica N° 11, que compara a las adolescentes embarazadas y las mujeres que no salieron embarazadas en la adolescencia, con relación al consumo de drogas, vemos que, en ambas situaciones, tanto casos como los controles, el

mayor porcentaje de las encuestadas respondió que no consumieron droga. 94.4 % y 94.7 respectivamente.

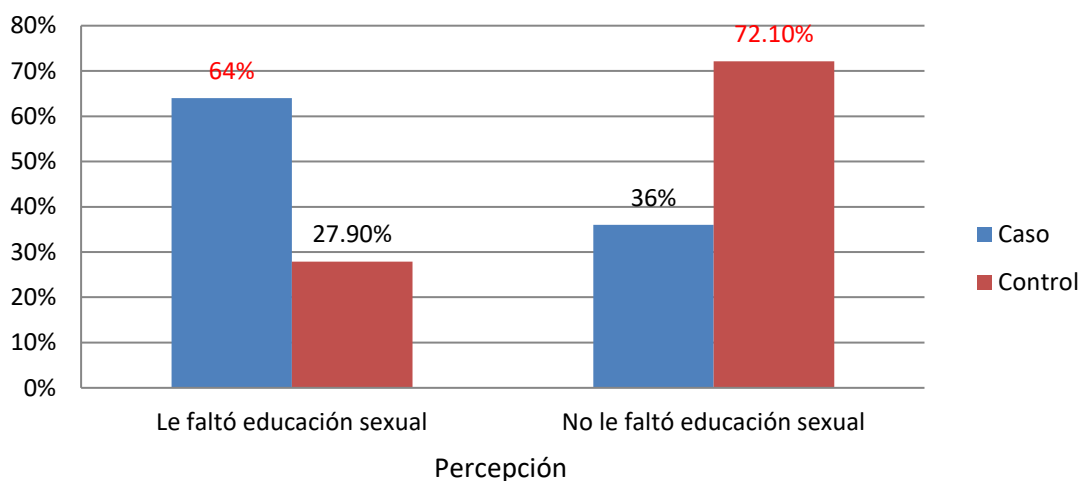


Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Con relación a la percepción si les faltó educación sexual a las adolescentes entrevistadas 39.25% afirmó que si le faltaba educación sexual.

En cuanto a las adolescentes con embarazo en la adolescencia, el 64% contestó que le faltó educación sexual, contrario a esto, el 72% de las mujeres que no quedaron embarazada en la adolescencia mencionaron que no les faltó educación sexual. Veamos el grafico N° 12:

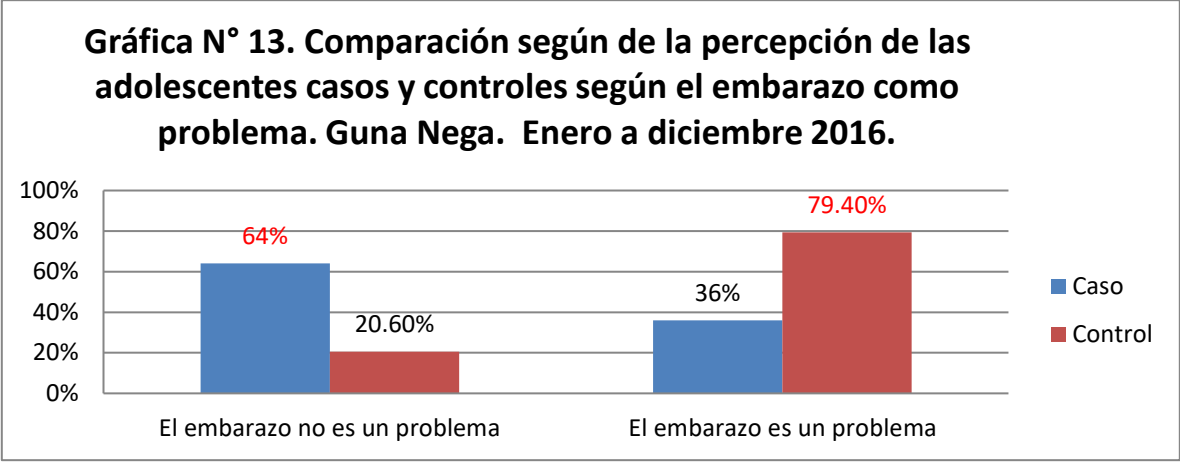
Gráfica N° 12. Comparación de adolescentes casos y controles según la percepción de educación sexual. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.



Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Hay que tomar en cuenta que es una pregunta de percepción o según lo que crea la encuestada, sin embargo es válida ya que puede representar un auto para la toma de decisiones según su criterio y así le pueda permitir buscar o no ayuda.

De todas las mujeres entrevistadas, 35.2 % en su adolescencia no consideraban el embarazo como un problema a su vida. Así vemos que el gráfico N° 13, nos demuestra que la población estudiada el 64 % de las mujeres que quedaron embarazadas en la adolescencia no ven este como un problema.



Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociados a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Educación y Embarazo

Podemos observar que, del total de adolescentes encuestadas, en cuanto a educación, la mayoría (47.8%), mencionó que estaba cursando o había llegado hasta la educación secundaria; 25.8% de estas adolescentes encuestada sostuvo que solo tenía o había cursado hasta educación primaria, y un 20.2% manifestó estar cursando la educación secundaria.

En resumen, con relación a la educación podemos decir que a la hora de la entrevista de las adolescentes embarazadas 36.8% no estaban estudiando; mientras que de las adolescentes que no salieron embarazadas en este periodo el 86.2 % estaban estudiando.

Análisis de Variables según la tabla tetracórica 2x2

Tabla 1. Distribución de adolescentes casos y controles de acuerdo a si fueron o no abusadas sexualmente previamente.

