

REVISTA CENTROAMERICANA
**OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

ISSN 0428-0911
indexada: lilacs
scielo

Órgano oficial de la FECASOG

Volumen 20, número 2, abril-junio 2015

DIRECTOR

Dr. Julio Pozuelos Villavicencio
Guatemala

SUBDIRECTOR

Dr. Carlos Enrique Zea Flores
Guatemala

SECRETARIO

Dr. Rodolfo Andrino
Guatemala

DISEÑO

Carmen María Zea

COMITE EDITORIAL

Dr. Juan Carlos Zea Vega
Dr. Carlos Alejos
Dr. Luis Rolando Hernandez
Dr. Edgar Kestler
Dr. Cesar Augusto Reyes M.

COMISIÓN DE PUBLICACIONES CENTROAMERICANAS

Guatemala

Dr. José León Castillo
Dr. Guillermo Dorián

El Salvador

Dr. Douglas Jarquin
Dra. Evelyn Vasquez
Dr. Otoniel Vazquez
Dr. Sigfrido López Bernal

Costa Rica

Dr. Gerardo Montiel
Dr. Oscar Cerdas
Dr. Rafael Calderón

Honduras

Dra. Carolina Bustillos
Dra. Ana Ligia Chinchilla
Dr. Oscar Nolasco
Dr. Arnoldo Cambar
Dra. Wendy Carcomo

Nicaragua

Dr. Vernos Hallesleven
Dra. Silvia Guerrero
Dra. Flor María Marín

Panamá

Dr. José de Gracia
Dr. Rafael de Gracia

COMITE EJECUTIVO FECASOG

Dr. Walter Omar Linares P.
Dr. Luis Araujo
Dr. Francisco Estrada L.

Presidente
Secretaria
Tesorera

PRESIDENTES DE ASOCIACIONES Y SOCIEDADES DE FECASOG

Guatemala
El Salvador
Honduras
Nicaragua
Costa Rica
Panamá

Dr. Francisco Luna
Dra. Miriam Oliva de Navarrete
Dra. Beatriz Sosa
Dra. María Eugenia García
Dr. Mauricio Herrero Knöhr
Dr. Paulino Vigil de Gracia

**EXDIRECTOR FUNDADOR
EXDIRECTOR**

Dr. J. Augusto Gonzales †
Dr. Clemente Guidos
Dr. Salvador Batista Mena
Dr. Haroldo López Villagrán †
Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio

Director fundador

ÍNDICE

25 EDITORIAL

26 HOMENAJE

Dr. Carlos Rafael Alejos García

ARTÍCULO ORIGINAL

27 La era moderna y la información médica en los medios de comunicación

Dr. Samuel Karchmer (México)

31 Características de hombres y mujeres que no están a favor de la educación sexual a jóvenes en Panamá

Fermina Chamorro Mojica y cols. (Panamá)

40 Factores asociados a la iniciación sexual temprana en adolescentes panameñas.

Fermina Chamorro Mojica y cols. (Panamá)

47 Opiniones de médicos ginecó-obstetra sobre algunos aspectos de salud sexual y reproductiva y el aborto en Panamá

Haydeé Flores Castro y cols. (Panamá)

INDEX

25 EDITORIAL

26 TRIBUTE

Dr. Carlos Rafael Alejos García

ORIGINAL ARTICLES

27 The modern era and medical information in the communications media

Dr. Samuel Karchmer (México)

31 Characteristics of men and women who do not are in favor of sex education to young people in Panama

Fermina Chamorro Mojica et al. (Panamá)

40 Factors associated with sexual initiation early in Panamanian teenagers girls.

Fermina Chamorro Mojica et al. (Panamá)

47 An OB / GYN's opinions on some aspects of sexual and reproductive health and abortion in Panama

Haydeé Flores Castro et al. (Panamá)

Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología es una publicación trimestral, Órgano oficial de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG). Los artículos son propiedad de la Federación Centroamericana de Sociedades y Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. El contenido de los artículos no necesariamente refleja el pensamiento de la FECASOG, por lo que el mismo es responsabilidad de sus autores. Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier parte de su contenido, por cualquier medio impreso o electrónico, sin la autorización por escrito del Director de la revista. Dirección postal: 12 calle 2-04, zona 9 Edif. Plaza del Sol 3-S, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Centroamérica. Tel: (502) 2331-2629. Dirección electrónica: revcog@intelnet.net.gt. Todo trabajo para publicación deberá, de preferencia, venir a través de la asociación correspondiente, aunque no se excluirá por no venir a través de las mismas, se le dará preferencia a los trabajos por miembros de las asociaciones federadas FECASOG. La revista no se responsabiliza por las opiniones vertidas por los autores. Derechos reservados. Precio US \$20.00 por un año, cuatro números. \$8.00 por número separado. Los miembros de las asociaciones que forman el FECASOG recibirán la revista sin costo alguno. Tiraje: 2000 ejemplares. Redacción, Administración, Editada y Producida por el Comité de Publicaciones de la Federación Centroamericana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) Impresa y distribuida por Laboratorios: Gynopharma, miembro de Grupo CFR Pharmaceutical. www.cfrcenam.com

El contenido completo de los artículos podrá consultarse en: www.fecasog.org

E-mail: revcog@intelnet.net.gt

EDITORIAL



Durante un tiempo apreciable, después del último número de la REVCOG, he pensado sobre el presente editorial, aunque no lo crean queridos lectores, me ha sido y me sigue siendo difícil abordar este tema que no es propio de nuestra formación científica, pero que tiene implicaciones en nuestro quehacer profesional y que, por lo tanto, puede provocarnos una emoción confusa hasta llegar a la depresión y la ansiedad especialmente, cuando vemos a la gran cantidad de seres humanos que están sufriendo y eventualmente muriendo por falta de oportuna y adecuada asistencia en salud; la situación se ha tornado crítica, por cuanto, sumado al fenómeno de la corrupción gubernamental (y en algunos casos también sindical) no han existido ni existen políticas de Estado integrales, congruentes en materia de salud y su adecuado y oportuno financiamiento, razón por la que ni siquiera fuimos, como Estado nacional, capaces de alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, propuestos por la Organización de las Naciones Unidas y aceptados por los jefes de Estado y de gobierno de los 189 Estados miembros durante la Cumbre del Milenio, realizada en Nueva York, en septiembre de 2000, quienes por tal acto se obligaban a cumplir, entre otros compromisos, con (meta 5-A) reducir la tasa de mortalidad materna al menos en tres cuartas partes para el año 2015, teniendo como línea de base la tasa de 1990 y (meta 5-B) lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.

Constantemente vivimos la falta de recursos para el ejercicio institucional de nuestra profesión ya en los centros de atención primaria, ya en hospitalarios de referencia del Sistema Nacional de Salud, que se encuentran en grave crisis de desabastecimiento, ya porque las políticas de medicina preventiva no existen o están fuera de contexto o porque la tasa de desnutrición aguda y crónica es inaceptable, especialmente porque los tímidos esfuerzos gubernamentales y de la sociedad en general son insuficientes para la consecución de una solución pronta y sostenida que, sumada a los demás factores básicos, nos permitan con toda propiedad ser considerados como países en vías de desarrollo, pero en los que no sólo cuenten los indicadores macroeconómicos sino donde sea tangible el desarrollo humano, en donde se priorice tanto la infraestructura como la formación en valores,

educación y la capacitación, incluyendo la que concierne al cuidado de la salud individual y colectiva, tanto en materia medioambiental como nutricional y reproductiva.

Somos conscientes que los retos para alcanzar el desarrollo integral y sostenible son más complejos cuando las sociedades también son ricas y valiosamente complejas como consecuencia de su diversidad étnica (y consecuentemente cultural y lingüística), porque algunas de éstas suelen oponer resistencia al cambio cultural que se requiere, por ejemplo, en procura del mejoramiento de la vivienda, la salubridad (incluida la salud sexual y reproductiva) y la nutrición.

La frustración que vivimos, un amplio sector de la sociedad en general y particularmente los médicos ante esta situación a traído como consecuencia que no pocos profesionales de la salud estemos padeciendo una importante carga de frustración y pesimismo que deriva en ansiedad ante la impotencia individual y gremial para poder ser partícipes eficaces, en el área de nuestra competencia profesional, de la profunda transformación de nuestra sociedad.

Leyendo un artículo de la doctora Pamela L. Wible sobre la actitud de los médicos ante la muerte de alguno de sus pacientes, me causó un gran impacto, sobre todo cuando refiere que al menos 400 médicos se suicidan al año en Estados Unidos de América como consecuencia sumada de las largas horas de trabajo, tensión, presiones de las compañías de seguros, el temor a ser demandados, los constantes cambios científicos a los que deben adaptarse con prontitud, la necesidad de “adaptar” sus sentimientos y emociones de acuerdo a las circunstancias y desatención familiar que genera conflictos y dolorosas rupturas afectivas, les induce a menudo a la depresión, la ansiedad y, no infrecuentemente, a adicciones.

Si estas situaciones afectan la salud emocional de los médicos estadounidenses, ¿por qué no hemos de considerar los factores de riesgo que potencialmente pueden concurrir en detrimento de la salud emocional de los médicos centroamericanos impotentes ante las adversidades propias de cada uno pero también de nuestro conglomerado social?



Homenaje a maestros de la ginecología y obstetricia centroamericana

Dr. Carlos Rafael Alejos García

Nació en febrero de 1952 en el Departamento de Retalhuleu "La capital del mundo" departamento de Guatemala, realizo sus estudios de primaria en Retalhuleu; sus Padres le enviaron a la Ciudad de Quezaltenango, 2da ciudad en importancia de la República de Guatemala a efectuar sus estudios de Secundaria en Bachillerato en Ciencias y Letras en el Colegio Liceo Guatemala, donde se graduó de Bachiller en ciencias y letras en 1969; Luego en 1970 se traslada a la Ciudad Capital de la república Guatemala, donde inicio sus estudios Universitarios en la Tricentenario Universidad de San Carlos de Guatemala, en la facultad de Ingeniería, donde estudio dos años. Más sin embargo, su vocación académica era otra y con un buen amigo se traslado a la facultad de Ciencias Medicas, efectuando sus estudios de Medicina, graduándose del 23 de Mayo de 1978 de Medico Y Cirujano. Inicio su residencia en Ginecología y obstetricia en el Hospital general San Juan de Dios en feb. de 1978 por oposición como interno fijo. Luego de Febrero 1979 a Enero de 1982 efectuó la residencia de la Especialidad logrando en el año de 1982 el puesto académico por oposición de Jefe de Residentes de la Especialidad.

Durante su entrenamiento fue becado a la Universidad de Johns Hopkins a efectuar el curso de infertilidad y como parte del programa ir a Brasil a realizar el curso de Laparoscopia En el año de 1983 se traslada a la Ciudad de Houston, Texas, donde realiza el curso de post grado sobre Colposcopia y el uso del CO2 laser en Baylor Collegue school of Medicine en Houston Texas, graduándose en el año 1984.

A su regresar a Guatemala, ingresa como docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, cargo obtenido por oposición terminando el mismo en 1986.

Fue Catedrático de la universidad Francisco Marroquín en la Facultad de Medicina en 1985.

Durante su residencia y práctica privada, ha efectuado actividades Académicas y Gremiales, especialmente en múltiples mesas redondas, organizando eventos de la Asociación de Ginecológica y Obstetricia; tuvo una destacada actuación como organizador del Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, FLASOG 1987, realizado en la República de Guatemala; así como del Congreso Centroamericano de la Federación Asociaciones

y Sociedades de Obstetricia y Ginecología FECASOG, GUATEMALA 1987; formo parte del Comité Científico del Congreso Internacional de la Society for de advacement of contraception 1995, realizado en la República de Guatemala.

Durante su ejercicio profesional como Ginecólogo y Obstetra, ha tenido la oportunidad de asistir a múltiples actividades científicas, congresos y reuniones de expertos en Centro América, América del sur, Europa, México, Estados Unidos de Norte América y Canadá, donde también ha sido Profesor invitado.

Fue Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala, del 1 de Abril 1984 a Junio 30, 1986 y también ocupo el cargo de Jefe de servicio de Ginecología del hospital Roosevelt, de la Ciudad de Guatemala, de Julio 1987 a Julio 1989.

El Dr. Carlos Alejos, también se ha desempeñado como Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Privado Herrera Llerandi, Director Médico y Miembro de la Junta Directiva de ese prestigioso Hospital

Fue Presidente de la Asociación Guatemalteca de Ginecología y Obstetricia AGOG de 1989-1990, así como miembro activo de FECASOG, FLASOG, FIGO, ACOG, Es miembro del Comité Editorial de la Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología REVCOG,

Actualmente está dedicado exclusivamente a la práctica privada, pero su inquietud académica esta presta a cualquier consulta o solicitud de participación.

En su vida privada, siendo estudiante en la facultad de medicina, tuvo la obligación curricular de efectuar su Ejercicio Profesional Supervisado, efectuándolo en la bella ciudad de Quezaltenango donde conoció a Carmen Ana una linda mujer con quien contrajo matrimonio, y que tuvo la suerte de procrear 3 hijos, Ana Lucia, Juan Carlos y Luis Pedro. El Dr. Alejos dice: "Y Dios me dio la oportunidad de poder ver a 4 nietos, los cuales tuve la oportunidad de traerlos al mundo como Obstetra".

"Como todo en la vida, ahora estoy con el síndrome del nido vacío y todos los fines de semana nos vamos con mi linda Esposa a descansar a una granja cerca de Guatemala, en donde puedo disfrutar al máximo mis vicios que son La Música que he coleccionado durante los últimos 20 años de mi vida y ver deportes en la televisión, junto a Carmen Ana".

ARTÍCULO ORIGINAL

LA ERA MODERNA Y LA INFORMACIÓN MÉDICA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Dr. Samuel Karchmer¹

“La Medicina es un dominio en el cual todos nos creemos competentes...porque nos interesa a todos”

Paul Rebou

Si meditamos acerca de los cambios tan radicales que ha experimentado la profesión médica en los últimos 50 años, no podremos menos que admitir la relación muy estrecha entre éstos dando lugar a una larga cadena, cuyos eslabones guardan íntima conexión. Una secuencia posible sería la siguiente: 1) Aumento del conocimiento médico, 2) Aumento de la especialización, 3) Aumento de la demanda de servicios, 4) Aumento de los costos de esos servicios, 5) Incremento de la escasez de personal, 6) Aumento de la complejidad y eficiencia del procesamiento de datos y de los medios de comunicación, 7) Aumento de la Institucionalización, 8) Aumento de las demandas del público en una u otra de estas fases, y de las exigencias para obtener información pormenorizada e instantánea. Son los “inevitables de la Medicina actual, y nada permite prever que no aumentarán en un futuro.

Un público ignorante de su patología corre el riesgo de perpetuar los errores que lo han expuesto a factores causales de enfermedad, lo cual sería una paradoja si aceptamos que las campañas educativas de prevención de enfermedades se esgrimen orgullosamente en una época de la Medicina con notables avances.

Un público excesivamente informado, siempre lo será en forma inadecuada, y corre el riesgo de adquirir juicios erróneos, y de tomar decisiones incorrectas, entre otras en el orden terapéutico (automedicación). La excesiva información, y es una experiencia habitual en nuestro país durante determinadas épocas del año, coincidiendo con algunas campañas de prevención, engendra en forma cíclica fobias y ansiedades innecesarias, perturbadoras de la salud y tranquilidad de la población.

No debe olvidarse la posición tan especial de la Medicina, resultante del hecho de que el hombre se interesa personalmente por su salud. Frente al conocimiento médico sus reacciones serán influidas por su patología personal. Una persona totalmente “impermeable” a las locomotoras y

a la electrónica, jamás leerá un artículo sobre locomotoras o electrónica... pero un sujeto indiferente a la Medicina, leerá siempre un artículo sobre el hígado, si sufre de hígado.

Creemos, que no se puede eludir el problema de la información médica. Lo importante no es discutir si debe o no hacerse, sino en qué forma para que sea útil, bajo cuales directrices para que no viole reglas morales, y cuales serían sus justos límites para evitar el efecto de rebote capaz de transformarla en perjudicial.

