



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS, CON
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

FACTORES PSICOSOCIALES, ASOCIADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES, EN UN GRUPO DE 100 ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE NUEVO VERANILLO

POR

GENOVEVA GUEVARA DE HIDALGO
MIRNA M. MARTÍNEZ DE SANTAMARÍA

Tesis presentada para obtener el grado de
Maestra en Ciencias con especialización en
Enfermería Materno Infantil

PÁGINA DE APROBACIÓN

JUL 10. 1987

Aprobado por:

Director de Tesis Angela Rodríguez
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado Medeiros
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado J. del S.
(Nombre y Título)

Representante de la Vice Rectoría de Investigación
y Post Grado _____
(Nombre y Título)

Fecha: 1º de Junio 1987

Obsequio del Ostar

DEDICATORIA

A mis hijos Dionel y Estelavit
por ser ellos mi fuente inagotable
de amor y abnegación.

A mi esposo Dionel por acompañarme
en los momentos buenos y en los
difíciles.

A mis padres y hermanos,
por su colaboración desinteresada;
en especial a Sencia y Leyda.

Genoveva

A Dios Nuestro Señor, por haberme permitido
lograr esta meta trascendental en mi vida.

A mis hijos: Diana Isabel y Rafael Alberto,
quienes constituyen el motivo impulsador
de mis afanes de superación.

A mi esposo Rafael Alberto,
alentador de mis ideales.

A mi madre, hermanos y sobrinos
y en especial a Juanita,
por su ayuda y colaboración para llegar
a conquistar este supremo anhelo.

Mirna

A G R A D E C I M I E N T O

A todas las personas que hicieron posible
la realización de este trabajo.

En especial a la profesora
Ángela Rodríguez de Serrut,
por su atinada guía y dirección.

A todos los profesores que contribuyeron
en nuestra preparación profesional.

A las enfermeras del Centro de Salud
de Nuevo Veranillo, por su apoyo,
y de manera especial,
a las adolescentes embarazadas
del distrito de San Miguelito,
motivo fundamental de nuestro estudio,
quienes nos ofrecieron un valioso aporte
al responder las encuestas y permitirnos
hacerlas el centro de nuestras investigaciones.

Las autoras

T A B L A S

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN.....	19
CAPÍTULO I - MARCO CONCEPTUAL.....	23
A.- Antecedentes y justificación.....	24
B.- Enunciado del problema.....	28
C.- Objetivos.....	29
1.- Objetivo general.....	29
2.- Objetivos específicos.....	29
CH.- Hipótesis.....	29
D.- Variables.....	30
E.- Definición operacional de términos.....	31
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO.....	32
A.- Generalidades sobre el concepto de adolescencia.....	33
1.- Definición del concepto.....	33
2.- Características de la adolescencia..	36
a.- Cambios físicos.....	37
b.- Desarrollo fisiológico.....	40
c.- Desarrollo intelectual en la adolescencia.....	40

ch.- Cambios emocionales y desarrollo psicosocial.....	
B.- Teorías sobre el desarrollo psicosocial del adolescente.....	47
1.- Arnold Gesell.....	47
2.- Sigmund Freud.....	49
3.- Erick Erickson.....	52
4.- Harry St ^o ck Sullivan.....	55
5.- Teoría de campo de Kurt Levin.....	58
6.- Jean Piaget.....	60
C.- Problemática actual del adolescente a nivel mundial y nacional.....	65
CH.- El embarazo en la adolescencia.....	74
1.- Aspectos obstétricos.....	76
2.- Aspectos psicosociales.....	79
a.- Factores individuales.....	79
b.- Factores familiares.....	81
3.- Características del progenitor.....	82
4.- Aspectos pediátricos.....	83
5.- Aspectos psicológicos en el embarazo en adolescente.....	84
D.- Generalidades sobre el concepto de riesgo	86

	Página
1.- Análisis de riesgo.....	86
2.- Factores de riesgo.....	88
3.- Factores de riesgo y sus resulta- dos.....	91
4.- Indicador o causas.....	92
5.- Medición de riesgo.....	93
6.- Tipos de estudio para identificar los factores de riesgo.....	94
7.- Grado de riesgo.....	95
8.- Cambios que se esperan en el sistema de salud a través del enfoque de riesgo.....	97
9.- Ventajas previsibles de la aplicación del enfoque de riesgo en la atención de la salud.....	98
 CAPÍTULO III - DISEÑO METODOLÓGICO.....	 101
A.- Descripción del área de estudio.....	102
B.- Tipo de diseño.....	102
C.- Población estudiada.....	103
CH.- Técnicas.....	104
D.- Instrumentos para la recolección de datos.....	105
E.- Procedimientos para la recolección de datos.....	106
F.- Estadísticas utilizadas.....	107

	Página
1.- Porcentaje.....	107
2.- Chi cuadrado.....	108
3.- Coeficiente de contingencia.....	108
 CAPÍTULO IV - PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	 109
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	 156
 BIBLIOGRAFÍA.....	 163
 ANEXOS.....	 173

CUADROS

Nº		Página
1	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por reacción al embarazo, según nivel educativo: julio-agosto de 1986.....	112
2	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por período transcurrido entre la deserción escolar y el inicio del embarazo, por año académico de la deserción: julio-agosto de 1986.....	114
3	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por edad, según religión profesada: julio-agosto de 1986.....	116
4	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por edad, según tipo de familia: julio-agosto de 1986.....	118
5	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por edad, según tipo de relación familiar: julio-agosto de 1986.....	120

Nº		Página
6	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por recursos económicos para sus gastos, según actividad que realizan: julio-agosto de 1986.....	122
7	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por edad, según el control de autoridad en el hogar: julio-agosto de 1986...	124
8	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por edad, según instrucción sexual recibida: julio-agosto de 1986.....	126
9	Uso de anticonceptivos por las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según lugar donde recibieron educación sexual: julio-agosto de 1986.....	128
10	Relación entre la ingesta de bebida alcohólica por las madres y las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo: julio-agosto de 1986.....	130

Nº		Página
11	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por reacción de la madre al embarazo, según nivel de instrucción: julio-agosto de 1986.....	132
12	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por edad, según tipo de actividad de la madre: julio-agosto de 1986.....	134
13	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por edad, según el nivel de instrucción del padre: julio-agosto de 1986.....	135
14	Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, por reacción de los cónyuges al embarazo, según nivel de instrucción: julio-agosto de 1986.....	138

GRÁFICAS

Nº		Página
1	Estructura por edad, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo: julio-agosto de 1986.....	143
2	Estructura por edad, de los cónyuges de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo: julio-agosto de 1986.....	145
3	Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según estado conyugal: julio-agosto de 1986.....	147
4	Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según ingreso familiar mensual: julio-agosto de 1986 (en balboas).....	149
5	Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según actividad grupal: julio-agosto de 1986.....	151
6	Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según provincia de procedencia: julio-agosto de 1986.....	153

Nº		Página
7	Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según corregimiento de residencia: julio-agosto de 1986.....	154

ANEXOS

Nº		Página
1	Solicitud de permiso para realizar entrevistas.....	174
2	Solicitud de autorización para realizar entrevistas.....	175
3	Instructivo para la investigación sobre factores de riesgos psicosociales asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.	176
4	Encuesta.....	184
5	Tabla de valores críticos de Chi cuadrada.....	191
6	Cronograma de actividades para la elaboración de la tesis.....	192

I N T R O D U C C I Ó N

La alta incidencia de embarazos en adolescentes, en todos los países de América Latina, y por ende, en Panamá, con su secuela de aspectos negativos en todos los órdenes: físicos, sociales y morales, es el motivo de este estudio que revela la honda preocupación que tal situación ha creado en nuestra sociedad actual.

"En Panamá, de los 53,000 nacimientos ocurridos en 1983, un 20% corresponde a madres adolescentes menores de 19 años." ¹ Esto es importante, debido a los riesgos psicosociales a que están expuestas las adolescentes y que, en algún grado, se asocian al riesgo de embarazo.

Diversos estudios, a nivel mundial, señalan que este problema se debe a factores de índole social, cultural, ambiental y económico; por lo que la enfermera como miembro del equipo de salud, desempeña una labor importante en la problemática del embarazo en adolescentes.

¹ Mirna M. de Santamaría y otros. Medición de factores de riesgo asociado al embarazo en adolescentes; (Panamá: Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, 1985), p. 1. (Inédito)

Atendiendo a conocimientos científicos, tecnológicos y actualizados, se ha efectuado esta investigación sobre los factores psicosociales, asociados al embarazo en adolescentes, a un grupo de 100 adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

El trabajo es de gran valor, pues contribuye a identificar factores que pueden estar asociados con el embarazo en este grupo.

El mismo está compuesto de cuatro capítulos. El primero incluye el marco conceptual, que comprende la justificación, objetivos, hipótesis, variables del estudio y las definiciones operacionales.

El segundo capítulo comprende el marco teórico, compuesto por una revisión bibliográfica exhaustiva de los diferentes estudios que se han realizado sobre el tema a nivel de América Latina y Panamá y las teorías sobre el desarrollo psicosocial del adolescente, que servirán de base para sustentar algunos de los resultados obtenidos.

El capítulo tercero detalla la metodología utilizada en el estudio. La información se recogió por medio

de entrevistas con cada una de las adolescentes embarazadas, para lo cual se utilizó un cuestionario previamente elaborado.

Finalmente, está el análisis de los resultados obtenidos, con las conclusiones y recomendaciones que exige el problema analizado.

Las limitantes fueron, en general, de carácter práctico; sin embargo, los objetivos del estudio pudieron lograrse. Se presenta una serie de anexos que reflejan el proceso de la investigación.

Somos conscientes de que el tema es amplio y difícil de manejar estadísticamente; no obstante, consideramos que es de interés y de gran valor para la atención de la joven adolescente, ya que el problema citado está causando impacto en la sociedad.

Esperamos que, en un futuro muy próximo, el adolescente tenga derecho a una mayor y mejor atención por parte de todos los sectores involucrados en el desarrollo y bienestar de este grupo tan importante en todos los estratos sociales.

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL

A.- Antecedentes y justificación.

El reconocimiento de la importancia de adolescentes y jóvenes como parte integrante de los programas sociales y de salud, es relativamente reciente; lo cual representa un cambio de gran valor en las políticas y estrategias de desarrollo en los campos anteriormente señalados.

La inclusión de este grupo de la población en los planes de salud es una innovación, no sólo en las Américas, sino en el mundo entero.

En un país como el nuestro, en vías de desarrollo, hay una serie de factores, sobre todo de naturaleza psicosocial, que afectan los niveles de salud de la población, en especial, al grupo de adolescentes.

Actualmente existen diversos problemas que presentan los jóvenes en este período; sin embargo, nos referimos al embarazo en especial, ya que:

"En Panamá, el 75% de los egresos hospitalarios de la Maternidad María Ramón Cantera, del Hospital Santo Tomás corresponden a jóvenes de 15 a 19 años."

¹Edilberto Morales. "Epidemiología del adolescente panameño". Revista del Hospital del Niño. Volumen III. (Panamá: 1983), p. 9.

La situación del embarazo en adolescentes es la siguiente:

"En diversos países de América Latina, la proporción de embarazos en madres menores de 20 años supera el 30% del total."

"En estudio efectuado en Estados Unidos de América, se demostró que las madres adolescentes presentaron un índice mucho más elevado de abandono escolar, desempleo, y embarazo subsiguiente."²

"En Estados Unidos de América, el 80% de las adolescentes embarazadas no completó su ciclo educativo."³

"La población de adolescentes (10-19 años) en nuestro País para 1983 es de 459.439, lo que constituye el 25% de la población total de Panamá."⁴

¹ Elbio Suárez y otros. Adolescencia y juventud; Aspectos demográficos y epidemiológicos. (Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, N° 489, 1985), p. 18.

² Tomás J. Silver. Embarazo en adolescentes. (Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, N° 461, 1984), p. 234.

³ Ibid., p. 236.

⁴ Ruth D. de Abrahams. La salud del adolescente en Panamá, Vol. XI N° 7 (Panamá: Departamento de Impresiones y Publicaciones del Ministerio de Salud, 1985), p. 2.

"De los 53,000 nacimientos ocurridos en Panamá en 1983, un 30% corresponde a madres adolescentes menores de 19 años."¹

"El 82.3% de los problemas presentados por el grupo de adolescentes se refiere al embarazo, parto y complicaciones, los cuales están ocurriendo a edades más jóvenes que en el pasado."²

"Las repercusiones sociales de un embarazo en adolescentes, son tan dañinas como las complicaciones médicas."³

"Se ha considerado que los factores psicosociales constituyen la causa principal del embarazo de la adolescente."⁴

"En Panamá, uno de cada cinco niños que nacen, tiene como madre, una adolescente entre 15 y 19 años."⁵

¹ Mirna M. de Santamaría y otros. Op. cit., p. 1. (inédito)

² Ruth D. de Abrahams. Op. cit., p. 3.

³ Celestino Álvarez Lajonchere. "El embarazo en la adolescente" (folleto) (Panamá: Ministerio de Salud, Departamento Materno Infantil, UNPHA), p. 9. (mimeografiado)

⁴ Ibid., p. 9.

⁵ Elbio Suárez y otros. Op. cit., p. 18.

"La mayoría de las adolescentes entre 15 y 19 años, pueden estar casadas, sin embargo, el 25% de los niños han sido concebidos fuera del matrimonio."

"Estudio realizado en el Centro de Salud de Pedregal sobre factores de riesgos en adolescentes, demostró que la baja escolaridad es un factor de riesgo en el embarazo de adolescentes."²

"El estudio efectuado por el Ministerio de Educación sobre deserción escolar reveló que un total de 61,387 estudiantes ingresaron al primer grado en el año 1970 y sólo un 17% logró finalizar el sexto grado. En el grupo de adolescentes el 100% que ingresó al primer año (30,078) sólo el 36.6% logró graduarse de sexto año."³

"En la revisión de registros diarios de consultas del mes de enero de 1986 en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, consultaron 200 embarazadas, de las cuales 136 son adolescentes."⁴

¹ Elbio Suárez y otros. Op. cit., p.18

² Mirna M. de Santamaría y otros. Op. cit., p. 38.

³ Sabrina Castro y otros. Propuesta de política educativa para los adolescentes. Pirámide educativa de deserción (Panamá: Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, 1986), p. 18. (inédito)

⁴ Centro de Salud de Nuevo Veranillo. "Registro diario de consultas" (Panamá: 1986).

Estos resultados coinciden en señalar como problema común que afronta la juventud en el mundo y en Panamá, el embarazo en adolescentes, el cual se ve afectado por los factores psicosociales que rodean el ambiente y todos estos datos justifican el estudio que a continuación se presenta.

B.- Enunciado del problema.

Planteada la siguiente interrogante: ¿Qué asociación existe entre los factores psicosociales y el embarazo en adolescentes?, surgieron otras inquietudes, tales como:

- ¿Cuál es el grado de educación sexual que poseen las adolescentes embarazadas?
- ¿Cómo se asocian las medidas disciplinarias del hogar con el embarazo en adolescentes?
- ¿Existe asociación entre el embarazo en la adolescencia y la deserción escolar?
- ¿Existe asociación significativa entre los factores psicosociales y el embarazo en adolescentes?

Para dar respuestas a estas preguntas problemas, se trazó una serie de objetivos.

C.- Objetivos.**1.- Objetivo general:**

Determinar los factores psicosociales asociados al embarazo en la adolescente, en un grupo de adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

2.- Objetivos específicos:

- a.- Delimitar el concepto de adolescencia.
- b.- Identificar las características psicosociales de la adolescente embarazada.
- c.- Identificar los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes.
- ch.- Clasificar los factores psicosociales encontrados en la adolescente embarazada.
- d.- Determinar el grado de asociación entre los factores psicosociales y el embarazo en la adolescencia.

CH.- Hipótesis

Para el presente estudio se ha formulado la siguiente hipótesis:

Hi - Existe asociación significativa entre los factores psicosociales y el embarazo en adolescentes.

Ho - No existe asociación significativa entre los factores psicosociales y el embarazo en adolescentes.

D.- Variables.

Las variables que deben considerarse en el estudio son las siguientes:

- Dependientes:
Embarazo en adolescentes.
- Independiente:
Los factores psicosociales: la pobreza, baja escolaridad, desintegración familiar, migración interna, deficiente educación sexual, ambiente, deserción escolar.
- Intervenientes o terceras:
Características: edad, sexo, nivel educativo, religión, tipo de familia, ocupación, ingreso económico.

E.- Definición operacional de términos.**- Factores psicosociales:**

Son los elementos biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en el medio y pueden estar asociados al embarazo en adolescentes.

- Asociación:

Es la relación que existe entre los factores psicosociales y el embarazo.

- Adolescencia:

Período comprendido entre los 10 y 19 años.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

A.- Generalidades sobre el concepto de adolescente.

1.- Definición del concepto

Diversos autores han estudiado el concepto de adolescencia; sin embargo, no existe una definición exacta que pueda incluir todos los cambios que se producen en esta etapa crucial del desarrollo humano.

En este estudio utilizaremos diferentes conceptos que servirán como punto de referencia al desarrollo de la investigación.

Edwin William define la adolescencia como:

"La edad desde la pubertad hasta el completo desarrollo."¹

John McKinney y otros autores definen adolescencia como:

"el período que media entre el inicio de la pubertad y el pleno logro del status de adulto en la comunidad."²

¹ Edwin William. Diccionario del idioma español (New York: Pocken Books, 1959), p. 10.

² John P. McKinney y otros. Enciclopedia del desarrollo, edad adolescente (México: Editorial El Manual Moderno, 1982), p. 25.

Por lo tanto adolescente es:

"una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad. Etapa de transición entre la niñez y la adultez."¹

La Organización Panamericana de la salud, la define:

"como una fase crítica en la que tienen lugar cambios biológicos, psicológicos y sociales y una búsqueda de la identidad."²

John Horrocks señala como adolescencia:

"única época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo,, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilización que caracterizará su vida adulta."³

Eleanor Dumont Thompson la define:

"como el período de la vida que comienza cuando hacen su aparición las características sexuales secundarias y termina cuando cesa el crecimiento y aparece la madurez emocional."⁴

¹ John P. McKinney y otros. Op.cit., p. 3

² Elbio Suárez y otros. Op. cit., p. 4.

³ John Horrocks. Psicología de la adolescencia. (México: Editorial Trillas, 1984), p. 14.

⁴ Eleanor Dumont Thompson. Enfermería pediátrica, 4a. ed. (México: Editorial Interamericana, 1984), p. 357.

Jean Piaget y otros investigadores señalan que:

"es el momento cuando se alcanzan las etapas finales del pensamiento abstracto, la lógica y otras formas simbólicas del pensamiento, lo que origina gran confusión en el razonamiento moral."¹

Ramón Urzúa y Ana Medina describen la adolescencia:

"el período entre los 11 y 19 años, y desde el punto de vista de la psicología evolutiva, etapa de especial trascendencia y riesgo."²

Dennis y Hassol describen esta etapa según diversos aspectos: el aspecto sociológico, cronológico y psicológico. Consideran la adolescencia como un período de transición de una criatura dependiente a un adulto que se basta a sí mismo y que abarca desde los trece años a los 20 años y enfatizan que es un puente entre la niñez y la edad adulta.

Al analizar las definiciones anteriormente enunciadas pueden señalarse las siguientes similitudes encontradas en los conceptos sobre adolescencia:

¹ Eleanor Dumont Thompson. Op. cit., p. 361.