Abuso sexual	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	$X^2 = 38.97$
abusadas	43	34.4	21	8.5	$p < 0,05$
No abusadas	82	65.6	226	91.5	Odds Ratio: 5.6
Total	125	100	247	100	IC (3,16 - 10,07)

Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Como se observa en la tabla 1, existen diferencias significativas entre los casos y controles en relación al abuso de las adolescentes resultando 5.6 veces más probable un embarazo en una adolescente que fue abusada sexualmente, que aquellas que no fueron abusadas sexualmente en la comunidad de Guna Nega.

Tabla 2. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a hogar nuclear (padre y madre).

Tipo de hogar	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	$X^2 = 23.47$
Sin Hogar Nuclear	71	56.8	76	30.8	$p < 0,05$
Con Hogar Nuclear	54	43.2	171	69.2	Odds Ratio: 2.95
Total	125	100	247	100	IC (1,89 - 4,61)

Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Con relación al tipo de familia a la que pertenecen las adolescentes embarazadas, en la tabla N° 2, se puede apreciar que existe diferencia significativa entre los casos y los controles, en donde las adolescentes que viven en familias sin Hogar nuclear (madre y padre), tienen 2.95 veces más probabilidad de que ocurra el embarazo durante la adolescencia.

Tabla 3. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a exposición a violencia intrafamiliar.

Violencia intrafamiliar	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 31.8
	No.	%	No.	%	
Violencia I.F.	51	40.8	36	14.6	p < 0,05
No violencia I. F	74	59.2	211	66.4	Odds Ratio: 4.03
Total	125	100	247	100	IC (2.44 - 6,67)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

En la Tabla N° 3 podemos observar que las adolescentes que fueron expuesta a algún grado de violencia tienen 4.03 veces más probabilidad de quedar embarazada de aquellas adolescentes que no sufrieron ningún grado de violencia intrafamiliar. Existe diferencia significativa y no es producto del azar.

Tabla 4. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a antecedentes familiares con embarazo en la adolescencia.

Antecedente familiar de embarazo adolescente	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 119.8
	No.	%	No.	%	
Con familiar embarazada en adolescencia	87	69.60	33	13.36	p < 0,05
Sin familiar embarazada en adolescencia	38	30.40	214	86.64	Odds Ratio: 14.84
Total	125	100	247	100	IC (8.74 - 25,19)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Aquellas adolescentes las cuales presentaron familiar con antecedentes de embarazo durante su adolescencia tienen 14.84 veces más riesgo de quedar

embarazadas de aquellas que no tienen familiares que hayan quedado embarazada en la adolescencia.

Tabla 5. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a la menarquía y el embarazo en adolescente.

Edad de Menarquía	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	$X^2 = 8.89$
Menor de 12 años	71	56.8	100	40.5	$p < 0,05$
Mayor de 12 años	54	43.2	147	59.5	Odds Ratio: 1.93
Total	125	100	247	100	IC (1.25 – 2.99)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Según La tabla N° 5 existe diferencia significativa entre los casos y controles con relación a la edad de la Menarquía menor a los 12 años y el embarazo en adolescente y no es debido al azar; en donde resulta 1.93 veces más probable que una adolescente cuya menarquía es menor a los doce años quede embarazada en su adolescencia

Tabla 6. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a inicio de vida sexual y el embarazo en adolescente

Inicio de vida sexual	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	$X^2 = 58.88$
Menor de 12 años	70	56	10	8.8	$p < 0,05$
Mayor de 12 años	55	44	103	91.2	Odds Ratio: 13.1
Total	125	100	113	100	IC (6.26 – 27.45)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Según la Tabla N° 6 hay diferencias significativas marcada entre los casos y controles de adolescentes que iniciaron relaciones sexuales antes de los 12 años,

en donde hay 13.1 veces más probabilidad que esta adolescente que inició relaciones antes de los doce años quede embarazada y no es producto del azar.

Tabla 7. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a consumo de alcohol y el embarazo en adolescente

Consumo de alcohol	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 31.22
	No.	%	No.	%	
Si consumen alcohol	79	63.2	81	32.8	p < 0,05
No consumen Alcohol	46	36.8	166	67.2	Odds Ratio: 3.5
Total	125	100	247	100	IC (2.24 – 5.52)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

En la tabla N° 7 se aprecia que existe diferencia significativa entre los casos y controles de adolescentes que consumieron alcohol; se observa que existe 3.5 veces más riesgo de embarazo en adolescente en aquellos que consumen alcohol de los que no consumen alcohol y no se debe al azar.

Tabla 8. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a consumo de cigarrillos y el embarazo en adolescente

Consumo de cigarrillos	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 0.226
	No.	%	No.	%	
si	15	12	34	13.8	P=0.3231
no	110	88	213	86.2	Odds Ratio: 0.85
Total	125	100	247	100	IC (0.45 – 1.64)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Según La tabla N° 8, Manifiesta un X2 de 0.226 por lo que se acepta la hipótesis de que el consumo de cigarrillos y el embarazo adolescente son independientes. Se deben al azar.

Tabla 9. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a consumo de drogas y el embarazo en adolescente

Consumo de drogas	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 0.0185 P=0.4389
	No.	%	No.	%	
Si	7	5.6	13	5.3	Odds Ratio: 1.07 IC (0.42 – 2.75)
No	118	94.4	234	94.7	
Total	125	100	247	100	

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

La Tabla N° 9 indica X2 de 0.0185 por lo que se acepta la hipótesis en donde no hay relación entre consumo de drogas y embarazo adolescente, se debe al azar.