La radio, la prensa y la televisión constituyen los medios de información de la era moderna. La última ha desplazado a los otros medios por el impacto del procedimiento audiovisual, y el carácter activo, agresivo e imperativo de la imagen. La radio y la televisión tienen el privilegio de poder alcanzar un público analfabeto y que, generalmente, no dispone de otro medio de información.

En la prensa aparecen publicaciones esporádicas destacando los progresos médicos de mayor significación, y es ya un hecho habitual la inclusión de una sección de aparición periódica, con artículos de divulgación escritos por médicos que pueden utilizar a veces seudónimos. Es tan atrayente esta información que en muchas revistas femeninas compete con otras secciones, y así la ama de casa se entera en forma simultánea de cómo preparar un “soufflé de queso” o un “caldo gallego”, de las últimas tendencias de la minifalda y de la efectividad de la vacunación contra la rubéola.

Para el médico esa erudición del público genera situaciones irritantes. Es habitual el ser sometido a este tipo de preguntas: ¿Doctor, qué piensa Usted acerca de lo que leí en el “times”, ¿En el último número del Readers Digest? Aún la esposa del médico se permite discrepar de éste y a veces, bruscamente, ¿Sabías que.....?, y el esposo sorprendido solo atina a contestar, en un intento a veces, de ocultar su ignorancia sobre el tema, ¿Dónde lo leíste?

¡Qué hacer!, me preguntó en cierta ocasión un médico recién iniciado en el ejercicio de la profesión. Mi primer intento de respuesta fue: “suscríbese a esas revistas y así, por lo menos, no estará menos informado que sus pacientes....”

Los efectos desfavorables de esta “profesionalización médica del público”, mejor informado ahora que antes, son neutralizados al generar otros elementos perturbadores de la eficacia del acto médico.

¹ Director del Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Angeles Lomas.
Director Médico, Hospital Angeles Lomas

a) Generan angustia.- Cuántas veces un paciente, en conocimiento del diagnóstico de una afección, se agrava al enterarse del carácter incurable, no necesariamente mortal, por muchos años; del efecto posible en cuanto a síntomas colaterales de los medicamentos, etc.

b) Favorece la charlatanería y cada persona se siente "autorizada" para emitir apreciaciones diagnósticas y sugerir medidas terapéuticas.

c) Favorece el consumo de medicamentos, por lo incontrolable de la automedicación.

d) Aumenta el costo de los servicios de salud, ya que la distorsión de la realidad orienta a mayor número de sujetos, con afecciones imaginarias, a las consultas de los Servicios de Salud, tanto públicos como privados, y se consume así tiempo y dinero para verificar la inexistencia de dichos padecimientos, con la simultánea reducción en la cantidad y calidad de servicios prestados a la población que realmente los requiere.

e) Un último aspecto no menos importante, lo es la interrupción de la relación médico-paciente.

En efecto: "un enfermo bien informado es más apto para seguir correctamente la prescripción de su médico (adherencia terapéutica)...., pero un enfermo excesivamente informado de su enfermedad, tenderá a juzgar permanentemente a su médico. ¿Estará el médico seguro del diagnóstico? ¿Habría olvidado tal signo? ¿El medicamento indicado será el mejor? ¿Hace daño, porque estoy embarazada? etc., etc.

La información médica simultánea en forma inadecuada, en vez de dar al público mayor confianza en el médico, engendra dudas y un espíritu de crítica permanente. Se ha ido perdiendo aquella entrega irracional pero conveniente del paciente al médico. ¿Cuánto efecto atribuido al medicamento no depende realmente de la psicoterapia ejercida por un médico competente que irradia simpatía y comprensión?

Estamos convencidos que el humor ha sido siempre el más elegante vehículo de las más profundas verdades. Alguna vez leíamos la definición del médico como agente terapéutico. "El médico es el medicamento más usado en Medicina General", se afirma que no existe farmacología alguna de este medicamento esencial..., en ningún manual existe la menor indicación de la dosis que el médico debe prescribir de su propia persona, se trate de la dosis curativa o de la dosis inicial, ni sobre la forma y la frecuencia de administración del medicamento. Es más inquietante aún comprobar la ausencia completa de "literatura" sobre los riesgos posibles de tal medicación, por ejemplo sobre las diversas reacciones alérgicas individuales encontradas en los enfermos y que es necesario vigilar atentamente o también los otros efectos indeseables de este medicamento (si meditamos un poco esta comparación, vemos lo verdadero de ella en nuestro quehacer médico diario). ¡Cuántas veces la ruptura de la relación médico-paciente se debe a la hostilidad mutua por no creer el paciente –excesivamente informado- en el médico; y no desear el médico la continuación de esta relación por

hallar limitaciones para el ejercicio de una de sus armas más poderosas: la persuasión.

El médico sometido a la tradición de una disciplina rígida de estudios, ortodoxo, académico, cuidadoso al emitir juicios de apreciación en lo que concierne a su profesión, está generalmente más capacitado para escribir artículos científicos, en las revistas especializadas, y es poco proclive a "hacerse conocer" en otra forma. Respetuoso de las normas tradicionales que limitan en forma drástica el suministro de cualquier tipo de información, no deja de reconocer la importancia de informar al público, pero prefiere dejar en otras manos esa tarea. Se aísla del "contacto literario" con el público.

Algunos médicos aceptan no hallarse calificados para redactar artículos de divulgación o dar charlas por radio o televisión porque lo consideran difícil y a veces peligroso. Se requieren ciertas cualidades: fluidez en la redacción, dominio de la técnica del impacto; a veces cierto grado de histrionismo, y si se aventuran terminarían dando una charla o redactando un artículo en un lenguaje academicista incomprensible para el público profano. En suma, pocos profesionales de la Medicina están capacitados para llenar este cometido con lujo de aciertos.

La publicidad es una ciencia, y generalmente los médicos no son sus mejores cultores. Un artículo debe ser atractivo, intrigante, claro e incitar a su lectura. Ello ha engendrado un personaje intermedio entre el público, ávido de información, y la profesión médica siempre renuente a suministrar dicha información, con las excepciones, no tan notables de aquellos médicos que no esperan ser buscados sino "solicitan" se les pida opinión.

En relación con los problemas creados por la utilización de los medios modernos de publicidad, deben diferenciarse dos situaciones totalmente distintas. La primera se refiere a la utilización de estos medios con fines de divulgación, sin que involucre la violación del secreto profesional, pero constituyendo propaganda para el médico, al contribuir al realce ante el público del prestigio profesional. La segunda, de mayor significancia, es aquella en virtud de la cual la información suministrada al público viola el secreto profesional y por lo consiguiente atenta contra la dignidad del paciente.

Pensamos que existen actos contrarios a la "Moral Médica" que vemos todos los días como: cualquier publicidad encaminada a atraer la atención del público profano hacia la acción profesional; la participación del médico con carácter de tal en programas, entrevistas o publicaciones de radio o televisión que no tengan carácter cultural o de divulgación; invitar a personas extrañas a la profesión, a presenciar actos médicos, quirúrgicos, obstétricos, o a conferencias en relación con los mismos, sólo para destacar su "capacidad aparente"; permitir la televisión, fotografía o filmación de actos médicos, quirúrgicos u obstétricos que vayan a exhibirse al público profano sin un fin definido; dar información sobre viajes al exterior en funciones profesionales privadas, o sobre la asistencia a Congresos Médicos, que involucren propaganda o realcen ante el público su prestigio profesional; llamar la

atención sobre sistemas, curas o procedimientos especiales, exclusivos o secretos; los que involucren el fin preconcebido de atraer clientela mediante la aplicación de nuevos sistemas o procedimientos especiales.

En forma progresiva estas violaciones aumentan y adquieren diversas formas de expresión.

Algún médico considera elegante anunciar por la prensa que viaja al extranjero a observar los adelantos científicos en determinada especialidad; que ha sido invitado por tal o cual Universidad de prestigio para dar conferencias en relación a su especialidad. En los aeropuertos le informa al periodista de turno lo que piensa acerca del tratamiento de la esterilidad y el porcentaje de pacientes mal tratadas en el país. Otro anota los progresos de la cirugía ginecológica "a la altura de las mejores del mundo". Algunos, con elegante renuncia y falta modestia, aceptan finalmente la solicitud del periodista para aparecer retratado en las páginas de una revista, sentado en un confortable sillón, detrás de un escritorio repleto de papeles, con una biblioteca de fondo colmada con libros empastados y, sus intenciones, debe quedar muy claro, son sólo de contribuir a la información del público sobre la necesidad del examen ginecológico periódico para prevenir la aparición del carcinoma del cuello uterino, de las normas modernas de nutrición o de cómo prevenir la aparición de infarto del miocardio.

Varias explicaciones son válidas a nuestro entender, necesariamente para justificar estas actitudes:

a) El médico actúa en forma honesta y cree que con ello contribuye a una labor educativa en beneficio de la comunidad. Por otro lado desconoce cualquier código de ética vigente existente en nuestro medio (habitualmente no existe).

b) Situación similar a la anterior, pero el médico no ignora las disposiciones vigentes en la institución en que trabaja (privada o pública), y actúa en esta forma por considerar que dichas restricciones son ridículas e inoperantes.

c) El médico aún conociendo las disposiciones institucionales, actúa así sólo por intereses indignos, muy bien caracterizados con la expresión de mercantilismo.

La última de estas situaciones es altamente condenable, y no merece siquiera perder tiempo analizándola. Las dos primeras frecuentemente se deben a que no existen códigos de ética médica en nuestro país ni en nuestras instituciones. Sabemos que no es una ley conminatoria sino principios elaborados por los médicos (nosotros mismos), miembros de la profesión, en la búsqueda constante del ideal médico: ejercer con dignidad y honestidad tan elevada misión. En cuanto a la segunda modalidad podemos decir que "el secreto médico, es deber inherente al ejercicio de la profesión, para la seguridad de los enfermos, la salvaguardia del honor del médico y de la dignidad de la ciencia; y establece las escasas excepciones a esa disposición.

No es cierto que el ejercicio de la medicina actual, con carácter institucional o mediante grupos profesionales, con la intervención de sistemas de seguridad social, haya hecho inoperantes estas disposiciones. No creemos que el marco estrecho de los reglamentos, de las tarifas y nomenclatura de una medicina puramente instrumental y organicista puedan invalidar una de las concepciones éticas de mayor tradición en la Medicina de todos los tiempos como lo es el respeto al secreto profesional.

Esta "Era de los trasplantes" parece haber sacudido los cimientos de nuestra tradición. Ha coincidido este avance portentoso de la experimentación quirúrgica con la falta de escrúpulos en suministrar información íntima de los pacientes tan celosamente respetada por tradición, por convicción moral y porque realmente no estamos autorizados a revelarla. Para una posible solución a estos problemas lo constituye un público bien informado, el cual es más apto para comprender sus necesidades y para prestar la colaboración requerida. No colaborar es, para algunos, una medida desgraciada porque estimula la información de material irrelevante o el empleo de un lenguaje sensacionalista.

El soporte generoso del público a la medicina implica la obligación de informarle nuestras actividades. ¿Justifica ello relajar nuestra tradición de reticencia profesional? ¿Es necesario subvertir el derecho de nuestros pacientes a lo privado para satisfacer los derechos del público a conocer? ¿Tiene el público derecho a conocer aspectos médicos dramáticos? Creemos que la información suministrada al público debe ser una información de buen gusto, no destinada a satisfacer intereses de masa, y concederla posteriormente a la evaluación cuidadosa de los hechos cuya divulgación se considera útil. Evaluar adecuadamente, dicen algunos, exige tiempo, y el retardo en suministrar la información le resta atractivo a la misma; le resta impacto, y ya el periodista y el público no estarán interesados.

Es cierto que la evaluación resta tiempo, pero ese retardo ayuda a preservar los derechos de los pacientes, y nos permite cumplir cabalmente nuestra obligación de informar dentro de las normas éticas a los que, felizmente una mayoría se adhiere.

Se debe pugnar en nuestro medio una situación que nos parece incontrovertible. En efecto la "especialización" del periodista, mediante el contacto directo y frecuente con los profesionales de la medicina, lo ha calificado en forma creciente para redactar el tipo de información contentiva de los atributos antes mencionados: información ágil, comprensible, capaz de producir impacto y despertar interés. Pero, simultáneamente, la fuente de información, o sea los médicos, es identificada plenamente, y en forma directa o indirecta atraen hacia ellos la atención del público.

¿Cómo conciliar la necesidad de informar adecuadamente al público, satisfacer la curiosidad periodísticamente, y de no alterar las normas éticas de actuación que nos hemos impuesto y debemos cumplir?, probablemente crear oficinas

de prensa, sobre todo en nuestras instituciones, con el fin de centralizar el suministro de toda información de orden público. Se obtendrá así información adecuada, se evitaría la propaganda descarada, y las declaraciones con fines publicitarios, y los órganos de publicidad tendrían una fuente constante de información veraz y despersonalizada. Con la oficina de prensa desaparece para los reporteros que acuden a obtener información, la dificultad de tener que convencer a los integrantes de la profesión médica de que son capaces de suministrar una historia fidedigna en lenguaje no científico. Desaparece para los médicos el problema de la información inadecuada, origen de tan falsas interpretaciones. Se logra así, creemos, conciliar los intereses en beneficio de la comunidad.

Obviamente debe cuidarse la selección de los profesionales competentes para llenar este cometido. Es seguro que los reporteros agradecerán la ayuda de que el manuscrito que han preparado sea escrutado cuidadosamente para que su contenido se ajuste a la verdad y no sea susceptible de interpretarse en forma inadecuada. Hasta allí llega la responsabilidad de la oficina de prensa. No deben los médicos excederse en sus atribuciones y pretender que la redacción del periodista deba someterse a las idiosincrasias literarias de nuestra profesión.

ARTÍCULO ORIGINAL

CARACTERÍSTICAS DE HOMBRES Y MUJERES QUE NO ESTÁN A FAVOR DE LA EDUCACIÓN SEXUAL A JÓVENES EN PANAMÁ

Fermina Chamorro Mojica¹, Alba Mendoza², Ruth Graciela De León³

RESUMEN/ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE

Objetivo. Estudiar asociaciones entre tener una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, y factores socio-demográficos y conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva.

Métodos. Se estudiaron 5676 mujeres y 2357 hombres de 15 a 49 años con datos de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2009. Se utilizó Chi cuadrado de Pearson y el Test de Wald en STATA/SE 13.1. Las frecuencias relativas se ponderaron por factores de expansión.

Resultados. Mas mujeres (17.9%) que hombres (13.4%) no están a favor de la educación sexual a jóvenes ($p=0.01$), sin embargo, no hay diferencias según sexo en la oposición a enseñar métodos de planificación familiar (22.7%). Se oponen a la educación sexual principalmente personas sin educación o sólo con educación primaria, pobres extremos, viviendo en áreas indígenas y rurales, pertenecientes a pueblos originarios, que apoyan la violencia contra la mujer y sin conocimiento comprensivo sobre VIH-SIDA. En los hombres, el no haber tenido relaciones sexuales se relaciona con una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, mientras que en las mujeres se relacionan la religión y las actitudes de aceptación de roles tradicionales de género. La edad y el estado civil no influyen en el apoyo a la educación sexual.

Conclusión. Los aspectos culturales de la población indígena presentan desafíos a los diseñadores de programas sobre educación sexual encaminados a realizar los derechos de educación de la niñez y juventud.

Palabras clave. Educación sexual, salud sexual y reproductiva, jóvenes

Objective. Studying associations between having a negative attitude towards sex education to young people, and socio-demographic factors and knowledge, attitudes and practices on sexual and reproductive health.

Methods. Were studied 5676 women and 2357 men aged 15 to 49 years using data from the National Survey on Sexual and Reproductive Health 2009. It was used Chi square test and the Wald test with STATA / SE 13.1. The relative frequencies were weighted by expansion factors.

Results. More women (17.9%) than men (13.4%) are not in favor of sex education to youth ($p = 0.01$), however, no differences by sex in opposition to teach methods of family planning (22.7%). The opposition to sex education is mainly from uneducated people or only with primary education, living in extreme poverty, living in rural and indigenous areas, belonging to indigenous peoples, who support violence against women, and without comprehensive knowledge about HIV-AIDS. In men, not having sex is related to a negative attitude towards sex education to young, while in women religion and the attitudes of acceptance of traditional gender roles are related. Age and marital status did not influence support for sex education.

