

Artículos científicos

Factores relacionados con el embarazo en adolescentes en Panamá

Factors related with teenage pregnancy in Panama

Chamorro F*, Rodríguez F*, De León R*, Stocel S**

*Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. **Departamento de Muestreo, Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá.

Palabras claves: embarazo en adolescentes, matrimonio o unión en niñas de 15-17 años, oportunidades relativas, Panamá.

Keywords: teenage pregnancy, marriage or union in girls aged 15-17, odds ratio, Panama.

Correspondencia a:
Ing. Fermina Chamorro.

Correo electrónico:
ferminachamorro@gmail.com

Recibido: 17 de febrero de 2020
Aceptado: 9 de julio de 2020
Publicado: 13 de agosto de 2020

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito.

El presente trabajo fue autorizado por el Comité de Bioética de la Investigación del ICGES.

Los autores declaran autogestión como fuente de financiamiento.

Resumen

Introducción. Los embarazos en la adolescencia constituyen un riesgo para la madre y el niño, con consecuencias sociales y económicas. **Objetivos.** Estimar la prevalencia e identificar factores relacionados con el embarazo en adolescentes en Panamá. **Método.** Con datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2015 se realizó un análisis en entrevistadas de 15 a 19 años (N=821). Se obtuvo la proporción de adolescentes con hijos o embarazadas. La relación del embarazo en adolescentes con factores demográficos, socioeconómicos y de comportamiento se probó mediante análisis de regresión logística multivariada. **Resultados.** El 25.8% (IC95%: 19.2-33.8) de las adolescentes en esta muestra reportó ser madre o estar embarazada al momento de la entrevista. Se encontró que las oportunidades relativas ajustadas (ORa) de embarazo eran mayores en adolescentes que se casaron o unieron con menos de 18 años (ORa = 5.87; IC95%: 3.08-11.19), y que se ocupaban de las labores del hogar o participaban en el mercado laboral informal o formal (ORa= 3.61; IC95%: 1.52-8.58). Además, se observó que con el aumento de la edad aumentan las oportunidades relativas del embarazo en adolescentes (ORa = 2.05; IC95%: 1.59-2.64). **Conclusiones.** El matrimonio infantil, la ocupación y la edad son factores relacionados con el embarazo en adolescente. Estos resultados resaltan aspectos de este problema complejo a tratar mediante intervenciones de políticas públicas que busquen posponer el inicio de la vida conyugal y la maternidad.

Abstract

Introduction Teenage pregnancies suppose a risk to the mother and child with social and economic consequences. **Objectives.** To estimate the prevalence and identify factors related to teenage pregnancy in Panama. **Methods.** With data from the National Survey of Sexual and Reproductive Health 2014-2015, an analysis was conducted from interviewed women of 15 to 19 years (N = 821). The proportion of adolescents with children or pregnant was obtained. The relationship between teenage pregnancy and demographic, socioeconomic and behavioral factors was tested by multivariate logistic regression analysis. **Results.** In the sample, 25.8% (95% CI: 19.2-33.8) of the teens reported being mother or being pregnant at the time of the interview. The adjusted odds ratio (AOR) of pregnancy was found to be greater in teens who married or joined with less than 18 years (AOR = 5.87; 95% CI: 3.08-11.19), and who were in charge of housework or participated in the informal or formal labor market (AOR = 3.61; 95% CI: 1.52-8.58). In addition, adjusted odds ratio for teenage pregnancy (AOR = 2.05; 95% CI: 1.59-2.64) increased with age. **Conclusions.** Child marriage, occupation and age were related to teenage pregnancy. These results shine aspects of this complex problem to treat through public policy interventions to postpone the beginning of marital live and maternity.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos en la adolescencia constituyen un riesgo para la madre y el niño. Continúan siendo uno de los principales contribuyentes a la mortalidad materna e infantil, y a la persistencia intergeneracional de mala salud y pobreza. Las complicaciones del embarazo y parto encabezan las causas de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial. Las adolescentes embarazadas pueden enfrentar riesgos mayores a otras mujeres de eclampsia, endometriosis puerperal, infecciones, abortos inseguros, y mayores necesidades emocionales, psicológicas y sociales. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, con el riesgo de consecuencias a corto y largo plazo como morbilidad neonatal y padecer enfermedades no transmisibles como diabetes o enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida [1,2].