² Ramón Urzúa y otros. Aspectos generales del alcoholismo en la adolescencia (Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, Nº 489, 1985), p. 188.

- Es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, cuando aparecen las características sexuales.

- Es un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que conducen al adolescente a la búsqueda de la identidad.

Con base en estas conceptualizaciones se puede concluir afirmando que la adolescencia es un período que se inicia a partir de los 12 años y llega a los 20 años en el varón, y de los 10 a los 18 años en la mujer, cuando se producen cambios y riesgos biopsicosociales que conllevan a la búsqueda de su identidad, autonomía e independencia para llegar a la vida adulta.

2.- Características de la adolescencia.

Antes de que concluya la etapa de la niñez, se inician los cambios físicos que transforman a un niño en adulto, sexualmente maduro, denominándose a este período, pubertad.

La palabra pubertad proviene del latín "pubertas"

que significa "edad de la virilidad."¹

Las transformaciones que ocurren en esta etapa no son rápidas; por lo general, requieren de dos a cuatro años.

Algunos autores llaman a este período preadolescencia o adolescencia temprana. Cuando los órganos sexuales comienzan a funcionar, concluye la pubertad y comienza la adolescencia.

a.- Cambios físicos.

El crecimiento somático se refiere al aumento de tamaño o masa corporal; se puede medir en variables, tales como: talla, peso, perímetro cefálico y otras medidas antropométricas.

Los cambios físicos que se producen en el adolescente son de significativa importancia; el rápido aumento de la estatura es un hecho universal aunque influye en él: la nutrición, la genética, el clima, el ambiente, la raza y la situación socioeconómica.

El crecimiento varía notablemente en el hombre y la mujer. En el varón, el crecimiento rápido

¹ Elizabeth Hurlock. Desarrollo del niño, 6a. ed. (México:Editorial McGraw Hill, 1982), p. 125.

se inicia entre los 12 y 15 años como promedio, mientras que en las mujeres empieza dos años antes, y la altura se incrementa cerca del 25% hasta lograr su tamaño de adulto hacia los 19 ó 20 años.

El joven inicia su crecimiento con un aumento de longitud de las piernas, ensanchamiento moderado de las caderas y hombros, aumento de la profundidad torácica y aparición de los músculos pectorales.

En el varón el almacenamiento de las grasas es menor que en la mujer. El crecimiento no es parejo; algunas partes crecen más rápido que otras, lo que explica el aspecto físico de esta primera etapa de la adolescencia. Los pies y las manos crecen antes de que se alarguen los brazos y piernas. Este crecimiento se produce como consecuencia de que el cartílago epifisiario de los huesos largos actúa como efector de los esteroides sexuales que aparecen en esta época, acelerando la osificación y produciendo un estirón típico de la etapa de adolescencia, el cual aumenta el segmento inferior del cuerpo. También se observan cambios faciales: la nariz, las orejas y algunas veces la mandíbula, parecen estar en desproporción con el resto del rostro.

Cambios en la piel, en la voz, aumento en el tamaño de la laringe; todas éstas son alteraciones que ocurren por la influencia de las hormonas andrógenas y estrógenas.

Luego de este crecimiento rápido, en el varón, se observa una armonía al producirse el desarrollo del tronco, en las edades comprendidas de 16 a 17 años.

En cuanto a las estructuras óseas, también se observan diferencias entre el varón y la mujer. En el varón se nota un mayor desarrollo de la cintura escapular que de la pelviana; sin embargo, en la mujer es visible las caderas con un diámetro pelviano ginecoide, hecho éste que prepara en ella el canal adecuado para el parto.

En la niña, los cambios en el tamaño corporal se inician uno o dos años antes de la menarquía, el aumento de la curva de peso que acompaña estos fenómenos no se debe exclusivamente al crecimiento, sino a la acumulación de grasa en pechos, hombros, caderas y muslos, debido a la influencia de los andrógenos.

b.- Desarrollo fisiológico.

Las características sexuales secundarias son los rasgos físicos que distinguen el cuerpo del hombre y de la mujer y se relacionan internamente con la reproducción, porque hacen que los miembros de un sexo sean atractivos para el sexo opuesto.

Las gónadas son responsables de las características secundarias, tales como, aparición del vello púbico y axilar, crecimiento de mamas y tejido adiposo en las caderas y ampliación de los órganos.

La menarquía ocurre a partir de los 13 años de edad y proporciona un buen límite de maduración, en el cual se espera un cambio en el crecimiento de las niñas.

Todo el cuerpo del adolescente sufre algunas transformaciones, tanto internas como externas, en su estructura y función. Las hormonas sexuales convierten a la adolescente de niña en mujer con contornos definidos.

c.- Desarrollo intelectual en la adolescencia.

Durante el período de la adolescencia, los problemas de la vida diaria son analizados desde

el punto de vista lógico y formal; cada uno hace sus propias preguntas, elabora teorías abstractas acerca del mundo, se interesa por las ciencias filosóficas, el arte y la política.

El desarrollo cognoscitivo se concentra en el sistema nervioso central a través de las experiencias adquiridas por el lenguaje, adquisiciones motoras, las adaptaciones sociales, etc.

La Organización Panamericana de la Salud hace énfasis en que el desarrollo comprende "la maduración de órganos y sistema para adquirir nuevas y más capacidades."¹

Después de los 12 años, el niño entra en un período de desarrollo intelectual y ocurre una reorientación de los problemas cognoscitivos. Discute innecesariamente; inicia discusiones acerca de los problemas actuales y luego trasciende hacia posibles soluciones. Esto hace que sus capacidades intelectuales aumenten. Considera lo hipotético, posible; al igual que lo real y de esta

¹ Carlos N. Bianculli, Crecimiento y desarrollo físico del adolescente (Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación N° 489, 1985), p. 47.

forma dirige sus percepciones y conducta. Hace reflexiones espontáneas y unidas a experiencias concretas. Con la capacidad para el pensamiento abstracto, los argumentos presentados verbalmente, le ayudarán a enriquecer sus conocimientos y en alguna medida compensa la falta de experiencia que tiene.

Con la capacidad para pensar hipotéticamente y hacer reflexiones, el adolescente formula planes futuros para él, su familia y la sociedad. Esto lo lleva a centrarse en sí mismo y en idealizaciones que, a veces, se exceden de las soluciones inmediatas. Puede provocarse un desequilibrio interno, por los cambios reales y futuros, contribuyendo al carácter egocéntrico del adolescente al utilizar hipótesis y su investigación en lo que se relaciona con el futuro; el adolescente puede investigar las posibilidades más importantes y elegir las más favorables para sus convicciones; en esta forma va construyendo su propio sistema de valores, que lo van a ir modificando según el sistema de vida.

ch.- Cambios emocionales y desarrollo psicosocial.

El adolescente no ha llegado a la madurez emocional, pero la aprecia y lucha por lograrla. La

influencia hormonal aumenta sus impulsos, los cuales le producen muchos conflictos, pero a su vez, le fortalecen.

Durante este período, el adolescente se enfrenta a conflictos y a desafíos, que le ocasionan problemas más complejos cada día, y le causan ansiedad, siente el peso de sus problemas en una sociedad competitiva y convulsionada, duda del sitio que le corresponde en su familia y teme no lograr lo que los demás esperan de él.

Durante el crecimiento y desarrollo del adolescente, se producen cambios relacionados con la socialización con sus padres, amigos y medio en que se desenvuelve.

Los aspectos económicos y sociales influyen en las adaptaciones personales y sociales del adolescente, lo cual le da características especiales que contribuirán a las buenas o malas relaciones interpersonales en el hogar. Cuando estas exigencias no van de acuerdo con el adolescente, se produce un deterioro que perjudica profundamente las adaptaciones personales y dan como resultado un clima tenso, dentro de los miembros de la familia, y en especial, el adolescente, el cual atraviesa por un período crítico y experimenta un conflicto.

Al respecto, Hurlock señala:

"El deterioro de las relaciones familiares procede principalmente del mal entendimiento entre distintos miembros de la familia." ¹

También se producen relaciones interpersonales desfavorables entre esposos, padres e hijos, hermanos y parientes. Estas dificultades y problemas en el hogar traen diversas consecuencias y riesgos en la conducta emocional del adolescente, tales como depresiones, hostilidad, deserción escolar, fugas del hogar, embarazo, uso de drogas, rebeliones constantes, accidentes y suicidios.

En ocasiones, estas conductas ocurren en combinación con varias circunstancias que tienen gran significado psicológico y social; en el adolescente se opera un cambio significativo y es el relacionado con la búsqueda de su identidad; esto es parte de toda experiencia humana, en la cual se observa una lucha por encontrarse a sí mismo, asumir su papel, sus logros, sus proyectos.

¹ Elizabeth Hurlock. Op. cit., p. 534.

Al respecto, Erickson dice que la adolescencia:

"es un período en el cual el individuo lucha entre la identidad y difusión o pérdida de identidad."¹

Las relaciones con personas importantes influyen en la crisis de identidad.

En la preadolescencia, 12-14 años, se inicia una maduración de los órganos sexuales; el joven empieza a sentir necesidad de una relación estrecha con otra persona del mismo sexo, cuyo papel sea similar al suyo. La necesidad de intensidad social es importante y básica, ésta se encuentra en continuo desarrollo.

En relación con la sexualidad genital, ocurren necesidades y tensiones que motivarán el sistema a seguir cursos diferentes o contradictorios como lo son la seguridad e intimidad. Durante este período hay una separación de las relaciones familiares, aunque los padres no dejan de ser importantes para él, ya que el adolescente considera que éstos controlan los recursos que le corresponden; por otra razón, se hace cada vez más difícil someterse a la autoridad de los padres o adultos, por lo que se le debe brindar

¹ John Paul McKinney. Op. cit., p. 25.

los recursos materiales que él necesita para su bienestar biológico, psicológico y social.

En este sentido, vale la pena tomar en cuenta algunas necesidades y gastos personales, diversiones, entradas y salidas de casa con o sin restricciones, con el fin de satisfacer las necesidades del adolescente.

Para el adolescente, el tener amigas, un familiar a quien confiarle sus intimidades y conflictos, ayuda a formar su identidad. Por consiguiente, cuando no cuenta con el apoyo de alguien, busca a una persona para que sea su confidente, razón por la cual ellos se identifican socialmente con su grupo o con personas mayores.

Los patrones sociales y culturales, relacionados con el desarrollo urbano, la migración interna, la marginalidad, los cambios sociales, la superpoblación y la participación de la mujer en el sector económico, afectan el comportamiento psicosocial, a la vez que inciden notablemente en la adolescente cuando se embaraza.

Por el contrario, el adolescente que ha tenido frustraciones frecuentes y que lo han hecho dudar

de sus capacidades, necesitará de comprensión y apoyo de su familia en forma más sólida y profunda.

B.- Teorías sobre el desarrollo psicosocial del adolescente.

Los especialistas en psicología del adolescente están de acuerdo en que éste es un período de conflictos frecuentes y profundos, de diferentes cambios dentro de un desajuste en el futuro del individuo. Por ello, desarrollaremos las teorías que estudian los aspectos del crecimiento y desarrollo del adolescente.

1.- Arnold Gesell.

Define la adolescencia como una etapa rápida e intensa, aunada a cambios que afectan todo el cuerpo. Gesell manifiesta que para lograr el crecimiento y desarrollo integral del adolescente, se hace necesario la experiencia, la individualidad y la interdependencia, las cuales se lograrán a través de los factores genéticos, ambientales, sociales y culturales.

Reconoce que cada uno de los grupos concuerda con un patrón de desarrollo y que es característico de la persona. En su parte medular, la teoría contempla un concepto de interacción recíproca y la reincorporación

en espiral, o sea, la tendencia direccional de determinados complejos de conducta que se repiten en niveles ascendentes de la organización. En el establecimiento de patrones de conducta locomotriz, el tronco del cuerpo tiene tres orientaciones principales que las divide en tres etapas sucesivas: a) postración, b) elevación, c) erección. En cada etapa existe una repetición de patrones previos de la actividad de las piernas.

El primer ciclo se culmina con giros de pivote, el segundo con el gateo y el último al caminar.

Por lo tanto,

"Gesell establece que el infante tiene patrones de conducta y modos de desarrollo, semejantes a los que aparecen más tarde en la niñez y la juventud."¹

por lo cual el adolescente presenta los siguientes rasgos:

A los once años hay un relajamiento y se rompe con las ataduras anteriores; a los 12 años mejora el estado de ánimo, es alegre, sus relaciones son menos ásperas; cerca de los 13 años se manifiesta

¹ John Horrocks. Op. cit., pp. 35-36.

hacia el interior. A los 14 años es callado e introvertido; a los 15 años es organizado, multifacético. Se interesa porque lo entiendan y por entenderse a sí mismo; y a los 16 años termina el ciclo iniciado a los 10 años.

En esta etapa se reconoce socialmente; lo cual le da confianza en sí mismo, una mayor orientación hacia el futuro; las emociones se mantienen bajo control; existe menos angustia y los sentimientos se ocultan.

2.- Sigmund Freud.

En su teoría plantea el desarrollo psicológico del adolescente en un esquema general biológico, en función de secuencias de tres sistemas orgánicos vitales.

Para comprender los conceptos teóricos, relacionados con la adolescencia, es necesario entender las etapas anal, genital, fálica, complejo de Edipo, latencia, así como los impulsos básicos de vida y muerte y la formación del id, ego y el super ego.

En la fase de infante, la conducta, que tiene su origen sexualmente, según Freud, es básica en la formación de la personalidad.

"La etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada a la adolescencia."¹ Durante esta etapa aparece la sexualidad, reprimida durante la latencia, ocasionando grandes problemas en la personalidad del adolescente.

Desde el punto de vista de Freud, la adolescencia es una época en que el joven en desarrollo se ve afectado por la disolución de la personalidad que ha construido y estabilizado durante el período de latencia.

Según la teoría freudiana,

"una característica de la adolescencia es el resurgimiento de los esfuerzos edípicos y preedípicos que producen el deseo de mantener los lazos familiares en una época en que las tareas² de desarrollo exigen abandonarlos."²

Sin embargo, el retorno al conflicto de Edipo, en la adolescencia, no es igual al conflicto que afronta el niño. El adolescente debe renunciar y separarse realmente de tales sentimientos, si desea conservar a sus padres.

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 38.

² Ibid., p. 38.

El complejo de Edipo es resuelto entre los 15 y 17 años de vida, cuando se inicia el período de latencia tardía (represión de la sexualidad infantil).

Al superar este período, el varón se identifica con el progenitor del mismo sexo y es capaz de aceptar de manera natural, sencilla y con orgullo su masculinidad o feminidad, según sea el caso. En el período de latencia se produce la maduración, la cual se observa en el desarrollo de actitudes sociales, relaciones afectivas con compañeros de su misma edad, maestros, líderes de grupos.

El desarrollo de la personalidad del joven dependerá de su desenvolvimiento en las etapas infantiles oral y anal.

La tarea del adolescente no consiste en volver la espalda a las relaciones inmaduras que mantiene con sus padres, sino en crearse un sentido firme de valor y reorientar sus esfuerzos en la fase de enamoramiento. Debe iniciar la construcción de nuevas relaciones, mientras se prepara para entrar en el mundo adulto.

El adolescente manifiesta la atracción sexual, unida al deseo de socialización, por lo que lleva

a cabo actividades de grupo, se planea una carrera y se prepara para la vida familiar.

Finalmente, el adolescente posee una visión real del mundo que lo rodea.

3.- Erick Erickson.

Enfoca su teoría dentro de los límites de la teoría freudiana y describe la secuencia del desarrollo en ocho etapas, las cuales serán mencionadas posteriormente.

El paso por estas etapas del desarrollo, le permiten adquirir una identidad de su ego y cada etapa va a aportar influencias positivas o negativas, dependiendo del abordaje del problema.

Erickson propone dos postulados: El primero se inicia "cuando aumenta la edad de un individuo, el ego se desarrolla en forma sistemática y continua."¹ Estas etapas se caracterizan por el desarrollo de actitudes psicosociales que se relacionan con los procesos de la libido y la maduración. El escenario en el que surgen las actitudes es el medio social

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 44.

en que se desenvuelve el niño.

El segundo postulado dice:

"a medida que se desarrolla el ego se enfrenta a crisis psicosociales ocasionadas por las actitudes que surgen en cada etapa."¹

Estas etapas son las siguientes:

- El logro de la confianza (confianza básica contra desconfianza básica).
- Logro de autonomía (contra vergüenza y duda).
- Logro de iniciativa (Iniciativa contra sentimiento de culpa).
- Logro de laboriosidad (laboriosidad contra inferioridad).
- Logro de identidad (identidad contra difusión de identidad).
- Logro de creatividad (creatividad contra estancamiento).
- Logro de intimidad (Intimidad contra aislamiento).
- Logro de la integridad del ego (integridad del ego contra desesperanza).

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 44.

Las primeras tres etapas representan la infancia y la niñez, la cuarta la latencia, la quinta la pubertad y la adolescencia, la sexta la edad del joven adulto y las dos restantes la edad adulta y los últimos años.

La quinta etapa, de interés para este estudio, se basa en el logro de la identidad; su foco de atención es "él mismo" y se interesa por la forma como él "cree ser"; se interesa en la manera de relacionar sus diferentes roles y habilidades, aprendidos antes de la pubertad. Busca seguridad, uniformidad y continuidad en sus acciones.

El adolescente, en esta época, revive los conflictos de años atrás y utiliza a otras personas como adversarios, en la medida que libera antiguas batallas. Trata de adaptarse a sí mismo; el ego del adolescente está borroso y existe tendencia a la confusión de roles y a identificarse con sus compañeros y con figuras ideales. El enamorarse se convierte en un medio de proyectar su identidad sobre otra persona. Los adolescentes pueden ser intolerantes al hacer juicios sobre lo correcto y lo equivocado y sobre lo bueno y lo malo.

El desarrollo psicosocial representa un período crítico, ya que en el proceso de definir su identidad puede cristalizarse, produciendo una creciente ansiedad, que repercutirá en diversos aspectos de su vida.

Resumiendo, podemos afirmar que el adolescente, en la búsqueda de la identidad, se enamora, busca el amor, la comprensión y apoyo a través de las relaciones sexuales, produciéndose el riesgo de un embarazo no planeado.

4.- Harry Stock Sullivan.

En sus estudios hace énfasis en la percepción que tiene el niño, del mundo y la adaptación que hace a éste.

Considera que el

"desarrollo psicológico es el resultado del aprendizaje que genera la alteración y reducción de tensiones y estructura los patrones de ansiedad y expectación del niño, o sea, las etapas de infancia, niñez, juventud, preadolescencia, adolescencia y edad adulta."

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 41.

Para efectos de esta investigación, se analizará el desarrollo psicológico del joven en la etapa de preadolescencia y adolescencia.

Sullivan considera que el desarrollo ocurre en sus etapas heurísticas, cada una de las cuales se inicia con nuevas necesidades y relaciones interpersonales.

Las etapas que plantea son: infancia, niñez, juventud, preadolescencia, adolescencia y edad adulta. La adolescencia la divide en etapa temprana y tardía.

La preadolescencia comienza cuando el niño madura y manifiesta la necesidad de relación estrecha de pareja con otra persona del mismo sexo y cuyo status sea comparable al suyo.

La necesidad de intimidad social es básica y en esta etapa juvenil de preadolescencia, dicha necesidad está en desarrollo.