Conclusion. The cultural aspects of the indigenous population present challenges to designers of sexuality education programs aimed at achieving education rights of children and youth.

Keywords. Sex education, sexual and reproductive health, youth

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2009 (ENASSER 2009) incluyó preguntas para identificar las actitudes de la población hacia la educación sexual a jóvenes. En países donde la prevalencia de VIH-SIDA es elevada en adolescentes, la educación sexual basada en la escuela se considera una herramienta importante de prevención¹. Un estudio² sobre la efectividad de programas de educación sexual basada en la escuela en estudiantes universitarios en Inglaterra, demostró que estos son efectivos en la reducción de riesgos de relaciones sexuales no protegidas y las infecciones de transmisión sexual en la juventud. Otro estudio³ de seguimiento con grupo de intervención y control, realizado en afroamericanos y latinos de 11-14 años en la ciudad de Nueva York, concluyó que la intervención basada en los padres es efectiva en la reducción de comportamientos de sexuales de riesgo. Se demostró, en un estudio⁴ realizado en estudiantes de sexto grado, que quienes no recibieron

¹ Investigadora, Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva

² Investigadora, Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva

³ Jefa del Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva

intervención en educación sexual son más propensos a iniciar relaciones sexuales que aquellos que si recibieron la intervención.

Entre los temas que se incluyen dentro del concepto de educación sexual están la prevención de infecciones transmitidas sexualmente y el embarazo. Según ENASSER 2009, sólo 10% de las mujeres y 11.9% de los hombres de 15 a 19 años tenía conocimiento comprensivo sobre VIH-SIDA⁵, destacando el desconocimiento de los adolescentes panameños sobre el tema. La educación sexual se aborda en el currículo escolar del país dentro de materias como ciencias naturales (anatomía sexual y desarrollo del embrión⁶), ciencias sociales (nociones de sexualidad humana) y religión (aspectos morales)⁷, sin embargo, se ha planteado⁸ que la educación sexual a los adolescentes panameños no se ha concretado en el currículo escolar. En Chile se ha mencionado⁹ que la oposición de algunos sectores a la educación sexual basada en la escuela es por motivos religiosos y de valor, argumentándose que la información sobre sexualidad fomenta el inicio precoz de la actividad sexual y que esta es un área de competencia de la familia.

El 17.7% de las mujeres de 15 a 49 años y el 15.0% de los hombres de 15 a 59 años no apoya la educación sexual a los jóvenes. Para el diseño de intervenciones efectivas, en la prevención, reducción y control de problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva en los jóvenes, es necesario conocer que características tienen los que se oponen y porqué se oponen. Este análisis secundario investiga las asociaciones entre la oposición hacia la educación sexual a jóvenes y factores socio-demográficos y los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados a salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres de 15 a 49 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra

Se utilizaron datos de ENASSER 2009, basada en las Encuestas de Demografía y Salud. La muestra, diseñada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), era independiente y representativa para cada provincia y comarca, área (urbana, rural e indígena) y sexo (hombre y mujer); tenía como marco de muestreo el Censo de 2000 y utilizó muestreo aleatorio simple proporcional. Los 903 segmentos de la muestra se investigaron por barrido. La unidad primaria de muestreo fue el segmento censal, la secundaria la vivienda y la unidad de observación las mujeres de 15 a 49 años encontradas en los dos primeros segmentos seleccionados y hombres de 15 a 59 años encontrados en cada tercer segmento. Se realizaron entrevistas en 6600 viviendas y 6732 hogares, a 5831 mujeres de 15 a 49 años y 2813 hombres de 15 a 59 años. Para este análisis se utilizó la población de 15-49 años, e incluyó 8033 personas (2357 hombres y 5676 mujeres).

VARIABLES CLAVE

La variable de interés para este análisis fue la actitud de no estar a favor de la educación sexual a jóvenes (variable dependiente) y su relación con factores socio-demográficos, conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre salud

sexual y reproductiva (variables independientes). También se estudió la oposición a la capacitación en planificación familiar en las clases de educación sexual como variable independiente. Los factores socio-demográficos incluyen edad, nivel educativo, estado civil, sexo, ingreso, provincia o comarca, área, etnia y religión. Los CAP sobre salud sexual y reproductiva comprenden el conocimiento comprensivo sobre el VIH-SIDA; las actitudes hacia la violencia doméstica, la toma de decisiones igualitarias en el hogar, los roles tradicionales de género, si había iniciado la actividad sexual y la edad a la primera relación sexual.

Para analizar la actitud hacia la educación sexual a jóvenes, se establecieron dos categorías: actitud positiva, si estaba a favor de que los jóvenes reciban educación sexual, y negativa, si no estaba a favor. La actitud hacia la capacitación en planificación se consideró como positiva, si las personas estaban a favor de la educación sexual a jóvenes y que en estas clases se explicaran conceptos relativos a planificación familiar, y negativa, si mencionó que estaba a favor de la educación sexual pero dijo que no estaba a favor de que en estas clases se explicaran los métodos de planificación familiar o si había mencionado que no estaba a favor de la educación sexual. Primero se analizó en el total de la población y luego en los que estaban a favor de la educación sexual.

La edad se analizó mediante las categorías adolescente (15 a 19 años), joven (20 a 24 años), adulto joven (25 a 34 años) y adulto (35 a 49 años). El nivel educativo incluyó dos categorías, sin educación o primaria (no asistieron a la educación formal o sólo completaron alguno de los seis grados en el nivel primario); y secundaria o superior (asistieron a institutos de formación posterior a la escuela secundaria o a la universidad). Según el estado civil se clasificó a las personas en dos categorías, no casados (solteros, nunca casados, separados, divorciados y viudos) y a los casados o en unión libre. Se clasificó como pobre extremo a las personas cuyo ingreso familiar mensual en el último mes fue ≤ 300 balboas y como no pobre extremo a aquellas con ingresos mayores a 300. El lugar de residencia se identifica mediante la provincia (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darien, Herrera, Los Santos, Panamá, Veraguas) o comarca donde vive (Guna Yala, Ngabe Buglé), mientras el grado de urbanización mediante el área de residencia (urbana, rural e indígena). La clasificación según etnia de las personas se hace por autodefinición en las categorías indígena (Ngäbe, Buglé, Guna, Emberá, Wounaan, Teribe o Bri Bri) y no indígena (si no pertenece a algún grupo originario). Se establecieron cuatro categorías para medir religión: católica, cristiana no católica, no a ninguna religión y otra).

Una persona con conocimiento comprensivo de VIH-SIDA, según ONUSIDA¹⁰, conoce las dos principales medidas que se pueden usar para evitar infectarse del VIH (tener un sólo compañero/fidelidad y usar condones en todas las relaciones sexuales), rechaza los dos mitos más comunes sobre la transmisión del VIH (una persona puede infectarse del VIH al ser picado por un mosquito o compartiendo alimentos con una persona infectada) y sabe que una persona con VIH puede no parecer enferma.

La actitud hacia la violencia doméstica se midió, en hombres y mujeres, según la aceptación del maltrato físico a la mujer si ella salía del hogar sin permiso del hombre, rechazaba tener relaciones sexuales, discutía con él, desatendía a los niños, se le quemaban los alimentos, o le era infiel con otro hombre. Se tenía una actitud contra la violencia hacia la mujer cuando no se estaba de acuerdo con que un hombre le pegara a la mujer en ninguna situación, mientras que se tenía una actitud a favor, si se estaba de acuerdo con que un hombre le pegue a una mujer ante uno o más de los seis comportamientos estudiados.

La actitud hacia la toma de decisiones igualitarias en el hogar se midió, sólo en hombres. Un hombre con una actitud a favor de la toma de decisiones igualitarias estaba de acuerdo en que el esposo y la esposa deben participar en la toma de decisiones del hogar relativas a compras diarias o grandes, visitas a familiares o amigos y cómo usar el dinero que ella gana. Un hombre con una actitud contra la toma de decisiones igualitarias, no estaba de acuerdo en que ambos participen en una o más de las cuatro decisiones del hogar estudiadas.

La actitud ante los roles tradicionales de género se midió, sólo en mujeres. Una mujer con una actitud no tradicional, no estaba de acuerdo con ninguno de los seis roles tradicionales de género: sólo el hombre toma decisiones importantes, la violencia doméstica es aceptable, es mejor educar a un niño que a una niña, una mujer no puede expresar su opinión, no puede trabajar fuera de casa y el marido no apoya en el hogar. Una mujer con una actitud a favor de los roles tradicionales estaba de acuerdo con uno o más de los seis roles observados. La edad a la primera relación sexual se clasificó en antes de los 15 años y con 15 años o más.

Métodos de análisis

El análisis secundario de ENASSER 2009 se realizó usando el programa estadístico STATA/SE 13.1. Las frecuencias relativas están ponderadas por factores de expansión calculados por el INEC. También los datos fueron ajustados por la selección de viviendas de segmentos censales selectos y por la estratificación del muestro. Para investigar asociaciones entre una característica de hombres y mujeres y el evento de interés, la actitud hacia la educación sexual a jóvenes, se utilizó Chi cuadrado de Pearson con nivel de decisión de 5%. Se utilizó el Test de Wald cuando el Chi cuadrado salió significativo y la variable independiente tenía más de dos categorías, para identificar entre que cuáles existía diferencia.

RESULTADOS

Características de hombres y mujeres

El 50.8% de la muestra era hombre (2422) y 49.2% mujer (5831). No hay diferencias ($p>0.05$) entre hombres y mujeres en relación a la edad, nivel educativo, provincia o comarca, área de residencia, etnia y religión (Cuadro 1). El 19.5% de la muestra tenía de 15 a 19 años (adolescentes), 16.3% de 20 a 24 años (jóvenes), 29.4% de 25 a 34 años (adultos jóvenes) y 34.8% tenía de 35 a 49 años (adultos); un 89.6% era no indígena y 75.6% tenía educación secundaria o superior. En

relación al área de residencia, 68.4% vivía en el área urbana, 26.5% en el área rural y 5.2% en el área indígena. En cuanto a religión, el 71.2% de los hombres y mujeres era católico, 16.0% cristiano no católico, 4.3% profesaba otra religión y 8.5% manifestó no pertenecer a ninguna religión. Se observaron diferencias significativas ($p<0.05$) entre hombres y mujeres en el estado civil y el ingreso, un mayor porcentaje de mujeres (59.7%) estaba casada o unida en comparación con (51.5%) los hombres. En cuanto a ingresos, el 54.7% de las mujeres estaba en situación de pobreza extrema comparadas con 46.4% de los hombres ($p<0.03$).

CUADRO 1. Características de la población de 15 a 49 años según sexo.

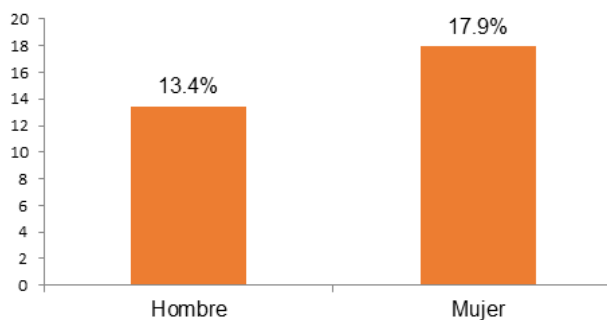
Características	Hombre (n=2357)	Mujer (n=5676)	Total (n=8033)	P
Adolescente (15-19 años)	20.4	18.5	19.5	0.67
Jóven (20-24 años)	15.9	16.8	16.3	
Adulto joven (25-34 años)	29.0	29.8	29.4	
Adulto (35-49 años)	34.7	35.0	34.8	
Sin educación o sólo primaria	25.1	23.6	24.4	0.61
Secundaria o superior	74.9	76.4	75.6	
Soltero, nunca casado	48.5	40.3	44.5	0.00
Casado/Unión libre	51.5	59.7	55.5	
Pobre extreme	46.4	54.7	50.5	0.03
No pobre extremo	53.6	45.3	49.6	
Bocas del Toro	3.2	3.2	3.2	0.99
Coclé	6.5	6.3	6.4	
Colón	6.9	7.2	7.1	
Chiriquí	11.6	11.7	11.6	
Darién	11.9	10.8	11.4	
Herrera	3.16	1.1	3.1	
Los Santos	2.4	3.1	3.1	
Panamá	55.4	55.0	55.0	
Veraguas	6.3	5.7	6.0	
Emberá	0.2	0.2	0.2	
Ngabe Buglé	3.5	4.0	3.8	
Residencia urbana	67.6	69.2	68.4	0.81
Residencia rural	27.6	25.3	26.5	
Residencia indígena	4.9	5.5	5.2	
Indígena	11.5	9.4	10.4	0.42
No indígena	88.5	90.6	89.6	
Cristiana católica	72.5	69.9	71.2	0.94
Cristiana no católica	14.4	17.8	16.0	
No pertenece a ninguna religión	9.6	7.4	8.5	
Otra religión	3.6	4.9	4.3	
Con conocimiento comprensivo VIH-SIDA	15.8	18.5	17.2	0.25

Sin conocimiento comprensivo VIH-SIDA	84.2	81.5	82.9	
Contra la violencia a la mujer	78.2	85.7	81.9	0.00
A favor de la violencia a la mujer	21.8	14.3	18.1	
Contra los roles tradicionales de género	-	41.1	-	-
A favor de los roles tradicionales de género	-	58.9	-	-
Actitud igualitaria en decisiones del hogar	31.5	-	-	-
Sin actitud igualitaria en decisiones	68.5	-	-	
Con relaciones sexuales alguna vez	88.0	83.8	85.9	0.01
Sin relaciones sexuales alguna vez	12.1	16.2	14.1	
Primera relación sexual con <15 años	29.8	11.6	21.1	0.00
Primera relación sexual con 15 años o más	70.2	88.4	79.0	
A favor de educación sexual a jóvenes	86.6	82.1	84.4	0.01
No a favor de educación sexual a jóvenes	13.4	17.9	15.7	
A favor de enseñar MPF ^a en educación sexual	78.8	75.8	77.3	0.14
No a favor de enseñar MPF ^a ni educación sexual	21.2	24.2	22.7	

Fuente: elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.

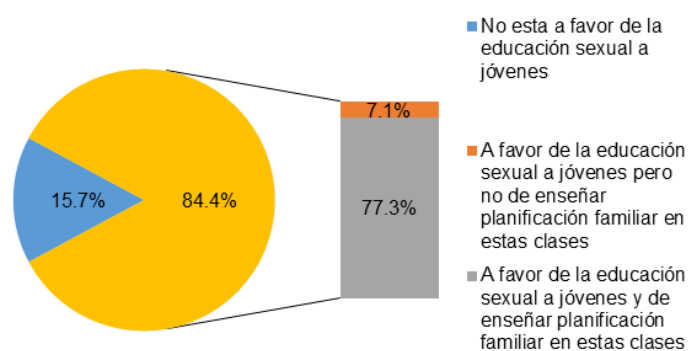
(a) Métodos de planificación familiar.

Un porcentaje significativamente mayor ($p < 0.05$) de mujeres (17.9%) que hombres (13.4%) no estaba a favor de que los jóvenes recibieran educación sexual (Gráfica 1), sin embargo, no había diferencia entre sexos (Cuadro 1) cuando se indagó si en las clases de educación sexual se debía enseñar los métodos de planificación familiar (24.2% las mujeres vs 21.2% los hombres). Entre los que mencionaron que estaban a favor de la educación sexual a jóvenes (84.4%), el 7.1% mencionó que no estaba a favor de que en estas clases se enseñara planificación familiar (Gráfica 2).



GRÁFICA 1. Porcentaje de encuestados que no están a favor de la educación sexual a jóvenes según sexo. ($p = 0.01$)

Fuente: elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.



GRAFICA 2. Porcentaje de encuestados según su actitud ante la educación sexual a jóvenes y la enseñanza de métodos de planificación familiar.

Fuente: elaboración de las autoras con la base de datos de ENASSER 2009.

