

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Comunicación Social
Mención Comunicaciones Publicitarias
Trabajo de Grado

**ESTRATEGIA COMUNICACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL
EMBARAZO PRECOZ DIRIGIDA AL ADOLESCENTE VENEZOLANO**

Tesistas:

Gabriela Carrillo Fernández de Caleyá

Milena Gimón

Tutora:

Maryclen Stelling

CARACAS VENEZUELA

2004

Agradecimientos

A Maryclen Stelling por su excelente tutoría, dedicación y por motivarnos cada vez más a desarrollar este proyecto. A Carolina Fernández por estar ahí cuando más necesitábamos una inspiración. A Max Romer por hacernos creer en el proyecto.

Al Centro Integral Maria Teresa Castillo, por habernos permitido acceder y conocer su hermosa labor social hacia las madres adolescentes. A Carmen Ramia y a Ana Isabel Otero por su valiosa ayuda.

A Guayo por su absoluta dedicación y paciencia. A Karen por su significativo apoyo a ultima hora.

Y por último, queremos agradecer a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos dieron a lo largo de nuestras carreras universitarias.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	ii
INDICE GENERAL.....	iii
LISTA DE CUADROS	v
LISTA DE GRAFICOS	vii
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Descripción del Problema	3
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Objetivos de la Investigación.....	5
1.3.1 Objetivo General	5
1.3.2 Objetivo Específico	5
1.4 Delimitación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 La Pobreza en Venezuela	7
2.1.1 Concepción de la pobreza	7
2.1.2. Causas	8
2.1.3. Consecuencias.....	12
2.1.4. Pobreza y Sexualidad	13
2.2 Sexualidad y Cultura	15
2.2.1 Concepción de la sexualidad	15
2.2.2 Sexualidad desde una perspectiva sociocultural.....	17
2.3 La sexualidad en los jóvenes	18
2.3.1 Construcción cultural de la adolescencia	18
2.3.2 Maternidad en la adolescencia	19
2.3.3 Planificación Familiar	22
2.4 El embarazo adolescente desde una perspectiva cultural	26
2.4.1 Concepto del embarazo precoz o adolescente	26
2.4.2 Causas del embarazo precoz.....	30
2.4.3 Factores de riesgo	31
2.4.4 Consecuencias del embarazo precoz	37
2.5 El embarazo precoz en Venezuela.....	38
2.6 Mercadeo	41
2.6.1 Mercadeo Social	41
2.6.2 Publicidad	43
2.6.3 Concepción de una Campaña Publicitaria	44
2.6.4 Elementos de la Campaña Publicitaria	46
CAPÍTULO III MARCO REFERENCIAL	
3.1 Fundación Caracas para los Niños	49
3.2 Objetivo	49

3.3 Programas de acción	49
3.4 Centro Integral Maria Teresa Castillo	50
CAPITULO IV. MARCO METODOLÓGICO	
4.1 Tipo de investigación.....	52
4.2 Operacionalización de las variables	52
4.3 Muestra	56
4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	56
4.5. Procedimiento	58
CAPITULO V ANÁLISIS DE RESULTADOS	
5.1 Resultados obtenidos en la encuesta	59
5.2 Análisis de los resultados de la encuesta.....	90
5.3 Resultados obtenidos en el Focus Group	98
5.4 Análisis de los resultados del Focus Group	101
CAPITULO VI DISEÑO DE LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL	
6.1 Estrategia de Mercado	107
6.1.1 Meta	107
6.1.2 Target.....	107
6.2 Estrategia Publicitaria.....	108
6.2.1 Oportunidad	108
6.2.2 Barreras Críticas del consumidor	108
6.3 Estrategia Creativa.....	109
6.3.1 Mensaje Esencial	109
6.3.2 Soporte Clave	109
6.4 Posicionamiento	109
6.5 Beneficios.....	109
6.6 Razón.....	110
6.7 Tono	110
6.8 Personalidad	110
6.9 Concepto creativo	110
6.10 Plan de Medios	111
6.11 Ejecución de la Estrategia Comunicacional	111
6.12 Presupuesto	137
6.13 Evaluación.....	139
6.13.1 Instrumento de Evaluación.....	139
6.13.2 Operacionalización del Instrumento	140
CONCLUSIONES	141
RECOMENDACIONES	143
BIBLIOGRAFÍA	145
GLOSARIO	148