Durante la preadolescencia, el niño se preocupa de las relaciones familiares, aunque los padres son importantes y hace evoluciones objetivas e inteligentes de sus padres y del medio. También se inicia en la adolescencia la sexualidad genital y la pubertad; la zona del cuerpo que antes se relacionaba con la excreción

se convierte en una zona nueva y significativa como área de interacción en la intimidad sexual. Esto conduce a necesidades nuevas con las diversas tensiones, que Sullivan identifica como lujuria; sin embargo, desde el punto de una tendencia integral, las que culminan en la lujuria están fuera de la necesidad de intimidad.

Según Sullivan, en la adolescencia o en un período posterior de la vida, surgen dificultades y complejidades; sin embargo, el individuo debe mirar con razonamiento y claridad estos problemas y distinguir tres necesidades que actúan mucho, pero que se contradicen:

- La necesidad de intimidad.
- La necesidad de satisfacciones lujuriosas.
- La necesidad de seguridad personal.

Para este teorista,

"la adolescencia tardía (16 años en adelante), se extiende a partir del establecimiento de patrones para las actividades genitales preferidas, las cuales pasan a través de etapas educativas y culminan con las relaciones interpersonales humanas o maduras, de acuerdo con la cultura y oportunidades personales."¹

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 41.

Es decir, cuando logra descubrir lo que prefiere en su conducta genital y la forma en que puede ajustar dicha conducta al resto de su vida. Esta etapa, algunos individuos nunca la alcanzan

El individuo desarrolla la competencia y respeto por sí mismo y los demás, la ansiedad se controla, y se desarrollan comportamientos de restricción.

Para Sullivan, la etapa adulta se inicia cuando la persona es capaz de

"establecer relaciones de amor con alguna otra persona, en las cuales la otra persona es tan importante, o casi tan importante como uno mismo."¹

5.- Teoría de campo de Kurt Levin.

Considera en su teoría que la conducta:

"es el resultado de varios cambios interdependientes, formados por la naturaleza y la experiencia del individuo, así como por la situación del ambiente."²

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 42.

² Ibid., p. 47.

Por consiguiente, cada persona tiene un espacio vital, que está compuesto por sus motivaciones, necesidades y estímulos que actúan sobre él.

El desarrollo humano consiste en diferenciar las áreas del espacio vital que aún no se ha estructurado y avanzan a diferentes velocidades y ocurren en distintos momentos de la vida.

Levin "define tres períodos específicos que son: niñez, adolescencia y la etapa adulta".¹ Ubica al individuo con la ayuda de algunos elementos estructurales como son: posición psicológica, fuerza psicológica y otras.

También observa que en la adolescencia se producen cambios rápidos en la estructura del espacio vital (entiéndase por espacio vital, aquel que sólo tiene importancia para el individuo; ejemplo: su familia, su trabajo).

Estos cambios le ayudan a depender de sí mismo en función de sus actividades y relaciones sociales. El contexto social es crítico y muy importante.

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 47.

Para el adolescente, esta etapa es ambigua, sin ser niño ni adulto, realiza transacciones sociales entre los dos mundos (niño-adulto); pero en realidad no pertenece a ninguno de ellos. Se vuelve ambivalente, refleja incongruencia acerca de sí mismo, no está estructurado para lo que la gente espera de él, o lo que espera de sí mismo; se encuentra en un estado de locomoción social.

El espacio vital del adolescente presenta objetivos que su cultura no le permite alcanzar; se frustra, se vuelve agresivo y solitario, o lo liga a causas negativas; se caracteriza por la incertidumbre; el concepto de sí mismo es importante en la adolescencia; le es difícil lograr un sentido de estabilidad y certeza. El tiempo es un aspecto importante para el joven adolescente, pues de él depende el avance hacia metas vocacionales y hacia la madurez.

6.- Jean Piaget.

Las investigaciones y la teoría de Piaget son populares y muy utilizadas en psicología y educación, porque le da otras dimensiones al entendimiento de la función cognoscitiva y su desarrollo en la niñez

y en los primeros años de la adolescencia. Piaget enuncia una serie de secuencia de cuatro etapas en el terreno cognoscitivo del niño, la cual pasará en su trayecto hacia la madurez.

En la primera etapa, la sensomotriz (desde el nacimiento hasta los dos años), el niño comienza su vida sobre esquemas hereditarios y desarrollo respuestas y hábitos más difíciles o complejos a medida que el ambiente se lo exige.

La segunda etapa, la del pensamiento preoperacional (de dos a siete años), aparecen las funciones de pensamiento o funciones simbólicas.

La tercera etapa (de siete a once años) o la de operaciones concretas. En este período, el niño realiza operaciones concretas y las relaciona con su ambiente; esta etapa se extiende hasta la preadolescencia.

En la cuarta etapa, denominada de operaciones formales (de 11 a 15 años), el niño es un adolescente y tiene la capacidad de razonar de manera hipotética, deductiva, y construye sus propios sistemas.

Piaget considera cuatro características para las operaciones formales:

"la relación entre lo real y lo irreal, la capacidad para razonar de manera hipotética deductiva y la capacidad para el razonamiento proporcional."¹

Estas etapas nos ayudan a conocer la conducta del adolescente a través del período de operaciones formales; es capaz de afrontar un problema o situación, de clasificarlo, ordenarlo o distribuirlo.

Al entrar en la cuarta etapa, el adolescente se torna egocéntrico, pero al madurar deja de serlo, ya que se da cuenta de las funciones que le corresponden, reflexiona, predice e interpreta las experiencias.

La transición al período de operaciones formales puede deberse a presiones sociales, culturales y a la necesidad que tiene de asumir papeles que le corresponden al adulto.

Por tal razón, el adolescente necesita y se siente bien, cuando se le estimula, intelectualmente.

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 112.

Sin embargo, se observa que:

"el puede volver de las operaciones formales a las correctas, ya que ni la edad cronológica ni el tiempo son importantes para el desarrollo cognoscitivo."¹

C.- Problemática actual del adolescente a nivel mundial y nacional.

Con frecuencia escuchamos que los jóvenes son los hombres del futuro. Pero nos hemos preguntado: ¿Cómo los estamos preparando para asumir esa responsabilidad?

Como hemos mencionado en páginas anteriores, en este período ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales que terminan por convertirlo en adulto.

Estos cambios y la interacción social se tornan en problemas; por tal motivo, hemos creído de interés señalarlos en este estudio, ya que indican una amenaza en contra del bienestar social de este grupo.

En América Latina y Panamá, existen diversos factores que ejercen una gran influencia en el desarrollo

¹ John Horrocks. Op. cit., p. 112.

de los mismos. Los aspectos económicos deficientes, la necesidad de compañía, la baja escolaridad, la desintegración familiar e inestabilidad en los hogares, la pobreza extrema, las deficiencias del medio y el proceso de migración interna, hacen aumentar la frecuencia de los problemas.

Uno de los principales problemas en este grupo son los accidentes.

"En América Latina los accidentes representan entre el 45 y el 60% de todas las muertes en los varones jóvenes y entre el 16 y el 47% en las mujeres."¹

Como segunda causa se registran los homicidios y suicidios entre jóvenes. Los motivos y las causas inmediatas de este acto de autodestrucción en el grupo de edad estudiada están relacionados con problemas personales como fracasos amorosos, escolares, dificultades en las relaciones con sus padres, embarazos en madres solteras y la depresión económica. También

¹ Elbio Suárez Ojeda y otros. La adolescencia (Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, N° 489, 1985), p. 6.

el alcoholismo y, especialmente, las experiencias con drogas contribuyen directa o indirectamente al suicidio.

Otros de los problemas que presenta el adolescente son las enfermedades ligadas al proceso reproductivo. Desde el decenio de 1960, se ha observado un notable aumento en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, como son la gonorrea, la sífilis y otras, como las infecciones por clamidias y herpes genital. Actualmente, no podemos alejarnos de la problemática mundial que representa el SIDA, al cual el adolescente con una vida sexual activa y promiscua, está expuesto.

Los trastornos mentales y psicosociales comprenden una gama muy amplia de afecciones en los adolescentes, que van desde los problemas de aprendizaje hasta los trastornos psiquiátricos.

Otros de los problemas que presentan estos jóvenes incluyen los trastornos nutricionales: anemia, desnutrición, obesidad, anorexia nerviosa, alteraciones metabólicas y endocrinas (bocio y diabetes), diversas dermatosis (especialmente el acné), los problemas de salud oral y las enfermedades renales, los problemas musculares esqueléticos y neurosensoriales.

Finalmente, el embarazo en la adolescente, en América Latina, representa uno de los problemas prioritarios, el cual se deriva de la conducta sexual de los jóvenes.

Según estudios realizados en Estados Unidos, la cantidad de adolescentes entre "los 15 y 19 años, embarazadas anualmente, sobrepasa a un millón."¹ También afirman que las dos terceras partes de las adolescentes no finaliza su ciclo educativo.

Otro estudio realizado en Chile señala que a nivel mundial, se observan los siguientes datos:

"En 1950, el número de partos en adolescentes, de 15 a 19 años fue de 420,000; en 1975, 580,000 para el mismo grupo de edad y en el grupo de 14 años o menos, ocurrieron 13,000 partos. En 1961, de todos los nacimientos registrados, el 14% correspondieron a hijos de madres adolescentes y en 1970 al entrar la legalidad del aborto, 50,000 adolescentes habían tenido un aborto.

La tasa de natalidad de madres adolescentes en Estados Unidos es una de las más elevadas del mundo, al igual ocurre con la actividad reproductiva."²

¹ Elbio Suárez Ojeda y otros. Op. cit., p. 18.

² María Inés Romero y otros. Embarazo, parto, y recién nacidos en madres adolescentes. Volumen 54, Nº 2 (Chile: 1978), p. 123.

En Inglaterra, un estudio realizado por López Escobar, señala que la

"edad óptima para el embarazo comprende las edades de 20 a 24 años, ya que el riesgo perinatal es de 23% en adolescentes menores de 20 años."

La problemática en Chile, con respecto al embarazo en adolescentes no deja de preocupar a los investigadores, ya que en 1979, el 16.5% de los nacimientos ocurridos en dicho país, fueron de madres menores de 20 años, por lo que se realiza un estudio descriptivo comparativo sobre las características biológicas relacionadas con el embarazo, parto y recién nacido en madres menores de 20 años y han revelado lo siguiente:

"De un total de 1,095 partos en menores de 20 años, 48% correspondió a madres adolescentes menores de 18 años. El 41% eran madres solteras, casi todas las madres conocían los métodos de la planificación familiar y se observó una ligera tendencia a la prematurez y bajo peso de nacimiento del niño, pero el estudio no reveló cifras de significancia estadística al respecto."²

¹ Guillermo López Escobar. La embarazada adolescente Programa Regional de Investigación en la Fecundidad (Bogotá: Ministerio de Salud, 1977), p. 110. (mimeografiado)

² María Inés Romero y otros. Op. cit., p.124.

En Ecuador, un informe del Centro de Estudiantes de Población y Paternidad Responsable (CEMPAR) indicó que:

"una de las causas de la alta tasa de mortalidad infantil (89/1,000 habitantes) es la inmadurez de madres entre 15 y 19 años. Las uniones y reproducciones se inician más temprano, dando como resultado desequilibrio físico, emocional y familiar. Otro aspecto informado por el estudio fue que en el año 1983, se registraron 329,000 partos en dicho país y de éstos, 45,000 fueron en mujeres de edades entre 15 y 19 años. Además, señala que la mayoría de las adolescentes no había terminado sus estudios por lo que carecen de base y seguridad económica."

Estudios realizados en los Estados Unidos demostró:

"Que sólo la mitad de las adolescentes sexualmente activas, habían usado anticonceptivos en su última relación sexual y sólo el 20% lo utilizaban con regularidad."

¹ Fernando Larenas. "Elevado índice de fecundidad de adolescentes en Ecuador", El Dominical (Panamá: 20 de julio de 1986), p. 22. (Artículo)

² Denis Lorraine y otros. Psicología evolutiva (México: Editorial Interamericana, 1985), p. 221.

Estas investigaciones demuestran la crítica problemática del embarazo en adolescentes.

Panamá no se escapa de esta situación, por lo que se hace necesario presentar un panorama general de lo que ocurre en nuestro país, relacionado con los adolescentes y en especial con el embarazo en este grupo.

"La población de adolescentes (10-19 años) en nuestro país en 1983 fue de 459,439, lo que constituyó el 25% de la población total de Panamá. La distribución urbano-rural de la población de adolescentes en nuestro país es casi igual, siendo para la rural 231,342 y la urbana 228,097." ¹

En relación con este grupo de edad, en materia de salud, la Constitución Nacional de la República contempla aspectos relacionados con la salud, seguridad y asistencia social, en su artículo N° 106, el cual dice:

"En materia de salud corresponde primordialmente al Estado, el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación.

.....

¹ Ruth D. Abrahams. Op. cit., p. 2.

Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia." ¹

En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, existe una serie de factores psicosociales del grupo de adolescentes.

Algunos de los problemas principales de los adolescentes son:

"los traumatismos y envenenamientos (75%), muchos de los cuales son producto del uso y abuso de drogas y alcohol." ²

Las infecciones de la piel, tejido celular, enfermedades del aparato genitourinario, digestivo, respiratorio y otras causas "representan el 10.4% de la problemática general de salud." ³

¹ Constitución Política de la República de Panamá, Reformada por los Actos Reformativos de 1978 y por el Acto Constitucional de 1983 (Panamá: Editorial Monfer, 1986), p. 27.

² Ruth D. Abrahams. Op. cit., p. 4.

³ Ibid., p. 5.

Las enfermedades de transmisión sexual, como son la sífilis y la gonorrea han aumentado, especialmente en este grupo. El SIDA, aunque no representa el primer problema de salud pública en nuestro país, señala al adolescente como un grupo de alto riesgo.

Cabe señalar también la problemática de salud bucal de los adolescentes que, a pesar de los programas existentes, se ha encontrado que la caries dental, la enfermedad periodontal y maloclusión, se encuentra entre los problemas más prevalentes en el adolescente; sin embargo, no constituye grupo de prioridad en los programas de salud bucal.

Los accidentes, homicidios y suicidios, así como los tumores malignos, siguen siendo la primera causa de mortalidad en este grupo, los cuales dejan secuelas invalidantes que repercuten en su vida.

No obstante, actualmente, el embarazo en la adolescente es el problema prioritario al cual se enfrenta este grupo de edad.

En nuestro país el 82.3% de los problemas presentados por el adolescente se refieren¹ al embarazo, parto y complicaciones."

¹ Ruth D. Abrahams. Op. cit., p. 3.

Estos embarazos están ocurriendo cada vez a edades más tempranas que en el pasado, lo cual resulta adverso para su salud y, en consecuencia, para su medio social, lo que representa un riesgo para las madres y para su hijo.

"En Panamá, de los 53,000 nacimientos ocurridos, un 20% corresponden a adolescentes menores de 19 años."¹

En igual forma:

"De los egresos hospitalarios de la maternidad el 21% corresponde a adolescentes mayores, el 1% a adolescentes menores, la principal causa de egreso es el parto (75%), le siguen las complicaciones del embarazo y parto (17%) y el aborto ilegal (8%)."²

Existen otros estudios efectuados en Panamá en relación con la problemática actual del adolescente, como por ejemplo el realizado por el Ministerio de Educación, el que revela que la deserción escolar es alta.

¹ Mirna M. de Santamaría. Op. cit., p. 1.

² Edilberto Morales. Op. cit., p. 9.

"Un total de 61,387 estudiantes que ingresaron al primer grado en el año 1970, sólo un 17.9% logra finalizar el sexto grado. En el grupo de adolescentes, se da en igual forma, ya que de un 100% que ingresó al primer año (30,078) sólo el 36.4% logra graduarse de sexto año, contribuyendo a formar la pirámide educativa de deserción escolar.

Estudios realizados en el área metropolitana en 1985, revelan los siguientes datos con respecto al adolescentes. El sexo femenino presentó una mayor demanda de atención que el masculino. La población en un porcentaje alto no trabaja, depende económicamente de sus padres o cónyuges.

Con relación al estado civil, 217 eran solteras, 59 casadas, 22 unidas, de una población objeto de estudio de 2,300 adolescentes. Un porcentaje de las adolescentes embarazadas tienen una educación secundaria incompleta. Este estudio ofrece datos preliminares sobre la problemática del adolescente indicando especialmente los factores psicosociales que están incidiendo en la misma.

Todo lo expuesto permite observar que se han realizado muchos estudios de la problemática del adolescente;

¹ Sabrina Castro y otros. Op. cit., p. 18.

sin embargo, se necesita divulgar los resultados con el fin de conocer todos los aspectos sobre la realidad del adolescente panameño.

El Ministerio de Salud, con el objeto de asegurar una atención oportuna, minimizar los riesgos y desarrollar actividades específicas para esta población joven, crea el Programa de Salud Integral del Adolescente, en 1979.

La enfermera como profesional que labora con los diferentes grupos de edad representan un papel valioso para detectar esta problemática y aplicar acciones que se orienten en beneficio de la salud integral del adolescente.

CH.- El embarazo en la adolescencia.

Una revisión de la literatura sobre el embarazo en la adolescencia revela, en los últimos 50 años, algunas tendencias interesantes.

En otros tiempos se consideraba el embarazo de la joven adolescente como debilidad de carácter o deficiencia mental o una inmoralidad.

Actualmente, podemos decir que es la combinación de factores emocionales, ambientales y sociales los

que predisponen a un embarazo temprano y fuera del matrimonio.

El embarazo, en este período, es un riesgo tanto para la madre como para el niño y se deriva de la precocidad en las relaciones sexuales.

Esta problemática en América Latina se explica por las características de la salud materno infantil, perinatal y materna, las cuales están asociadas a las condiciones de vida existentes y a las limitaciones en los recursos y organización de los servicios de atención para este grupo.

"La tasa de natalidad para la población comprendida entre los 15 y 19 años de edad, muestra una variación considerable y fluctúa de 86 por 1,000 habitantes en Santa Lucía y Estados Unidos a 13.4 por cada 1,000 en Canada."¹

En casi todos los países latinoamericanos, las tasas de natalidad en este grupo de edad son más altas que en los de la población total, lo cual obedece a

¹ Ramiro Molina y otros. El embarazo en la adolescencia (Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, Nº 489, 1985), pp. 208-209.

factores culturales que explican el inicio precoz de la fecundidad.

En el concepto cronológico de salud, la integración familiar es una de las condiciones básicas para el logro del bienestar familiar; sin embargo, esta condición no se produce en las madres adolescentes, debido a que una proporción alta de sus hijos nacen de la ilegitimidad y, por lo tanto, tienen un acceso limitado a los derechos legales y prestaciones de salud.

Un estudio de la mortalidad durante la niñez en América Latina demuestra que el

"mayor riesgo de mortalidad infantil y perinatal ocurre en los hijos de madres menores de 20 años, siendo 2/3 más elevadas sus tasas que en madres de mayor edad."

1.- Aspectos obstétricos.

Según estudios realizados en Chile sobre el embarazo en la adolescencia,

las complicaciones debido al embarazo y al parto se presentan con mayor frecuencia en las adolescentes que en la población mayor de 20 años."²

¹ Ramiro Molina y otros. Op. cit., p. 208.

² Ibid., pp.209-210.

Sustentan que las patologías más frecuentes observadas en la embarazada adolescente son:

- Alteraciones en el peso materno, tanto en exceso como en deficiencia.
- Infecciones del tracto urinario.
- Amenaza de parto prematuro.
- Diferentes tipos de preeclampsias.
- Ruptura prematura de membranas.
- Retardo del crecimiento intrauterino.