El embarazo en adolescentes también tiene consecuencias sociales y económicas. Muchas adolescentes embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Las adolescentes con escasa o ninguna educación tienen menos capacidades y oportunidades para insertarse en un mercado laboral competitivo y bien remunerado [3]. Además, un embarazo en la adolescencia puede producir conflictos familiares, dar lugar a actos de violencia y puede interrumpir su proyecto de vida si es un embarazo no deseado. Se ha reportado [4,5] que el embarazo en adolescentes está relacionado con falta de acceso a información sobre sexualidad y anticoncepción, falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la búsqueda de identidad o afecto mediante una pareja o un embarazo, la expectativa de vida de casarse y tener hijos en ciertas culturas, asimismo el rechazo por motivos religiosos al uso de anticonceptivos.

Se han documentado los determinantes de la fecundidad en adolescentes [6–8]. El estado conyugal, la edad a la primera relación conyugal, el uso de anticonceptivos, nivel escolar, la integración de la mujer al mercado laboral, el número de parejas sexuales, el conocimiento de métodos anticonceptivos, el número deseado de hijos, nivel socioeconómico, la zona de residencia (rural-urbana), además de la etnia están relacionados con ser madre o estar embarazada siendo adolescente [4,9,10].

En el período 2010-2015, se estima [11] la tasa de fecundidad en adolescentes en 46 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años en el mundo, 66.5 por 1000 en América Latina y el Caribe (ALC), y 79.0 por 1000 en Panamá. En el período 1980-2015, la fecundidad en adolescentes en ALC disminuyó más lentamente que la adulta representando los embarazos adolescentes una proporción mayor del número total de nacimientos, cerca del 15% de los embarazos se producen en menores de 20 años [12].

En Panamá, dos de cada diez adolescentes de 15-19 en 2009 eran madres o estaban embarazadas, mientras que

en 2014-2015 se observa un aumento a casi tres de cada diez adolescentes [13,14]. Con el propósito de ampliar el conocimiento de este problema en el país y contribuir a identificar elementos prioritarios a considerar en el desarrollo de intervenciones, se tiene por objetivo:

- Estimar la prevalencia del embarazo en adolescentes.
- Identificar factores relacionados con el embarazo en mujeres de 15 a 19 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Datos

En este análisis secundario se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2015 (ENASSER) que incluyó preguntas sociodemográficas e indagó temas relacionados al número de hijos y embarazo de mujeres en edad reproductiva [14]. Se entrevistaron 822 adolescentes de 15 a 19 años y se incluyeron 821 registros que tenían datos completos en todas las variables de análisis.

Variable respuesta

Embarazo en adolescentes: mujer con 15 a 19 años que ya era madre o estaba embarazada al momento de la entrevista: sí, no.

Factores

Demográficos: edad en años;

Socioeconómicos: a) etnia por autoidentificación: originario, no originario (afrodescendiente, mestizo, caucásico y otras etnias minoritarias); b) educativo: hasta octavo grado, noveno grado y más; c) bienestar de los hogares agrupados en: menor y mayor basado en un índice de DHS [15] según características de la vivienda (piso, techo, paredes), agua, saneamiento y posesión de bienes de los miembros del hogar; d) área de residencia: rural, urbana; e) ocupación: ama de casa/participa en el mercado laboral, estudiante.

Comportamiento: a) primera relación sexual con menos de 15 años sí, no.; b) número de parejas sexuales en toda su vida; c) matrimonio infantil: matrimonio formal o unión informal antes de los 18 años [16] medida mediante una variable dicotómica con las categorías sí (casada o unida) y no (soltera o nunca casada/unida).

Antecedentes de violencia: a) sufrió violencia física o sexual alguna vez: sí, no; b) Alguna vez su padre le pegó a su madre: sí, no.

Acceso a información: a) promedio de métodos anticonceptivos modernos conocidos de once indagados, b) con un conocimiento amplio del VIH/SIDA según un índice ONUSIDA (conoce las formas de reducir la transmisión: teniendo una pareja sexual fiel y usando condón siempre;

los modos de transmisión: no pueden infectarse del VIH por picaduras de mosquitos o compartiendo alimentos con PVV; y sabe que una persona que se ve saludable puede tener VIH) [17]: sí, no.

Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva: a) uso de métodos modernos de planificación familiar: sí, no.

Autonomía en materia de salud sexual: a) si quisiera podría conseguir un condón por sí misma: sí, no.