El 85.9% de las personas había tenido relaciones sexuales alguna vez con diferencias significativas ($p < 0.05$) entre hombres (88.0%) y mujeres (83.8%). De la muestra examinada, 21.1% tuvo su primera relación sexual cuando tenía menos de 15 años (11.6% las mujeres y 29.8% los hombres) con diferencias significativas entre sexos. Más hombres (84.2%) que mujeres (81.5) no tenían conocimiento comprensivo del VIH-SIDA. Las actitudes ante la violencia contra la mujer eran diferentes ($p < 0.05$) entre sexos: un mayor porcentaje de hombres (21.8%) que mujeres (14.3%) manifestó estar a favor de la violencia contra la mujer. El 41.1% de las mujeres no estaba de acuerdo con los roles tradicionales de género, la violencia doméstica, y no subestimaban la educación de las niñas (Cuadro 1). El 31.5% de los hombres tenía una actitud contra la toma de decisiones igualitarias en el hogar.

Factores asociados a las actitudes contra la educación sexual a jóvenes

Mujeres

Variables Socio-demográficas

Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las características socio-demográficas estudiadas y la actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes con excepción de la edad y el estado civil (Cuadro 2). Más mujeres con bajos niveles educativos (sin educación o solo educación primaria) reportaron que no estaban a favor de la educación sexual a jóvenes (38.1%). En relación al ingreso, más mujeres ($p < 0.05$) en pobreza extrema (22.5%) reportaron una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes que mujeres que no vivían en pobreza extrema (11.4%).

CUADRO 2. Porcentaje de individuos de 15 a 49 años con actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes por sexo según características.

Características	Hombre			Mujer			Total		
	%	n	p	%	n	p	%	N	p
Adolescente (15-19 años)	16.6	99	0.06	18.4	259	0.86	17.4	358	0.11
Joven (20-24 años)	12.6	59		16.7	183		14.7	242	
Adulto joven (25-34 años)	9.0	92		18.1	357		13.5	449	
Adulto (35-49 años)	15.8	174		18.5	427		15.7	601	
Sin educación o primaria	28.3	262	0.00	38.1	839	0.00	33.0	1101	0.00
Secundaria o superior	8.5	168		11.7	421		10.1	589	
Soltero, nunca casado	13.9	188	0.59	16.1	383		14.9	571	
Casado/Unión libre	13.0	244		19.2	877	0.06	16.3	1121	0.28
Pobre extremo	17.3	323	0.00	22.5	945	0.00	20.1	1268	0.00
No pobre extremo	7.7	63		11.4	153		9.4	216	
Bocas del Toro	22.1	61	0.00	23.4	193	0.00	25.7	254	0.00
Coclé	18.3	38		15.9	81		17.1	119	
Colón	7.9	19		11.2	59		9.6	78	
Chiriquí	11.8	28		15.3	106		13.5	134	
Darién	22.3	30		23.4	81		22.8	111	
Herrera	15.2	41		13.5	85		14.3	126	
Los Santos	10.9	20		13.9	75		12.4	95	
Panamá	10.1	42		16.4	177		13.2	219	
Veraguas	20.7	47		20.0	109		20.4	156	
Emberá	21.5	28		21.1	68		21.3	96	
Ngabe Buglé	49.1	78		53.3	226		51.3	304	
Residencia urbana	10.6	107	0.00	14.5	285	0.00	12.5	392	0.00
Residencia rural	15.3	184		20.5	543		17.8	727	
Residencia indígena	42.6	141		50.3	432		46.6	573	
Indígena	31.5	196	0.00	48.6	593	0.00	39.1	789	0.00
No indígena	11.1	236		14.8	667		12.9	903	
Cristiana católica	12.1	236	0.17	14.3	582	0.00	13.2	818	0.00
Cristiana no católica	14.6	73		24.1	287		19.8	360	
No pertenece a ninguna religión	17.9	94		32.1	270		24.0	364	
Otra religión	23.1	29		25.3	120		24.1	149	
Con conocimiento VIH-SIDA	6.6	27	0.01	8.1	87	0.00	7.4	114	0.00
Sin conocimiento VIH-SIDA	14.7	405		20.2	1173		17.4	1578	

Contra la violencia a la mujer	11.5	267	0.00	16.1	857	0.00	13.9	1124	0.00
A favor de la violencia a la mujer	20.5	165		28.4	402		23.6	567	
Contra roles tradicionales de género	-	-	-	11.5	218	0.00	-	-	-
A favor de roles tradicionales de género	-	-		22.4	1041		-	-	
Actitud igualitaria en decisiones del hogar	13.6	125	0.95	-	-	-	-	-	-
Sin actitud igualitaria en decisiones	13.4	307		-	-		-	-	
Con relaciones sexuales alguna vez	12.3	334	0.00	17.9	1079	0.83	15.0	1413	0.01
Sin relaciones sexuales alguna vez	21.9	98		18.3	181		19.8	279	
Primera relación sexual con <15 años	13.5	90	0.51	27.6	267	0.00	17.2	357	0.15
Primera relación sexual con 15 años o más	11.8	244		16.6	812		14.4	1056	

Con respecto al área de residencia, más mujeres ($p < 0.05$) que residían en áreas indígenas (50.3%) y rurales (20.5%), tenían una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, comparadas con las que residían en áreas urbanas (14.5%). De igual forma, el porcentaje que no estaba a favor de la educación sexual a jóvenes resultó significativamente, mayor ($p < 0.05$) en la comarca Ngábe Buglé (53.3%) al compararlo con el resto de las provincias y comarcas, situación que se repitió en Bocas del Toro (23.4%), sin embargo, no se observó diferencia entre esta provincia y Darién (23.4%). Por otra parte, los porcentajes más bajos de mujeres que no estaban a favor de la educación sexual a jóvenes se observaron en las provincias de Colón (11.2%), Herrera (13.5%) y Los Santos (13.9%).

También hay relación entre la actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes y la etnia ($p < 0.05$), más mujeres indígenas (48.6%), tenían una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, comparadas con las no indígenas (14.8%). La religión está relacionada ($p < 0.05$) con no estar a favor de la educación sexual a jóvenes, más mujeres cristianas no católicas (24.1%), que no pertenecían a ninguna religión (32.1%) o que pertenecían a otra religión (25.3%) tenían una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes que las cristianas católicas (14.3%); sin embargo, no se observaron diferencias entre las que pertenecían a otra religión, las que no pertenecían a ninguna y las cristianas no católicas. El 76.4% de las mujeres no indígenas era cristiana católica, mientras que en las indígenas 32.3% no pertenecía

a ninguna religión, 27.0% era cristiana no católica y 13.8% pertenecía a otra religión, observándose diferencias entre la religión y la etnia ($p=0.00$).

En relación a la actitud de no estar a favor de que en las clases de educación sexual se enseñe sobre los métodos de planificación familiar, entre quienes estaban a favor de la educación sexual, sólo se observaron diferencias significativas según la provincia o comarca de residencia y el área de residencia. El mayor porcentaje de mujeres que no estaba a favor se observó en la Comarca Ngäbe-Buglé (19.7%) y las provincias de Bocas del Toro (13.8%), Herrera (13.0%) y Veraguas (11.1%); y en quienes vivían en áreas indígenas (16.8%). Ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 49 años a favor de la educación sexual a jóvenes pero contra la explicación sobre métodos de planificación familiar en estas clases según características.

Características	Hombre			Mujer			Total		
	%	n	p	%	N	p	%	n	p
Adolescente (15-19 años)	11.3	36	0.32	5.6	66	0.18	8.3	97	0.21
Joven (20-24 años)	6.2	29		6.2	71		5.2	93	
Adulto joven (25-34 años)	7.9	49		8.1	128		7.7	170	
Adulto (35-49 años)	10.0	62		8.8	133		8.6	174	
Sin educación o primaria	10.2	81	0.32	9.3	135	0.12	8.3	194	0.42
Secundaria o superior	8.0	119		7.3	273		7.1	364	
Soltero, nunca casado	10.0	86	0.18	7.4	156	0.71	8.0	223	0.26
Casado/Unión libre	7.5	115		7.8	252		6.9	335	
Pobre extremo	11.2	131	0.02	8.5	256	0.19	9.0	358	0.02
No pobre extremo	6.8	58		6.7	122		6.2	162	
Bocas del Toro	12.2	29	0.41	13.8	65	0.00	11.0	84	0.01
Coclé	9.0	18		8.0	34		7.3	47	
Colón	7.0	18		6.1	27		5.2	38	
Chiriquí	10.8	23		7.9	38		7.8	54	
Darién	13.5	16		6.2	19		5.8	25	
Herrera	6.1	17		13.0	59		9.1	75	
Los Santos	4.8	9		3.9	18		4.1	26	
Panamá	8.2	31		6.5	44		7.1	73	
Veraguas	7.4	14		11.1	43		8.1	53	
Emberá	13.5	16		8.7	22		10.0	35	
Ngabe Buglé	11.5	10		19.7	39		15.0	48	
Residencia urbana	8.6	81	0.39	7.0	154	0.00	7.2	214	0.01
Residencia rural	7.8	81		8.4	179		6.9	235	
Residencia indígena	11.9	39		16.8	75		13.6	109	
Indígena	14.4	62	0.00	7.3	299		11.0	160	0.00

No indígena	7.9	139		13.3	109		7.1	398	
Cristiana católica	8.5	133	0.80	6.8	238	0.13	7.8	371	0.66
Cristiana no católica	9.3	27		9.7	80		9.5	107	
No pertenece a ninguna religión	8.1	30		9.3	63		8.5	93	
Otra religión	5.0	11		11.2	27		8.3	38	
Con conocimiento VIH-SIDA	4.6	18	0.09	5.2	58	0.05	4.6	69	0.03
Sin conocimiento VIH-SIDA	9.3	183		8.3	350		8.0	489	
Contra la violencia a la mujer	8.7	136	0.59	7.3	321	0.05	8.0	457	0.77
A favor de la violencia a la mujer	7.5	65		10.4	87		8.5	152	
Contra roles tradicionales de género	-	-	-	7.0	140	0.34	-	-	-
A favor de roles tradicionales de género	-	-	-	8.2	268		-	-	
Actitud igualitaria en decisiones del hogar	9.6	64	0.50	-	-	-	-	-	-
Sin actitud igualitaria en decisiones	8.0	137		-	-		-	-	-
Con relaciones sexuales alguna vez	8.4	179	0.70	8.0	54	0.13	7.2	74	0.06
Sin relaciones sexuales alguna vez	9.5	22		5.8	354		7.4	484	
Primera relación sexual antes de los 15 años	8.7	53	0.86	5.0	46	0.06	7.9	99	0.80
Primera relación sexual con 15 años o más	8.3	126		8.4	308		8.3	434	

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva

Existe relación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre la actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes y el conocimiento comprensivo sobre VIH-SIDA. Más mujeres sin conocimiento comprensivo sobre VIH-SIDA (20.2%) no estaban a favor de la educación sexual a jóvenes, comparadas con las que sí tenían conocimiento (8.1%).

También, más mujeres ($p<0.05$) que aceptaban los roles tradicionales de género (22.4%) tenían una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, comparadas con las que no los aceptaban (11.5%). Más mujeres que estaban a favor de la violencia contra la mujer (28.4%) tenían una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes comparadas con las que estaban en contra (16.1%).

No se observaron diferencias significativas en relación a la actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes entre las que habían tenido relaciones sexuales alguna vez y las que no.

Hombres

Variables Socio-demográficas

Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las características socio-demográficas estudiadas y la actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes con excepción de la edad, estado civil y la religión. Más hombres ($p < 0.05$) con bajos niveles educativos (sin educación o solo educación primaria) reportaron que no estaban a favor de la educación sexual a jóvenes (28.3%) comparados con los que tenían educación secundaria o superior (8.5%). En relación al ingreso, más hombres ($p < 0.05$) en pobreza extrema (17.3%) reportaron una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, que hombres que no vivían en pobreza extrema (7.7%).

Con respecto al área de residencia más hombres ($p < 0.05$) que residían en áreas indígenas (42.6%) y rurales (15.3%), no estaban a favor de la educación sexual a jóvenes, comparados con los que residían en áreas urbanas (10.6%). El porcentaje con actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes resultó significativamente mayor ($p < 0.05$) en la comarca Ngäbe Buglé (49.1%) al compararlo con el resto de las provincias y comarcas, y los porcentajes más bajos de actitud negativa se observaron en las provincias de Colón (7.9%), Panamá (10.1%) y Los Santos (10.9%). También hay relación entre la actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes y la etnia ($p < 0.05$), más hombres indígenas (31.5%), no estaban a favor de la educación sexual a jóvenes, comparadas con los no indígenas (11.1%).

En relación a la actitud de no estar a favor de que en las clases de educación sexual se enseñe sobre los métodos de planificación familiar, entre quienes estaban a favor de la educación sexual, sólo se observaron diferencias significativas según el ingreso y la etnia. La oposición era mayor en quienes vivían en pobreza extrema (11.2%) y en indígenas (14.4%). Ver Cuadro 3.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA y salud sexual y reproductiva

No se observó relación significativa entre no estar a favor de la educación sexual a jóvenes y las actitudes igualitarias sobre las decisiones del hogar. En los hombres sin conocimiento comprensivo sobre VIH-SIDA comparados con los que tenían conocimiento, era mayor el porcentaje ($p < 0.05$) que no estaba a favor de la educación sexual a jóvenes (14.7% vs 6.6%).

Por otra parte, en los hombres que estaban a favor de la violencia contra la mujer, era mayor ($p < 0.05$) el porcentaje que tenía una actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes (20.5%), comparados con los que estaban contra la violencia hacia la mujer (11.5%). Entre los hombres que estaban a favor de la violencia contra la mujer, el porcentaje que no estaba a favor de la educación sexual a jóvenes era mayor ($p < 0.05$) entre los que pertenecían a alguna etnia indígena (31.2%) comparados con los no indígenas (11.3%).

Más hombres ($p < 0.05$) que no han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida (21.9%) tenían una actitud negativa

hacia la educación sexual a los jóvenes, comparados con aquellos que sí habían tenido relaciones sexuales (12.28%). Entre los hombres que no habían tenido relaciones sexuales, el porcentaje que no estaba a favor de la educación sexual a jóvenes era mayor ($p < 0.05$) en quienes pertenecían a alguna etnia indígena (29.91%) comparados con los no indígenas (12.7%).

DISCUSIÓN

Este análisis se limita a identificar las características de las personas que se oponen a la educación sexual a jóvenes y no indaga por los motivos de oposición, debido al diseño de los instrumentos de recolección de datos de ENASSER 2009 que no estaban orientados a este objetivo. Además no se incluyen datos de todas las comarcas del país, porque esta encuesta no se realizó en la Comarca Guna Yala, habitada por pueblos de la etnia Guna, debido a que el Congreso General Guna, no consintió la participación de su población. La elaboración del cuestionario tampoco permitió el análisis de las mismas variables tanto para hombres como mujeres. Algunas variables relacionadas a CAP sobre salud sexual y reproductiva sólo aplican a mujeres (actitud ante los roles tradicionales de género) y otras sólo a hombres (actitudes igualitarias sobre las decisiones del hogar).

No obstante las limitaciones enunciadas, se observa que cerca de 2 de cada diez individuos de 15 a 49 años independiente de la edad o estado civil tienen una actitud negativa hacia la educación sexual a los jóvenes. Los resultados parecen indicar que quienes no están a favor de la educación sexual son principalmente personas en situación de desventaja social: con limitada educación, pobres extremos, viviendo en áreas con menor grado de urbanización (indígenas o rurales), pertenecientes a alguna etnia indígena, que apoyan la violencia contra la mujer, sin conocimiento comprensivo sobre VIH-SIDA y las mujeres. El hecho de que los hombres que no han tenido relaciones sexuales, y las mujeres cristianas no católicas, las que pertenecen a otra religión o a ninguna, a favor de los roles tradicionales de género y con actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, sean principalmente indígenas, indica que aún persisten barreras socioeconómicas, institucionales y culturales para los programas de educación sexual y planificación familiar, con base en la escuela, en comunidades originarias.