Durante el trabajo de parto, las complicaciones más frecuentes son:

- Las distosias de presentación y posición.
- Incompatibilidad feto pelvianas.
- Trabajo de parto prolongado asociado a la falta de control emocional de la paciente.
- Accidentes obstétricos por concurrencia tardía de la paciente a los servicios idóneos, al inicio de este período de mayor riesgo.
- Infección ovular.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Sufrimiento fetal.

En el parto y post parto inmediato tienen mayor incidencia:

- Las lesiones del cuello uterino.
- Desgarros debido a la falta de distensión de los tejidos en las adolescentes muy jóvenes (menores de 16 años).
- Uso de fórceps durante las maniobras de rotación (es más frecuente).
- Posiciones cefálicas posteriores.
- Hemorragias.
- Anemias consecuentes.
- Aumento de las infecciones en el parto.
- Endometritis.

El otro problema que enfoca la atención gineco obstétrica en este grupo, es el embarazo que generalmente termina en aborto.

En América Latina:

"En las defunciones por aborto en las menores de 24 años son aproximadamente 1/3 de todas las muertes por esta causa."¹

¹ Ramiro Molina y otros. Op. cit., p. 312.

La iniciación temprana de las relaciones sexuales es común en América Latina; sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos es muy escaso, inclusive en la población universitaria que tiene vida sexual activa.

La actitud de la mujer adolescente con vida sexual activa es inconsecuente y no acepta los métodos anticonceptivos por el riesgo potencial que encierran y que las adolescentes interpretan en forma exagerada, debido a la ignorancia en esta materia.

Por otra parte, para una adolescente que nunca ha estado embarazada y cuya vida sexual es irregular, los métodos anticonceptivos actuales son poco efectivos.

2.- Aspectos psicosociales.

El embarazo en la adolescente constituye una sorpresa en la mayoría de los casos y se asocia a factores personales, ambientales y familiares que tienen relación especialmente con los siguientes aspectos:

a.- Factores individuales.

Desde el punto de vista social, este grupo de madres jóvenes es siempre dependiente y el embarazo profundiza su dependencia familiar.

El embarazo precoz entre las edades de 16 a 19 años es muy diferente al que ocurre entre las jóvenes de 14 y 15 años, desde el punto de vista de desarrollo psicosocial de la adolescente y se observa aun mayor diferencia cuando ocurre en la menor de 13 años; en este grupo, aunque parezca un contrasentido, se debería hablar de embarazo en la niñez.

La orientación psicológica y social en función de sus perspectivas futuras, tiene matices diferentes en estos grupos de edades.

También encontramos que el abandono del sistema escolar es alto en América Latina y ocurre, generalmente, en los primeros años de escolaridad.

La falta de incentivos familiares y otros mecanismos de información y educación sexual, promueve la actividad sexual precoz. Cabe mencionar que, por lo general, los niveles de información y educación sexual son pobres para este grupo de edad.

Se observa que la ilegitimidad de los hijos, cada día es más alta.

Un estudio realizado en nuestro país, relata que Panamá no es una excepción, ya que:

"De los 53,000 nacimientos ocurridos en Panamá, el 20% corresponde a adolescentes menores de 19 años, lo cual refleja la influencia de diversos factores que a edades tempranas afectan el normal ¹ crecimiento y desarrollo del grupo."

"Un término alarmante es que en el año 1983, ocurrieron 11,038 nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años, de esos 7,361 (66.6%) correspondieron al primer hijo; 2,887 (26.1%) al segundo hijo y 651 (5.8%) al tercer hijo."²

b.- Factores familiares.

La familia tiene una función definida en cualquier sociedad como elemento formador de sus componentes; por lo tanto, la asociación entre el tipo de familia y la incidencia de embarazos en adolescentes aún no está bien definida.

En un estudio efectuado por Ramiro Molina, en Chile, éste concluye que:

¹ Mirna M. de Santamaría y otros. Op. cit., p. 1.

² Sabrina Castro y otros. Op. cit., p. 26.

"existe la presencia física estable de padre, madre y hermanos, sin calificar la relación de pareja de sus padres. El 64% tenían familia incompleta, faltando uno o ambos padres, o uno de ellos era conviviente inestable."¹

El mismo estudio revela que el apoyo de los padres tiene un papel muy importante en la adolescente embarazada soltera. En cuanto a "la actitud de los padres al conocer sobre el embarazo de su hija, el 89% fue de rechazo."²

3.- Características del progenitor.

El progenitor de la adolescente embarazada ha sido poco estudiado; sin embargo, podemos afirmar, de acuerdo con estudios realizados en Estados Unidos, que:

"En el 4% de los nacimientos su progenitor era menor de 20 años:

- La adolescente tiende a tener parejas sexualmente activas 3 ó 4 años mayor que ella.

¹ Ramiro Molina y Otros. Op. cit., p. 214.

² Ibid., p. 215.

- El 63% de los progenitores eran mayores de 20 años y existía un intervalo mayor de 5 años entre la edad de la adolescente y el progenitor, en el 14% de los casos era casado con otra persona.
- La actitud del varón fue negativa o indiferente, en el 53% de los casos, al darse cuenta del embarazo de su pareja.
- El 29% mantuvo la convivencia y se casó con su pareja a finales del embarazo o después del nacimiento del hijo, aunque en general, la actitud del progenitor es abandonar su pareja."¹

Resumiendo, podemos afirmar que la adolescente embarazada soltera es rechazada por su núcleo familiar y, en parte, por la sociedad, lo cual la acrecienta la inestabilidad psicológica, aumentando los sentimientos de culpa e inseguridad.

4.- Aspectos pediátricos.

En las madres más jóvenes, la mortalidad infantil es más alta.

Estudios realizados en América Latina, sustentan que la mortalidad infantil es el doble en los hijos

¹ Ramiro Molina y otros. Op. cit., p. 216.

de madres adolescentes no casadas. Por lo tanto, las adolescentes embarazadas que no son casadas, se suman a los factores de riesgos por edad y estado civil.

También se observa que el riesgo de desnutrición en los niños de estas madres adolescentes es más alto y este hecho se asocia a factores socioeconómicos y biológicos predisponentes, como el bajo peso al nacer y la lactancia materna insuficiente.

5.- Aspectos psicológicos en el embarazo en adolescentes.

El embarazo y el parto son importantes etapas del desarrollo en la vida de la mujer.

"El embarazo es una fase crítica en la vida de la mujer, el embarazo como la pubertad es un paso motivado biológicamente en la maduración del individuo y requiere ajustes fisiológicos y adaptaciones psicológicas para alcanzar el nuevo nivel de integración que normalmente representa el desarrollo."¹

1. Elena de Lamotte. "Cambios psicológicos durante el embarazo". Conferencia magistral (Panamá: Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, 1985), pp. 5-6.

Cuando una mujer se embaraza, sufre cambios psicológicos espectaculares y fisiológicos importantes.

El embarazo tiende a ser una época de crisis emocional por la clase de motivaciones complejas que participan.

Desde el punto de vista psicológico, el embarazo es un estado que entraña maduración y regresión. La crisis de maduración es una etapa crítica que conduce a la maternidad y todas las responsabilidades y obligaciones concomitantes. Al mismo tiempo, se presenta un fenómeno psicológico de regresión, en donde la joven madre se identifica con el feto de manera que puede comportarse, sentir y actuar como niño.

Para la adolescente, este período es muy crítico, ya que aún no ha logrado su maduración física, psicológica y se enfrenta ante esta situación con diferentes comportamientos característicos, como son:

- Temor a cólera, sentimientos intensos de resentimiento.
- Ambivalencia que se torna en aceptación externa y rechazo interno.
- Sentimientos de culpa y vergüenza.
- Fobias relacionadas con el dolor y la muerte.

- Conducta introvertida y pasiva.
- Preocupación por su propio cuerpo (identidad).
- En las jóvenes que tienen una buena relación con sus madres se observa un resurgimiento de sentimientos de nostalgia, cálidos y positivos.
- La adolescente puede resentir y tener al feto como algo que la agota, la seca.

Estos comportamientos pueden repercutir en la vida personal de la joven, en forma negativa, si no se le brinda el apoyo y la orientación necesaria.

D.- Generalidades sobre el concepto de riesgo.

1.- Análisis de riesgo.

La terminología relacionada con el concepto de riesgo está siempre cada vez más usada, en el ámbito de la epidemiología y, en particular, en los documentos relacionados con el proceso de alcanzar "salud para todos en el año 2000".

Según la Real Academia, riesgo se define como: "la contingencia o proximidad de un daño."¹

¹ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (Madrid, España: 1970), p. 379.

Epidemiología y Salud Pública definen el término:

"en un sentido teórico y estadístico, como la probabilidad de que ocurra un fenómeno inadecuado o daño. Daño es la aparición o existencia de un proceso patológico, o la aparición o existencia de complicaciones del mismo."¹

El riesgo en salud es:

"La probabilidad de que personas, grupos o comunidades padezcan enfermedad o daño de² origen biológico, social o ambiental."

Otros autores definen riesgo como:

"una medida de la probabilidad de que un hecho pueda ocurrir en el futuro, refiriéndose generalmente a un hecho o resultado no deseado."³

¹ Renate Plaut. "Análisis de riesgo, alcance y limitaciones para el administrador de salud". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Nº 96 (Washington, D. C.: 1984), p. 296.

² Elba Isaza y Gilda Torregrosa. "Criterios de riesgo materno infantil" Revista de la Asociación Nacional de Enfermeras, Vº año, Nº 1 (Panamá: 1981) p. 65.

³ Eduardo Sarué y otros. El concepto de riesgo y el cuidado de la salud (Washington: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS/OMS, Publicación Científica 1,007, 1984), p. 52. Mimeografiado.

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se utiliza como indicador para estimar la necesidad de atención de salud u otros servicios.

2.- Factores de riesgo.

"Es una característica o circunstancia identificada de individuo o grupos asociados, con una mayor oportunidad de experimentar un resultado no deseable."

Los factores de riesgo pueden ser indicadores o causas de resultados que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

Cabe señalar que es importante especificar para qué se busca cada factor de riesgo o grupo de factores.

Con la interacción de los factores de riesgos, ya sean biológicos, sociales y ambientales, se aumenta el efecto y aumentan las posibilidades de un número de resultados, hasta cierto grado, diferentes.

El concepto de riesgo permite aplicar ciertas acciones con base en los niveles de prevención.

¹ Martín Colimon. Fundamentos de epidemiología (Bogotá, Colombia: Editorial Medellín, 1978), p. 221.

En primer lugar, tenemos la prevención primaria, con la cual se evita la existencia o el efecto nocivo de factores de riesgo a través de destinar las medidas que influyen en la promoción de la salud.

En segundo lugar, se encuentra la prevención secundaria, con la cual se logra detectar precozmente el daño y aplicar el tratamiento adecuado.

Existen dos tipos de factores de riesgo:

- Los específicos:

Son aquellos que tienen una evolución determinada, como por ejemplo, el aborto provocado.

- Los inespecíficos:

Son los que aumentan las posibilidades de aparición de los resultados deseables o finales. Ejemplo: la multiparidad.

Los factores de riesgo se clasifican en:

- Biológicos (edad, sexo, paridad, talla, peso, patología).

- Sociales (escolaridad, estado civil, condiciones de vida).

- Ambientales (abastecimiento de agua, disposición de excretas, basuras y otros).
- Comportamiento (fumar, uso de alcohol, hábitos alimenticios).
- Relacionados con la atención de salud (cantidad, calidad de la atención).

El conocimiento de estos factores permite determinar la relación de un factor con un determinado resultado final.

La evaluación conlleva a:

- La máxima utilización de los recursos humanos, incluyendo otros grupos sociales, agrícolas, maestros.
- Favorecer la prestación de la calidad de atención al paciente, la familia y la comunidad.
- Favorecer la continuidad de la atención en la intervención y supervisión.

Un estudio cuidadoso permite mencionar las relaciones entre los factores de riesgo y determinadas consecuencias:

Relación causal:

Es desencadenante del proceso patológico. Ejemplo: la rubeola en el primer trimestre del embarazo

y sus efectos.

Relación asociada:

En este grupo las características que integran el factor de riesgos están asociadas a diversas causas no identificadas, tales como la desnutrición asociada al factor socioeconómico.

3.- Factores de riesgo y sus resultados.

Al analizar las diferencias entre los problemas, resultados y factores de riesgo, es de gran importancia tener en cuenta que lo que algunos consideran factor de riesgo, otros los consideran un problema.

Los factores de riesgo psicosociales, asociados al embarazo en adolescentes, pueden ser:

- Nivel socioeconómico bajo
- Relaciones familiares pobres
- Pobreza
- Deserción escolar
- Deficiente educación sexual
- Ambiente
- Tipo de familia.

4.- Indicador o causas.

Para reconocer los factores de riesgo tenemos que saber que forman parte de la cadena causal de eventos que llevan a la enfermedad o muerte.

La cadena causal de eventos tales como pobreza, deserción escolar, relaciones familiares y ambiente, influyen en los factores de riesgo y algunas veces son de poder de predisposición impresionante. Otras veces están distantes de la patología, pero pueden ser indicadores útiles.

El atributo de causa en un factor de riesgo, tiene importancia en cuanto que ayuda a definir la acción que se debe tomar.

El riesgo estadístico asociado con el factor de riesgo, es igualmente útil como indicador de resultado, si éste aparece por patología o por alguna señal no relacionada con el riesgo; como ejemplo, podemos mencionar la pobreza de una vivienda.

Los factores de riesgo constituyen indicadores dentro de un sistema biológico y social interactuante y la comprensión de las causas dentro del sistema es necesariamente limitada.

Por ejemplo, las causas precisas de los resultados pobres de un embarazo, considerando entre ellos la pérdida anterior de un feto o de un niño, no son siempre claras, a pesar de que el riesgo está presente.

5.- Medición de riesgo.

El riesgo o la probabilidad de un evento que está ocurriendo, puede ser medido de tres maneras.

En primera instancia, mencionaremos el riesgo absoluto, el cual puede ocurrir en la población total. Incluye también a los que tienen y a los que no tienen factores de riesgo definidos.

Por ejemplo, la probabilidad real de que una enfermedad, accidente o muerte ocurra en un lapso determinado.

A continuación existe el riesgo relativo, que es el que puede presentarse en aquellos con uno o más factores de riesgo. La medida más generalizada del riesgo individual es el riesgo relativo. Esta medida es de las más simples y útiles; expresa la relación o tasa entre la incidencia de la enfermedad o daño, o causa de la muerte en la población expuesta al riesgo y la incidencia en la población sin riesgo. Es un indicador

que mide la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y el resultado o daño.

Por último, tenemos el riesgo atribuible, el cual se basa en los siguientes aspectos: la frecuencia del resultado no deseado, con o sin el factor de riesgo presente (el riesgo relativo) y la frecuencia con que ese factor de riesgo se presenta en la comunidad. Este concepto se debe utilizar, en términos de establecimiento de políticas.

Por lo tanto, cuando varios factores se encuentran presentes, se influyen unos con otros, el manejo estadístico es más complicado; pero los conceptos de riesgo absoluto, relativo y atribuible no se alteran, aunque se trate de un grupo de factores de riesgo.

6.- Tipos de estudio para identificar los factores de riesgo.

Se considerará lo que se desea lograr establecer, la relación entre la presencia o ausencia de un supuesto factor de riesgo y la presencia o ausencia de un daño definido.

La obtención de los datos para llenar los cuadros se realiza mediante diferentes tipos de estudios.

- Estudio de seguimiento o de cohorte, generalmente retrospectivos. Se selecciona un grupo de individuos con el factor de riesgo presente (factor sí) y otro con el factor ausente (factor no) y se les observa en el transcurso del tiempo, constatando la aparición (sí) o (no) del daño, tanto en el grupo con el factor presente, como en el grupo con el factor ausente.

- Estudios de casos y controles: generalmente retrospectivos. Se selecciona un grupo de individuos que padecieron el daño $a + c$ y otro que no lo padeció ($b + d$) y se comprueba en cada grupo cuáles fueron los individuos que tuvieron el factor presente (sí) y cuáles el factor ausente (no).

- Estudios de corte transversal o estudios de prevalencia en la población o en una muestra de ella. Los datos sobre presencia y ausencia del daño y de exposición o no a los factores de riesgo, se obtienen simultáneamente.

7.- Grado de riesgo.

El grado de riesgo (alto, medio, bajo) se mide con anterioridad a su ocurrencia con la probabilidad

de un futuro resultado no deseado y de acuerdo con la experiencia del pasado.

A este resultado no deseado se le llama daño; la acción de daño difiere de riesgo y no debe prestarse a una confusión.

El riesgo es la probabilidad de que el daño ocurra a un individuo en el futuro. Se mide como un gradiente que va de alto a bajo riesgo. Ejemplo:

El riesgo de que un evento ocurra o de que un resultado no deseado se produzca variará entre una probabilidad cero, es decir, que no se produzca nunca y la probabilidad de que se produzca en todas las personas.

Por tanto, en cuanto se acerque al cero, sin llegar a él, se tratará de bajo riesgo de ocurrencia de un daño, y en tanto se aleje a uno, o sea, que todos los individuos lo presenten, es un alto riesgo para un determinado daño.

El riesgo se refiere a la probabilidad, por ejemplo, de que una embarazada presente grados de desnutrición, anemia, pero, además, sea menor de 15 años, madre soltera y posea un bajo nivel educativo. Ella tiene mayor probabilidad que otras embarazadas de tener problemas de

salud en el futuro, ya sea para ella misma, para el feto o para el recién nacido aunque no se tiene la certeza de que ocurrirá, sino que existe mayor probabilidad en comparación con una mujer embarazada que no presenta estas características.

8.- Cambios que se esperan en el sistema de salud a través del enfoque de riesgo.

En nuestra investigación hemos analizado la gran importancia que tiene el enfoque de riesgo ya que traería grandes cambios en el sistema. A continuación señalaremos algunos de estos cambios.

- Aplicación de instrumentos discriminadores de riesgo a la población del área.
- Programación diferenciada de actividades y recursos según distribución del grado de riesgo.
- Aumento progresivo de la cobertura de la población por medio de los recursos tradicionales y no tradicionales.
- Capacidad del personal para programar y ejecutar con esta nueva modalidad.
- Reasignación de recursos según necesidades.
- Adecuación progresiva de las normas técnicas y de procedimientos administrativos según riesgo.

- Definición clara de niveles de complejidad y del sistema de referencia de pacientes.
- Adecuación progresiva de las normas técnicas y de procedimientos administrativos.
- Definición clara de niveles de complejidad y del sistema de referencia de pacientes.
- Adecuación del sistema de información, articulación intersectorial y coordinación intersectorial.
- Mayor utilización de la investigación.
- Modificación en la evaluación de los programas.

9.- Ventajas previsibles de la aplicación del enfoque de riesgo en la atención de la salud.

- El enfoque de riesgo constituye el método de trabajo de carácter esencialmente preventivo y se basa en el fundamento epidemiológico, de la regionalización del cuidado de la salud.
- Una estrategia en la calidad del cuidado de la salud, son los aspectos relacionados con las humanización de la atención.
- Ofrece una oportunidad especial para articular los sistemas de salud y los efectos de ellos en el desarrollo de la salud.

- Une la epidemiología y la administración de la salud y las relaciones con las necesidades reales de la comunidad.
- Favorece un óptimo aprovechamiento de los recursos, al permitir una adecuación a las necesidades.
- Acelera el impacto sobre la salud sin un crecimiento paralelo del gasto en salud.
- Permite establecer una asociación entre factores psicosociales y la incidencia de embarazo en adolescente.