ANEXOS	150
Anexo A. Cuestionario	150
Anexo B: Preguntas del Focus Group.....	156
Anexo C: La ley del Adolescente en Venezuela: LOPNA	159
Anexo D: Volante del Centro Metropolitano De Educación Integral María Teresa Castillo	160
Anexo E: artículo de prensa: Una pequeña casa que impulsa los sueños de las jóvenes madres	162
Anexo F: artículo de prensa: Apoyo a las madres adolescentes	164
Anexo G: artículo de prensa: Venezuela tiene el mayor número de embarazos en adolescentes	166
Anexo H: Cuestionario Graffar Modificado.....	168
Anexo I: Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz.....	171

LISTA DE CUADROS

pp.

CUADRO

1	Conocimiento de la lectura y escritura básica	59
2	Edad de las encuestadas	60
3	Grado de instrucción de la persona que sustenta el hogar....	61
4	Grado de instrucción de la madre.....	62
5	Fuente de ingreso de la familia.....	63
6	Condiciones de vivienda.....	64
7	Nivel de instrucción de las encuestadas.....	65
8	Estado civil	66
9	Persona con quién vive actualmente	67
10	Edad de la madre al tener el primer hijo/a	68
11	Hermanas madres	69
12	Número de hermanas madres	70
13	Edad de la hermana al tener el primer hijo	71
14	Edad de inicio de la actividad sexual.....	72
15	Número de embarazos	73
16	Número de hijos.....	74
17	Edad de la primera menstruación	75
18	Importancia de la maternidad	76
19	Ocupación del tiempo	77
20	Asistencia a Consulta Ginecológica desde ingreso al Centro Maria Teresa Castillo	78
21	Control ginecológico antes, durante o después del embarazo.....	79
22	Frecuencia de las consultas ginecológicas.....	80
23	Control médico durante el embarazo.....	81
24	Conocimiento de los métodos anticonceptivos.....	82
25	Fuente de información de los métodos anticonceptivos antes de quedar embarazada	83

26	Uso de los métodos anticonceptivos	84
27	Tipo de método anticonceptivo empleado	85
28	Condición de llegada al Centro Maria Teresa Castillo	87
29	Número de embarazo /s al llegar al Centro Maria Teresa Castillo	88
30	Asistencia a consulta ginecológica antes del ingreso al Centro Integral Maria Teresa Castillo	89

LISTA DE GRAFICOS

pp.

GRAFICO

1	Conocimiento de la lectura y escritura básica	59
2	Edad de las encuestadas	60
3	Grado de instrucción de la persona que sustenta el hogar....	61
4	Grado de instrucción de la madre.....	62
5	Fuente de ingreso de la familia.....	63
6	Condiciones de vivienda.....	64
7	Nivel de instrucción de las encuestadas.....	65
8	Estado civil	66
9	Persona con quién vive actualmente	67
10	Edad de la madre al tener el primer hijo/a	68
11	Hermanas madres	69
12	Número de hermanas madres	70
13	Edad de la hermana al tener el primer hijo	71
14	Edad de inicio de la actividad sexual.....	72
15	Número de embarazos	73
16	Número de hijos.....	74
17	Edad de la primera menstruación	75
18	Importancia de la maternidad	76
19	Ocupación del tiempo	77
20	Asistencia a Consulta Ginecológica desde ingreso al Centro Maria Teresa Castillo	78
21	Control ginecológico antes, durante o después del embarazo.....	79
22	Frecuencia de las consultas ginecológicas.....	80
23	Control médico durante el embarazo.....	81
24	Conocimiento de los métodos anticonceptivos.....	82
25	Fuente de información de los métodos anticonceptivos antes de quedar embarazada	83