Casi cuatro de cada diez personas que viven en áreas indígenas tienen actitudes negativas hacia la educación sexual a jóvenes. Un problema que busca reducir la educación sexual es el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas, y según ENASSER 2009¹¹ este porcentaje es 43.6% en la comarca Emberá, 41.3% en la provincia de Bocas del Toro (con 62.82% de población indígena¹²), y 29.1% en la comarca Ngäbe Buglé, los más elevados del país (19.5%) y también es elevada la oposición a la educación sexual a jóvenes en la comarca Ngäbe Bugle (51.3%) y la provincia de Bocas del Toro (25.73%). En México se ha planteado¹³ que los jóvenes indígenas desconocen a plenitud sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, debido a la falta de información, el machismo y violencia de género en estas comunidades.

Los resultados también indican que existe oposición a la enseñanza de métodos de planificación familiar, sin diferencias por sexo, incluso en quienes manifiestan estar a favor de la educación sexual. En Panamá, aún existe oposición a la planificación familiar por parte de líderes comunitarios en las poblaciones indígenas, la creencia por parte de los hombres que la contracepción contribuye a la promiscuidad de las mujeres y la persistencia en las mujeres de la idea que deben tener todos los hijos que puedan, el temor a la oposición del hombre y la comunidad¹⁴.

Aunque más hombres están a favor de la violencia doméstica, es interesante denotar que son las mujeres que legitiman la violencia contra la mujer, las que mayormente se oponen a la educación sexual a los jóvenes. La violencia, que se considera parte de los patrones culturales del medio donde viven las mujeres indígenas, es perpetuada por la falta de capacitación en sus derechos¹⁵. Se destaca también, que en las áreas indígenas, donde mayormente se reportan problemas de salud sexual y reproductiva (embarazo en adolescentes, bajo conocimiento y uso de anticonceptivos, inasistencia a control prenatal, baja asistencia al parto, y menor asistencia a control post natal) son las que muestran una actitud negativa hacia la enseñanza de la educación sexual en jóvenes y que dentro de esta se enseñe sobre planificación familiar, por lo tanto constituyen una población prioritaria, viviendo principalmente en los espacios definidos por las comarcas. La población indígena representa el 12.3%¹⁶ de la población del país, 6.0% de la misma vive en las comarcas con categoría de provincia (Guna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé) o corregimiento (en las provincias de Panamá y Darién), en poblados dispersos, en áreas de montaña y selva con limitado acceso a servicios básicos, de salud y educación.

Por otra parte, las consecuencias de la búsqueda de placer sexual sin control que se puede experimentar en la adolescencia, agravado por la falta de conocimiento de los modos de transmisión de infecciones de transmisión sexual como lo es el VIH-SIDA, supone un problema de salud pública al tratar con infecciones transmitidas sexualmente y embarazos no deseados. Las intervenciones que se desarrollen (en las escuelas o servicios de salud o con participación de los padres o en comunidades) deben considerar los derechos de los jóvenes, la perspectiva de género, el respeto a la diversidad, la cultura y el contexto social¹⁷, además de las experiencias obtenidas en otros países sobre la efectividad de las mismas. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha demostrado la relación positiva entre la educación sexual basada sólo en la abstinencia y el embarazo adolescente¹⁸. Por otra parte, incorporar a padres en intervenciones educativas para modificar el comportamiento sexual de sus hijos adolescentes contribuye a retrasar y reducir las relaciones sexuales y usar anticonceptivos y condón¹⁹.

La declaración Universal de los Derechos Humanos²⁰ establece en su artículo 26 que los padres tienen derecho preferente a escoger el tipo de educación que se dé a sus hijos. La tendencia es hacia el desarrollo de la educación sexual desde la perspectiva de los derechos humanos, en este sentido el Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas²¹ sobre el derecho a la educación establece la

necesidad del derecho a la educación sexual integral en la niñez y adolescencia indicando que forma parte de los derechos que tienen las personas a la educación. Los estados, en virtud del derecho internacional, tienen el deber y la obligación de respetar (no interferir en el disfrute o limitar), proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de realizar los derechos a la educación sexual integral implica que el Estado debe adoptar medidas para facilitar el disfrute de estos derechos²². En consecuencia, los diseñadores de programas sobre educación sexual basados en la escuela, la comunidad y en las familias, y los diseñadores de intervenciones educativas sobre salud sexual y reproductiva, deben enfrentar el desafío de incluir en sus contenidos los aspectos culturales y religiosos de la población indígena y no indígena en intervenciones costo- efectivas. Por otra parte, también es necesario indagar si influye en la actitud negativa hacia la educación sexual a jóvenes, el desconocimiento de los derechos a la educación, la adhesión a valores tradicionales o la identificación cultural en poblaciones indígenas, mediante estudios que permitan conocer los motivos por los cuales las personas se oponen a la educación sexual.

CONCLUSIÓN

En Panamá, la actitud negativa hacia la educación sexual a los jóvenes está relacionada a bajos niveles educativos y de ingreso, a una actitud a favor de la violencia doméstica y a falta de conocimiento comprensivo sobre VIH-SIDA. Esta actitud negativa es mayor en mujeres que viven inmersas en patrones culturales de dominación masculina. El cumplimiento de los derechos a la educación sexual integral de la niñez y adolescencia, debe considerar la diversidad cultural de la población. Es necesario realizar estudios adicionales para indagar por los motivos de oposición a la educación sexual a los jóvenes.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los encuestadores, supervisores, críticos de campo y aquellas personas que colaboran en el desarrollo de ENASSER 2009 que dio origen a los datos utilizados en este análisis.

MANIFESTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras manifiestan no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Amaugo LG, Papadopoulos C, Ochieng BMN, and Ali N. The effectiveness of HIV/AIDS school-based sexual health education programmes in Nigeria: A systematic review Health Educ. Res. first published online February 25, 2014 doi:10.1093/her/cyu002
2. Vivancosa R, Abubakar I, Phillips-Howard P, Hunter PR. School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults. Public Health. 2013; 127(1); 53-57.
3. Guilamo-Ramos G, Bouris A, Jaccard J, Gonzaleza B, McCoy W, Aranda D. A Parent-Based Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior in Early Adolescence: Building Alliances

- Between Physicians, Social Workers, and Parents. *Journal of Adolescent Health*. 2011; 48(2); 159-163
4. Erkut S, Grossman JM, Frye AA, Ceder I, Charmaraman L, Tracy AJ. *The Journal of Early Adolescence*. 2013; 33(4); 482-497
 5. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011.
 6. Verges Claude. Programas de educación sexual en Panamá. *Acta Bioethica* 2007; 13(1)
 7. Arauz D, Rodríguez E, Sosa A. Propuesta de programa de educación sexual para las escuelas primarias de Panamá. Universidad de Panamá. Post grado en educación, sexualidad y desarrollo humano. 2013. Disponible en <http://es.slideshare.net/silmaxmacre/propuesta-de-educacin-sexual-para-primaria>. [Acceso el 16 de julio de 2014]
 8. Beluche O. Panamá: Sobre el desastre educativo de la administración Martinelli-Molinar. Informe de la AEVE. Jueves, 26/06/2014 06:24 AM. Disponible en <http://www.aporrea.org/educacion/a190487.html>. [Acceso el 16 de julio de 2014]
 9. Montenegro A. Hernán. Educación sexual de niños y adolescentes. *Rev. méd. Chile*. 2000; 128(6): 571-573. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php> <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000600001>. [Acceso el 16 de julio de 2014]
 10. ONUSIDA. INFORME MUNDIAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA 2012. DIRECTRICES: Desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH-SIDA de 2011.
 11. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011.
 12. XI Instituto Nacional de Estadística y Censo. Censo Nacional de Población y VII de Vivienda 2010. Cuadro 5. Población en la república, por sexo, según área, provincia y comarca indígena: Censos de 2000 y 2010 y Cuadro 20. Población indígena en la República, por sexo, según Provincia, Comarca indígena, grupo indígena al que pertenece y grupos de edad: Censo 2010. Disponible en <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx>. [Acceso 21 de julio de 2014]
 13. Villavicencio Z. Falta de educación sexual, lastre en las comunidades indígenas, alerta ONG. La Jornada Michoacán. 23 agosto, 2012. Disponible en <http://www.lajornadamichoacan.com.mx/2012/08/23/falta-de-educacion-sexual-lastre-en-las-comunidades-indigenas-alerta-ong/>. [Acceso Jueves 17 de julio de 2014]
 14. Ward V, Bil D. Estudio de Oferta y Demanda para Servicios de Salud en Poblaciones Indígenas en Panamá: Informe Final. 2011. Disponible en <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/SM2015%20Panam%C3%A1%20-%20Estudio%20de%20barreras.pdf>. [Acceso 01 de agosto de 2014]
 15. Diagnóstico sobre la situación de Violencia contra Mujeres indígenas. Comarca Ngobe Bugle, Comunidad de Oma, Corregimiento de Susama, Distrito de Nole Duima, Ciudad de Panamá Marzo a Junio del 2012
 16. XI Instituto Nacional de Estadística y Censo. Censo Nacional de Población y VII de Vivienda 2010. Cuadro 11. Superficie, población y densidad de población en la República, según Provincia, Comarca indígena, Distrito y Corregimiento: Censos de 1990, 2000 y 2010. Cuadro 23 Población indígena en la república, por sexo, según grupo indígena al que pertenece y grupos de edad: censo 2010. Disponible en http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=59&ID_PUBLICACION=356&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=13 [Acceso 4 de julio de 2014]
 17. Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos; 2012. Disponible en <http://www.desexologia.com/> [Acceso 18 de julio de 2014]
 18. Stanger-Hall KF, Hall DW (2011) Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. *PLoS ONE* 6(10): e24658. doi:10.1371/journal.pone.0024658. Disponible en <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0024658>. [Acceso 16 de julio de 2014]
 19. Atienzo Erika E, Campero Lourdes, Estrada Fátima, Rouse Caroline, Walker Dilys. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México* / vol. 53, no. 2, marzo-abril de 2011 160-171 Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n2/a09v53n2.pdf>. [Acceso 16 de julio de 2014]
 20. Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración Universal de los Derechos humanos. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/> [Acceso 31 de julio de 2014]
 21. Naciones Unidas. Asamblea General. Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación. Sexagésimo quinto período de sesiones. Tema 69 b) del programa provisional* Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales A/65/162 23 de julio de 2010.
 22. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Disponible en <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx> [Acceso 31 de julio de 2014]

ARTÍCULO ORIGINAL

FACTORES ASOCIADOS A LA INICIACIÓN SEXUAL TEMPRANA EN ADOLESCENTES PANAMEÑAS.

Fermina Chamorro Mojica¹, Erick Chú², Faride Rodríguez Díaz³, Iris Sandoval⁴, Ruth Graciela De León⁵

RESUMEN/ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE

Objetivo. Identificar los factores que se relacionaron a la iniciación sexual a temprana edad en las adolescentes panameñas.

Métodos. Se estudiaron 1193 mujeres de 15 a 19 años con datos de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de 2009. Se utilizó la regresión de riesgos proporcionales de Cox en SPSS 20. Las frecuencias relativas se ponderaron por factores de expansión.

Resultados. El 11.9% de las adolescentes que habían tenido relaciones sexuales, tuvieron su primera relación antes de cumplir 15 años. En las indígenas (24.3%), que vivían en áreas indígenas (21.9%), sin educación (27.7%) y con historia de abuso sexual (52.7%) el porcentaje que inició tempranamente las relaciones sexuales resultó mayor que en las no indígenas. El matrimonio o unión (HR= 1.339, p=0.019), el nivel de escolaridad (de HR=4.273 en mujeres con nivel primario a HR=3.196 en mujeres que lograron alcanzar el nivel secundario de educación, p<0.000) y el abuso sexual (HR=4.242, p=0.047) resultaron factores que aumentaron el riesgo de iniciar tempranamente la actividad sexual.

Conclusión. Las características y comportamientos de las diferentes etnias que conviven en el país presentan desafíos que deben considerarse en el diseño de programas sobre educación sexual encaminados a posponer la iniciación sexual temprana.

Palabras clave. Educación sexual, salud sexual y reproductiva, adolescentes

Objective. To identify the factors that were related to the sexual initiation to early age in the Panamanian adolescents.

Methods. 1193 women of 15 to 19 years were studied with data of the National Survey studied on Sexual and Reproductive Health of 2009. The regression of proportional risks of Cox in SPSS 20 was used. The relative frequencies were weighed by expansion factors.

Results. The 11.9% of the adolescents who had sexual relations, had his first relation before turning 15 years. In the natives (24.3%), who lived in indigenous areas (21.9%), without education (27.7%) and with history of sexual abuse (52.7%) the percentage that initiated early sexual relations was greater than in the non indigenous ones. The marriage or union (HR= 1.339, p=0.019), the level of schooling (of HR=4.273 in women with primary level to HR=3.196 in women which they managed to reach the secondary level of education, p< 0.000) and the sexual abuse (HR=4.242, p=0.047) was factors that increased the risk of initiating the sexual activity early.

Conclusion. The characteristics and behaviors of the different ethnic groups who coexist in the country present challenges that must be considered in the design of programs on sexual education directed to postpone the early sexual initiation.

Key words. Sexual education, sexual and reproductive health, adolescent

INTRODUCCIÓN

En las adolescentes, haber tenido la primera relación sexual antes de cumplir 15 años se asocia a posteriores conductas de riesgo para infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA como tener múltiples parejas sexuales y un menor uso de condón.¹ Estos comportamientos también las exponen a embarazos no deseados y a abortos.² El embarazo a temprana edad, además de considerarse un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino,^{3,4} limita las posibilidades de desarrollo de las adolescentes.

Estudios transversales indican que la edad de la primera relación sexual en adolescentes está relacionada con el lugar de residencia, el nivel de bienestar económico,⁵ la actitud hacia la postergación del inicio de relaciones sexuales, la creencia en la eficacia del condón, la actitud hacia la planificación

¹ Investigadora Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva.

² Investigador Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva.

³ Investigadora Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva/Departamento de Investigación en Sistemas de Salud, Ambiente y Sociedad.

⁴ Investigadora Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva.

⁵ Investigadora Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Jefa del Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva.

familiar y el nivel de educación.⁶ Se ha demostrado que la educación lograda a nivel de secundaria y superior da a las jóvenes independencia económica y capacidad para tomar sus decisiones reproductivas.⁷ Análisis realizados con datos de un estudio longitudinal sobre educación⁸ en 4613 adolescentes mujeres, informan que las jóvenes que habían tenido relaciones sexuales tempranas redujeron las probabilidades de graduarse de la escuela secundaria y de la universidad. Otro análisis transversal realizado en 7429 adolescentes suizos⁹ observó que en aquellos que se iniciaron temprano es más probable que no usaran condón en su última relación sexual.

En Panamá, 31.6% de las jóvenes de 15 a 19 años, que habían tenido relaciones sexuales, tuvieron su primera relación antes de cumplir 15 años. El porcentaje de iniciadoras tempranas se hace menor a medida que aumenta la edad de las cohortes quinquenales.¹⁰ La fecundidad no deseada en mujeres de 15 a 19 años fue 52.6% (3.8% no deseado en absoluto y 48.8% deseado más adelante), valor sólo superado por el grupo de mujeres de 45 a 49 años.¹¹

Este análisis examina los factores que se relacionan a la iniciación sexual a temprana edad en mujeres de 15 a 19 años en el país en 2009. En Panamá se han realizado análisis sobre la edad de inicio de relaciones sexuales pero limitados a adolescentes escolarizados y a una provincia del país.¹²

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra

El análisis se realizó con datos del año 2009 de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009).¹³ ENASSER 2009 obtuvo datos mediante entrevistas estructuradas con preguntas basadas en la Encuesta Demográfica y Salud realizada en República Dominicana en 2007.¹⁴ Los cuestionarios se aplicaron en español, con traducción a lengua indígena cuando se requirió por entrevistadores de la comarca capacitados en el sitio.

La muestra de ENASSER 2009 era representativa del país, provincia o comarca indígena, área de residencia y sexo; e incluyó mujeres (5831) y hombres (2813) en edad reproductiva (15-49 y 15-59 años respectivamente).¹⁵ No contó con información de la etnia Guna, en la Comarca Guna Yala, porque el Congreso General no consintió su participación. La muestra de mujeres adolescentes (15 a 19 años) fue de 1196 individuos.

ENASSER 2009 fue aprobada por el Comité de Bioética de la Investigación en el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y obtuvo el consentimiento de los entrevistados después de informarles sus objetivos y propósitos. En este análisis se mantuvo el anonimato de las personas entrevistadas.