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

A.- Descripción del área de estudio.

Este estudio descriptivo, explicativo sobre el embarazo en adolescentes, se realizó en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, ubicado en el distrito de San Miguelito y dentro del área metropolitana, durante los meses de mayo a noviembre, del año 1986. Este centro cuenta con una población total de 156,611 habitantes, cuya población femenina de 15 a 19 años es de 79,724 habitantes.

El Centro brinda atención a la población embarazada de los corregimientos Amelia Denis de Icaza, Belisario Porras, Mateo Iturralde, José Domingo Espinar y Victoriano Lorenzo que, en su mayoría, corresponden a grupos sociales de clase baja.

Los servicios que brinda el Centro son de tipo curativo y preventivo y se ofrecen los programas de salud contemplados por el Ministerio de Salud, especialmente, el Materno Infantil y Salud de Adultos.

B.- Tipo de diseño.

El tipo de diseño de este estudio es el descriptivo, explicativo.

Descriptivo:

Permite conocer con mayor énfasis las características psicosociales que presentan las adolescentes embarazadas.

Explicativo:

El resultado obtenido nos lleva a afirmar o rechazar la hipótesis planteada, además de establecer asociaciones de algunas variables significativas para la investigación.

C.- Población estudiada.

La población universo estuvo constituida por 250 embarazadas de 15 a 19 años, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, en los meses de julio y agosto de 1986.

La muestra seleccionada representa el 40% del universo y la constituyen 100 adolescentes embarazadas, escogidas al azar a través del muestreo aleatorio simple.

La muestra presenta las siguientes características:

- La edad de las adolescentes embarazadas oscila entre 14 y 19 años.

- Las adolescentes embarazadas son atendidas actualmente en la clínica de control prenatal del Centro de Salud.
- Las adolescentes embarazadas proceden de la clase social baja.
- Todas las embarazadas fueron entrevistadas a nivel del Centro de Salud.

CH.- Técnicas.

La técnica utilizada para la recolección de datos de esta investigación fue directa e indirecta. Se preparó y llevó a cabo la entrevista a pacientes, indicándoles que era de carácter confidencial y anónima, con aplicación de un cuestionario o formulario previamente estructurado. El objetivo era recopilar informaciones sobre los factores psicosociales, asociados al embarazo en adolescentes.

El promedio de duración de la entrevista fue de 15 a 20 minutos, aproximadamente, y se efectuaron en las clínicas de control maternal del Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Además se realizó una revisión de expedientes de todas las embarazadas bajo estudio.

D.- Instrumentos para la recolección de datos.

El instrumento utilizado para recolectar los datos necesarios en la elaboración de este estudio es el siguiente:

Un cuestionario que contenía 50 preguntas abiertas y cerradas dirigidas a las adolescentes embarazadas, con el objeto de obtener información sobre los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes, en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

El mismo constaba de seis partes (Ver Anexo Nº 4).

- Datos generales:

Edad, procedencia, residencia, nivel educativo, tipo de escuela, estado civil, tipo de vivienda.

- Datos sociales:

Religión, tipo de familia, ocupación, ingreso mensual, número de personas que viven en el hogar.

- Factores específicos:

Factores psicosociales referentes al tema.

- Datos de la madre:

Edad, escolaridad, ocupación.

- Dato del padre:
Edad, escolaridad, ocupación.

- Datos del cónyuge:
Edad, ocupación, escolaridad.

E.- Procedimientos para la recolección de datos.

El procedimiento utilizado en este estudio puede resumirse en los siguientes pasos:

- Solicitud de autorización al Director Médico del Área Metropolitana. (Ver Anexo Nº 1)
- Solicitud de autorización al Director Médico del Centro de Salud de Nuevo Veranillo. (Ver Anexo Nº 2)
- Solicitud de colaboración a la Enfermera Jefe del Centro y enfermeras del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.
- Elaboración del instrumento:
 - . Confección del cuestionario.
 - . Prueba de este instrumento con diez adolescentes embarazadas controladas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.
 - . Correcciones de dos preguntas relacionadas con estado civil y nivel educativo.

- . Selección de las adolescentes embarazadas que componen la muestra.
- . Aplicación del cuestionario durante los meses julio y agosto de 1986, en el Centro de Salud Nuevo Veranillo en horas laborables, previa orientación por parte de los investigadores.
- . Tabulación de los datos obtenidos. (Se efectuó la tabulación de los datos con la asesoría de la Profesora de Investigación y la asesoría de un estadístico).
- . Análisis e interpretación de los datos: los datos de esta investigación serán de carácter anónimo y confidencial. Los fines del mismo serán de tipo docente.

F.- Estadísticas utilizadas.

1.- Porcentaje.

Los porcentajes permitieron comparar los totales de la muestra. No aparecen anotados porcentajes en los cuadros, ya que cualquiera que tenga como base 100 casos, al presentar los datos, sean cuadros o gráficas, sólo presentan cifras absolutas, que por sí mismas representan un porcentaje.

2.- Chi cuadrado.

Es una medida de discrepancia existente entre las secuencias observadas y esperadas. Es suministrada por el estadístico x^2 dado por la fórmula siguiente:

$$\frac{(O_j - E_j)^2}{E_j}$$

Para buscar la probabilidad correspondiente al valor de x^2 , se calculará de acuerdo a tablas especiales que existen para ello. (Ver Anexo N° 5)

3.- Coeficiente de contingencia.

Es una medida del grado de relación, asociación o dependencia de las clasificaciones. En una tabla de contingencia se utiliza la siguiente fórmula:

$$\frac{x^2}{x^2 + N}$$

A mayor C, mayor es el grado de asociación. El número de filas y columnas de la tabla de contingencia determina el valor máximo de C, que nunca es superior a uno. Si el número de filas y columnas de una tabla de contingencia es igual a K, el máximo valor de C viene dado por $(K - 1)/K$.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE LOS RESULTADOS

C U A D R O S

Luego de finalizar la tabulación de los datos exponemos a continuación los resultados obtenidos en el estudio.

Para mayor claridad y comprensión del mismo se han utilizado cuadros, gráficas, tablas y medidas estadísticas como: porcentaje, chi cuadrado y coeficiente de contingencia para el análisis de las diferencias observadas en los factores psicosociales y el embarazo en adolescentes que posee el grupo de estudio.

CUADRO Nº 1

ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE NUEVO VERANILLO, POR REACCIÓN AL EMBARAZO
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO: Julio-agosto de 1986.

Nivel Educativo	TOTAL	Reaccion al embarazo			
		Aceptación	Rechazo	Ira	Indiferencia
TOTAL	100	62	28	5	5
Primaria incompleta	9	5	3	0	1
Primaria completa	15	9	5	1	0
Secundaria incompleta	44	31	10	2	1
Secundaria completa	23	23	8	8	1
Técnica	4	2	1	0	1
Sin instrucción	4	1	1	1	1
No contestó	4	1	1	1	1

$$\chi^2_c = 11.923$$

$$\chi^2_t = 0.95:18 = 9.390$$

$$11.93 > 9.390$$

Se rechaza Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

El Cuadro N° 1 presenta la relación entre nivel educativo y grado de aceptación del embarazo.

En la totalidad, el 62% acepta positivamente el embarazo, mientras el 38% los rechaza; sin embargo, se puede observar que a mayor nivel educativo, mayor grado de rechazo (34%); y a menor nivel educativo, mayor grado de aceptación (15%).

A la prueba de contraste de H_0 , el resultado muestra que χ^2_c es mayor que χ^2_t ; por consiguiente, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la H_1 que dice que el nivel educativo está asociado al nivel de rechazo de embarazo.

CUADRO Nº 2

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE
 NUEVO VERANILLO, POR PERÍODO TRANSCURRIDO ENTRE LA DESERCIÓN
 ESCOLAR Y EL INICIO DEL EMBARAZO, POR AÑO ACADÉMICO DE LA DESERCIÓN:
 julio-agosto de 1986

Año Académico de la deserción	TOTAL	Período transcurrido entre la deserción y el inicio del embarazo			
		Menos de 1 año	al año	más de 1 año	estaba en la escuela: no aplicable
	TOTAL 100	45	18	16	21
Primero	12	5	5	2	0
Segundo	10	2	2	4	0
Tercero	28	15	3	6	4
Cuarto	7	5	1	1	0
Quinto	6	3	2	1	0
Sexto	25	15	3	2	5
No aplicable	12	0	0	0	12

$$\chi^2_c = 54.29$$

$$\chi^2_t \quad 0.95; \quad 18 - 9.390$$

54.29 > 9.9390 Se rechaza Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

De las embarazadas adolescentes estudiadas, sólo 15% había terminado la escuela secundaria y el 95% había desertado en algún año académico de la escuela secundaria.

Al relacionar deserción con el tiempo de inicio del embarazo, se observa que el 42% de las adolescentes que desertaron de la escuela quedaron embarazadas antes de un año.

La prueba de Chi cuadrado nos demuestra que existe una asociación significativa entre deserción escolar y el inicio del embarazo ($p = 0.001$).

CUADRO Nº 3

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE NUEVO VERANILLO, POR EDAD, SEGÚN RELIGIÓN PROFESADA:
julio-agosto de 1986

Religión	TOTAL	Edad (Años)			
		12-14	15-17	18-20	
	TOTAL	<u>100</u>	<u>2</u>	<u>43</u>	<u>55</u>
Católica	79	1	37	41	
Otras	17	1	3	13	
Ninguna	4	0	3	1	

$$\chi^2_c = 6.18$$

$$\chi^2_t \quad 0.95; \quad 4 = .711$$

6.18 > 7.11 Se acepta Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

El Cuadro N° 3 permite señalar que más de la mitad (79%) de la población estudiada profesa la religión católica. En cuanto a la edad en que salió embarazada la adolescente, prevaleció el grupo de 18 a 20 años (55%); no obstante, es llamativo que un 43% de las adolescentes se embarazó de 15 a 17 años, coincidiendo con la finalización del primer ciclo de la escuela secundaria.

Según la prueba, Chi cuadrado demuestra que no existe asociación significativa entre la edad y la religión que profesa la adolescente embarazada.

CUADRO N° 4

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR EDAD, SEGÚN TIPO
DE FAMILIA
julio-agosto de 1986

Tipo de familia	TOTAL	Edad (años)			
		12-14	15-17	18-20	
	TOTAL	<u>100</u>	<u>2</u>	<u>43</u>	<u>35</u>
Nuclear completa	52	1	21	30	
Nuclear incompleta	43	1	22	25	

$$\chi^2_c = .55$$

$$\chi^2_t 0.95; 2 = .103$$

$$.55 > .103$$

Se acepta Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

Según el tipo de familia, el 52% de las adolescentes embarazadas pertenecen a una familia nuclear completa y el 48% a una familia nuclear incompleta.

Estadísticamente, el Chi cuadrado demuestra asociación poco significativa entre la edad de la adolescente embarazada y el núcleo familiar completo al cual pertenece, pero no indica una relación causal.

CUADRO Nº 5

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR EDAD, SEGÚN TIPO DE
RELACIÓN FAMILIAR
julio-agosto de 1986

Tipo de relación	TOTAL	Edad (años)			
		12-14	15-17	18-20	
	TOTAL	<u>100</u>	<u>2</u>	<u>43</u>	<u>55</u>
Armoniosa	58	0	24	34	
Discusiones frecuentes	38	1	16	21	
Malas	4	1	3	0	

$$x^2_c = 4.43$$

$$x^2_t 0.95 ; 4 = .711$$

4.43 > .711 Se rechaza Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

El Cuadro N° 5 presenta la asociación entre las relaciones familiares y la edad de la adolescente embarazada.

El 58% de las adolescentes embarazadas pertenecen a familias con relaciones armoniosas y el 42% proceden de familias con relaciones conflictivas.

El Chi cuadrado demuestra que existe asociación estadística entre el embarazo en la adolescencia (18-20) y las relaciones familiares armoniosas.

CUADRO Nº 6

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR RECURSOS ECONÓMICOS
PARA SUS GASTOS, SEGÚN ACTIVIDAD QUE REALIZAN
julio-agosto de 1986

Actividad	TOTAL	Recursos económicos		
		Sí	No	
	TOTAL	<u>100</u>	<u>57</u>	<u>43</u>
Trabajo	4	3	1	
Estudio	6	3	3	
Oficios domésticos	90	51	39	

$$\chi^2_c = .067$$

$$\chi^2_t 0.095; 2 - .103$$

.067 > .103 Se acepta Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

Se puede observar que el 90% de las adolescentes se dedica a realizar oficios domésticos dentro de su hogar; sin embargo, el 57% manifiestan que cuentan con dinero para solventar sus gastos personales.

Estadísticamente no se demuestra una asociación significativa entre los recursos económicos de las adolescentes en estudio y su ocupación.

CUADRO N° 7

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR EDAD, SEGÚN EL CONTROL
DE AUTORIDAD EN EL HOGAR
julio-agosto de 1986

Control de autoridad en el hogar	TOTAL	Edad (años)			
		12-14	15-17	18-20	
	TOTAL	<u>100</u>	<u>2</u>	<u>43</u>	<u>55</u>
Estricto	26	1	15	10	
Moderadamente estricto	67	0	23	44	
Sin restricciones	7	1	5	1	

$$\chi^2_c = 7.80$$

$$\chi^2_t 0.95; 4 = .711$$

$$7.80 > .711$$

Se rechaza H_0 .

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

El cuadro revela que el 93% de las adolescentes embarazadas poseen cierto grado de control de autoridad a nivel del hogar, y sólo un 7% provienen de hogares sin ningún tipo de restricción.

De estudios realizados en América Latina y en el Área Metropolitana de Panamá se infiere que la falta de autoridad e inestabilidad en la familia pueden ser factores conducentes a esta situación.

Según las teorías de la adolescencia, durante este período hay una exacerbación del deseo sexual.

Estadísticamente, según la Chi cuadrado, los resultados obtenidos dan una asociación alta con relación a las dos variables.

CUADRO N° 8
 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
 SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR EDAD, SEGÚN
 INSTRUCCIÓN SEXUAL RECIBIDA
 julio-agosto de 1986

Instrucción sexual	TOTAL	Edad (años)		
		12-14	15-17	18-20
	TOTAL <u>100</u>	<u>2</u>	<u>43</u>	<u>55</u>
Sí	48	1	21	26
No	52	1	32	29

$$\chi^2_{2c} = .43$$

$$\chi^2_{t 0.95; 2} = .103$$

$$.43 > .103$$

Se rechaza H_0 .

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

Existe diferencia significativa entre el haber recibido educación sexual y el embarazo de la adolescente ($Z = 4.99$).

El 52% de las embarazadas no recibió educación sexual formal; contra el 48% que sí recibieron este tipo de educación.

La prueba de Chi cuadrado demuestra una asociación estadística entre el embarazo y la educación sexual de la adolescente.

CUADRO N° 9

USO DE ANTICONCEPTIVOS POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO,
 SEGÚN LUGAR DONDE RECIBIERON EDUCACIÓN SEXUAL
 julio-agosto de 1986

Lugar	TOTAL	Utilizó anticonceptivos	
		Sí	No
	TOTAL <u>100</u>	<u>20</u>	<u>80</u>
Escuela	45	5	40
Hogar	9	4	5
Calle	36	10	26
No recibió	10	2	12

$$x^2_c = 4.78 \quad x^2_t 0.95; 3 = .352$$

4.78 > .352 Se rechaza Ho

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

El Cuadro Nº 9 demuestra que, a pesar de que el 90% del grupo de embarazadas recibió orientación sobre métodos anticonceptivos, sólo un 20% los utiliza; el 80% no los usa.

Estudios en América Latina sobre adolescencia revelan que ninguno de los métodos anticonceptivos se ajustan a la adolescente; por lo que son rechazados, debido a ignorancia o desconocimiento.

CUADRO Nº 10

RELACIÓN ENTRE LA INGESTA DE BEBIDA ALCOHÓLICA POR LAS
MADRES Y LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO
julio-agosto de 1986

Ingesta bebida alcohólica por la adolescente	TOTAL	Ingesta bebida alcohólica por la madre	
		Sí	No
	TOTAL	<u>100</u>	<u>26</u> <u>74</u>
Sí	10	4	6
No	90	22	68

$$x^2_c = .46$$

$$.46 > .00393$$

$$x^2_t \ 0.95; \ 1 - .00393$$

Se rechaza Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

Al relacionar el uso de bebidas alcohólicas de la adolescente con la madre, se observa que el 90% de las embarazadas adolescentes no ingieren bebidas alcohólicas, y el 74% de las madres tampoco lo hacen.

Por el patrón cultural en países en vías de desarrollo, la ingestión de bebidas alcohólicas es predominante en el varón y legalmente es prohibida para adolescentes.

La Ley Nº 55 en su capítulo primero contempla aspectos relacionados con el expendio de bebidas alcohólicas. En su artículo 25 nos dice lo siguiente:

"Queda prohibido en todo el territorio de la República el suministro o expendio de bebidas embriagantes a los menores de dieciocho (18) años, así como la entrada de éstos."¹

¹ Gaceta Oficial. Ley Nº 55, "Por la cual se regula la Administración, Fiscalización y cobro de varios tributos municipales". Publicación Nº 17,397 (Panamá: octubre, 1973), p. 3.

CUADRO Nº 11

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR REACCIÓN DE LA MADRE
AL EMBARAZO, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN
julio-agosto de 1986

Nivel de instrucción de la madre	TOTAL	Reacción de la madre		
		Aceptación	Rechazo	Indiferencia
TOTAL	<u>100</u>	<u>56</u>	<u>33</u>	<u>11</u>
Primaria	22	13	6	3
Secundaria	75	42	26	7
Sin instrucción	2	1	0	1
No contestó	1	0	1	0

$$\chi^2_c = 2.18$$

$$\chi^2_t \quad 0.95; \quad 6 = 1.635$$

$$2.18 > 1.635$$

Se rechaza H_0 .

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

Al relacionar el nivel educativo de la madre con la reacción al embarazo, vemos que el 24% posee un nivel educativo bajo; con una reacción de aceptación de un 56%. El resto (44%) rechazó la situación. Del 75% con educación secundaria, el 56% aceptó la situación, el 44% la rechazó.

El cuadro permite inferir que el nivel educativo no incide en la reacción de aceptación; sin embargo, el Chi cuadrado demuestra que existe una relación estadística significativa entre ambas variables.

CUADRO Nº 12

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR EDAD, SEGÚN TIPO DE
ACTIVIDAD DE LA MADRE
julio-agosto de 1986

Tipo de actividad de la madre	TOTAL	Edad (años)		
		12-14	15-17	18-20
TOTAL	<u>100</u>	<u>2</u>	<u>43</u>	<u>55</u>
Trabajo remunerado	25	0	12	13
Oficios domésticos	75	2	31	42

$$x^2_c = .08$$

$$x^2_t 0.95; \quad 2 - .103$$

$$.08 > .103$$

Se acepta Ho.

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

Al relacionar actividad de la madre y edad en que salió embarazada la adolescente, se observa que el 75% no trabaja; sin embargo, el embarazo se inicia con una mayor influencia en este grupo; y un 25% trabaja fuera del hogar, pero se observa menor número de embarazadas en este grupo.

Según este estudio, los resultados contradicen los hallazgos del Cuadro Nº 6, y asumimos que la adolescente busca satisfacer algunas necesidades básicas fuera del núcleo familiar, especialmente de tipo económico, lo que la expone al riesgo de embarazarse.