Tabla 10. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a etnia indígena y el embarazo en adolescente

Etnia	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 16.48 p < 0,05
	No.	%	No.	%	
Indígena	86	68.8	115	46.6	Odds Ratio: 2.53 IC (1.61 – 3.98)
No indígena	39	31.2	132	53.4	
Total	125	100	247	100	

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Como se observa en la tabla 10 existen diferencias significativas entre los casos y controles en relación a la etnia indígena, que no es producto del azar, resultando

2.53 veces más probable un embarazo en una adolescente indígena, que aquellas que no son indígenas en la comunidad de Guna Nega.

Tabla 11. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo al tipo de unión y el embarazo en adolescente

Tipo de unión	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	
					$X^2 = 12.67$
No legal	102	81.6	191	61.9	$p < 0,05$
Unión Legal	23	18.4	56	38.1	Odds Ratio: 2.73
Total	125	100	247	100	IC (1.56 – 4.78)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Con relación al tipo de unión del adolescente y el embarazo en adolescencia, en la tabla N° 11, se puede apreciar que existe diferencia significativa entre los casos y los controles, en donde las adolescentes que viven en unión no legal tienen 2.73 veces más probabilidad de que ocurra el embarazo durante la adolescencia que aquellas que tienen una unión legal.

Tabla 12. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo al uso de anticonceptivos y el embarazo en adolescente

Uso de anticonceptivo	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	
					$X^2 = 91.64$
No uso	101	80.8	70	28.3	$p < 0,05$
Si uso	24	19.2	177	71.7	Odds Ratio: 10.6
Total	125	100	247	100	IC (6.30– 17.97)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

En la tabla 12. Apreciamos según el uso de anticonceptivos en los casos y controles de adolescentes y su relación con el embarazo que hay diferencias significativas y

no se debe al azar, donde existe un riesgo de 10.6 veces más riesgo de embarazo en adolescentes que no usan anticonceptivos de aquellas que si usan anticonceptivos en la adolescencia.

Tabla 13. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a si estaban estudiando al momento de embarazo.

Estudiando	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	
					$X^2 = 26.09$
NO	46	36.8	34	13.8	$p < 0,05$
SI	79	63.2	213	86.2	Odds Ratio: 3.65
Total	125	100	247	100	IC (2.18 – 6.09)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

En la tabla N° 13 se aprecia que hay significancia estadística entre los casos y controles de los adolescentes que estudiaban y no estudiaban al momento de embarazo y se observa que existe 3.65 veces más riesgo de embarazo en adolescentes que no estaban estudiando de aquellos que si estaban estudiando.

Tabla 14. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo al ingreso familiar y el embarazo en adolescentes.

Ingreso Familiar	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	
					$X^2 = 4.069$
< 500 Bl.	50	40	71	28.7	$p < 0,05$
> 500 Bl.	75	60	176	71.3	Odds Ratio: 1.65
Total	125	100	247	100	IC (1.05 – 2.59)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Con relación al ingreso familiar y el embarazo en adolescencia, en la tabla N° 14, se puede apreciar que existe diferencia significativa entre los casos y los controles,

en donde las adolescentes cuyo ingreso familiar es menor de 500 Bl., tienen 1.65 veces más probabilidad de que ocurra el embarazo durante la adolescencia que aquellas que tienen un ingreso mayor de 500 Bl.

Tabla 15. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a número de hermanos y el embarazo en adolescentes.

Numero de hermanos	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 72.25
	No.	%	No.	%	
>= de 2 hermanos	91	72.8	66	26.7	p < 0,05
< = de 2 hermanos	34	27.2	181	73.3	Odds Ratio: 7.34
Total	125	100	247	100	IC (4.52 – 11.91)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Según la tabla N° 15 y la asociación de adolescentes embarazadas y el número de hermanos que viven con él en este estudio podemos observar que hay diferencia significativa y que no es producto del azar. Por lo tanto, existe 7.34 veces más riesgo de que ocurra embarazo en adolescentes donde hay presente más de 2 hermanos en la vivienda.

Tabla 16. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a si considera o no que le falto educación sexual y el embarazo en adolescentes.

Falta de educ. sexual	Casos n = 125		Controles n = 247		X ² = 44.96
	No.	%	No.	%	
SI	80	64	66	27.9	p < 0,05
NO	45	36	181	72.1	Odds Ratio: 4.59
Total	125	100	247	100	IC (2.89 – 7.26)

Fuente: Encuesta “Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

En la Tabla N° 16 podemos observar que las adolescentes que consideran que les faltó educación sexual (64%) tienen 4.59 veces más probabilidad de quedar embarazada de aquellas adolescentes que consideran no les faltó educación sexual. Existe diferencia significativa y no es producto del azar.

Tabla 17. Distribución de adolescentes de casos y controles de acuerdo a si considera o no el embarazo como un problema.

Pensar que el embarazo es un problema	Casos n = 125		Controles n = 247		
	No.	%	No.	%	
NO	80	64	51	20.6	$X^2 = 68.37$ $p < 0,05$
SI	45	36	196	79.4	Odds Ratio: 6.83
Total	125	100	247	100	IC (4.24 – 11.02)

Fuente: Encuesta "Factores individuales, familiares y psicosociales asociado a embarazo en adolescentes. Guna Nega. Enero a diciembre 2016.

Como se observa en la tabla 17, existen diferencias significativas entre los casos y controles en relación a si consideran o no el embarazo como un problema, resultando 6.83 veces más probable un embarazo en una adolescente que considera que el embarazo no es un problema, que aquellas que piensan que el embarazo si es un problema.

XI. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio analítico de casos y controles, retrospectivo, con el fin de identificar factores asociados al embarazo en adolescentes en la comunidad de Guna Nega.