Variables claves

Se estudió la edad a la primera relación sexual como variable dependiente. Las variables independientes se agruparon en

tres categorías: factores demográficos (etnia, estado civil, escolaridad, y bienestar), comunitarios (lugar de residencia) y conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva (conocimiento comprensivo del VIH, actitudes sobre educación sexual a jóvenes, actitudes sobre la violencia doméstica, empoderamiento, normas familiares sobre uso del condón, acceso a condón, maltrato físico, maltrato físico de la madre y abuso sexual).

En la variable etnia se clasificó por autodefinición a las adolescentes en indígenas y no indígenas. El estado civil tenía dos categorías alguna vez casada o unida (que incluía a separadas, divorciadas o viudas) y solteras (nunca casadas o unidas). En escolaridad, según el último año de educación aprobado, se establecieron las categorías sin educación, primaria, secundaria y superior. El lugar de residencia incluyó las categorías urbana, rural e indígena.

La medida del bienestar se construyó utilizando análisis factorial¹⁶ para asignar pesos a activos específicos de los hogares (radio, televisor, teléfono residencial, teléfono celular, refrigeradora, abanico, estufa, lavadora, aire acondicionado, computadora, internet, televisión por cable), tipo de estructura de la vivienda (principal material de construcción de piso, paredes y techo) y servicios públicos disponibles (tipo de alumbrado, principal combustible para cocinar, fuente principal de abastecimiento de agua para beber y tipo de servicio sanitario). La fiabilidad de las variables para medir el concepto de bienestar se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (0.890) y la adecuación muestral mediante el coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (0.894). La muestra se estratificó por grupos bienestar alto, medio y bajo en base al análisis de conglomerado en dos fases mediante la variable de conglomerado de pertenencia.

El conocimiento comprensivo sobre el VIH-SIDA se midió según el indicador ONUSIDA que establece que una persona tiene conocimiento comprensivo si sabe que para prevenir la transmisión sexual del VIH debe utilizar preservativos y mantener relaciones sexuales con una pareja fiel y no infectada; sabe que la infección con el VIH no ocurre mediante la picada de un mosquito o compartiendo alimentos con una persona infectada; y sabe que persona puede estar infectada del virus del SIDA y no parecer enferma (Alfa de Cronbach 0.889).¹⁷

Las actitudes sobre la educación sexual a jóvenes se clasificaron en positiva (si estaba a favor) y negativa (si estaba en contra). Las actitudes sobre la violencia doméstica contra la mujer se clasificaron también en positiva (si no estaba de acuerdo en que un esposo le pegue a su compañera en ninguna de las situaciones estudiadas: si sale fuera de casa sin decirle, descuida o desatiende los niños, discute con él, no quiere tener relaciones sexuales, se le quema los alimentos, le faltó el respeto o le es infiel con otro hombre) y negativa (si está de acuerdo con al menos una de las situaciones de maltrato).

En la variable empoderamiento se identificaron tres conglomerados de acuerdo a lo que la mujer pensaba (el esposo debe ayudar en los quehaceres, una mujer casada

puede trabajar fuera, y la esposa puede expresar una opinión contraria al esposo) y sentía (no se siente oprimida en el hogar y no se siente esclava) en relación a aspectos de la vida familiar (Alfa de Cronbach 0.630). Según la concordancia entre lo que piensa y lo que siente se elaboraron tres conglomerados, concordancia positiva (alto), sin concordancia (medio), concordancia negativa (bajo) (Kaiser-Meyer-Olkin 0.681).

Para el análisis de las normas sobre uso de condón se establecieron las categorías apoyan, si los adultos que vivían en el hogar apoyaban la educación a jóvenes sobre cómo utilizar el condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, y no apoyan. Una adolescente tenía acceso al condón si podía conseguir un condón por sí misma si lo quisiera. Se consideró que una adolescente había sufrido maltrato físico, si desde que tenía 12 años alguna persona (aparte de su esposo o marido si estaba casada o unida) le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente; que tenía una historia familiar de maltrato físico si su papá le pegó alguna vez a su mamá; y una historia personal de abuso sexual si había sido abusada sexualmente alguna vez en su vida.

Métodos de análisis

Se utilizó el programa SPSS 20 (versión de prueba) para el análisis de datos. Estos se expandieron de la muestra a la población, usando factores calculados para cada dominio de la encuesta, utilizando el método de razón con proyecciones demográficas al 31 de octubre de 2009.¹⁸ El análisis univariado se utilizó para determinar la proporción de adolescentes que habían iniciado relaciones sexuales y la edad mediana a la primera relación sexual. La regresión de riesgos proporcionales de Cox, se utilizó para identificar los factores asociados significativamente con una edad temprana a la primera relación sexual. Una adolescente que inició relaciones sexuales de forma temprana, es aquella que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15 años de edad.

La selección de las variables, para la construcción del modelo de regresión, se realizó usando el conocimiento teórico observado en la literatura sobre los factores asociados con el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas en jóvenes. El modelo incluyó factores psicosociales, demográficos y de la comunidad obtenidos de la base de datos. Para cada grupo estudiado se analizó la razón entre dos tasas instantáneas (hazard ratio: HR) con un intervalo de confianza (IC) de 95%, se calcularon los valores de probabilidad y se fijó como nivel de decisión 0.05 para la significación estadística.

RESULTADOS

Características de las adolescentes

De las 1196 menores de 20 años entrevistadas, tres no tenían información sobre la edad a la primera relación sexual, por lo tanto fueron excluidas de este análisis. La muestra resultó en 1193 mujeres de 15 a 19 años con mediana de edad de 17 años.

En el país, 38.5% de las adolescentes informó que había tenido relaciones sexuales, 11.9% antes de los 15 años, con una mediana de edad de inicio de 15 años (Gráfica 1). La mayoría de las adolescentes se autodefinió como no indígena (86.8%), estaba soltera (78.0%), tenía educación secundaria o superior (86.7%) y vivía en áreas urbanas (63.2%), mientras que el 51.4% vivía en situación de bienestar alto (Cuadro 1). El 11.0% de las adolescentes tenía conocimiento comprensivo del VIH-SIDA. Algo más de la mitad podía conseguir por sí mismas un condón (51.0%) y los adultos que vivían con ellas tenían una actitud positiva hacia el uso del condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA (59.5%). La mayoría de las adolescentes tenía una actitud positiva ante la educación sexual a los jóvenes (81.6%), tenía actitudes de género positivas (91.6%), no había sido maltratada (92.7%), su madre no había sido maltratada o no sabía 86.7%, tenía un alto empoderamiento (80.8%) y no había sido abusada sexualmente (98.8%).

Cuadro 1. Características demográficas, comunitarias y conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva de mujeres de 15 a 19 años: Panamá, 2009.

Características	Categoría	Número y porcentaje
Total		1193
Mediana de edad (años)		17
Mediana de edad a la primera relación sexual (años)		15
Etnia	No indígena	86,8%
Indígena	13,2%	
Soltera	No	22,0%
Si	78,0%	
Educación	Sin educación	1,0%
Primaria	12,3%	
Secundaria	79,3%	
Universitaria	7,4%	
Bienestar	Bajo	14,1%
Medio	34,5%	
Alto	51,4%	
Residencia actual	Urbana	63,2%
Rural	28,1%	
Indígena	8,7%	
Acceso al condón	No	49,0%
Si	51,0%	
Actitudes sobre la educación sexual a jóvenes	Negativa	18,4%
Positiva	81,6%	
Normas sobre uso de condón	No apoyan	40,5%
Apoyan	59,5%	
Conocimiento comprensivo sobre VIH-Sida	No	89,0%
Si	11,0%	
Actitudes hacia la violencia doméstica contra la mujer	Positiva	91,6%
Negativa	8,4%	

Maltrato físico	No maltrato	92,7%
Maltrato	7,3%	
Historia familiar de abuso físico	No/ no sabe	86,7%
Si	13,3%	
Empoderamiento	Bajo	11,5%
Medio	7,7%	
Alto	80,8%	
Historia personal de abuso sexual	Si	1,2%
No	98,8%	

Fuente: Elaboración de los autores con la base de datos de ENASSER 2009.

En las mujeres indígenas, el porcentaje (59.5%) que había iniciado relaciones sexuales y que había tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años (24.3%) resultó mayor que en las no indígenas. En residentes de áreas indígenas (21.9%), casadas (37.2%), sin educación o con educación primaria (27.7% y 25.3% respectivamente), de bajo nivel de bienestar (20.5%), que no podían conseguir un condón por sí misma si lo hubieran querido (13.7%), con actitudes negativas sobre la educación sexual a los jóvenes (14.3%), viviendo en hogares donde los adultos no apoyaban el uso del condón (12.6%), sin conocimiento comprensivo del VIH-SIDA (12.9%), que estaban a favor de la violencia doméstica (29.0%), con historia familiar de maltrato físico a la madre por el padre (17.8%), con empoderamiento medio y bajo (13.8%, 13.2%) y con historia de abuso sexual (52.7%) el porcentaje de iniciadoras tempranas fue mayor. Cuadro 2.

Tabla 2. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años por inicio de relaciones sexuales y edad de la primera relación sexual según características. Panamá 2009.

Características	Categoría	N	Ha tenido relaciones sexuales		Edad de la primera relación sexual	
			Sí (%)	No (%)	≥15 (%)	<15 (%)
Total		1193	38.5	61.5	26.6	11.9
Etnia	No indígena	811	35.3	64.7	25.2	10.1
	Indígena	382	59.5	40.5	35.2	24.3
Soltera	No	315	100		62.8	37.2
	Si	878	21.2	78.8	16.3	4.9
Educación	Sin educación	28	67.9	32.1	40.2	27.7
	Primaria	246	54.8	45.2	29.5	25.3
	Secundaria	858	33.9	66.1	23.7	10.2
	Universitaria	61	56.4	43.6	50.6	5.8
Bienestar	Bajo	319	47.7	52.3	27.2	20.5
	Medio	416	39.2	60.8	26.2	13.0
	Alto	458	35.6	64.4	26.7	8.9
Residencia actual	Urbana	350	37.1	62.9	25.7	11.4
	Rural	564	37.1	62.9	27.1	10.0

	Indígena	279	53.2	46.8	31.3	21.9
Acceso al condón	No	699	29.7	70.3	19.5	10.2
	Si	494	47.0	53.0	33.3	13.7
Actitudes sobre la educación sexual a jóvenes	Negativa	258	38.0	62.0	23.7	14.3
	Positiva	935	38.6	61.4	27.2	11.4
Normas sobre uso de condón	No apoyan	590	38.0	62.0	25.4	12.6
	Apoyan	603	38.8	61.2	27.4	11.4
Conocimiento comprensivo sobre VIH-Sida	No	1040	38.6	61.4	25.7	12.9
	Si	153	38.1	61.9	33.4	4.7
Actitudes hacia la violencia doméstica hacia la mujer	En contra	1052	37.8	62.2	27.4	10.4
	A favor	141	46.3	53.7	17.3	29.0
Maltrato físico	No	1117	38.8	61.2	26.5	12.3
	Si	76	35.0	65.0	27.2	7.8
Historia familiar de maltrato físico	No / no sabe	1045	38.0	62.0	26.9	11.1
	Si	148	42.0	58.0	24.2	17.8
Empoderamiento	Bajo	166	30.4	69.6	17.2	13.2
	Medio	164	40.4	59.6	26.6	13.8
	Alto	863	39.5	60.5	27.9	11.6
Historia personal de abuso sexual	Si	15	72.6	27.4	19.9	52.7
	No	1178	38.1	61.9	26.6	11.5

Fuente: Elaboración de los autores con la base de datos de ENASSER 2009.

Análisis de supervivencia bivariado y multivariado

La etnia, el estado civil, la educación, el nivel de bienestar, el lugar de residencia, las actitudes hacia la educación sexual a jóvenes, el conocimiento amplio sobre el VIH, el empoderamiento y el abuso sexual estuvieron asociados al inicio temprano de la actividad sexual en las jóvenes de 15 a 19 años en el análisis bivariado (Cuadro 3). El inicio de relaciones sexuales de forma temprana resultó menos probable en mujeres no indígenas (HR=0.717, p=0.036) y que residían en áreas urbanas (HR=0.727, p=0.041) o rurales (HR=0.709, p=0.007) comparadas con las indígenas o que residían en áreas indígenas. El matrimonio o unión resultó un factor que intervino en el inicio temprano de la actividad sexual (HR= 1.617, p=0.001) al igual que pertenecer a un bajo nivel económico (HR=1.420, p=0.033). El riesgo de iniciar la actividad sexual a una temprana edad, fue mayor en mujeres sin educación, y se observó que disminuía con el aumento en el nivel de escolaridad (HR de 5.337 a 3.070, p=0.000). Resultó más probable que las mujeres con actitud negativa hacia la educación sexual a los jóvenes (HR=1.606, p=0.001), sin conocimiento amplio sobre el HIV (HR=1.545, p=0.019), con bajo nivel de empoderamiento (HR=1.428, p=0.045), y que habían sido abusadas sexualmente (HR=4.836, p=0.009) iniciaran tempranamente la actividad sexual comparadas con aquellas que tenían una actitud positiva hacia la educación sexual a los jóvenes, conocimiento amplio sobre HIV, alto nivel de empoderamiento y que no habían sido abusadas sexualmente.

Cuadro 3. Razón de riesgos bivariado y multivariado del modelo proporcional de Cox identificando asociaciones entre la edad la edad temprana de la primera relación sexual y factores demográficos, comunitarios y conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva. Panamá 2009.

Parámetro	Bivariado				Multivariado			
	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Etnia								
No indígena	.036	.717	.525	.978	.969	1.011	.584	1.751
Indígena	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Estado civil								
Casada o unida	.001	1.614	1.217	2.141	.019	1.339	1.049	1.708
Soltera no unida	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Educación								
Sin educación	.000	5.337	2.859	9.962	.072	2.917	.908	9.374
Primaria	.000	4.033	2.335	6.963	.000	4.273	2.137	8.541
Secundaria	.000	3.070	1.895	4.976	.000	3.196	1.867	5.471
Universitaria	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Bienestar								
Bajo	.033	1.420	1.028	1.960	.896	.975	.665	1.429
Medio	.540	1.104	.803	1.520	.317	.855	.628	1.163
Alto	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Residencia								
Urbana	.041	.727	.535	.987	.524	1.209	.673	2.170
Rural	.007	.709	.554	.908	.487	.814	.455	1.456
Indígena	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Acceso al condón								
No	.077	1.286	.973	1.699	.979	.995	.707	1.401
Si	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Actitudes sobre la educación sexual a jóvenes								
Negativa	.001	1.606	1.205	2.141	.057	1.344	.992	1.820
Positiva	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Normas sobre uso de condón								
No apoyan	.157	1.235	.921	1.656	.518	.884	.608	1.286
Apoyan	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Conocimiento comprensivo sobre VIH-Sida								
No	.019	1.545	1.075	2.223	.274	1.178	.878	1.580
Si	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Actitudes hacia la violencia doméstica contra la mujer								
En contra	.088	.610	.346	1.076	.935	.973	.500	1.893
A favor	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Maltrato físico								
No maltrato	.227	.786	.531	1.163	.405	.829	.533	1.291
Maltrato	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.

Historia familiar de maltrato físico								
No/no sabe	.296	.815	.555	1.197	.774	.947	.653	1.374
Si	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Em-podera-miento								
Bajo	.045	1.428	1.008	2.025	.824	1.062	.622	1.814
Medio	.262	1.221	.861	1.732	.756	.924	.559	1.527
Alto	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.
Historia personal de abuso sexual								
Si	.009	4.836	1.479	15.811	.047	4.242	1.016	17.702
No	.	1.000	.	.	.	1.000	.	.

Variable de estrato de evento: Ha tenido relaciones sexuales = 1.00
Intervalos de confianza de 95%. Método de ruptura de empates: efron

Fuente: Elaboración de los autores con la base de datos de ENASSER 2009.

En el modelo multivariado, el matrimonio o unión (HR= 1.339, p=0.019), el nivel de escolaridad (de HR=4.273 en mujeres con nivel primario a HR=3.196 en mujeres que lograron alcanzar el nivel secundario de educación, p<0.000) y el abuso sexual (HR=4.242, p=0.047) se mantuvieron como factores que aumentaron el riesgo de iniciar tempranamente la actividad sexual.