Percepción de derechos dentro de las relaciones de pareja: a) tolerante del maltrato hacia la mujer (justifica que un hombre golpee a su esposa, en al menos una de seis situaciones: sale de casa sin decirle, descuida los hijos, discute con él, rehúsa tener relaciones sexuales, quema la comida, le es infiel): sí, no.

Análisis estadístico

El análisis se realizó con el programa SPSS versión 24. Las variables cualitativas se resumieron mediante porcentajes y las cuantitativas con promedio y desviación estándar (DE). Las frecuencias relativas presentadas en los cuadros de resultado se ponderaron mediante un factor de expansión informado en ENASSER [14], mientras que las frecuencias absolutas no. Se calculó la proporción de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas al momento de la encuesta para lograr el objetivo de identificar factores relacionados, conociendo que se subestima su magnitud, ya que algunas adolescentes que no eran madres o no estaban embarazadas al momento de la encuesta pudieron estarlo antes de llegar a los veinte años. La relación de los factores con el embarazo en adolescentes se probó mediante regresión logística con oportunidades relativas sin ajustar (OR, odds ratio en inglés) y ajustadas (ORa) con intervalos de confianza de 95% (IC 95%). En el análisis multivariado se ajustó por variables con valores $p < 0,05$. Las variables en el modelo ajustado tenían coeficientes de correlación \leq a 0,558. El modelo de regresión logística multivariado explicó 56.2% de la varianza según el índice Nagelkerke con porcentajes correctos pronosticados de 85.0%. La intensidad de la multicolinealidad en el modelo ajustado se cuantificó mediante el factor de inflación de la varianza (FIV entre 1.15 y 1.90).

Consideraciones éticas

ENASSER fue autorizada por el Comité de Bioética de la Investigación del ICGES y las entrevistadas dieron su consentimiento para participar luego de ser informadas de los objetivos, procedimientos y recibir las explicaciones de sus derechos como sujetos de estudio.

Resultados

Las adolescentes tenían en promedio 17.0 años (DE=1.46, IC95%=16.8-17.2). La mayoría autodefinida como no originaria (83.4%), con educación media o superior (54.9%), escolaridad promedio de 9.8 años (DE=1.92, IC95%=9.6-10.1), y la mitad en situación de mayor bienestar (50.4%). Casi tres cuartas partes (71.1%) residía en zonas urbanas y eran estudiantes (59.5%). El 14.4%

tuvo su primera relación sexual con menos de 15 años, 22.5% se casaron o unieron con menos de 18 años y tenían en promedio 1.18 parejas sexuales (DE=1.67, IC95%=0.88-1.48). Más de la mitad de las adolescentes mencionó que podía conseguir un condón por sí misma (53.3%) si quisiera y 19.5% usaba anticonceptivos modernos. Entre las entrevistadas 22.5% resultó ser tolerante del maltrato hacia la mujer, 13.5% mencionó haber padecido violencia física o sexual alguna vez en su vida y 17.6% que alguna vez su padre le pegó a su madre. Las entrevistadas conocían en promedio 6.6 (DE=2.42, IC95%=6.39-6.88) métodos modernos de planificación familiar. Una de cada tres (33.8%) tenía conocimiento amplio del VIH/SIDA. La proporción de adolescentes madres o embarazadas era 25.8% (19.2-33.8) (Ver Tabla 1).

En el análisis de regresión logística univariado se encontró que la etnia, área de residencia, haber sufrido violencia física o sexual, haber observado maltrato a su madre por su padre, tener una actitud tolerante del maltrato a la mujer por el esposo o pareja, el número de métodos modernos conocidos, y el conocimiento sobre VIH no resultaron significativamente relacionadas con el embarazo en adolescentes (Ver Tabla 2). Tenían mayores oportunidades relativas de ser madres o estar embarazadas las adolescentes de mayor edad, las casadas o unidas siendo niñas, con menor escolaridad, que tuvieron su primera relación sexual con menos de 15 años, quienes eran amas de casa o participaban en el mercado laboral formal o informal, que vivían en el menor nivel de bienestar, que no usaban anticonceptivos modernos, que podían obtener un condón por sí mismas si quisieran, y con mayor número de parejas sexuales en toda su vida. El análisis multivariado mostró que las oportunidades de ser madres o estar embarazada aumentan con la edad (ORa = 2.05; IC%: 1.59-2.64), que las mayores oportunidades de embarazo en la adolescencia se observan en quienes se casaron o unieron con 15 a 17 años (ORa= 5.87; IC%:3.08-11.19) y que eran amas de casa o participaban en el mercado laboral informal o formal (ORa= 3.61; IC95%: 1.52-8.58).