26	Uso de los métodos anticonceptivos	84
27	Tipo de método anticonceptivo empleado	86
28	Condición de llegada al Centro Maria Teresa Castillo	87
29	Número de embarazo/s al llegar al Centro Maria Teresa Castillo	88
30	Asistencia a consulta ginecológica antes del ingreso al Centro Integral Maria Teresa Castillo	89

INTRODUCCIÓN

La actual crisis socio-económica que vive el país ha agudizado la pobreza y con ella la incidencia del embarazo precoz, así como la deserción escolar y el desempleo, entre otros indicadores de la disminución de la calidad de vida del venezolano.

Por otro lado, la adolescencia y sus cambios pubertales involucra el inicio de una intensa sexualidad y de emociones como: miedo, culpabilidad y vergüenza, al igual que cierta ansiedad, disgusto y rechazo en los adultos, todo lo cual dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada, creándose las condiciones para embarazos no deseados. En este contexto, se observa que la adolescente venezolana de los estratos económicos menos favorecidos comienza a tener relaciones sexuales desde muy temprana edad, sin la formación sexual y reproductiva necesaria para asumir las consecuencias de ser madre.

En este orden de ideas, a las autoras del presente trabajo, como futuras comunicadoras sociales les preocupa esta problemática y creen que por medio de una estrategia comunicacional, se puede aportar una campaña para la prevención del embarazo precoz.

El estudio realizado se inscribe en un tipo de investigación descriptiva, expo facto y de campo, y el diseño es no experimental. El trabajo de campo se realizó con una muestra de adolescentes que han vivido la experiencia de un embarazo precoz y que asisten al Centro Integral María Teresa Castillo.

El inicio de este proyecto está dado por el Capítulo I, el cual contiene la descripción y formulación del problema, los objetivos de la investigación y la delimitación de la misma.

En el Capítulo II se presenta el Marco Teórico, el cual surge de la investigación bibliográfica realizada sobre los diversos elementos implícitos en la temática del embarazo precoz tales como: la pobreza, la sexualidad en los jóvenes, así como las causas, consecuencias y factores de riesgo de un embarazo precoz. También se exponen los aspectos fundamentales que deben ser considerados en cuanto a mercadeo y campañas publicitarias.

El Capítulo III corresponde al Marco Referencial, donde se da a conocer la Fundación Caracas para los Niños y sus programas de acción, entre los cuales está inscrito el Centro Integral María Teresa Castillo, que es el lugar donde se llevo a cabo la presente investigación.

El Capítulo IV corresponde al Marco Metodológico, donde se indica el tipo de investigación, la operacionalización de las variables, la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como el procedimiento. El Capítulo V presenta el Análisis de Resultados obtenidos con cada una de las técnicas aplicadas: la encuesta y el Focus Group.

En el capítulo VI se presenta el diseño de la estrategia comunicacional, haciendo una descripción detallada del problema, del público al que va dirigida la estrategia y se diseña el concepto creativo que da origen a las piezas comunicacionales que servirán como canales de transmisión del mensaje esencial de la campaña.

Finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones que facilitarán y apoyarán la campaña comunicacional y por ende, el programa de prevención del embarazo precoz.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

El embarazo precoz en adolescentes venezolanas se inserta dentro de un contexto social de pobreza, dónde por lo general el derecho a la salud sexual y reproductiva es bajo o inexistente y tienen un nivel educativo bajo. Este problema se debe en gran parte a la problemática de pobreza a nivel nacional, ya que, este factor influye directamente en las posibilidades de accesibilidad que tienen las adolescentes a la educación y a la salud reproductiva y sexual.

