

ARTÍCULO ORIGINAL

FACTORES ASOCIADOS A LA INICIACIÓN SEXUAL TEMPRANA EN ADOLESCENTES PANAMEÑAS.

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

RESUMEN/ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE

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

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

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

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

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

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

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

Results. The 11,9% of the adolescents who had sexual relations, had his first relation before turning 15 years. In the natives (24,3%), who lived in indigenous areas (21,9%), without education (27,7%) and with history of sexual abuse (52,7%) the percentage that initiated early sexual relations was greater than in the non indigenous ones. The marriage or union (HR= 1,339, p=0.019), the level of schooling (of HR=4.273 in women with primary level to HR=3.196 in women which they managed to reach the secondary level of education, p< 0,000) and the sexual abuse (HR=4.242, p=0.047) was factors that increased the risk of initiating the sexual activity early.

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

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra

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

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

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

Variables claves

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Métodos de análisis

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

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

RESULTADOS

Características de las adolescentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Análisis de supervivencia bivariado y multivariado

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

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

MANIFESTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

No existen conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Donald B. Langille AC, Mark Asbridge A, Gordon Flowerdew A, Michael Allen A B. Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sexual Health*. 2010; 7(2): 199–204. <http://dx.doi.org/10.1071/SH09087>. Submitted: 18 August 2009 Accepted: 3 December 2009 Published online: 14 May 2010
2. Montero A, González E, Molina T. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile. *Rev Chil Salud Pública*. 2008; 12 (1): 42-47)
3. Cabezas E, Rodés S, Valdés Z. Edad al inicio de las relaciones sexuales y carcinoma del cuello uterino. *Rev. Cuba. Obstet. Ginecol*. 1985; 11(1): 97-103. Disponible en <http://bases.bireme.br> [Acceso el 09 de septiembre de 2014]
4. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsagué X, Herrero R, Meijer C J, Shah K, Franceschi S, Muñoz N y Bosch FX. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British Journal of Cancer* (2009) 100, 1191–1197. doi:10.1038/sj.bjc.6604974 Disponible en www.bjcancer.com Published online 10 March 2009 [Acceso el 09 de septiembre de 2014]
5. Lion KC, Prata N y Stewart C. Adolescent Childbearing in Nicaragua: A Quantitative Assessment of Associated Factors. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009; 35(2): 91–96
6. Fatusi AO y Blum RW. Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents, *BMC Public Health*. 2008; 8:136
7. Presler-Marshall E y Jones N. Charting the future: Empowering girls to prevent early pregnancy. Overseas Development Institute, July 2012. Disponible en https://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Charting_the_Future.pdf [Acceso el 21 de noviembre de 2014]
8. Steward NR, Farkas G y Bingenheimer JB. Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009; 41 (4): 244–252. DOI: 10.1363/4124409.
9. Baumann P, Bélanger RE, Akre C y Suris JC. Increased risks of early sexual initiators: time makes a difference. *Sexual Health*. 2011; 8(3) 431-435 <http://dx.doi.org/10.1071/SH10103>.
9. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011:96-98
10. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011:120
11. Ramiro MT, Bermúdez MP, Sierra JC, Buena-Casal G. Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Terapia Psicológica*. 2013; 31(2): 175-186
12. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011: 16
13. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y Macro International Inc. 2008. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM y Macro International Inc.
14. De León R, Martínez L, Chú E, Mendoza A, Chamorro F, Poveda C, Álvarez A, Flores H, Sandoval I, Rodríguez Díaz F. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá 2011:18
15. Rutstein SO, Johnson K. Comparative Reports No.6: The DHS Wealth Index. ORC Macro Calverton, Maryland USA, August 2004

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