DISCUSIÓN

Este análisis deja ver que una de cada cuatro adolescentes (25.8%) en la muestra informó ser madre o estar embarazada al momento de la entrevista, valor cercano al que registraba El Reino Unido en el período 1975-1979 y Etiopía en 2017 [18,19]. Además, se exponen factores relacionados con este problema social y de salud pública.

Consistente con lo ya reportado [20] en otras regiones, el matrimonio infantil está fuertemente relacionado con el embarazo en adolescentes en Panamá. Las oportunidades relativas de ser madre o estar embarazada al momento de la entrevista son mayores en las adolescentes que se casaron o unieron con menos de 18 años comparadas con aquellas que entraron a la vida conyugal siendo mayores de edad o que nunca se casaron o unieron. El matrimonio infantil es una violación a los derechos hu-

Tabla 1. Proporción de adolescentes de 15-19 por condición de maternidad o embarazo.

Características	Madre o embarazada		No madre no embarazada		Total %(N)
	%(n)	IC95%	%(n)	IC95%	
Edad ,+/- DE	18.0(1.20)	17.6-18.4	16.7(1.39)	16.4-16.9	17.0(1.46)
Grupo de edad					
15-17	10.6(81)	6.6-16.7	89.4(409)	83.3-93.4	58.8(490)
18-19	47.6(145)	34.8-60.6	52.4(186)	39.4-65.2	41.2(331)
Casada o unida antes de los 18 años					
Sí	71.8(146)	55.8-83.6	28.2(46)	16.4-44.2	22.5(192)
No	11.7(79)	7.0-18.7	88.3(549)	81.3-93.0	77.5(628)
Grupo étnico					
Originario	27.8(91)	17.5-41.2	72.2(160)	58.8-82.5	16.6(251)
Afrodescendiente, mestiza, blanca, otra	25.4(135)	17.9-34.9	74.6(435)	65.1-82.1	83.4(570)
Educación					
Octavo grado o inferior	42.2(93)	27.5-58.5	57.8(131)	41.5-72.5	20.7(227)
Noveno grado o superior	21.66(133)	15.1-29.9	78.4(464)	70.1-84.9	79.3(597)
Escolaridad +/-, DE	9.2(2.38)	8.5-9.9	10.0(1.67)	9.8-10.3	9.8(1.92)
Nivel de bienestar					
Menor	36.2(179)	26.7-46.9	63.8(379)	53.1-73.3	49.6(558)
Mayor	14.3(40)	7.0-27.0	85.7(205)	73.0-93.0	50.4(245)
Área de residencia					
Rural	30.9(159)	23.8-38.9	69.1(354)	61.1-76.2	28.9(513)
Urbana	23.8(67)	15.4-34.8	76.2(241)	65.2-84.6	71.1(308)
Ocupación					
Ama de casa/en el mercado laboral	49.3(166)	36.1-62.6	50.7(173)	37.4-63.9	40.5(339)
Estudiante	9.9(60)	5.2-18.0	90.1(422)	82.0-94.8	59.5(482)
Primera relación sexual antes de los 15 años					
Sí	48.5(80)	31.3-65.9	51.5(53)	34.1-68.7	14.4(133)
No	22.0(146)	15.4-30.5	78.0(542)	69.5-84.6	85.6(688)
Parejas sexuales +/-, DE	2.16(1.71)	1.67-2.64	0.84(1.52)	0.47-1.21	1.18(1.67)
Sufrió violencia física o sexual alguna vez					
Sí	33.9(40)	17.9-54.5	66.1(64)	45.5-82.1	13.5(104)
No	24.6(186)	18.1-32.5	75.4(531)	67.5-81.9	86.5(717)
Alguna vez su padre le pegó a su madre					
Sí	34.9(43)	19.5-52.1	66.0(111)	47.9-80.5	17.6(154)
No	24.1(183)	17.6-32.1	75.9(484)	67.9-82.4	82.4(667)
Métodos modernos conocidos +/-, DE	7.0(1.98)	6.5-7.4	6.5(2.18)	6.2-6.8	6.6(2.14)
Conocimiento amplio de VIH/Sida					
Sí	25.8(65)	15.1-40.4	74.2(162)	59.6-84.9	33.8 (227)
No	25.9(161)	19.6-33.3	74.1(433)	66.7-80.4	66.2 (594)
Sabe dónde obtener planificación familiar					
Sí	27.0(201)	19.8-35.6	73.0(499)	64.4-80.2	89.7(700)
No	16.0(25)	7.3-31.6	84.0(96)	68.4-92.7	10.3(121)
Podría conseguir condón por si misma					
Sí	34.3(125)	23.4-47.2	65.7(242)	52.8-76.6	53.3(367)
No	16.1(101)	11.1-22.9	83.9(353)	77.1-88.9	46.7(454)
Uso de anticonceptivos modernos					
Sí	19.8(149)	14.4-26.8	80.2(533)	73.2-85.6	80.5(682)
No	50.6(77)	32.8-68.2	49.4(62)	31.8-67.2	19.5(139)
Tolerante del maltrato hacia la mujer					
Sí	27.8(60)	16.2-43.5	72.2(144)	56.5-83.8	22.5(204)
No	25.3(166)	18.3-33.9	74.7(451)	66.1-81.7	77.5(617)
Total	25.8(226)	19.2-33.8	74.2(595)	66.2-80.8	100.0(821)