Según indicadores de pobreza del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2003), para el segundo semestre del 2002, la pobreza extrema a nivel nacional fue de un 21%. En el Distrito Federal la pobreza extrema alcanzó un 8,3% y en Miranda un 12,3%, lo cual indica el alto índice de pobreza existente en la entidad federal.

La pobreza trae consigo un alto índice de natalidad debido a la falta de educación, información y atención a la salud de aquellos habitantes de más bajos recursos. La tasa de fecundidad por mil mujeres entre los 15 y los 19 años de edad, en el año 2001, fue de 96,23 mujeres. Sólo en la entidad federal el total del estado Miranda fue de 87,19 y el del Distrito Federal fue de 78,51.

El mantener la situación sin resolver, simplemente favorecería el aumento de adolescentes embarazadas, habría más niñas adolescentes sin atención y ayuda y la calidad de vida de estos seres empeoraría. Es un problema que se podría erradicar rápidamente en el tiempo ya que su

solución verdadera es atacar a los jóvenes desde muy temprana edad con información de sexualidad y reproducción, para que su comportamiento ante el embarazo sea consciente y racional.

El motivo personal que impulsa a las autoras, a la escogencia del tema es la cantidad de derechos que debe tener garantizado cualquier adolescente y que por varias razones antes expuestas no se cumplen ni se respetan. Por lo tanto, es importante que existan asociaciones que se encarguen de recuperar esos derechos olvidados y de otorgarle todo el apoyo, información, educación y ayuda necesaria para que en el futuro, estas adolescentes tengan la capacidad de tomar decisiones de una manera más consciente y con una evaluación previa de lo que traerían sus acciones como consecuencias.

La mujer venezolana comienza a tener relaciones sexuales desde muy temprana edad, sin la formación sexual y reproductiva necesaria para asumir las consecuencias de ser madre. Las adolescentes se insertan en el mundo adulto sin la experiencia de vida necesaria para asumir ciertos roles y pueden no proporcionarle bienestar a sus hijos, además de formar matrimonios no intencionados o inestables. A nivel de salud corporal, el embarazo puede ser peligroso ya que el cuerpo de la adolescente no está lo suficientemente maduro para engendrar. También existe el peligro de contraer enfermedades sexuales como el sida, etc.

A las autoras del presente trabajo, como futuras comunicadoras sociales les preocupa esta problemática y creen que por medio de una estrategia comunicacional, se puede aportar una campaña para la prevención del embarazo precoz.

1.2 Formulación del Problema

¿Cómo prevenir el embarazo precoz en las adolescentes venezolanas a través de una estrategia comunicacional?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Diseño de una estrategia comunicacional dirigida a la prevención del embarazo precoz en adolescentes venezolanas para el Centro Integral María Teresa Castillo.

1.3.1 Objetivo Específico

- Conocer los factores de riesgo sociodemográficos que inciden en las madres adolescentes venezolanas entre 11 y 18 años de edad atendidas en el Centro Integral María Teresas Castillo de la Alcaldía Mayor de Caracas.
- Conocer los factores de riesgo educativos y culturales que inciden en las madres adolescentes venezolanas entre 11 y 18 años de edad atendidas en el Centro Integral María Teresas Castillo de la Alcaldía Mayor de Caracas.
- Conocer los factores de riesgo biológicos que inciden en las madres adolescentes venezolanas entre 11 y 18 años de edad atendidas en el Centro Integral María Teresas Castillo de la Alcaldía Mayor de Caracas.
- Diseñar una estrategia comunicacional basada en los resultados según las condiciones y características sociodemográficas,

educativas/culturales y biológicas de las madres adolescentes atendidas en el Centro Integral María Teresa Castillo

1.4 Delimitación

El trabajo de grado se desarrolló en el área metropolitana de Caracas y se estudió durante un lapso de tiempo de un año. El contexto de la investigación se vió limitado para la generalización de los resultados a la totalidad de la población, ya que se realizó en Centro Integral María Teresa Castillo que es un proyecto de la Alcaldía Mayor de Caracas y de la Fundación Caracas para los niños dónde las usuarias ya han sido tratadas y por ende la fuente de información está intervenida.