Los resultados principales de la investigación muestran que variables relacionadas con el entorno bio-psico-social e individual, están positivamente asociada con el embarazo adolescente de 10 a 19 años de edad, escolarizadas y residentes en el área urbano-rural de Guna Nega. De este conjunto de variables 17 en total, 15 variables alcanzaron significancia estadística ($p < 0.05$), por lo que no eran producto del azar y se aceptaba la hipótesis alterna como válida.

Adicionalmente, dos variables (consumo de cigarrillo y consumo de drogas, $P=0.3231$ y $P=0.4389$ respectivamente) no tenían significancia estadística con la oportunidad de ocurrencia de un embarazo en las adolescentes evaluadas.

Además, las adolescentes entrevistadas expresaron tener temor de los métodos de planificación familiar porque consideran que no lo saben usar, o su uso le puede acarrear problemas en su salud física (obesidad, acné) y perciben que llevar consigo, por ejemplos Anticonceptivos orales o preservativos, las pone en riesgo de que su padre o su madre o padre se entere de que tiene vida sexual.

Algunas indígenas afirman no usarlo, esto por cuestiones étnicas culturales como por ejemplo la emancipación desde tempranas edades, pero son muy pocas (7.3%). Por otro lado, la baja percepción de riesgo que tiene que ver con el componente de creencia en el destino, en la cual los acontecimientos de la vida de la persona son resultado de fuerzas externas o de decisiones divinas o de Dios, por lo tanto, el usar un método de planificación familiar consideran no les garantiza el evitar un embarazo, pues cuando este evento ocurre, era algo para lo cual ya estaba predeterminado. En nuestro estudio se determinó que 54.03% de las adolescentes se encontraban dentro de un grupo indígena identificado (Gunas, Ngobe Bugle, Emberá, guaimís, Etc.).

Al respecto Chang y Collins señalan la necesidad de incorporar el componente de competencia cultural en los programas de salud, ya que fenómenos como el fatalismo que se manifiestan en ciertas culturas, afectan los programas y los servicios para la prevención de embarazos no deseados desde la adolescencia y las ITS.

Por otro lado, en este estudio también se encontró que el consumo de alcohol fue una variable que estaba asociada al embarazo adolescente (OR 3.98 $p=0.05$) lo cual es coherente con lo reportado en otras investigaciones, en las cuales han relacionado distintos factores de riesgo, o con prácticas sexuales de riesgo (por ejemplo, sexo sin protección por desinhibición).

El supuesto detrás de este reporte, es la existencia de un patrón de conductas de riesgo y no la sola presencia de un fenómeno aislado. Lo cual implica que las intervenciones con estas jóvenes deben no solo enfocarse a la prevención del embarazo, si no a otras conductas que la ponen a riesgo de otros eventos.

Se encontró que de la población total estudiada de adolescentes (372), tanto casos como controles, el 64% inicio su vida sexual en la adolescencia. La edad de inicio promedio de las relaciones sexuales es de 14.3 años para nuestro estudio, cifra ya acertada por una investigación en cuba realizada en el año 2008 presentado por estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández, y se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 14 años.

El pico más alto de las que inicio vida sexual se da entre las edades comprendidas de 10 a 12 años. Para el grupo control de adolescentes que no quedaron embarazadas en la adolescencia y que mantuvieron una relación sexual en la adolescencia se determinó que su cúspide de inicio vida sexual se da entre de los 17 a 19 años, o sea, en la adolescencia tardía. Otro estudio en Chile realizado por González T et al, en el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 12,6 años.

Se encontró que 46% de las adolescentes entrevistadas no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual. De estas, las adolescentes con embarazo en adolescencia, 81% no usaron ningún método anticonceptivo durante sus primeras experiencias sexuales, situación comprobada en estudio realizado en Chile por Fernández L, Bustos y colaboradores Sobre Creencias, Actitudes y Conocimientos en Educación Sexual que señala la asociación de embarazo y el no uso de métodos de planificación familiar asociado con: percepción de invulnerabilidad, escepticismo frente a la efectividad de los mismos.

60.5% de las adolescentes informaron vivir en un hogar nuclear (padre y Madre) el resto (39.5%) vive con otros grupos domésticos. Dentro de este grupo, las adolescentes embarazadas, más de la mitad, (56.8%), Vivian en un hogar disfuncional sin mamá y papá juntos algunas de estas ya vivan emancipadas a una pareja desde temprana edad. Nos señala Hamel P. en su estudio "Criterios de Riesgo en Adolescentes Populares Urbanas De Familias y Terapias", que la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% las cuales no tienen núcleo familiar.

32.26% de las adolescentes encuestadas presentaron un familiar directo (madres, hermanas), con embarazo en adolescencia. Se determinó además que las adolescentes embarazadas en su mayoría, el 69.6 % presentaban algún familiar directo, madre o hermana con embarazo en adolescencia.

25.9 % de todas las adolescentes encuestadas tuvieron algún grado o situación considerada como abuso sexual y que marcaron su vida. Tanto para los casos y los controles las adolescentes presentaron mayor porcentaje que no hubo violencia intrafamiliar (59.2% y 66.4 % respectivamente). Hay que señalar que Molina R, y colaboradores en un estudio titulado "Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescente", señala la historia de abuso sexual por un adulto como factor de riesgo para el desarrollo de embarazo en adolescentes. Tomando en cuenta el nivel cultural de esta población podemos además señalar que esta situación el temor de las adolescentes a tocar el tema como tal.

De igual forma para la Violencia Intrafamiliar, tanto para los casos y los controles la mayoría de las adolescentes mencionaron que no había violencia intrafamiliar (59.2% y 66.4 %) respectivamente. Hay que tomar en cuenta que la gran mayoría de las entrevistadas les costaba mucho tocar el tema de violencia y abuso sexual.