Fuente: Preparado por los autores con datos de ENASSER 2014-2015.

Tabla 2. Oportunidades relativas sin ajustar (OR) y ajustadas (ORa) e intervalos de confianza de 95% (IC95%) de factores relacionados con el embarazo en adolescentes, Panamá (N=821).

Factores	OR	OR IC95%	p	ORa	ORa ^a IC95%	p
Edad (años)	2.11	1.50-2.98	0	2.05	1.59-2.64	0
Casada o unida antes de los 18 años						
Sí	19.26	8.16-45.43	0	5.87	3.08-11.19	0
No	1			1		
Grupo étnico						
Originario	1.13	0.53-2.42	0.751			
Afro panameño, mestizo, blanco	1					
Escolaridad	0.79	0.64-0.99	0.037	0.81	0.62-1.06	0.125
Nivel de bienestar						
Menor	3.39	1.34-8.56	0.008	1.25	0.35-4.51	0.736
Mayor	1			1		
Área de residencia						
Rural	1.43	0.75-2.72	0.274			
Urbana	1					
Ocupación						
Ama de casa o en el mercado laboral	8.87	3.93-19.99	0	3.61	1.52-8.58	0.004
Estudiante	1			1		
Primera relación sexual antes de los 15 años						
Sí	3.33	1.46-7.57	0.003	1.41	0.55-3.64	0.476
No	1					
Parejas sexuales (número)	1.57	1.08-2.29	0.02	1.07	0.80-1.42	0.655
Sufrió violencia física o sexual alguna vez						
Sí	1.57	0.67-3.66	0.291			
No	1					
Alguna vez su padre le pegó a su madre						
Sí	1.62	0.76-3.47	0.211			
No	1					
Tolerante del maltrato a la mujer						
Sí	1.14	0.54-2.39	0.73			
No	1					
Uso de anticonceptivos modernos						
Sí	0.24	0.12-0.49	0	0.65	0.24-1.75	0.389
No	1					
Métodos modernos conocidos (número)	1.1	0.97-1.25	0.134			
Conocimiento amplio de VIH/Sida						
Sí	1	0.53-1.89	0.99			
No	1					
Sabe dónde obtener planificación familiar						
Sí	1.94	0.74-5.09	0.172			
No	1					
Podría conseguir condón por si misma						
Sí	2.72	1.41-5.22	0.002	1.07	0.80-1.42	0.655
No	1			1		

a Modelo ajustado por las variables mostradas en la tabla.

Fuente: Preparado por los autores con datos de ENASSER 2014-2015.

manos y se considera una forma generalizada de abuso sexual y explotación de las niñas principalmente [21–23]. Las menores de edad a menudo no pueden rehusar las relaciones sexuales ni insistir en el uso del preservativo, exponiéndose a embarazos prematuros e infecciones transmitidas sexualmente incluido el VIH/SIDA. El matrimonio infantil puede conllevar trabajos forzados, esclavitud, prostitución y violencia; ocasionar la separación de la menor de su familia y amigos; la pérdida de libertad para relacionarse con sus pares y de participar en actividades comunitarias, además de la reducción de las oportunidades de educarse [24].