A pesar de que tenga la madre en el hogar, a la adolescente le es difícil someterse a la autoridad, por lo que la asociación entre estas variables no es significativa.

Estadísticamente, los valores obtenidos del Chi cuadrado no revelan una asociación significativa.

CUADRO N° 13

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR EDAD, SEGÚN EL NIVEL DE
INSTRUCCIÓN DEL PADRE
julio-agosto de 1986

Nivel de instrucción	TOTAL	Edad (años)		
		12-14	15-17	18-20
TOTAL	<u>100</u>	<u>2</u>	<u>43</u>	<u>55</u>
Primaria	60	2	28	30
Secundaria	20	0	8	12
Sin instrucción	20	0	7	13

$$\chi^2_c = .80$$

$$\chi^2_t .95; 4 = .711$$

$$.80 > .711$$

Se rechaza H_0 .

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

El cuadro revela que al relacionar el nivel educativo del padre con la edad en que salió embarazada la adolescente, el 80% posee nivel primario o ningún grado de instrucción y sólo un 20% nivel secundario.

Estadísticamente, el Chi cuadrado demuestra que existe asociación significativa entre nivel educativo del padre y edad en que inicia el embarazo la adolescente.

CUADRO N° 14

ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE NUEVO VERANILLO, POR REACCIÓN DE LOS CÓNYUGES
AL EMBARAZO, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN
julio-agosto de 1986

Nivel instrucción del cónyuge	TOTAL	Reacción del cónyuge		
		Aceptación	Rechazo	Indiferencia
TOTAL	<u>100</u>	<u>73</u>	<u>23</u>	<u>4</u>
Primaria Incompleta	9	6	2	1
Secundaria incompleta	45	36	8	1
Secundaria completa	25	16	9	0
Técnica	3	3	0	0
Sin instrucción	1	1	0	0
No declarado	2	1	0	1

$$\chi^2_c = 11.70$$

$$\chi^2_{t 0.95; 12} = 5.226$$

$$11.70 > 5.226$$

Se rechaza H_0 .

FUENTE: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

En el cuadro, al relacionar el nivel educativo del cónyuge con reacción al embarazo del adolescente, se observa que el 73% posee nivel educativo secundario y que el 73% indistintamente del nivel educativo, tuvo una reacción de aceptación al embarazo de la adolescente.

A diferencia de lo anotado anteriormente, donde se demuestra que la reacción del progenitor al embarazo de la adolescente es de rechazo o abandono, al igual que su núcleo familiar y la sociedad.

Estadísticamente, la Chi cuadrada demuestra que existe una asociación significativa entre ambas variables.

GRÁFICAS

Análisis de las intervinientes o terceros.

Presentamos las características, edad, sexo, nivel educativo, religión, tipo de familia, ocupación, ingreso económico, a través de las siguientes gráficas para una mayor claridad de los hallazgos.

A continuación presentamos en su orden la Gráfica Nº 1: Estructura, por edad, de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo en los meses de julio-agosto de 1986.

La Gráfica Nº 2: Estructura, por edad, de los cónyuges de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo: julio-agosto de 1986.

La Gráfica Nº 3: Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según estado conyugal: julio-agosto de 1986.

La Gráfica Nº 4: Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según ingreso familiar mensual: julio-agosto de 1986.

La Gráfica Nº 5: Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según actividad grupal: julio-agosto de 1986.

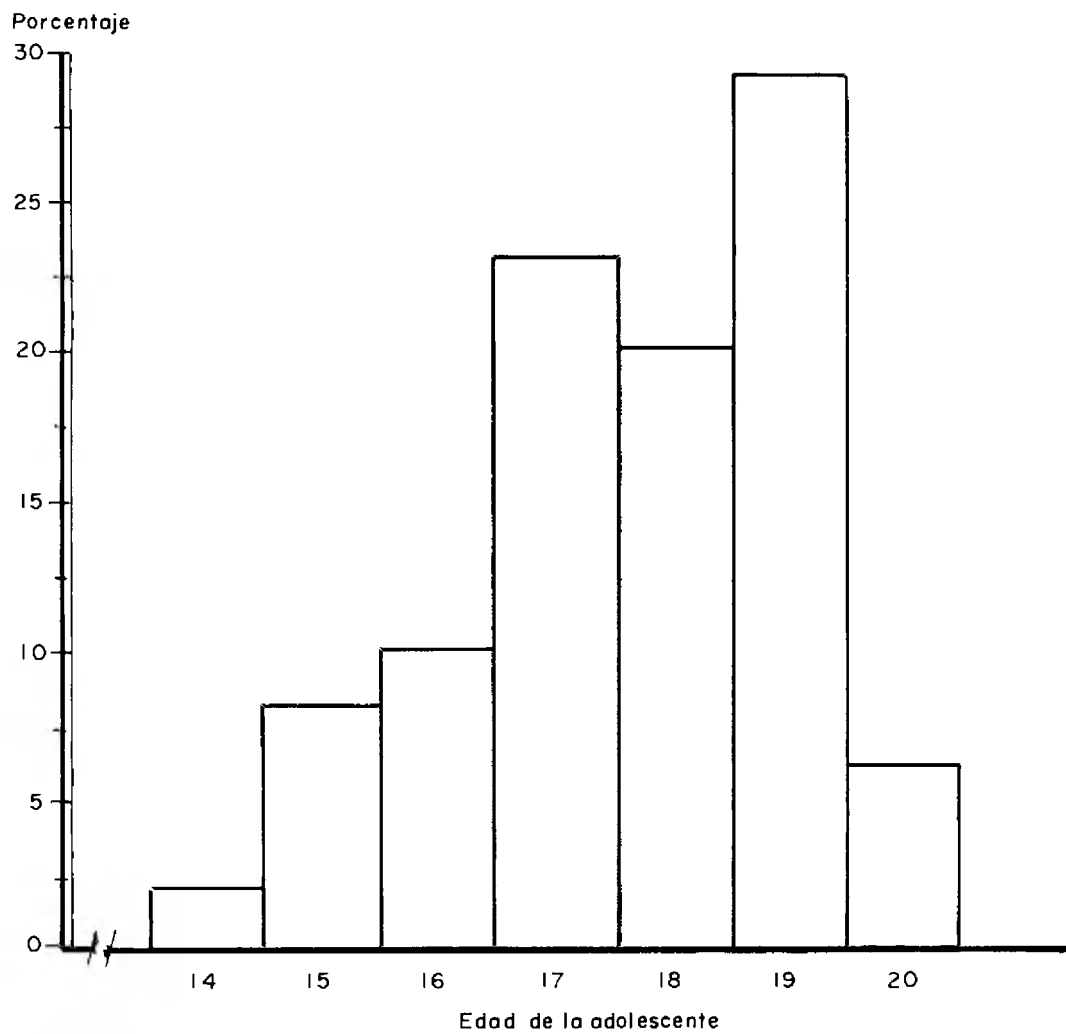
La Gráfica Nº 6: Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según provincia de procedencia: julio-agosto de 1986.

La Gráfica Nº 7: Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, según corregimiento de procedencia: julio-agosto de 1986.

Cada una de ellas contiene una explicación pertinente.

Gráfica N° 1

**ESTRUCTURA POR EDAD, DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO
JULIO-AGOSTO DE 1986**



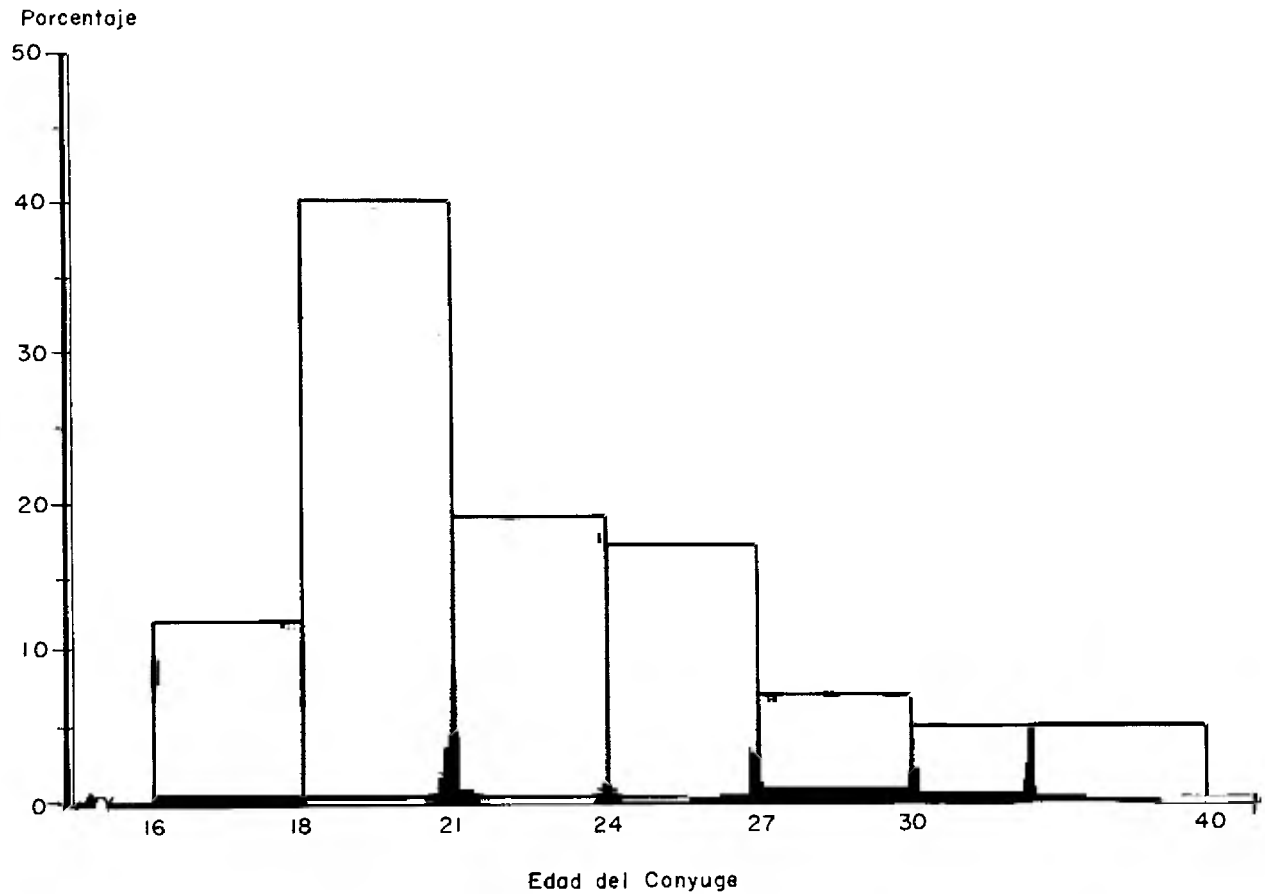
Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

La Gráfica N° 1 presenta la estructura por edad, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, en el período de julio a agosto de 1986.

La edad que prevaleció fue de 19 años, lo que nos indica que la mayoría de las adolescentes realiza la unión consensual al llegar a los 18 años que es cuando, de acuerdo con las leyes de nuestro país, se obtiene la mayoría de edad.

Gráfica Nº 2
(Histograma de edades)

**ESTRUCTURA POR EDAD, DE LOS CONYUGES DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE NUEVO VERANILLO. JULIO-AGOSTO DE 1986**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

La Gráfica N° 2 presenta la estructura, por edad, de los cónyuges de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, en el período de julio a agosto de 1986.

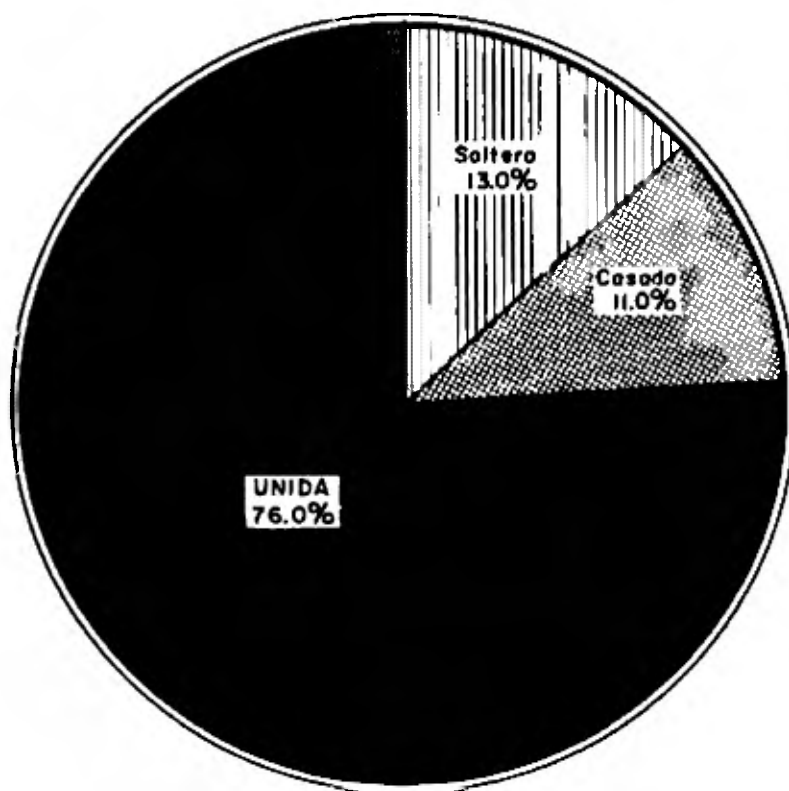
En la gráfica en cuestión, se observa que el mayor porcentaje (40%) está comprendido entre los 18 y 21 años.

Le siguen, en orden decreciente, los grupos de 21 a 24, de 24 a 27, de 16 a 18, de 27 a 30 y, por último, el grupo comprendido entre la edad de 30 a 40.

Cabe mencionar que la unión consensual desfavorece la desintegración de la familia.

Gráfica N° 3

ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, SEGUN ESTADO CONYUGAL
JULIO-AGOSTO DE 1986



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

En la Gráfica Nº 3 se analiza el estado conyugal de las adolescentes embarazadas.

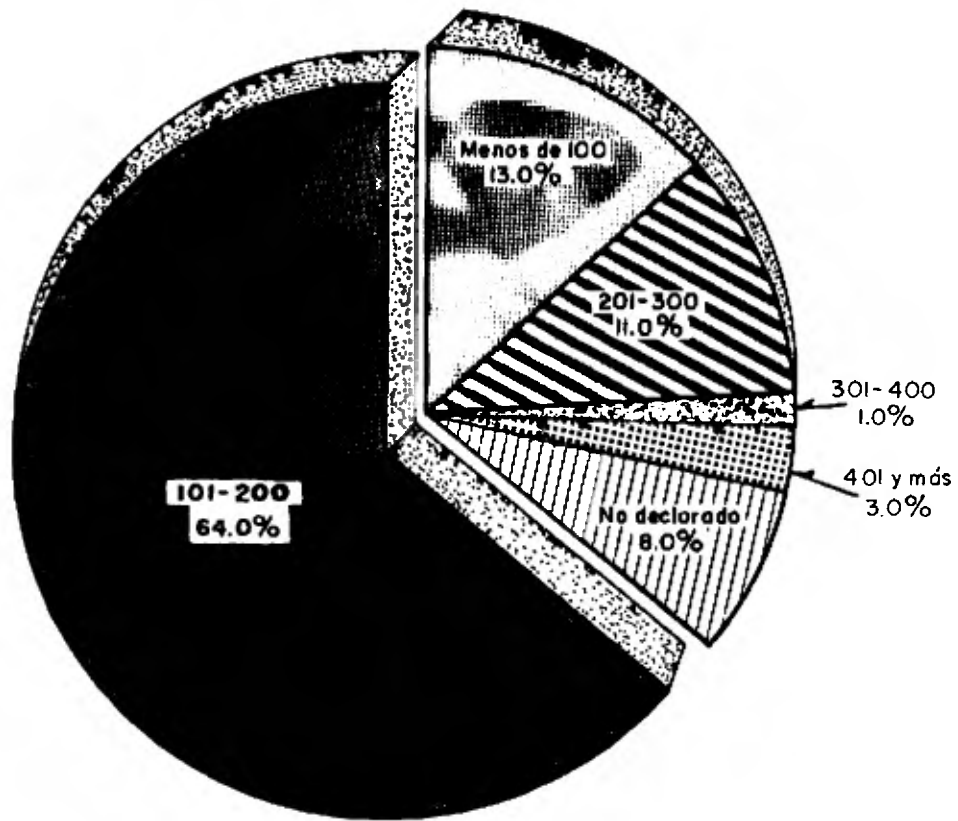
La mayor parte de las adolescentes embarazadas estaban unidas (76%) o casadas (11%).

Se encontró un 13% de madres solteras.

A pesar de que la opinión general es que existe un mayor porcentaje de madres solteras, el estudio realizado revela que el mayor porcentaje corresponde a las que mantienen una unión; sin embargo, esto no garantiza una estabilidad familiar.

Gráfica N° 4

ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, SEGUN INGRESO FAMILIAR MENSUAL. JULIO-AGOSTO DE 1986
(EN BALBOAS)



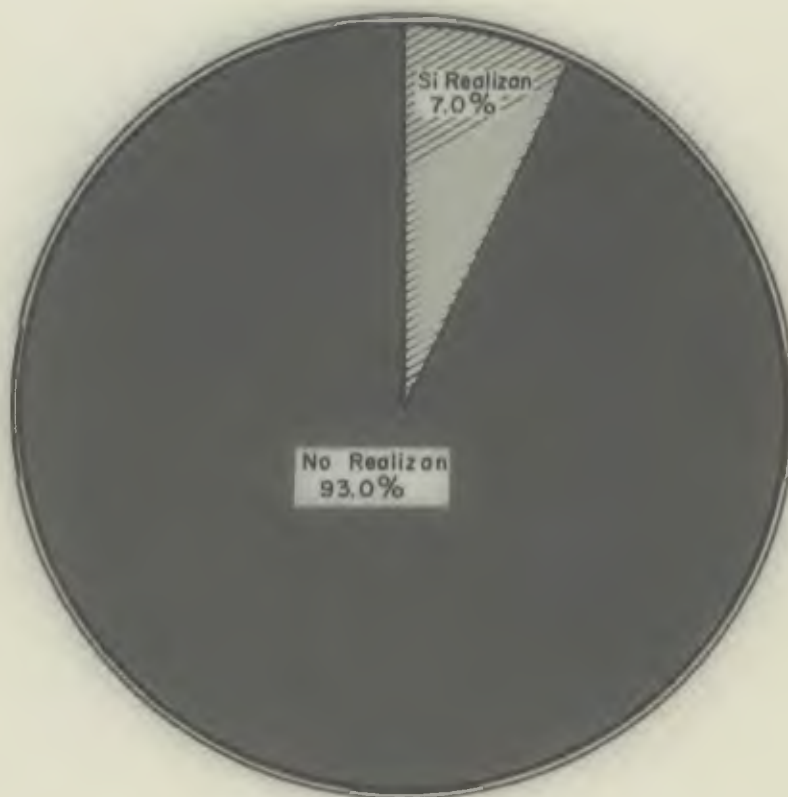
Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas

Al analizar el ingreso familiar mensual de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, podemos observar que el grupo más numeroso (64%) tenía un ingreso mensual entre B/. 100.00, y B/. 200.00, seguido de un grupo (13%) que ganaba menos de B/. 100.00, por mes, lo cual nos revela el bajo ingreso del grupo de estudio.