DISCUSIÓN

Las adolescentes de Panamá, presentan un comportamiento sexual semejante a otras mujeres de 15 a 19 años de países en desarrollo en lo relativo al porcentaje de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, que es cercano al 11%.¹⁹ Sin embargo, este promedio nacional no informa del alto porcentaje de iniciación temprana, cercano al 25%, que se observa en adolescentes indígenas viviendo en áreas indígenas y con bajos niveles de educación.

En Panamá, el matrimonio o unión, la educación y el abuso sexual son factores relacionados con una edad temprana a la primera relación sexual en mujeres de 15 a 19 años. Aunque el inicio de relaciones sexuales no se debe principalmente al matrimonio o unión, porque el porcentaje de iniciadas es mayor que el porcentaje de casadas o unidas; el matrimonio o unión, es un factor relacionado al inicio temprano. En los grupos originarios la unión a temprana edad es un hecho culturalmente aceptado y que aún se practica en el país, la joven indígena adquiere condición de casadera mediante los ritos de pasaje de la niñez a la edad adulta que inician con la menarquía en las etnias Ngabes, Gunas, Emberá, Wounaan, Naso y Buglere.^{20, 21, 22}

El nivel educativo resulto ser un factor significativo en la postergación del inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes. A mayor logro educativo mayor edad de iniciación sexual. Se ha planteado²³ que mejorar el conocimiento y capacidades que se adquieren mediante la educación formal y fortalecer la autoestima entre los jóvenes, puede tener beneficios en la toma de decisiones sexuales y la asunción de riesgos relacionados con el uso de sustancias nocivas para la salud.

El abuso sexual también surgió como un predictor significativo de las relaciones sexuales a temprana edad en las adolescentes panameñas. Según estudios longitudinales sobre abuso infantil,²⁴ el maltrato, independientemente del tipo, predice una relación sexual entre los 14 a 16 años y los niños maltratados (física, emocional, sexualmente o abandonados) están en riesgo de inicio temprano de las relaciones sexuales.

Aunque la falta de conocimiento amplio sobre el VIH-SIDA estuvo significativamente relacionada con el inicio a edades tempranas de la actividad sexual en las adolescentes, no resultó un predictor del inicio temprano de las relaciones sexuales. Sin embargo, es importante señalar que 9 de cada diez mujeres de 15 a 19 años carecen de un conocimiento amplio del VIH-SIDA. Esta desventaja también ha sido informada por otros autores²⁵ al indicar que el conocimiento sobre este tema que tienen adolescentes panameños de 13 a 18 años, es menor a sus pares de Colombia y España. La falta de conocimiento de las principales formas de prevención de la transmisión sexual del VIH y las concepciones erróneas sobre la transmisión del VIH que tienen los adolescentes, es un problema que debe ser enfrentado por los programas de prevención que buscan mejorar la salud pública del país.

Este estudio está limitado en el análisis de causalidad porque los datos son transversales y probablemente algunos conocimientos, actitudes y prácticas no precedieron la iniciación sexual.²⁶ No obstante las limitaciones, los resultados obtenidos sugieren la importancia de la educación formal en temas de salud sexual y reproductiva antes del inicio de la vida sexual para posponerlo y una vez iniciada, para prevenir las ITS-VIH, los embarazos no deseados y los abortos. Los diseños de los programas educativos deben considerar los aspectos culturales relativos a las diferentes etnias que conviven en el país. Los resultados también indican que es necesario realizar acciones preventivas en la comunidad para reducir el abuso infantil.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres y hombres que colaboraron para el desarrollo de ENASSER 2009.

MANIFESTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

No existen conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Donald B. Langille AC, Mark Asbridge A, Gordon Flowerdew A, Michael Allen A B. Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sexual Health*. 2010; 7(2): 199–204. <http://dx.doi.org/10.1071/SH09087>. Submitted: 18 August 2009 Accepted: 3 December 2009 Published online: 14 May 2010
2. Montero A, González E, Molina T. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile. *Rev Chil Salud Pública*. 2008; 12 (1): 42-47)
3. Cabezas E, Rodés S, Valdés Z. Edad al inicio de las relaciones sexuales y carcinoma del cuello uterino. *Rev.*

- Cuba. *Obstet. Ginecol*. 1985; 11(1): 97-103. Disponible en <http://bases.bireme.br> [Acceso el 09 de septiembre de 2014]
4. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsagué X, Herrero R, Meijer C J, Shah K, Franceschi S, Muñoz N y Bosch FX. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British Journal of Cancer* (2009) 100, 1191–1197. doi:10.1038/sj.bjc.6604974 Disponible en www.bjcancer.com Published online 10 March 2009 [Acceso el 09 de septiembre de 2014]
5. Lion KC, Prata N y Stewart C. Adolescent Childbearing in Nicaragua: A Quantitative Assessment of Associated Factors. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009; 35(2): 91–96
6. Fatusi AO y Blum RW. Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents, *BMC Public Health*. 2008; 8:136
7. Presler-Marshall E y Jones N. Charting the future: Empowering girls to prevent early pregnancy. Overseas Development Institute, July 2012. Disponible en https://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Charting_the_Future.pdf [Acceso el 21 de noviembre de 2014]
8. Steward NR, Farkas G y Bingenheimer JB. Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009; 41 (4): 244–252. DOI: 10.1363/4124409.
9. Baumann P, Bélanger RE, Akre C y Suris JC. Increased risks of early sexual initiators: time makes a difference. *Sexual Health*. 2011; 8(3) 431-435 <http://dx.doi.org/10.1071/SH10103>.
9. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011:96-98
10. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011:120
11. Ramiro MT, Bermúdez MP, Sierra JC, Buena-Casal G. Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Terapia Psicológica*. 2013; 31(2): 175-186
12. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011: 16
13. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y Macro International Inc. 2008. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM y Macro International Inc.
14. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011:18
15. Rutstein SO, Johnson K. Comparative Reports No.6: The DHS Wealth Index. ORC Macro Calverton, Maryland USA, August 2004

16. Unicef. HIV/AIDS Definitions of the Indicators. Disponible en http://www.unicef.org/infobycountry/stats_popup4.html. [Acceso el 17 de julio de 2014]
17. De León R, Martínez L, Chù E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011: 252
18. United Nations Children's Fund (UNICEF) February 2011. THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2011 Adolescence An Age of Opportunity. Disponible en http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
19. Torres de Arauz R. Panamá indígena. Autoridad del Canal de Panamá, 1999. Disponible en <http://bdigital.binal.ac.pa/bdp/tomoXVI1.pdf>. [Acceso el 18 de diciembre de 2014]
20. Aguilar J. La cultura Kuna: Kuna Yala o Dulenega. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos11/kunas/kunas.shtml>. [Acceso el 17 de diciembre de 2014].
21. López M, Fenly N, Duque MT, López A, Coti E, Corea R, Pérez S, Martínez G, González C, Cunningham R. Mairin BB: Las voces de las mujeres indígenas. Diagnóstico participativo sobre violencia contra las mujeres indígenas en Centroamérica. Disponible en <http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2014/07/Violencia-mujeres-indigenas-CA.pdf>. [Acceso el 18 de diciembre de 2014]
22. Wheeler SB. Effects of Self-Esteem and Academic Performance on Adolescent Decision-Making: An Examination of Early Sexual Intercourse and Illegal Substance Use. *Journal of Adolescent Health* Volume 47, Issue 6, December 2010, Pages 582–590. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2010.04.009. 20-Jun-14
23. Black MM., Oberlander SE, Lewis T, Knight ED, Zolotor AJ, Litrownik AJ, Thompson R, Dubowitz H, English DE. Sexual Intercourse Among Adolescents Maltreated Before Age 12: A Prospective Investigation. Published online August 10, 2009. *PEDIATRICS*. 2009, 124(3): 941 -949. doi: 10.1542/peds.2008-3836
24. Bermúdez MP, Teva I, Ramiro MT, Uribe-Rodríguez AF, Sierra JC y Buela-Casal G. Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2012; 12(2): 235-249
25. Fatusi AO y Blum RW. Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents, *BMC Public Health* 2008, 8:136.

OPINIONES DE MÉDICOS GINECÓ-OBSTETRA SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EL ABORTO EN PANAMÁ

Haydeé Flores Castro¹, Alba Mendoza², Biverly Grajales³, Eyra Ruiz⁴

ABSTRACT

OBJECTIVE

To explore the opinion of obstetricians and gynecologists in some aspects of reproductive health and abortion in Panama.

MATERIAL AND METHODS

A sample of 90 obstetricians and gynecologists was taken at random. Data were processed using the Epi Info statistic package for Windows 3.5.1 version. Data was expressed in tables.

RESULTS

The great majority of medical respondents believe that the pregnancy in teenagers, HIV/AIDS and the genitor/mammary cancer are serious public health issues.

Under the following conditions, abortion is considered acceptable by the obstetricians and gynecologists interviewed: congenital malformation (84%), risk of maternal death (72%) and rape of women under the age of 15 years (66%). Of those interviewed, 50% believed that the legalization of abortion would not lessen maternal deaths, 20% considered the IUD as abortive and 66.7% expressed that the access to family planning would not help to decrease provoked abortions.

CONCLUSIONS

An important percentage did not agree with abortion, even if the life of the mother is in danger. They considered the IDU as abortive and did not value contraception as a means of prevention.

RESUMEN

OBJETIVO

Conocer la opinión de los médicos sobre algunos aspectos de SSR y el aborto en Panamá

MATERIAL Y METODO: La muestra fue de 90 médicos gineco-obstetras, la cual fue tomada al azar. Los datos fueron procesados, utilizando el paquete estadístico Epi Info versión 3.5.1., expresando los resultados en tablas.

RESULTADOS

Se encontró que más del 80% de los profesionales concedieron gran relevancia a temas como el embarazo adolescente, el VIH/SIDA y el cáncer genito-mamario.

Solo bajo las siguientes circunstancias estuvieron de acuerdo con el aborto: malformación congénita (87.7%), riesgo de muerte materna (77.7%) y violación a una menor de edad 15 años (66.6%).

El 50% opinó que la despenalización del aborto no disminuiría las muertes maternas. El 20% consideró el DIU como abortivo y el 66.7% opinó que el acceso a la planificación familiar no ayudará a disminuir los abortos provocados.

CONCLUSIONES

Un importante porcentaje no estaba de acuerdo con el aborto, aunque peligre la vida de la madre. Consideraron el DIU como un abortivo y no valoraron la anticoncepción como medida de prevención.

Palabras claves: aborto provocado, salud sexual y reproductiva, anticoncepción.

INTRODUCCIÓN

En Panamá, igual que en muchos otros países de América Latina, el papel que juega el médico sobre todo el especialista en gineco-obstetricia es muy importante en la oferta de servicios de abortos seguros y legales y la atención a las mujeres con abortos en evolución, espontáneos o inducidos. Según datos del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud del Ministerio de Salud de Panamá se estimó que en el 2005 se practicaron 6053 abortos que requirieron hospitalización por atención y complicaciones, esto sin contar con los abortos que no llegan a una instalación de salud (1).

Diversos estudios en nuestro país han explorado algunos temas sobre el aborto como son los aspectos legales, los costos, las características de las mujeres con aborto, uso de medicamentos y la opinión pública entre otros. A pesar

¹ Psicóloga, Centro de Investigación en Reproducción Humana, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

² Socióloga, Centro de Investigación en Reproducción Humana, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

³ Enfermera, Ministerio de Salud.

⁴ Ginecóloga obstetra, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

de los esfuerzos realizados en el área legal normativa para eliminar diversos obstáculos, persisten barreras legales, médicas, socioculturales, físicas, de género, idiomáticas y financieras para el acceso a los servicios de planificación familiar. La restricción a estos servicios incrementa el riesgo de presentar problemas de salud sexual y reproductiva tales como embarazos no deseados, espaciamientos inadecuados de los nacimientos y abortos (2). Sin embargo, el presente estudio fue el primero dirigido a la opinión del personal de salud, y específicamente a médicos gineco-obstetras, con una muestra representativa a nivel nacional. Esto permitió llenar un espacio científico acerca de conocimientos y opiniones de médicos gineco-obstetras sobre opiniones, aspectos legales y médicos del aborto y algunos otros temas de salud sexual y reproductiva en Panamá.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio de tipo descriptivo, exploratorio prospectivo para conocer la opinión de los médicos ginecólogos sobre algunos aspectos de salud sexual y reproductiva y el aborto.

La muestra fue de 90 profesionales. Se realizó una distribución aleatoria y utilizando el listado del Consejo Técnico del Ministerio de Salud de nuestro país. Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario auto-aplicable y confidencial, dado el carácter controvertido de algunos temas abordados. Los cuestionarios eran devueltos en sobres cerrados, sin nombres, para garantizar el anonimato de los participantes.

Para la selección de la muestra se utilizó, el programa estadístico STATS versión 1.1 y el análisis se realizó utilizando el programa estadístico Epi Info versión 3.5.1.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

El rango de edad osciló entre 25 a 75 años con una media de 46 años. El 63.4% de los participantes fueron varones y el 35.5% mujeres. La gran mayoría eran de nacionalidad panameña (96.3%). El 48.9% laboraban en hospitales públicos. El 52.6% informaron realizar trabajos extras en el sector privado.

La relevancia de los problemas de SSR en el país

Las primeras preguntas de la encuesta indagaron el nivel de relevancia para la salud pública que los médicos le atribuyeron a un conjunto de problemas de la salud reproductiva: aborto, abuso sexual, anticoncepción, anticoncepción quirúrgica, cáncer génito-mamario, cesárea, controles prenatales, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, infertilidad, nutrición, SIDA, y violencia doméstica.

Más del 80% de los entrevistados concedieron gran relevancia a temas como el embarazo adolescente, el VIH/SIDA y el cáncer genito-mamario. Menos del 35% consideraron relevante temas como la anticoncepción quirúrgica, la cesárea y la infertilidad (Cuadro 1).

Cuadro 1. Grado de relevancia que tienen algunos temas de SSR para la salud pública del país. (n=192). Año 2008				
	Bastante relevante/ Muy relevante	Relevante	Poco relevante/ nada relevante	No sabe/no responde
	%	%	%	%
Embarazo adolescente	82.2	16.7	1.1	-
VIH/SIDA	83.4	15.5	1.1	-
Cáncer genito mamario	1.1	14.4	84.5	-
ITS	77.8	20.0	2.2	-
Violencia domestica	74.5	22.2	2.2	1.1
Abuso sexual	72.3	21.1	4.4	2.2
Aborto	65.5	25.6	6.7	2.2
Controles prenatales	67.8	23.4	4.4	4.4
Anticoncepción	63.3	27.8	7.8	1.1
Nutrición	58.9	31.1	10.0	-
Anticoncepción quirúrgica	35.6	48.9	15.5	-
Cesárea	28.9	47.8	21.1	2.2
Infertilidad	17.8	43.3	38.9	-

Implementación de programas y acciones en salud sexual y reproductiva

Se indagó la opinión de los encuestados sobre el grado de prioridad que tiene la modificación de ciertas normas y políticas vigentes en SSR, así como la implementación de ciertos programas y acciones.

Con el fin de determinar el grado de prioridad de estas normas, políticas, programas y acciones se le solicitó a todos los entrevistados que evaluaran algunas frases dentro de las siguientes categorías "muy prioritario", "prioritario", "poco prioritario", y "nada prioritario"

Las frases a evaluar eran:

- Implementar y/o mejorar los programas de asistencia en anticoncepción
- Implementar programas de educación sexual dirigidos a la población adolescente
- Implementar programas de asesoramiento anticonceptivo post aborto.
- Promover el debate público sobre la situación del aborto en el país.
- Implementar programas para mejorar la atención de los abortos hospitalizados.
- Implementar campañas de prevención de VIH/SIDA con distribución de preservativos.

El máximo grado de prioridad para la implementación de ciertos programas y acciones se otorgó, en primer lugar, a la educación sexual dirigida a la población adolescente (82.2%). En segundo lugar, el 60.0% pensaron que es muy prioritario implementar programas de asesoramiento anticonceptivo post aborto. En tercer lugar, la máxima prioridad se concedió a la implementación de los programas de prevención del VIH/SIDA con la distribución de condones a la población, con 58.9% (Cuadro 2).