Comparadas con quienes se dedican a estudiar, las amas de casa y las que participan en el mercado laboral tienen mayores oportunidades de ser madre adolescente o estar embarazada. La relación que se observa entre el embarazo en la adolescencia y la ocupación señala una de las posibles explicaciones del abandono escolar. Como está estructurado el sistema educativo panameño, este grupo de adolescentes deberían haber completado hasta el noveno grado y encontrarse en la educación media o superior, sin embargo, cerca de una de cada cinco (20.7%) no habían completado la educación pre media, eventualmente relacionado con afrontar las responsabilidades de cuidar hijos, atender el hogar, o participar en el mercado laboral principalmente en labores agrícolas, cuenta propia o el comercio ambulante del sector informal. Sin embargo, el embarazo durante la adolescencia también puede ser consecuencia del abandono escolar debido a situaciones socioeconómicas adversas, igual que una edad temprana a la primera relación sexual, y el matrimonio o unión siendo menor de edad [25,26].

Las oportunidades de un embarazo en la adolescencia aumentan con la edad. En Panamá se modificaron y derogaron disposiciones del Código de la familia en el año 2015, estableciendo que los menores de 18 años no pueden contraer matrimonio, adecuando así la legislación a la Convención sobre los derechos de los niños y niñas, celebrada en Viena en 1993 [27]. Entre las aspiraciones de algunas adolescentes, considerando la posposición de las uniones como una consecuencia positiva de la modificación de la edad al matrimonio, probablemente estaría terminar la educación media y una vez llegada la mayoría de edad iniciar la vida conyugal y posiblemente tener hijos. Sin embargo, los embarazos entre adolescentes de 18 y 19 años aún se consideran embarazos tempranos, que en la mayoría de los casos significa posponer o truncar la formación técnica o profesional de la mujer.

Aunque no resultó significativamente relacionado al embarazo en adolescentes, es importante mencionar que una de cada cinco entrevistadas justifica que un hombre le pegue a su esposa por alguna de las seis razones indagadas, indicando posiblemente a) el desconocimiento del derecho a no sufrir violencia, y b) que le sería difícil ejercer este derecho y denunciar a las autoridades la violencia, si esta ocurriera en su relación de pareja. Además, este análisis muestra que una de cada tres adolescentes que informaron ser madres o estar embarazadas pade-

ció, en algún momento, violencia física o sexual. Adicionalmente, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva parece ser deficiente con relación al conocimiento de anticonceptivos modernos y principalmente sobre el VIH/SIDA y las formas de prevención.

Por último, estos resultados deben interpretarse considerando las limitaciones del estudio. La naturaleza transversal de los datos no permite establecer causalidad sólo relación entre variables y, en consecuencia, no es posible establecer, por ejemplo, si el rezago escolar es causa o consecuencia, en este caso, del embarazo en la adolescencia. Además, ENASSER no indagó acerca de las motivaciones del inicio de la vida conyugal, y debe contemplarse la posibilidad de sesgos en la entrevistada debido a preguntas de auto reporte.

CONCLUSIÓN

Una de cada cuatro adolescentes era madre o estaba embarazada al momento de la entrevista. El matrimonio infantil, la ocupación y la edad están relacionados al embarazo en adolescentes en la muestra analizada.

Recomendamos que la política pública se oriente a lograr que las adolescentes pospongan el momento de iniciar la vida conyugal y la maternidad y que se ejecute mediante intervenciones educativas, integradas y costo efectivas con participación de la población y grupos organizados, sobre los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, empoderamiento, búsqueda de autosuficiencia y autorrealización personal.

Por otra parte, es necesario conocer como las motivaciones culturales, sociales y económicas interactúan teniendo como consecuencia el matrimonio infantil ya que resultó fuertemente relacionado con el embarazo en adolescentes.

REFERENCIAS

- [1] Family planning/Contraception [Internet]. [cited 2019 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- [2] OMS. Documento normativo sobre el bajo peso al nacer. Doc Norm sobre bajo peso al nacer [Internet]. 2017;8. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf
- [3] OMS. Adolescent pregnancy [Internet]. [cited 2020 Jan 20]. Available from: [who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy)
- [4] OMS CE. Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. 2012.
- [5] Molina, A; Pena, R; Díaz, C; Antón M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet].