No es posible comprobar si las respuestas de las adolescentes del Centro Integral María Teresa Castillo son completamente verdaderas debido a que no existe una base de datos ni se siguen las historias de cada niña en el Centro, Sólo se tiene una hoja de vida con sus datos personales y los del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 La pobreza en Venezuela

2.1.1 Concepción de la pobreza

La pobreza significa ausencia de algo, "sufrir de múltiples privaciones. Supone carecer de alimentos suficientes, de vivienda, servicios de educación y salud, agua potable y servicios públicos en general" (España, 2001:10).

Para PNUD (2002):

la pobreza es una brutal negación de los derechos humanos y ello elimina la errónea noción de que el bienestar social, la educación, la salud y el empleo son favores o actos de caridad de los gobiernos y de los organismos internacionales, en beneficio de los pobres. La pobreza niega libertades, capacidades, derechos y oportunidades a las personas para tener una vida larga, creativa y sana, adquirir conocimientos, tener libertad, dignidad y respeto por sí mismas. (p.4)

A un individuo se le considera pobre si su nivel de ingreso o consumo se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas. A este nivel mínimo se le suele denominar "línea de pobreza".

Dicha línea de pobreza varía de acuerdo a la sociedad donde se vive y el tiempo, por lo que la pobreza es relativa en cuanto una persona es pobre (3) con respecto a las demás. La Línea de Pobreza, establece una frontera para distinguir entre hogares pobres (1) y no pobres. El método se basa en comparar el monto del ingreso per cápita (4) del hogar, con el valor per cápita de la Canasta Básica (5) y considerar pobres a los hogares cuyo ingreso per cápita es menor al costo de la canasta per cápita. Cuando se consideran hogares cuyo ingreso per cápita es menor

al valor de la canasta que cubre únicamente las necesidades básicas alimenticias, se habla de hogares pobres extremos (PNUD:6)

2.1.2 Causas

La pobreza no es sólo un fenómeno cuantitativo, abarca mucho más que datos y cifras, arrastra hechos históricos, necesarios para poder entender el deterioro de una determinada sociedad y por esto, se puede hablar de diferentes causas por las que se puede originar: económicas, culturales, sociales, entre otras. Son factores que en algunos casos se interrelacionan.

a) Causas económicas:

La movilización de los campesinos a las ciudades en busca de mejorar sus condiciones de vida. Éste éxodo ha coincidido con los cambios de regímenes políticos como los de Gómez (1936), Medina (1945) y Pérez Jiménez (1958). La gente del campo decide venir a ciudades urbanas en busca de mejores servicios y trabajo, y abandonan así un sector importante de la economía venezolana. La capital comienza a sobre poblarse, y a este hecho hay que sumarle los inmigrantes que llegan a Venezuela, escapando de regímenes opresores. Las personas que no cuentan con suficientes ingresos, se ubican en zonas no aptas para construir viviendas, y así comienzan los llamados “ranchos”, donde el difícil acceso hace casi imposible proveer a dichas zonas de servicios básicos como agua, luz, infraestructura vial, etc.

Hoy más que ayer no sólo es suficiente tener empleo, sino que además éste debe tener cierta calidad para que su remuneración se encuentre por encima de la línea de pobreza. “El desempleo generado por la caída del salario real, no hay duda que se asocia al aumento de la pobreza.

El cambio más notable en el mercado de trabajo venezolano tiene que ver con el aumento de la informalidad” (España, 2001:12)

Un factor determinante que ha ido creciendo y que da pie a que el país se empobrezca aún más es el de la economía informal. Según las estadísticas del INE (2003), entre 1990 y 1998, 70% de los nuevos puestos de trabajo fueron generados por el sector informal.