En cuanto al consumo de sustancias como el alcohol, se reconoce que las adolescentes entrevistadas el 43 % consumían alcohol. De las adolescentes que presentaron embarazo en adolescencia el 63 % consumían alcohol. Del total de mujeres encuestadas, solo 13.2% respondieron consumir cigarrillos durante la adolescencia. Con relación al consumo de drogas en ambas situaciones, tanto controles como los casos el porcentaje de no consumo fue por arriba de 90 %. En un estudio realizado por Bower (21) y Stern (9), respecto de la asociación de consumo de sustancias y embarazo, señala al alcohol como uno de, los principales, puesto que en el discurso las adolescentes plantean que aquellas jóvenes que atribuyen al consumo de estas sustancias desinhiben el control y deseo sexual, con sus respectivas consecuencias.

39.25% de las adolescentes entrevistadas afirmó que si le faltaba educación sexual. El 64% de estas, quedo embarazada en este periodo. 35.2 % de las adolescentes encuestadas no consideraban el embarazo como un problema a su vida. Así vemos que la población estudiada el 64 % de las mujeres que quedaron embarazadas en la adolescencia no ven este como un problema. Lavín y colaboradores, en un Análisis de las Conductas sexuales de los Adolescentes (programa de Prevención de Embarazo adolescente) señalan que se ha visto que la falta de educación sexual fomenta la experimentación sexual y se pierde la oportunidad de reducir la probabilidad de un embarazo no deseado. Lavín y cols (16), Millán y cols (17) han descrito como factor de riesgo para la aparición de embarazo en adolescentes, la falta de conocimiento en sexualidad, asociado a escasa escolaridad.

Podemos observar que, del total de adolescentes encuestadas, en cuanto a educación, la mayoría (47.8%), mencionó que estaba cursando o había llegado hasta la educación secundaria. Las adolescentes embarazadas 36.8% no estaban cursando ningún tipo de estudio en el periodo de la entrevista.

De 17 factores de riesgo determinantes para el embarazo en adolescentes, de los estudiados y analizados, 15 de ellos (Inicio de vida sexual, Etnia, uso de anticonceptivos, familiar directo con embarazo en adolescencia, abuso sexual, Violencia intrafamiliar, Consumo de alcohol, consideración del embarazo como un problema, falta de educación sexual, ingreso familiar bajo, educación, menarquia temprana, unión legal, Hogar nuclear, numero de hermanos) tienen significancia estadística por lo que se acepta la hipótesis que si influyen en la aparición de embarazo en adolescente.

Solo dos de ellos (consumo de cigarrillos y consumo de drogas), no arrojan significancia estadística por ende puede ser producto del azar.

El balance entre los factores protectores y los factores de riesgo determina la vulnerabilidad, que se define como “la probabilidad de tener un resultado negativo a partir de la exposición de un conjunto de factores de riesgo, debido a la incapacidad de la persona de hacerles frente” (Vargas, 2010; DNP, 2012).

Aplicando la significancia estadística, estos 15 factores estudiados constituyen un riesgo para la aparición de embarazo en esta población de adolescentes de la comunidad de Guna Nega, por lo que sería útil intervenir directamente en programas y proyectos que puedan involucrar a la comunidad en cuanto a educación y promoción dando las herramientas y supervisando esta situación.

XII. CONCLUSIONES

Luego de haber realizado este análisis de casos y controles en relación al tema del embarazo adolescente, podemos comprobar que efectivamente hay una importante relación entre los factores bio-psico-sociales e individuales entorno al ambiente y una mayor incidencia del embarazo en la adolescencia, cuya consecuencia principal ha sido no solo la pérdida de la capacidad de poder de esta adolescente de desarrollarse físicamente sino de los aspectos de superación y mejores condiciones entorno a su vida, así como las consecuencias directas de este producto a estas edades de la vida.

Consideramos importante el haber identificado 15 factores determinantes de 17 estudiados, como significativos en el desarrollo de embarazos en estas adolescentes, los cuales se convierten en principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias.

En el país se han desarrollado programas destinados a mejorar la educación sexual de los jóvenes, sin embargo, consideramos importante la realización de un mayor número de programas y de masificar su difusión e implementación para así poder lograr avances en la problemática actual del tema.

En el marco de adolescentes con embarazo en la adolescencia En Guna Nega, llama la atención el alto porcentaje que han sido reportados; los datos sugieren que este evento puede ser norma social en Guna Nega, y por lo tanto, la pregunta a hacerse, por tanto es ¿En estos contextos como estos fenómenos deben ser intervenidos?

La experiencia del desarrollo de la investigación con adolescente en Guna Nega permite sugerir que para la intervención o futuros estudios es necesario:

- Incorporar la perspectiva de género en las investigaciones de salud sexual y reproductiva en la adolescencia, con el fin de descentrar el tema de maternidad o del embarazo en las adolescentes mujeres.
- Además, se requiere profundizar en los aspectos relacionados con las barreras o facilitadores del acceso a servicios de planificación familiar entre las adolescentes, principalmente, teniendo en cuenta el marco normativo o legal existente en el país.
- Involucrar a los actores sociales incluyendo a la misma comunidad en su rol de Intervención para mejora de la propia comunidad como un sistema de pares en donde son los mismos adolescentes líderes quienes se instruyan para que transmitan la información como legado. Esto con la ayuda de la entidad supervisora o MINSA partiendo desde el punto de vista donde se invierta en la promoción y prevención con medidas de participación comunitaria.