Podemos confirmar con estos datos algo muy generalizado en el país: mayor proliferación de embarazo entre personas de escasos recursos.

Gráfica N° 5

ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, SEGUN ACTIVIDAD GRUPAL
JULIO-AGOSTO DE 1986



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

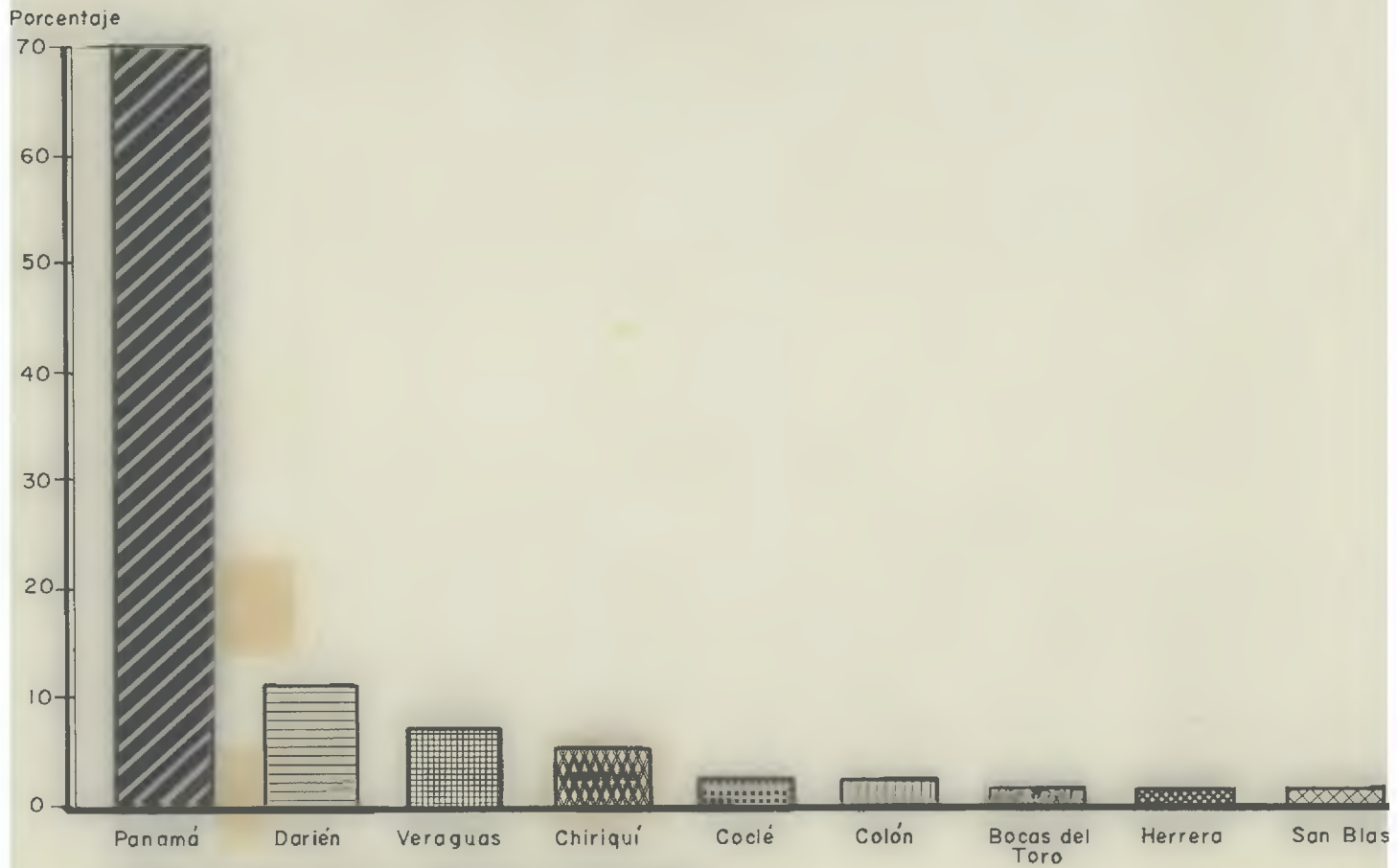
Otro aspecto interesante que se presenta en la Gráfica Nº 5, se refiere a la actividad realizada por las adolescentes embarazadas en su tiempo libre.

Llama la atención que una gran mayoría, el 93%, no realiza ninguna actividad de grupo. Un pequeño porcentaje, o sea el 7%, mantiene alguna relación grupal.

Cabe señalar que la falta de actividad del adolescente, lo conduce a la vida consexual, ya que en esta edad el joven se encuentra inmerso en la búsqueda de su identidad.

Gráfica N° 6

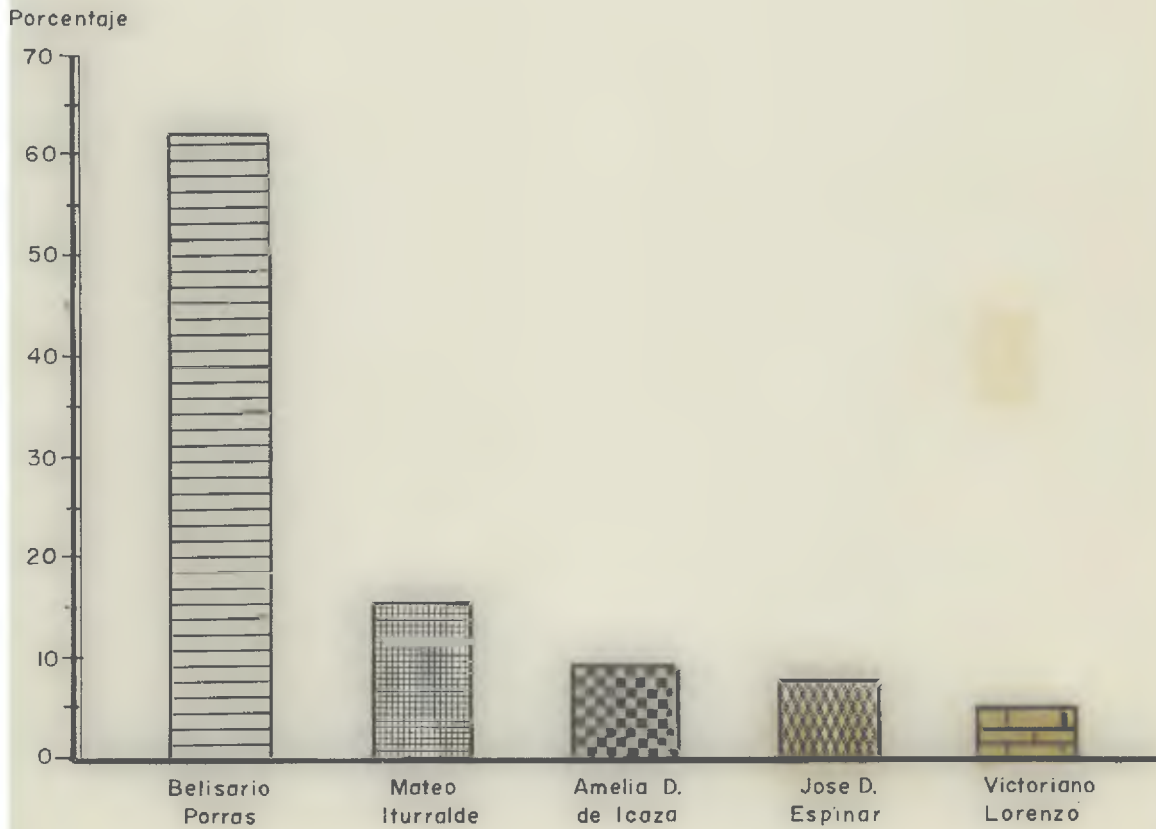
ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, SEGUN PROVINCIA DE PROCEDENCIA JULIO-AGOSTO DE 1986



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas

Gráfica Nº 7

ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO, SEGUN CORREGIMIENTO DE RESIDENCIA. JULIO-AGOSTO DE 1986



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas

Las Gráficas N° 6 y N° 7 examinan el lugar de origen de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Observamos que prevalecen las que provienen de la provincia de Panamá.

En cuanto al corregimiento de origen, la mayor cantidad de las adolescentes embarazadas procedía del corregimiento Belisario Porras, mientras que la menor cantidad procedía del corregimiento Victoriano Lorenzo.

Cabe mencionar que el corregimiento Belisario Porras se encuentra cerca del Centro de Salud de estudio; en cambio, el corregimiento Victoriano Lorenzo es el más distante, lo que explica el mayor o menor número de adolescentes atendidas en dicho centro.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Todo el trabajo de investigación realizado se puede sintetizar en una serie de conclusiones que vale la pena señalar. Son de dos naturalezas, puesto que las primeras son el resultado de la investigación en forma generalizada, aplicable a nivel de toda América Latina, y las restantes son el producto del estudio específico de un área de Panamá, y aplicable a otras áreas con características semejantes y que, en síntesis, podrían ser tomadas en cuenta para ahondar en el estudio de problemas relacionados con el embarazo en adolescentes.

Este estudio nos ha permitido conocer una problemática muy importante de nuestra sociedad actual, ya que se trata del futuro incierto de un sector joven de nuestra ciudadanía y, lo que es peor, de tantos niños que están por venir al mundo en situación tan desconcertante.

Por tal razón, al final esbozamos una serie de recomendaciones para la solución a esta problemática.

- 1.- Existen en América Latina y a nivel mundial, diferentes estudios de la adolescente y, en especial de la adolescente embarazada. Problema que hoy día afecta directamente a la familia, los educadores la iglesia y la sociedad en general.

- 2.- El embarazo en la adolescente es un problema cuya incidencia está aumentando año tras año, y Panamá no escapa de esta situación.
- 3.- El embarazo en adolescentes, según estudios realizados, predomina en las clases socioeconómicas bajas; no podemos hacer un señalamiento serio de lo que ocurre en los estratos medios y altos ya que por impedimentos del sistema social, lo desconocemos.
- 4.- Según las teorías acerca de la adolescencia, éste es un período crítico y transitorio, en el cual predomina la búsqueda de la identidad; de ahí, la necesidad de orientar a la juventud cuando está encontrándose a sí misma.
- 5.- Actualmente, el adolescente recibe poca ayuda en lo referente a los recursos humanos, materiales e institucionales que promuevan su desarrollo integral.
- 6.- El 70% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, donde se llevó a cabo el estudio, proceden de la ciudad capital y, precisamente, del corregimiento Belisario Porras, en el distrito de San Miguelito, lo cual

revela que allí incide el mayor número de adolescentes embarazadas.

- 7.- La edad de los cónyuges fluctúa entre 17 y 20 años.
- 8.- La edad promedio de la adolescente embarazada va de los 17 a los 19 años.
- 9.- El ingreso mensual del 64% de las familias de las adolescentes embarazadas fluctúa entre B/. 101.00 y B/. 200.00
- 10.- El 85% de las adolescentes salieron embarazadas después de desertar de sus estudios.
- 11.- El 52% de las adolescentes no recibió educación sexual.
- 12.- El 90% del grupo de embarazadas recibió orientación sobre métodos anticonceptivos, aunque sólo el 20% los utiliza.
- 13.- El 90% de las adolescentes encuestadas no ingieren bebidas alcohólicas.
- 14.- El 75% de las madres de las adolescentes no trabaja fuera del hogar, sino que se dedican a los oficios domésticos.

- 15.- El nivel educativo del cónyuge fue de un 73% con predominio de la escuela secundaria.
- 16.- El 80% de los padres de las adolescentes posee un nivel primario o ningún grado de instrucción.
- 17.- La falta de áreas recreativas para adolescentes a nivel de corregimiento, conduce al riesgo de embarazo.
- 18.- Es limitado el número de centros de orientación para adolescentes embarazadas.
- 19.- Los padres de familia, por ignorancia o indiferencia, no dan guía u orientación sexual a los hijos en el hogar.
- 20.- La escuela panameña aún no brinda una educación sexual adecuada.

RECOMENDACIONES

- 1.- Divulgar y aplicar el Programa de Salud Integral del Adolescente a nivel de todo el país.
- 2.- Realizar programas de educación sexual a los padres de las adolescentes, maestros y jóvenes adolescentes.
- 3.- Mejorar el nivel de vida de la familia panameña.
- 4.- Solicitar a los medios de comunicación social su colaboración para una programación educativa dirigida a la familia y a la comunidad.
- 5.- Difundir literatura sobre la sexualidad humana, adecuada para padres, educadores y educandos, en general.
- 6.- Lograr la cooperación efectiva y dinámica de los Clubes de Servicio y personas capacitadas, de la comunidad para contrarrestar deficiencias expuestas en las conclusiones.
- 7.- Crear centros de estudios técnicos y vocacionales, a nivel de comunidades que contribuyan a disminuir la deserción escolar del adolescente.

- 8.- Coordinar con la empresa privada y pública puestos de trabajo para adolescentes debidamente entrenados.
- 9.- Promover la mayor utilización del tiempo libre del adolescente, a través de clubes juveniles, encuentros de juventudes, escultismo y guidismo.
- 10.- Realizar investigaciones sobre las actividades relacionadas con el adolescente que llevan a cabo las diversas instituciones de salud.
- 11.- Promover una mayor coordinación intra y extrasectorial con las instituciones y grupos que trabajan con el adolescente.
- 12.- Realizar programas continuos de educación sexual en la escuela, radio y televisión.
- 13.- Crear centros de orientación para la adolescente embarazada que promuevan una mejor adaptación a su nueva situación.
- 14.- Preparar mecanismos de control de respuestas en las encuestas que se apliquen en estudios posteriores de esta naturaleza.

B I B L I O G R A F Í A

LIBROS

- ANDER , Ezequiel. Introducción a las técnicas de investigación social. Panamá, República de Panamá Editorial Humanitas Internacional, 1981.
- ARAÚZ ROVIRA, José Nicanor. Diseño experimental. Panamá: Editorial Universitaria, 1984.
- BIJOU, Sidney y otros. Psicología del desarrollo infantil. México: Editorial Trillas, 1973.
- BRIONES, Guillermo. Método y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales. México: Editorial Trillas, 1982.
- COLIMON KAHL, Martín. Fundamentos de epidemiología. Bogotá, Colombia: Editorial Medellín Colimon, 1978.
- FAYARD, Camel V. Estadística médica y de salud. Tomo Primero. Mérida, Venezuela: Editorial Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes, 1982.
- FERRANA, Floreana y otros. Medicina de la Comunidad. Buenos Aires, Argentina: Editorial Intermédica, 1976.
- HORROCKS, John D. Psicología de la adolescencia. México: Editorial Trillas, 1984.

- HURLOCK, Elizabeth. Desarrollo del niño. México: Editorial Mc Graw Hill, 1978.
- LEVIN, Jack. Fundamento de estadística en la investigación social. México: Editorial Harlo, 1977.
- LORRAINE BRADTH, Dennis y HASSOL, Joan. Psicología evolutiva. México: Editorial Interamericana, 1985.
- NATHER, Lucille. Essentials of Inersing Research. New York: Editorial Springer, 1983.
- PADILLA, Josefina y otros. Metodología de la investigación. 2da. edición. Santo Domingo: Editorial Impresos de Calidad, S. A., 1983.
- PIERRE DESCHAMPS, Jean. Embarazo y maternidad de la adolescente. Barcelona, España: Editorial Herder, 1979.
- POLIK, Denice y otros. Investigación científica en Ciencias de la Salud. México: Editorial Interamericana, 1985.
- SAN MARTÍN, Hernán. La salud y enfermedad. 4a. edición. Ediciones científicas. México: La Prensa Médica, 1981.

SARUE BERTONI y DÍAZ SERRANO. El concepto de riesgo y el cuidado de la salud. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS/OMS, 1984.

SIEGEL, Sidney. Estadística no paramétrica. 6a. edición. México: Editorial Trillas, 1980.

TORDJMAN, Gilberto. Realidades y problemas de la vida sexual de adolescentes. Barcelona, España: Editorial Argos Vergara, 1981.

VANDELEN DEABIELD, Meyer William. Manual de técnica de la investigación educacional. 4a. edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós, 1979.

PUBLICACIONES

ABRAHAMS, Ruth D. de. La salud del adolescente en Panamá. Vol. IX, Nº 7. Panamá: Departamento de Impresiones del Ministerio de Salud, 1985.

ÁLVAREZ LAJONCHERE, Celestino. El embarazo en la adolescencia. Panamá: Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud, UNPHA.

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Identificación de grupos humanos prioritarios. Factores de riesgo. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia: 1983.

- ISAZA, Elba y TORREGROSA, Gilda. Criterios de riesgo materno infantil. Revista de la Asociación Nacional de Enfermeras, Vº año, Nº 1. Panamá: 1981.
- LÓPEZ E., Guillermo. La embarazada adolescente. Programa Regional de Investigación de la Fecundidad. AID. Bogotá, Colombia: 1977.
- LORENAS, Fernando. "Elevado índice de fecundidad del adolescente en Ecuador". El Dominical. Panamá: 20 de julio de 1986. Artículo.
- MORALES BEDOYA, Arturo. Guía para un diseño o protocolo de investigación. Universidad de Puerto Rico, Facultad de Ciencias Biosociales, 1979.
- MORALES, Edilberto. Epidemiología del adolescente panameño. Revista del Hospital del Niño, Vol. III. Panamá: 1983.
- MORALES, Víctor. Planeamiento y análisis de investigaciones. Caracas, Venezuela: Editorial de la Facultad de Humanidades y Educación, 1977.
- OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EUROPA. Identificación del personal de alto riesgo y grupo de población. Windsor, Copenhague: 1984.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Análisis de riesgo. Washington: 1984.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención materno infantil y atención primaria en América. Publicación Científica N° 461. Washington: 1984.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud del adolescente y el joven en América Latina. Publicaciones Científicas N° 499. Washington: 1985.

PLAUT, Renate. Unidad de epidemiología. Análisis de riesgo, alcance y limitaciones para el Administrador de Salud. Washington, 1984.

ROMERO, María Inés y otros. "Embarazo, parto y recién nacido" en Madres, Revista chilena de pediatría. Volumen 54 N° 2. Chile, 1978.

TRABAJO DE GRADUACIÓN

CASTILLO MUÑOZ, Yolanda de; CHEN RODRÍGUEZ, Otilia. "Estudio retrospectivo del cumplimiento de las normas del sub-programa maternal, en la Policlínica de San Francisco de la Caja del Seguro Social". Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá: 1984.

OBRAS NO PUBLICADAS

CASTRO ARCE, Sabrina y otros. "Propuesta de política educativa". Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá, Panamá: 1985.

LAMOTTE, Elena de. "Cambios psicológicos durante el embarazo desde el marco conceptual de la dinámica e intervención en crisis". Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. Conferencia magistral, mimeografiada. Panamá: 1985.

SANTAMARÍA, Mirna M. de y otros. "Medición de factores de riesgo asociado al embarazo en adolescentes". Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. Panamá: 1985.

OTRAS PUBLICACIONES

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ DE 1972. Reformada por los Actos Reformatorios de 1978 y por el Acto Constitucional de 1983. Panamá: Editorial Monfer, 1986.

GACETA OFICIAL. Ley 55 "Por la cual se regula la Administración, Fiscalización y cobro de varios tributos municipales". Publicación Nº 17,397. Panamá: octubre 1973.

DICCIONARIOS

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Madrid, España: 1970.

SANTAMARÍA, Andrés. Diccionario de sinónimos, antónimos e ideas afines y parónimos. España: Editorial Ramón Sopena, S. A., 1980.