	Muy prioritario	Prioritario	Poco / nada prioritario	No sabe / no contesta
	%	%	%	%
Implementar programas de educación sexual dirigidos a los adolescentes	82.2	15.6	-	2.2
Implementar programas de asesoramiento anticonceptivo post-aborto	60.0	35.6	2.2	-
Implementar campañas de prevención del VIH/ SIDA con distribución de condones	58.9	28.9	8.9	3.3
Promover el debate público sobre la situación del aborto en el país	28.8	50.0	18.9	2.2
Implementar programas para mejorar la atención de los abortos hospitalizados	26.7	58.9	12.2	2.2
Implementar y/o mejorar los programas de asistencia en anticoncepción.	54.4	42.3	1.1	2.2

La interrupción voluntaria de la gestación

Se indagó las opiniones sobre la interrupción voluntaria del embarazo a través de una serie de situaciones específicas donde los encuestados manifestaron su acuerdo o desacuerdo.

La primera razón manifestada, por los encuestados que justifica la interrupción voluntaria de la gestación fue en caso de malformación incompatible con la vida extrauterina: 87.7%. La segunda razón, consensuada fue si la vida de una mujer corre peligro debido al embarazo o parto (77.7%). Las siguientes razones que también suscitaron un elevado consenso fueron los embarazos producto de violaciones en diferentes contextos: cuando el embarazo fuera producto de la violación de una menor de quince años (66.6%); en una mujer adulta (61.1%); en una mujer con retardo mental o con demencia (55.5%) y cuando una mujer fue embarazada por un familiar que no es su pareja (34.4%).

El resto de las situaciones que justificaron el aborto provocado obtuvieron puntuaciones porcentuales por debajo del 15. El porcentaje más pequeño de aceptación a la realización de un aborto corresponde a mujeres que consideran que el embarazo les ocasionará inconvenientes para el desarrollo de su vida laboral o profesional (3.3%) (Cuadro 3).

	%
Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina	87.7
Si la vida de una mujer corre peligro debido al embarazo o parto	77.7
Si una niña menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación	66.6
Si una mujer quedo embarazada debido a una violación	61.1
Si una mujer con retardo mental o demencia quedo embarazada debido a una violación	55.5

Si una mujer ha sido embarazada por un familiar que no es su pareja	34.4
Si la salud mental de una mujer se ve afectada por el parto y/o la crianza del niño	14.4
Si una mujer no desea ese hijo	7.7
Si una mujer ha sido abandonada por su pareja	5.5
Si una mujer carece de recursos económicos	4.4
Si una mujer quedó embarazada porque le falló el método anticonceptivo	4.4
Si una mujer piensa que un hijo le causará inconvenientes en el desarrollo de su vida laboral o profesional.	3.3

La legislación del aborto

La encuesta también preguntó a los entrevistados si estaban de acuerdo con la penalización del aborto en seis situaciones diferentes: a) penalizar el aborto en caso de condición social y económica adversa, b) penalizar el aborto en caso de decisión autónoma de la mujer, c) penalizar el aborto en caso de violación o incesto, d) penalizar el aborto en caso de malformación incompatible con la vida extrauterina, e) penalizar el aborto en caso de riesgo de vida o de salud de la mujer y f) penalizar el aborto en todos los casos.

Más de las dos terceras partes de los entrevistados están de acuerdo en la penalización del aborto si las razones son de tipo social o económica adversa o por decisión autónoma de la propia mujer.

Se encontró un importante número de profesionales que creen se debe penalizar el aborto en caso que el embarazo sea producto de una violación o incesto (23.3%); o aunque la vida de la mujer este en riesgo (12.2%) o en caso de malformación congénita incompatible con la vida extrauterina (8.8%) (Cuadro 4).

	%
La ley debería penalizar el aborto en caso de condición social y económica adversa	74.4
La ley debería penalizar el aborto en caso de decisión autónoma de la mujer	66.6
La ley debería penalizar el aborto en caso de violación o incesto	23.3
La ley debería penalizar el aborto en todos los casos	20.0
La ley debería penalizar el aborto en caso de riesgo de vida o de salud de la mujer	12.2
La ley debería penalizar el aborto en caso de malformación incompatible con la vida extrauterina	8.8

Opiniones sobre otros temas relativos al aborto

Se recogieron las opiniones de los entrevistados sobre otros temas entorno al aborto, como son: a) si la despenalización del aborto contribuirá a disminuir las muertes maternas por aborto provocado, b) si están de acuerdo que la falta de acceso a la planificación familiar es el principal determinante del aborto inducido, c) si están de acuerdo que la decisión de interrumpir voluntariamente una gestación es, en última instancia, una atribución de la mujer y d) si están de acuerdo que la educación sexual es una estrategia eficaz para prevenir embarazos no deseados.

Menos de la mitad de los encuestados (47.7%) opinaron que la decisión de interrumpir voluntariamente una gestación es en última instancia, una atribución de la mujer. Solo la mitad de los encuestados (50.0%) consideraron que la despenalización del aborto contribuirá a disminuir las muertes maternas por aborto provocado y aún más, solo el 33.3% consideró que la falta de acceso a la planificación familiar es el principal determinante del aborto inducido.

OPINION	%
La despenalización del aborto contribuirá a disminuir las muertes maternas por aborto provocado.	50.0
La falta de acceso a la planificación familiar es el principal determinante de los abortos inducidos.	33.3
La decisión de interrumpir voluntariamente una gestación es en última instancia, una atribución de la mujer.	47.7

Aunque que el Código Penal de Panamá establece que el aborto provocado es ilegal, salvo en caso de amenaza a la vida o salud de la mujer, o si el embarazo es el resultado de una violación o en caso de malformación congénita incompatible con la vida extrauterina, se encontró un 13.3% de profesionales que desconocen estas disposiciones legales entorno al aborto en nuestro país (Cuadro 6).

OPINION	%
Totalmente prohibido	11.1
No penalizado en algunas situaciones	86.7
No sabe	2.2

Existen muchas barreras que obstaculizan el avance de la anticoncepción, las cuales pueden ser de tipo cultural, social o religiosa, incluso económica o política. Cuando estas barreras nacen del personal médico, que debe proveer los servicios de anticoncepción, hablamos de barreras médicas definidas como los obstáculos para la anticoncepción que no

tienen base científica demostrada y que dificultan el acceso y la calidad de la atención en planificación familiar.

El cuadro 7 muestra que entre un 16.6% a 34.4% de los entrevistados persisten barreras médicas en torno a temas como que el DIU es un abortivo, o que el diafragma es solo apropiado para mujeres con alto nivel educativo, o que el condón disminuye el placer sexual.

OPINION	%
El DIU es un abortivo	20.0
El condón es un método que disminuye el placer sexual masculino	16.6
El diafragma es un método apropiado sólo para las mujeres con alto nivel educativo	34.4

Discusión

Los resultados indicaron que los temas más relevantes para la salud pública fueron el embarazo adolescente, el cáncer genito mamario y el VIH/SIDA.

Igualmente menos de un tercio de los encuestados consideraron prioritario promover el debate público sobre la situación del aborto en el país o implementar programas para mejorar la atención de los abortos incompletos en los hospitales. A diferencia de un estudio realizado en Argentina, con obstetras y ginecólogos de hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, donde la gran mayoría de ellos considera que el aborto es un serio problema de salud pública (Gogna et al., 2002).

La principal razón encontrada que justifica la interrupción voluntaria de un embarazo, esta centrada en aquellos casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina, seguido de riesgo de vida de la mujer y en tercer lugar en caso de un embarazo producto de una violación. Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado en Brasil en 2003 entre un amplio número de gineco-obstetras en donde las causales bajo las cuales la gran mayoría de los médicos (77%) están de acuerdo en que se debe permitir el aborto son el caso de violación, cuando la vida de la mujer está en peligro y ante malformaciones del feto (Faúndes et al., 2004).

La cuarta parte de los entrevistados opinaron que el aborto debería ser penalizado bajo cualquier circunstancia revelando el escaso conocimiento que tienen sobre la situación de la legislación vigente. Similares resultados se encontraron en otros estudios exploratorios con médicos residentes en hospitales del Distrito Federal de México realizados en el 2000 y 2001, en donde solo una tercera parte sabía que el aborto es legal bajo algunas causales (González de León & Billings, 2001).

Solo un tercio de los profesionales consideraron que la despenalización del aborto contribuirá a disminuir las

muerdes maternas. Igualmente solo un pequeño porcentaje opinaron que la falta de acceso a la planificación familia es el principal determinante del aborto inducido.

Se hace necesario llevar adelante acciones de sensibilización entre los y las profesionales médicos gineco-obstetras para crear conciencia y formular estrategias que promuevan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El educar y sensibilizar al personal medico garantiza posturas menos extremas con las encontradas en este estudio sobre todo en materia de lo que se cree correcto frente las acciones de denuncia penal, que muchas veces se convierten en barreras que impiden acceder a la búsqueda de atención medica oportuna y segura.

REFERENCIAS

1. Ministerio de salud de Panamá. Departamento de Análisis de situación y tendencias de salud, Sección de estadísticas. Cuadro No. 7; 2005
2. Ahman E, y Shah I. Unsafe abortion: Worldwide estimates for 2000. *Reproductive Health Matters* 2002; 10 (19): 13-17.
3. Magali Zeballos .Desafíos de Panamá en materia de población y Desarrollo, Salud Sexual y reproductiva y Equidad de Genero. Edición Panamá Plus sobre: garantizar el acceso a los servicios de planificación familiar.2004. pag. 25.
4. Faúndes, A.; Duarte, G.; Andalaft Neto, J.; Olivatto, A.; Simoneti, R. ... Ginecólogos y Obstetras sobre aborto inducido"; RBGO,Vol. 26, Nº 2, 2004. ... 139, Suplemento Nº 1,
5. Dalia Szulik, Soc, Mónica Gogna, Soc, Mónica Petracci, Soc, Silvina Ramos, Soc,Mariana Romero, Soc. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos *Salud Pública Méx* 2008; Vol. 50(1):32-39
6. Gutiérrez, M.A. 2000. "Mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres". En: Abregú, M. y Ramos, S. (eds.). *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática, CEDES/CELS/ Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas*, año 2, Nº 3.
7. González de León Aguiire, D. y Billings, D. 2001. "Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitales". *Gender and Development* Vol. 9, Nº2. Instituto Social y Político de la Mujer, 2001. *Estudio Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires.
8. Muraro, H. 1994. "Nota sobre el estado de la opinión pública metropolitana acerca del debate sobre prohibición del aborto". Informe final de investigación presentado al Consejo Nacional de la Mujer, Buenos Aires.
9. Sing. and S.K. Hensshaw. Socio cultural and political Aspects of abortion from an anthropological Perspective. 1999
10. World Health Organization. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data. WHO. Geneva, 1998.

NORMAS PARA LOS AUTORES

Todo manuscrito se debe enviar a: revcog@intelnet.net.gt en documentos de Word versión 97-2003 ó 2007, tamaño carta en doble espacio con letra Arial número 12. Adjuntando al artículo una carta firmada por el autor en el que certifica que el artículo no ha sido publicado total o parcialmente en otra revista, periódico, libro o publicación similar y cediendo todos los derechos a REVCOG.

Escritura y terminología.

Todo manuscrito debe estar escrito en español. Números del uno al diez debe escribirse en letras; para más de diez personas, objetos, días, meses, etc. se usaran números arábigos. Se prefiere "mujer" en vez de "paciente" al reportar en obstetricia. El autor debe utilizar el nombre genérico de las drogas a menos que el comercial sea directamente relevante. Cualquier equipo especializado, producto químico o farmacéutico citado en el texto debe estar acompañado por el nombre, ciudad y país del fabricante.

Presentación del manuscrito

El texto de **artículos originales**, **técnicas quirúrgicas**, **presentación de casos** y **revisiones sistemáticas**, debe estar ordenado secuencialmente así: 1. Título; 2. Resumen y Abstract con palabras clave y key words; 3. texto principal; 4. Agradecimiento; 5. Manifestación de conflicto de interés; 6. Referencias; 7. Tablas / Figuras.

1. Título.

Hoja de presentación que debe incluir:

- Título completo del artículo (el título debe incluir la metodología al final antecedido de dos puntos, e.j. Evaluación del feto de madre diabética: revisión sistemática)
- Nombre del autor principal, con su dirección electrónica, teléfono, puesto administrativo, departamento/división (máximo dos puestos) y país.
- Nombre de todos los coautores, con su puesto administrativo departamento/división (máximo un puesto por autor).
- Título corto de no más de 60 caracteres para los encabezados de página.

2. Resumen y Abstract y Palabras Clave

No más de 250 palabras para artículos originales y revisiones sistemáticas.

No más de 100 palabras para presentación de casos, técnicas quirúrgicas y revisiones no sistemáticas.

Cartas del lector, comentarios y minicomentarios no necesitan resumen/abstract.

3. Texto principal

Para **artículos originales** y **revisiones sistemáticas**, se debe subdividir así Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. **Presentación de casos** y **técnicas quirúrgicas**: Introducción, presentación de caso o técnica y discusión. Cualquier abreviatura o acrónimo utilizado se definirá en la primera aparición que tenga en el texto principal del artículo.

4. Agradecimientos

Incluyen instituciones o particulares que financiaron el total o parte del estudio. También contribuyentes que califican como autores, en cuyo caso su contribución debe ser descrita.

5. Manifestación de conflicto de interés

Incluye financiamiento o interés directo para alguno de los autores (por ej. Propiedad de la patente, de acciones, ser consultante o

conferencista, etc), intereses personales, políticos, intelectuales o religiosos. El tener conflicto de interés no impide que alguien pueda ser autor.

6. Referencias

Se presentarán en base a sistema de referencia de la convención de Vancouver. Las referencias serán numeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto. Se deben identificar en superíndice. Información de artículos aun no publicados serán citados como observaciones no publicadas. Artículos de hasta seis autores deben incluir todos los autores. Si el artículo tiene mas de seis autores, solo seis serán colocados seguido de "et.al"

7. Tablas / Figuras.

Todas las tablas, figuras y gráficas deben estar citas y debidamente identificada entre paréntesis en el artículo. Cualquier tabla, figura o gráfica no cita en el artículo será descartada, sin responsabilidad por parte de los editores. Todas las tablas deben ir en blanco y negro. Las gráficas y figuras serán publicadas a color. Todas las tablas, figuras y gráficas estarán incluidas en el formato de Word enlistadas a continuación de las referencias. Las figuras deben estar en formato JPEG.

Artículos originales (de investigación)

Texto con máximo de 5000 palabras. Deben incluir la carta de autorización ética de la institución donde se realizó el estudio.

Técnicas quirúrgicas

Son descripciones de técnicas nuevas o innovadoras. Pueden tener más de diez ilustraciones, acompañadas de texto informativo de hasta 1800 palabras.

Comentarios

Comentarios en aspectos controversiales o de interés general. No deben tener más de 1800 palabras con 10 a 12 referencias. La manifestación de conflicto de interés **debe** ser incluida después del cuerpo principal y antes de las referencias. Se permiten como máximo dos graficas/tablas o figuras.

Presentación de casos

Texto con máximo de 1800 palabras. Deben ser casos que por su

Minicomentarios

Únicamente por invitación del editor. Se relacionan específicamente aun artículo en especial. No más de 500 palabras, con referencias integradas. **Debe** tener manifestación de conflicto de interés al final.

Cartas al editor

No más de 500 palabras. No deben de contener más de cuatro referencias. La carta debe incluir el nombre de la(s) persona(s) que aparecerán como signatarios con sus cargos, departamento/división y país. Se debe incluir el Título de la carta.

Los editores se reservan el derecho de realizar cambios de redacción, gramática y estilo, manteniendo la exactitud científica del reporte. A los autores se les puede solicitar que realicen cambios en ortografía, estilo y gramática, así como revisar por inconsistencias en el texto o las referencias.

Los autores son los únicos responsables del contenido del artículo y de su exactitud así como de la veracidad de lo que en ellos se publica. REVCOG bajo ninguna circunstancia se hace responsable por el contenido de los artículos.