La informalidad pasó de ser 32% de los ocupados en 1978 a 52% en 1999. Los incrementos ocurrieron en 1990, 1994 y 1999, período de profundización de la crisis... lo importante de este cambio en el mercado de trabajo venezolano, es la mayor incidencia de la pobreza en el sector informal que en el formal. En 1997 mientras que los trabajadores del sector informal pertenecían en un 68% a familiares pobres, los del sector formal lo eran en un 47%, ello es así porque la diferencia salarial entre los dos grupos de trabajadores es 49% mayor en los ocupados en el sector formal (Orlando, 2000:8).

Aunque, mucho se podría hablar de las causas económicas que han propiciado el aumento de la pobreza en Venezuela, se considera que las mencionadas anteriormente son las más palpables.

b) Causas socio-culturales:

Se relacionan en cierta manera con las económicas. Según Guevara (1999), la teoría económica dice: “...mientras mayor es el nivel de capacitación del trabajador, mayor será su productividad; porque cuenta con mayor nivel de conocimientos para emprender con más eficacia sus labores; por lo que debería quedar reflejado en mayores niveles de salario real” (p.37). Sin embargo, en Venezuela, esta teoría parece ser inversa ya que

“a pesar de que el promedio de años de escolaridad de la población que ha manifestado haber concluido sus estudios pasó de 4,4 años a 7,3 años, el ingreso real promedio de la mano de obra que labora en el sector moderno de la economía se ha

contraído de manera sostenida, al punto que en los últimos 17 años (1982-1998) el salario real se redujo en más de 70%" (Guevara, 1999:115).

En relación a la deserción escolar, se puede afirmar que también la misma es a la vez, una causa y una consecuencia de la pobreza, y también influye en el embarazo en adolescentes, lo cual es el objeto de estudio de la presente investigación. Esta relación se basa en datos que afirman que la mujer profesional tiende a esperar un poco más la unión en matrimonio, además de obtener las herramientas para controlar la fecundidad en caso de tener relaciones pre-matrimoniales. Por el contrario, una mujer sin educación, de clase social baja, tiende a apurar esa unión debido a que es su plan de vida y es la forma como están acostumbradas a vivir. Según ENPOFAM (1998):

el promedio de hijos por mujer es mayor a medida que es menos urbanizada el área de residencia. Mientras que las mujeres que residen en el Área Metropolitana de Caracas están teniendo cerca de dos hijos, aquéllas que habitan el resto del país tienen en promedio casi dos hijos más. La educación formal marca aún mayores diferencias en los niveles de fecundidad: las mujeres que han logrado acumular hasta tres años de instrucción o hasta seis años, tienen alrededor de cuatro hijos, en tanto que al alcanzar diez años ó más de educación las mujeres disminuyen su fecundidad a 1,8 hijos. (p.6)

No se está considerando la falta de instrucción o educación, como un factor determinante en el hecho de salir embarazadas, sino que se observa que sólo el estar en la escuela, le permite a las mujeres seleccionar o escoger entre diferentes opciones, lo que quieren para su futuro. La educación, como variable independiente, no actúa directamente sobre la fecundidad sino que se observa una influencia a través de los factores asociados al nacimiento de hijos y a los costos de crianza. El mejoramiento de la educación por sí mismo no contribuye a evitar la fecundidad si no lleva

consigo transformaciones en la organización económica y social del país y de la sociedad. Lo que se puede dar por seguro es que:

el aumento de la educación promueve cambios en el valor de los hijos, la adopción de nuevos estilos de vida, una mejor comunicación entre los cónyuges, la modificación de ciertas normas (ruptura con las tradiciones) y la difusión de nuevas ideas (Freitez, A. 1999:15).