Por último, la conclusión principal del estudio analítico de casos y controles desarrollados en Guna Nega indica que los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano, no solo están a nivel individual, sino que pasan al ámbito de pares y la familia de la adolescente y al de los servicios de salud. Lo cual implica en términos de salud pública que cualquier esfuerzo que se haga para disminuir los embarazos en adolescentes en Guna Nega debe enfocarse a afectar esos tres niveles los cuales son sugeridos en este estudio como los principales determinantes de la gravidez en la adolescencia en esta comunidad.

Sin embargo se requiere continuar explorando este fenómeno con marcos ecológicos y legales que permitan recuperar otros niveles que puedan estar afectando el evento en el contexto de Guna Nega, Por ejemplo se ha mostrado que el capital social puede explicar las diferencias con respecto a las tasas de embarazo temprano, a su vez otros abordajes como la educación en la comunidad con más investigaciones analíticas ayudarían también a tener mejor insumo para un diseño de intervención acción en la comunidad.

XIII. RECOMENDACIONES

En el proceso de investigación sobre asociación de factores de riesgo bio-psico sociales en el Embarazo Adolescente en la comunidad de Guna Nega, se puede reconocer conductas de riesgo principalmente e inapropiadas ante la presente problemática, tanto en la concientización de la adolescente como de la familia al incorporar temas de importancia como lo es el inicio sexual, aspectos culturales de riesgos y la dificultad de la inserción en la sociedad ante la presencia de un embarazo, marcado históricamente como un problema de género. ¿Estamos en realidad todos preparados para educar y contener a una sociedad con conflictos de autocuidados?

La comunidad Guna Nega está afrontando cambios culturales, sociales y sin olvidarnos de los cambios tecnológicos y por ende expuesto a un descontrol de valores, difícil de incorporar a la familia y su comunidad. Los factores bio-psico sociales e individuales estudiados influyen en el aumento de la problemática existente, provocando el distanciamiento en la comunicación e intervención desde la función de padre y de los profesionales de la salud al momento de intervención en temas de importancia como lo es el del embarazo en la adolescencia, que atentan con la integridad en común.

Nuestra experiencia en la presente investigación como profesionales de la salud, en el aumento de embarazo en edades tempranas, cabe recomendar desde la visión y misión profesional, trabajar en forma conjunta; adolescente, padres e integrantes de salud para establecer reconocimientos de roles y dar prioridades de acuerdo a sus escalas de valores.

Algunas recomendaciones puntuales como estrategias para disminuir los aspectos biopsicosociales en la adolescente de Guna Nega a través de Pares, entre otras:

- Retrasar la 1° relación sexual y con responsabilidad
- Fortalecer autoestima
- Fortalecer la toma de decisiones

- Promover la comunicación asertiva entre padres y adolescentes
- Promocionar proyecto de vida en la comunidad a través actores sociales y la comunidad
- Difundir los riesgos ante un embarazo adolescente
- Implementar un proyecto escolar adecuado y técnico de educación sexual a nivel de las escuelas con responsabilidad

Elevando este importante trabajo de investigación podemos sentar base para que pueda ser traspolado a la República de Panamá. En estos momentos en que el país está en una reorganización de los temas de educación sexual, tomando estos factores estudiados como riesgos y la alta incidencia del problema si no se toman medidas a tiempo de manera sostenible, ya que las repercusiones a este grupo de personas y por ende a nuestro País serán evidentes.

Como recomendación, los resultados encontrados en esta investigación se presentaran al Ministerio de Salud, a la Región Metropolitana de Salud, así como a la Dirección de la Unidad Ejecutora Centro de Salud de Paraíso, ya que este estudio se pretende sirva como un precedente para que se pueda instaurar una política en materia de promoción y prevención con la participación de la comunidad, con la participación directa de pares instaurando una propuesta de intervención- acción en Guna Nega para que sean los mismos adolescentes que con su experiencia y sus vivencias puedan transmitir bajo nuestra supervisión, un programa para jóvenes y disminuir los riesgos de embarazo; en donde la supervisión de las autoridades gerencialmente, a través de normas, intervengan para su resolución a través de un proceso de transformación de la cultura interna y externa de estos jóvenes, beneficiando con esto a las adolescentes que en su mayoría muchas veces consulta a esa institución y no tienen una orientación y supervisión estricta de un programa de prevención de riesgos en esta comunidad de Guna Nega

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000
2. American Academy of Pediatrics, commite on Adolescents. Contraception and adolescents. Pediatrics. 1999; 104: 1161-66.
3. Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. Instituto Nacional de la Juventud. 2007.
4. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev. Cubana Obst Ginecol 1996; 22:11-5.
5. López Nodarse M., Flores Madan L., Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. Sex Soc. 2006; 2:12-6.
6. González T., M. Isabel, AGUIRRE C, et al. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. chile. Pediatr.2005; 76: 573-579.
7. Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev. méd Chile 2000; 128:574-583.
8. Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev. SOGIA 1994; 1:70-2.

9. Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
10. Stevens Simon C. Adverse reproductive outcome and young maternal age. N Engl J Med 2005; 333: 801-2.
11. Olausson P., Cnattinguis S., Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstetric Gynaecol 2001; 106: 116-21.
12. Molina M., Peña I, Quiroz M. Embarazo Precoz. Revista Trabajo Social 2002; 59: 21-8.
13. Molina M., Pérez R., Ferrada C., et al. Embarazo en la adolescencia. Rev. Ciencia y Salud 1997; 1: 25-9.
14. Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1997; 23:13-
15. Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 agosto 2006).
16. Forrest JD: Timing of reproductive life stages. Obstetric Gynecologic 1994; 82: 105.
17. Sulak PJ, Haney AF. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J Obstetric Gynecologic 1993; 168: 2042-8.