WILLIAMS, Edwin. Diccionario del idioma español. Published by Pocken Books. New York: 1959.

ENTREVISTAS

AGUILAR, Álvaro. Jefe del Departamento Materno Infantil, Región Metropolitana de Salud.

Objetivo: Conocer los trabajos sobre estudios que se han realizado en el área metropolitana de Salud.

Fecha: 26 de marzo de 1986.

BECERRA, Fulvia de. Enfermera encargada del Programa Maternal, Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Objetivo: Solicitar colaboración para la recolección de la muestra, en la Clínica de control prenatal del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Fecha: 28 de mayo de 1986.

CEDEÑO, Enilsa de. Profesora de la Cátedra de Salud y Desarrollo, Universidad de Panamá.

Objetivo: Asesorar aspectos sociológicos incluidos en la investigación.

Fecha: 20 de junio de 1986.

DE LA CRUZ, Gloria G. de. Jefa del Departamento de Estadística del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Objetivo: Solicitar los datos de población y de adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Fecha: 26 de marzo de 1986.

12 de abril de 1986.

DE LEÓN, Edilberto. Profesor de Estadística de la Facultad de Ciencias Naturales y Exactas Universidad de Panamá.

Objetivo: Asesoría con respecto a los datos estadísticos.

Fecha: 25, 26 de junio de 1986.

17, 18 de septiembre de 1986.

1º, 14 de octubre de 1986.

ESCOBAR, Vielka J. de. Profesora de Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá.

Objetivo: Asesoría con respecto a la tabulación y análisis de los datos estadísticos.

Fecha: 22 de julio de 1986

14 de octubre de 1986.

FARIÑONIS, Nohemy. Socióloga Hospital del Niño.

Objetivo: Asesoría sobre encuestas sociológicas realizadas en el Hospital del Niño.

Fecha: 2 de mayo de 1986.

MIRANDA, Ida de. Enfermera, Jefa del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Objetivo: Solicitar cooperación para la recolección de la muestra.

Fecha: 28 de mayo de 1986.

A N E X O S

ANEXO Nº 1

SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR ENTREVISTAS

Panamá, 10 de julio de 1986

Doctor
Jaime Armijo
Director Médico del
Área Metropolitana
E. S. D.

Estimado doctor Armijo:

Reciba usted un atento saludo. Deseándole éxitos en sus delicadas funciones, nos permitimos solicitar su autorización para que las estudiantes de Maestría: Genoveva de Hidalgo y Mirna de Santamaría, puedan realizar entrevistas a un grupo de adolescentes embarazadas que se controlan en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, con el objetivo de recolectar información para la elaboración de trabajo de graduación titulado "Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes".

Agradecemos la atención que preste a esta solicitud.

Atentamente,

Profesora Ángela Rodríguez
Directora de Tesis

ANEXO Nº 2

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENTREVISTAS

Panamá, 10 de julio de 1986

Doctora
Nancy Guzmán
E. S. D.

Estimada doctora Guzmán:

Reciba usted un atento saludo, deseándole éxitos en sus delicadas funciones, a la vez que nos permitimos solicitar su autorización para que las estudiantes de Maestría: Genoveva de Hidalgo y Mirna M. de Santamaría puedan realizar entrevistas a un grupo de adolescentes embarazadas que se controlan en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, con el objetivo de recolectar información para la elaboración del trabajo de graduación titulado "Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes".

Agradecemos la atención que preste a esta solicitud.

Atentamente.

Profesora Ángela Rodríguez
Directora de Tesis

ANEXO Nº 3

INSTRUCTIVO PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE FACTORES DE
RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES, EN EL CENTRO DE SALUD DE
NUEVO VERANILLO

OBJETIVO: Recopilar los datos sobre los factores de riesgo psicosociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

A. DATOS GENERALES:

1.- Iniciales de la adolescente embarazada.

Coloque las iniciales del nombre - apellido paterno, materno y de casada.

2. Edad: anotar la edad en años cumplidos.

3.- Procedencia: anote el lugar, distrito o provincia donde nació.

4.- Residencia habitual: anote en la casilla correspondiente: nombre del barrio o población, nombre del corregimiento, nombre del distrito y nombre de la provincia donde vive en la actualidad.

5.- Nivel educativo: anote una cruz;
sin instrucción: si no ha tenido ningún grado de instrucción.

Primaria completa: Si ha completado la escuela primaria hasta sexto grado.

Secundaria 4-6 años: Si ha cursado el segundo ciclo: Ejemplo: Bachiller Comercio - Magisterio.

Técnica: Si tiene alguna educación técnica como: Belleza, costura, repostería, etc.

6.- ¿A qué escuela asistía usted?

Privada: Anote en esta casilla si asistía a escuela particular, donde la educación es pagada.

Pública: Si acude a colegios donde la enseñanza es gratuita.

Ninguna: Si no ha asistido a ninguna de las dos antes mencionadas.

7.- ¿Usted estuvo matriculada alguna vez?

Anote con una cruz en la casilla correspondiente si estuvo alguna vez matriculada, especifique y anote el año.

8.- ¿En qué año académico se retiró?

Anote en la casilla con exactitud el año en que se retiró de la escuela.

9.- ¿Qué tiempo después de haberse salido de la escuela quedó embarazada?

Anote en la columna correspondiente el tiempo en años, meses, días.

10.- Estado civil:

Anote con una cruz según sea el estado: casada, unida, divorciada y soltera.

11.- Tipo de vivienda (según tenencia).

Anotará el tipo de vivienda según condición de propiedad.

B.- DATOS SOCIALES:

12.- Tipo de religión que profesa:

Anote la religión que profesa en la actualidad. Ejemplo: católica, protestante u otra.

13.- ¿Asiste a misa o a los cultos?

Marque con una cruz en la casilla correspondiente si asiste o no, o en ocasiones, a misa o a los cultos.

14.- Tipo de familia: Anote en la casilla correspondiente si pertenece a:

Familia nuclear completa: cuando está compuesta por padre, madre e hijos.

Nuclear incompleta: compuesta por madre e hijos.

Extensa completa: compuesta por la familia completa, más otros parientes.

Extensa incompleta: familia nuclear incompleta más otros parientes.

- 15.- ¿Cuántas personas duermen por dormitorio?
Anote con una cruz en la casilla correspondiente el número de personas por dormitorio según alternativa.
- 16.- ¿Cuántas personas vivían con su familia paterna?
Anote la casilla con una cruz según alternativa.
- 17.- El ingreso mensual de su hogar paterno es de:
Anote en la casilla según alternativa correspondiente, el ingreso mensual de su familia paterna.
- 18.- Las relaciones familiares en el hogar eran:
Anote según alternativa.
- 19.- Ocupación actual:
Anote con una cruz según alternativa.
- 20.- ¿Usted contaba con dinero para sus gastos personales antes de estar embarazada?
Anote en la casilla con una cruz según alternativa.
- 21.- Las medidas disciplinarias en su hogar:
Anote con una cruz en la casilla correspondiente según alternativa.
- 22.- ¿Ha recibido usted instrucción sobre educación sexual?
Anote en la casilla según alternativa.

23.- ¿Ha recibido instrucción sobre educación sexual en escuela, hogar, en la calle?

Anote en la casilla correspondiente según alternativa.

24.- ¿A qué edad exacta inició las relaciones sexuales?

Anote la edad exacta en años cumplidos en que inició las relaciones sexuales.

25.- ¿Utilizó algún método anticonceptivo antes de salir embarazada?

Anote según alternativa en la casilla correspondiente.

26.- ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos conoce usted?

Anote en la casilla según alternativa.

27.- Ante un problema o conflicto, ¿cuenta usted con el apoyo de alguna amiga o pariente?

Anote en la casilla según alternativa correspondiente.

28.- ¿En qué actividad se desenvuelve dentro de la comunidad?

Anote la actividad específica en que se desenvuelve dentro de la comunidad.

29.- Considera usted que su personalidad es:

Anote en la casilla correspondiente según alternativas.

30.- ¿Cuál de las siguientes reacciones sintió usted ante su embarazo?

Marque con una cruz según alternativa.

31.- ¿Cuál fue la reacción de su cónyuge ante su embarazo?

Marque con una cruz en la casilla correspondiente según alternativa.

32.- ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?

Marque una cruz en la casilla según alternativa.

3.- Antes de su embarazo, ¿fumaba?

Anote en la casilla según alternativa.

C.- DATOS DE LA MADRE DE LA EMBARAZADA.

34.- Edad: Anote la edad en años cumplidos de la madre de la embarazada adolescente.

35.- Ocupación: Anote en la casilla según alternativa correspondiente la actividad o profesión que realiza la persona

36.- El trabajo que tiene es:

Eventual: cuando la actividad que realiza es ocasional o esporádicamente, es decir que no es segura.

Permanente: cuando la actividad o profesión que realiza es de carácter permanente.

37.- Nivel educativo:

Anote según alternativa en la casilla correspondiente.

38.- ¿Ingiere su madre bebidas alcohólicas?

Anote en la casilla según alternativa.

39.- Ante su embarazo, ¿qué reacción observó en su madre?

Anote en la columna con una cruz según alternativa.

D.- DATOS DEL PADRE DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE:

40.- Anote la edad en años cumplidos.

41.- Ocupación: Es la actividad u oficio que realiza una persona.

Anote en la casilla con una cruz según alternativa.

42.- El trabajo es: Permanente, eventual; siga las mismas especificaciones que utilizamos para la madre

43.- Nivel educativo: Anote según alternativa con una cruz.

44.- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

Anote en la casilla según alternativa.

45.- ¿Cuál fue la reacción de su padre ante su embarazo?

Anote según alternativa correspondiente.

E.- DATOS DEL CÓN-YUGE:

- 46.- Edad: Anote la edad en años cumplidos.
- 47.- Ocupación: Actividad, oficio o profesión que realiza según alternativa
- 48.- El trabajo que tiene es: Anote según alternativas, si es eventual, permanente o no tiene.
- 49.- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?
Anote con una cruz según alternativa correspondiente.
- 50.- Nivel educativo:
Anote según alternativa correspondiente.

ANEXO Nº 4
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
MATERNO INFANTIL

E N C U E S T A

OBJETIVO: Recopilar los datos necesarios sobre los factores psicosociales asociados al embarazo en la adolescente en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

NÚMERO DE EXPEDIENTE:

A.- DATOS GENERALES:

- 1.- Iniciales de la adolescente embarazada
- 2.- Edad
- 3.- Procedencia
- 4.- Residencia habitual
- 5.- Nivel educativo: Sin instrucción
Primaria completa
Primaria incompleta
Secundaria completa
Secundaria incompleta Técnica
- 6.- ¿A qué tipo de escuela asistía usted?
Privada Pública Ninguna

- 7.- ¿Usted estuvo matriculada alguna vez?
Sí No
- 8.- ¿En qué año académico se retiró?
- 9.- ¿Qué tiempo después de haberse salido de la escuela quedó embarazada?
- 10.- Estado civil: Casada Unida
Divorciada Soltera
- 11.- Tipo de vivienda según tenencia:
Propia Alquilada Prestada
En amortización Condenada

b.- DATOS SOCIALES:

- 12.- ¿Qué religión profesa usted?
13. ¿Asiste a misa o a los cultos? Sí No
En ocasiones
- 14.- Tipo de familia: Nuclear completa
Nuclear incompleta
Extensa completa
- 15.- ¿Cuántas personas duermen por dormitorio en su hogar?
Una Dos Tres
Cuatro Cinco o más
- 16.- ¿Cuántas personas vivían en su familia paterna?
1-2 3-4 5 ó más

17.-El ingreso mensual de su hogar paterno es de:

Menos de B/ 100.00

B/. 101.00-200.00

201.00-300.00

301.00-400.00

401.00 y más

18.- Las relaciones familiares en su hogar eran:

Buenas Malas Discusiones frecuentes

Maltrato verbal Maltrato físico

19.- Ocupación actual: Trabaja Estudia

Oficios domésticos

20.- ¿Usted contaba con dinero para sus gastos personales antes de estar embarazada?

Sí No Algunas veces

21.- Las medidas disciplinarias en su hogar eran:

Estrictas Moderadamente estrictas

22.- ¿Ha recibido usted instrucción sobre educación sexual?

Sí No

23.- Ha recibido instrucción sobre educación sexual en:

La escuela El hogar

En la calle

24.- ¿A qué edad inició las relaciones sexuales?

25.- ¿Utilizaba algún método anticonceptivo antes de salir embarazada?

Sí No En ocasiones

26.- ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos conoce usted?

Condomes Pastillas

Óvulos vaginales DIU

Inyecciones Método de ritmo

Coito interrumpido Ninguno

27.- Ante un problema o conflicto, ¿cuenta con el apoyo de alguna amiga o pariente?

Si No

28.- ¿En qué actividad se desenvuelve dentro de su comunidad en sus ratos libres?

29.- Considera que su personalidad es:

Alegre Comunicativa

Adaptable Inflexible

Distraída Triste Fuerte

Débil Calmada Excitable

30.- ¿Cuál de las siguientes reacciones sintió usted ante su embarazo?

Aceptación Rechazo

Indiferencia Ira

31.- ¿Cuál fue la reacción de su cónyuge ante su embarazo?

Aceptación Rechazo Ira

Discusión franca Indiferencia

32.- ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?

Sí No En ocasiones

33.- ¿Antes de su embarazo fumaba?

Si No Ocasionalmente

C.- DATOS de LA MADRE DE LA ADOLESCENTE:

34.- Edad:

35.- Ocupación: Oficios domésticos

Lavandera Planchadora

Técnica Profesional

36.- El trabajo que tiene es:

Eventual Permanente

37.- Nivel educativo: Sin instrucción

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa
 Secundaria incompleta
 Técnica Universitaria completa
 Universitaria incompleta

38. ¿Ingiere su madre bebidas alcohólicas?

Sí No A veces

39.- Ante su embarazo, ¿qué reacción observó en su madre?

Aceptación Rechazo

Discusión franca Ira

Indiferencia

D.- DATOS DEL PADRE DE LA ADOLESCENTE

40.- Edad

41.- Ocupación: Obrero Profesional

Técnico

42.- El tipo de trabajo de él es:

Eventual Permanente

43.- Nivel educativo: Sin instrucción

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Técnica Universitaria completa

Universitaria incompleta

44.- ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

Sí No A veces

45.- ¿Cuál fue la reacción del padre ante su embarazo?

Rechazo Aceptación

Indiferencia Ira

Discusión franca

D.- DATOS DEL CÓNYUGE:

46.- Edad

47.- Ocupación: Obrero Profesional

Estudiante Comerciante

47.- El trabajo que tiene es: Eventual

Permanente No tiene

49.- ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

Sí No A veces

50.- Nivel educativo: Sin instrucción

Primaria completa Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Técnica Universitaria completa

Universitaria incompleta

ANEXO N° 5

TABLA DE VALORES CRÍTICOS DE CHI CUADRADA*

	Probabilidad conforme a Ho de que χ^2 chi cuadrada													
	.99	.98	.95	.90	.80	.70	.50	.30	.20	.10	.05	.02	.01	.001
1	.00016	.00063	.0039	.016	.064	.15	.46	1.07	1.64	2.71	3.84	5.41	6.64	10.83
2	.02	.04	.10	.21	.45	.71	1.39	2.41	3.22	4.60	5.99	7.83	9.21	13.82
3	.12	.18	.35	.58	1.00	1.42	2.37	3.66	4.64	6.25	7.82	9.84	11.34	16.27
4	.30	.43	.71	1.06	1.65	2.20	3.36	4.88	5.99	7.78	9.49	11.67	13.28	18.46
5	.55	.75	1.14	1.61	2.34	3.00	4.35	6.06	7.29	9.24	11.07	13.39	15.09	20.52
6	.87	1.13	1.64	2.20	3.07	3.83	5.35	7.23	8.56	10.64	12.59	15.03	16.81	22.46
7	1.24	1.56	2.17	2.83	3.82	4.67	6.35	8.38	9.80	12.02	14.07	16.62	18.48	24.32
8	1.65	2.03	2.73	3.49	4.59	5.53	7.34	9.52	11.03	13.36	15.51	18.17	20.09	26.12
9	2.09	2.53	3.32	4.17	5.38	6.39	8.34	10.66	12.24	14.68	16.92	19.68	21.67	27.88
10	2.56	3.06	3.94	4.86	6.18	7.27	9.34	11.78	13.44	15.99	18.31	21.16	23.21	29.59
11	3.05	3.61	4.58	5.58	6.99	8.15	10.34	12.90	14.63	17.28	19.68	22.62	24.72	31.26
12	3.57	4.18	5.23	6.30	7.81	9.03	11.34	14.01	15.81	18.55	21.03	24.05	26.22	32.91
13	4.11	4.76	5.89	7.04	8.63	9.93	12.34	15.12	16.98	19.81	22.36	25.47	27.69	34.53
14	4.66	5.37	6.57	7.79	9.47	10.82	13.34	16.22	18.15	21.06	23.68	26.87	29.14	36.12
15	5.23	5.98	7.26	8.55	10.31	11.72	14.34	17.32	19.31	22.31	25.00	28.26	30.58	37.70
16	5.81	6.61	7.96	9.31	11.15	12.62	15.34	18.42	20.46	23.54	26.30	29.63	32.00	39.29
17	6.41	7.26	8.67	10.08	12.00	13.53	16.34	19.51	21.62	24.77	27.59	31.00	33.41	40.75
18	7.02	7.91	9.39	10.86	12.86	14.44	17.34	20.60	22.76	25.99	28.87	32.35	34.80	42.31
19	7.63	8.57	10.12	11.65	13.72	15.35	18.34	21.69	23.90	27.20	30.14	33.69	36.19	43.82
20	8.26	9.24	10.85	12.44	14.58	16.27	19.34	22.78	25.04	28.41	31.41	35.02	27.57	45.32
21	8.90	9.92	11.59	13.24	15.44	17.18	20.34	23.86	26.17	29.62	32.67	36.34	38.93	46.80
22	9.54	10.60	12.34	14.04	16.31	18.10	21.24	24.94	27.30	30.81	33.92	37.66	40.29	48.27
23	10.20	11.29	13.09	14.85	17.19	19.02	22.34	26.02	28.43	32.01	35.17	38.97	41.64	49.73
24	10.86	11.99	13.85	15.66	18.06	19.94	23.34	27.10	29.55	33.20	36.42	40.27	42.98	51.18
25	11.52	12.70	14.61	16.47	18.94	20.87	24.34	28.17	30.68	34.38	37.65	41.57	44.31	52.62
26	12.20	13.41	15.38	17.29	19.82	21.79	25.34	29.25	31.80	35.56	38.88	42.86	45.64	54.05
27	12.88	14.12	16.15	18.11	20.70	22.72	26.34	30.32	32.91	36.74	40.11	44.14	46.96	55.48
28	13.56	14.85	16.93	18.94	21.59	23.65	27.34	31.39	34.03	37.92	41.34	45.42	48.28	56.89
29	14.26	15.57	17.71	19.77	22.48	24.58	28.34	32.46	35.14	39.09	42.56	46.69	49.59	58.30
30	14.95	16.31	18.49	20.60	23.36	25.51	29.34	33.53	36.25	40.26	43.77	47.96	50.89	59.70

* Esta tabla es la tabla IV de Fisher y Yates abreviada: Tablas estadísticas para biología, agricultura e investigación médica, publicada por Oliver y Boyd Ltd. Edimburgo, con permiso de los autores y editores.