- 2019;45(2):6. Available from: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/218/341>
- [6] Bongaarts J. A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Popul Dev Rev* [Internet]. 1978;4(1):105–32. Available from: <https://www.jstor.org/stable/1972149>
- [7] Kingsley Davis and Judith Blake. Social Structure and Fertility : An Analytic Framework. *Econ Dev Cult Change* [Internet]. 1956;4(3):211–35. Available from: <http://www.jstor.org/stable/1151774> .
- [8] Bongaarts J. Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up. *Demogr Res*. 2015;33(1):535–60.
- [9] Nasrullah M, Muazzam S, Bhutta ZA, Raj A. Girl child marriage and its effect on fertility in Pakistan: Findings from Pakistan Demographic and Health Survey, 2006-2007. *Matern Child Health J*. 2013;18(3):534–43.
- [10] Rodríguez Vignoli, Jorge; Páez, Katherine; Ulloa, Consuelo; Cox L. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. *CEPAL-Serie Población y Desarrollo* [Internet]. 2017;(No. 116):63. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41135-reproduccion-la-adolescencia-chile-la-desigualdad-continua-urgen-politicas>
- [11] Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNFPA, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2016. 52 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [12] Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago: Naciones Unidas; 2016.
- [13] De León, Ruth; Martínez, Ligia; Chu, Erick; Mendoza, Alba; Chamorro, Fermina; Poveda, Carlos; Alvarez, Aralys; Flores, Haydee; Sandoval, Iris; Rodríguez F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: Informe final. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, editor. Panamá; 2011. 3687 p.
- [14] De León, Ruth; Chamorro, Fermina; Flores, Haydee; Mendoza, Alba; Martínez, Ligia; Aparicio, Lisbeth; Rosales, Katherin; Sandoval, Iris; Gonzalez, Itzy; Rodríguez F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá, 2014-2015. Vol. Tomo 1. Panamá; 2018. 332 p.
- [15] Rutstein, S. Steps to construct new DHS Wealth Index. Usaid [Internet]. 2015;Demographi. Available from: https://www.dhsprogram.com/programming/wealth_index/Steps_to_constructing_the_new_DHS_Wealth_Index.pdf%0Ahttp://www.dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm
- [16] Matrimonio infantil | Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso | UNICEF [Internet]. [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://www.unicef.org/spanish/protection/57929-5>
- [17] ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2020 [Internet]. 2019. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf
- [18] McCall SJ, Bhattacharya S, Okpo E, Macfarlane GJ. Evaluating the social determinants of teenage pregnancy: A temporal analysis using a UK obstetric database from 1950 to 2010. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(1):49–54.
- [19] Habitu YA, Yalew A, Bisetegn TA. Prevalence and factors associated with teenage pregnancy, north-east Ethiopia, 2017: A cross-sectional study. *J Pregnancy*. 2018;2018.
- [20] Pradhan R, Wynter K, Fisher J. Factors associated with pregnancy among adolescents in low-income and lower middle-income countries: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(9):918–24.
- [21] Perez-Amador J, Giorguli S. Child Marriage and Early Transitions to Adulthood in Mexico. In: Verma S, Peterson A, editors. *Developmental Science and Sustainable Development Goals for Children and Youth Social Indicators Research Series*. vol 74. Springer, Cham; 2018.
- [22] Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Prevención y eliminación del matrimonio infantil, precoz y forzado Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones para los Derechos Humanos [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 23]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9585.pdf>
- [23] Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1981.
- [24] Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). Matrimonio infantil [Internet]. 2017. p. 17–8. Available from: unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_childmarriage_sp.pdf
- [25] Glynn JR, Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Chihana M, Price AJ, et al. Early school failure predicts teenage pregnancy and marriage: A large population-based cohort study in northern Malawi. *PLoS One*. 2018;13(5):1–17.
- [26] Birchall J. Early marriage, pregnancy and girl child school dropout. Knowledge, Evid Learn Dev [Internet]. 2018;2(7):1–15. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c6ac30440f0b61a1afc3f7c/470_Early_Marriage_Pregnancy_and_School_Dropout.pdf
- [27] Asamblea Nacional. Ley 30 de 5 de mayo de 2015 que modifica y deroga disposiciones del Código de la Familia. Panamá: Gaceta Digital No. 27773-B.; 2015.