18. National Center for Health Statistics. Advance report of final nataly figures 1990. Monthly Vital Statistics Report. Hyatts Ville. Maryland: Public Health Service 1993; 41.
19. Padilla De Gil. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev. SOGIA 2000; 7: 16-25.
20. Chelala C. Concem grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.
21. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Enfoques Estadísticos N°9. Fecundidad Juvenil en Chile 2000.
22. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Estimaciones del CONAPO con base en Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 y 2009.
23. González E., Molina T., Caba F., et al. Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. Resúmenes IV
24. Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002; 13. Conejero C., Nolina M., Martínez G., et al. Embarazo en adolescentes: estudio de factores socioeconómicos y patología materna. Resúmenes Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002; 29.
25. Burgos P., Contreras M., Klassen F., et al. Embarazo en la población adolescente. Experiencia en el Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y Hospitales tipo IV de la provincia de Bío-Bío Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002; 30.

26. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993; 44-62.
27. Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cir Ciruj 2001; 69:300-3.
28. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev. SOGIA 2005; 12:17-24.
29. Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chile obstet ginecol 2002; 67:481-487.
30. Rangel J., Valcristo L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac Med UNAM 2004; 47:24-27.
31. Molina R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla 1988; 195-231.
32. Díaz A., Sugg C., Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Rev. SOGIA 2004; 11:79-83.
33. UNICEF. Estimaste based on United Nations Population Prospects, World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database.

34. *Hernández M, Unanue N, Valencia C, Vildoso J, Cassorla F, Codner E*: Edad de Menarquía en niñas de colegios de nivel socioeconómico medio- bajo, alto y universitarias., XVI Congreso Chileno De Endocrinología Y Metabolismo, Pucón, Chile, 2005.
35. Pro-familia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005: resultados Antioquia y Medellín. Bogotá: Profamilia; 2006.
36. Guzmán J, Falconier M, Hakkert R, Contreras J. Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006. Working Papers Series CST/ LACNO Report No: 9

ANEXOS

PRESUPUESTO

Descripción	Costo
Reuniones de Presentación del Proyecto y Sensibilización de la autoridad local (director Médico) y regional (director regional)	B/ 100.00
Taller de 2 días sobre encuesta y el trabajo de investigación con equipo de apoyo sobre adolescencia, con educación sanitaria, almuerzo y merienda para 10 facilitadores	B/ 250.00
3 reuniones de seguimiento del programa y recolección de datos con el equipo de apoyo	B/ 150.00
Reproducción de material tipo encuesta, impresión de material	B/ 300.00
Útiles de oficina y material	B/ 200.00
1 jornada de evaluación final	B/ 200.00
Imprevistos	B/ 500.00
TOTAL	B/ 2025.00

Fuentes de Financiamiento

- Presupuesto Personal
- Alcaldía de Panamá

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	29/09/17	15/10/17	29/10/17	7/11/17	12/11/17	17/11/17	19/11/17	01/12/17
Reunión de presentación del protocolo de investigación y sensibilización de la autoridad local y Regional del MINSA	X							
Taller sobre aplicación de la encuesta y el trabajo de investigación con equipo de apoyo sobre adolescencia	X	X						
Aplicación de la encuesta por el equipo de apoyo		X	X					
Primera reunión de seguimiento y análisis de los mismos con asesor de tesis				X				
Segunda Reunión de aplicación de datos estadísticos y análisis de los mismos con asesor de tesis					X			
Evaluación Final de la investigación con asesor						X		
Entrega de Tesis							X	
Sustentación de tesis								X

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS SOCIALES

“Factores individuales, familiares y psico-sociales asociados a embarazos en Adolescentes en la comunidad de Guna Nega, enero 2016 a diciembre 2016”

Estimado/a Señor/a

Mi nombre es **Leonardo Labrador Chávez** y soy investigador de la Universidad de Panamá en la facultad de medicina, Escuela de Salud Pública. Estamos proyectando una investigación sobre los Factores individuales, familiares y psicosociales asociados a embarazos en adolescentes en la comunidad de Guna Nega, para determinar la asociación entre los distintos factores de riesgos; como los son la educación, la violencia intrafamiliar, edad de inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos, menarquia temprana, disfunción familiar, consumo de alcohol, tabaco y drogas, etnia y el embarazo en adolescentes en la Comunidad de Guna Nega durante el periodo comprendido entre enero 2016 a diciembre de 2016.

Para este propósito, necesitamos su apoyo a través de; una encuesta que se realizará sobre el tema.

Este método no debe traerles problemas, porque lo haremos en un ambiente privado para preservar la confidencialidad de su intervención. Sin embargo, si encontramos algún problema particular, lo referiremos al psicólogo/a u otra especialidad quien podrá ayudarlo.

Aunque sea necesario tener su nombre y apellido para no confundir los datos, los resultados finales serán publicados en tabla o cambiando su identidad de tal manera que no será posible reconocerla.

No se le pagará para participar en esta investigación, pero se le podrá compensar por el tiempo para la alimentación.

Una vez terminada esta investigación, yo me reuniré con ustedes para analizar los resultados finales.

El protocolo ha sido aprobado por el comité de Bioética de Investigación la Universidad de Panamá (CBIUP) quien es garante de los derechos de las participantes. Usted puede hacerle las preguntas que necesitan para esta investigación al teléfono 517-0198.

Usted no está obligada a participar y puede cambiar de parecer en cualquier momento de la investigación y retirarse sin que esto afecte su atención. Nos gustaría estar informado de esta decisión. Para cualquier duda puede llamar a Leonardo Labrador Chávez, al teléfono 62077632.

Habiendo entendido todo lo antes expuestos y estar satisfecha con las respuestas a mis dudas, firmo este consentimiento.

Participante	iniciales	fecha	lugar
---------------------	-----------	-------	-------

Tutor/Padre: _____

Investigador/ Responsable: _____

Cedula: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

“Factores individuales, familiares y psico-sociales asociados a embarazos en Adolescentes en la comunidad de Guna Nega, enero 2016 a diciembre 2016”

Mi nombre es Leonardo Labrador Chávez y soy investigador de la Universidad de Panamá en la facultad de medicina, Escuela de Salud Pública.

Vamos a realizar un estudio que se llama **“Factores individuales, familiares y psico-sociales asociados a embarazos en adolescentes en la comunidad de Guna Nega, enero 2016 a diciembre 2016”**, para saber algunos factores de riesgos en adolescentes que han salido embarazada en el año 2016 de la comunidad de Guna Nega que están bajo esta condición.

Para conocer mejor que ha pasado y saber cuáles son las posibles causas de que esto haya ocurrido y necesitamos hacer unas preguntas relacionadas a la vida y desarrollo para saber si hay similitudes o diferencias entre las adolescentes y poder decirles a tus padres y/o apoderados para que estén enterados. Por este motivo quiero saber si te gustaría participar en este estudio. Una vez que tú aceptes participar, se conversará con tus papás y/o apoderado para que ellos sepan de este estudio.

No tienes que contestar ahora lo puedes hablar con tus padres y si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo te explicaré lo que necesites.

Si decides no participar en el estudio no pasa nada y nadie se enojará o retará por ello. Tampoco va a influir en nada de su vida personal o familiar.

Si decides participar:

1.- La encuesta solo se realizará a ti como participante, esto no te causará ningún dolor ni molestia. Solo debes contestar lo más exacto y sincera posible.

2.- No usaremos tu nombre ni datos personales, es decir, nadie más que nosotros sabrá de quienes son las muestras. Tampoco le diremos a nadie que estas participando en este estudio.

3- Si quieres participar, haz un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedito apuntando para abajo. Con eso bastará para que nosotros sepamos tu preferencia

Si mientras se realiza el estudio tienes alguna duda puedes preguntarme todo lo que quieras saber y si más adelante no quieres seguir con el estudio, puedes parar cuando quieras y nadie se enojará contigo.

Yo: _____

SI quiero participar



NO quiero participar



Firma Investigador responsable

Nombre

Código

“Factores individuales, familiares y psicosociales asociados a embarazos en adolescentes en la comunidad de Guna Nega, enero 2016 a diciembre 2016.”

Esta encuesta es totalmente confidencial. Los datos que usted proporcione serán solo utilizados para fines de nuestra investigación, no serán revelados para ningún otro fin. Usted contestará voluntariamente cada una de estas preguntas lo más preciso guiada por un encuestador.

1. Edad _____ Años
2. Ha iniciado relaciones sexuales Si _____ No _____
3. Ha tenido un hijo nacido vivo, embarazada al momento de la encuesta o ha sufrido alguna pérdida antes de los 19 años Si _____ No _____
4. Alguna vez ha estado unida legal o consensualmente Si _____ No _____
5. Alguna vez ha usado un método de planificación familiar Si _____ No _____
6. Si la pregunta anterior es positiva mencione los que ha utilizado: Condón _____
Anticonceptivos hormonales _____ Dispositivos intrauterinos _____ Métodos
quirúrgicos _____ otros _____
7. Si los utiliza, los usa de manera regular Si _____ no _____ ¿Por qué no?
8. Asiste al colegio o escuela al momento de la encuesta Si _____ No _____
9. Ultimo año aprobado:
Preescolar _____ **Primaria** _____ **Secundaria** _____ **Vocacional** _____ **Universitaria** _____
10. Ingreso familiar
Menor de 100 _____ 101-500 _____ 501-1000 _____ 1001-1500 _____
Más de 1500 _____ (en balboas)

11. Numero de hermanos: _____
12. Considera que le falta educación sexual Si _____ No _____
13. Considera que el embarazo es un problema Si _____ No _____
14. Diferencia en años entre la edad de la adolescente y su primer compañero _____
15. Afirma haber sido manoseada o tocada en contra de su voluntad Si _____ No _____
16. Vive en un hogar nuclear (Padre, Madre,) Si _____ No _____
17. Afirma saber que su padre golpeaba a su madre Si _____ No _____
18. Ha sido víctima de maltrato por alguna otra persona dentro de su hogar
Si _____ No _____
19. A qué edad menstrua por primera vez _____ años
20. A qué edad inicio vida sexual _____ años
21. Algún familiar femenino de su hogar ha tenido embarazo durante su adolescencia
Si _____ No _____
22. Pertenece a algún grupo étnico:
Kuna _____
Emberá _____
Ngäbe Bugle _____
Guaimí _____
Mestizo _____
Afro-descendiente _____
23. Consume usted:
Alcohol: Si _____ No _____
Cigarrillo: Si _____ No _____
Drogas: Si _____ No _____

Gracias. Los datos proporcionados por usted serán muy valiosos para nuestra investigación

COMUNIDAD DE GUNA NEGA

POBLACIÓN INDÍGENA MIXTA



CONDICIONES DE HACINAMIENTO



ALTA POBLACIÓN INFANTIL



ATENCIÓN DE LA POBLACION EN GENERAL



Pacientes adolescentes esperan para ser atendidas por el personal de salud



Sala de espera



Pacientes esperan para ser atendidos.



Atención de adolescentes en el sub centro de salud de Guna Nega

VISTAS DE FRENTE DEL PUESTO DE SALUD DE GUNA NEGA