De igual manera, como lo señala Ministerio de Educación (2000):

El indicador de deserción escolar sigue mostrando, a lo largo de la década, una concentración de este fenómeno en el séptimo grado. Las cifras indican poca variación del indicador al haberse situado la deserción de séptimo grado en 24,1% en 1990, 27,1% en 1995 y 23,1% en 1998 (p.16).

En el mismo orden de ideas, Briceño (2003):

La masificación de la educación, lo que fue sin duda el principal logro de la segunda mitad del siglo XX en Venezuela, ha sufrido un importante retroceso en lo que fue la década de los noventa. La tasa neta de escolaridad ha caído de modo continuo en los últimos años de 87,2% en 1990 a 80,6% en 1999. (p.7).

La modernización es otro elemento que se debe considerar como variable de la pobreza debido a que en las sociedades de principios del siglo XX, así como en algunas sociedades occidentales actuales, las mujeres eran símbolo de procreación. No tenían acceso a la educación ni al mercado laboral, por lo que no se hablaba de embarazo precoz ya que la niña estaba destinada a casarse desde muy joven con el esposo al que sus familiares le asignaran.

Se ha argumentado que en las sociedades tradicionales, los hijos representan un beneficio para los padres porque ellos constituyen una fuente de mano de obra desde edades jóvenes y una fuente de seguridad al arribo de la vejez; con los procesos de "modernización", esos beneficios tienden a desaparecer en la

medida que los cambios en los modos de producción (de familiar a una producción de mayor escala) reducen la utilidad de los hijos en el trabajo, y en la medida que la llegada de la educación masiva hace disminuir su disponibilidad para el trabajo (Cleland y Wilson, 1997:7).

2.1.3 Consecuencias

La pobreza en el país, ha traído innumerable cantidad de consecuencias que poco a poco, han deteriorado la calidad de vida del venezolano. Entre ellas se destacan la inflación, el desempleo, baja calidad de vida, carencia de servicios sociales, entre otras.

Se puede hablar de cuatro variables que, según el INE (2003), definen la pobreza y caracterizan a la sociedad venezolana:

- La tasa de dependencia del hogar. En un hogar con cinco miembros, la entrada de cada miembro al mercado laboral implica una disminución de esta tasa en 20% y un aumento de la probabilidad de no estar en pobreza por ingresos de 20,94 puntos con respecto a la probabilidad de ser pobre.

- La tasa de escolaridad del hogar. Por cada año de escolaridad ganado por el hogar, la probabilidad de que el hogar no caiga en estado de pobreza por ingresos aumenta en 4,81 puntos con respecto a la probabilidad de estar en pobreza.

- La tasa parental del hogar. Esta tasa está asociada positivamente con la condición no-pobre, es decir que a menor presencia de miembros del hogar en rol parental, mayor probabilidad de que el hogar sea pobre; esto sugiere una mayor ausencia del padre en los hogares pobres, pero las estadísticas no fueron conclusivas a este respecto.

- Los estratos o dominios socio-espaciales. El análisis es concluyente en afirmar que a menor urbanización se encuentran peores condiciones de vida.

2.1.4 Pobreza y Sexualidad

Como se ha visto a lo largo del presente capítulo, hay una fuerte vinculación de la pobreza con muchas condiciones del venezolano. Una de ellas, es la relación de la pobreza con el inicio de la actividad sexual así como, del embarazo precoz, relacionadas con otras variables como deserción escolar, ocupación, etc.

Según la Encuesta de Hogares (OCEI,1995), citada en el Ministerio de la Familia (1999): “en 1993, 1.065.848 lo que equivale al 26,5% de los 4.024.406 jóvenes venezolanos en edades comprendidas entre los 15 y los 25 años, ni estudiaban ni trabajaban. Hay que recalcar que el 71,6% de ellos eran mujeres” (p.75). Este hecho llama la atención y lleva a pensar en una posible exclusión de las mujeres en el ámbito social, pues las estadísticas afirman que de ese total de jóvenes que ni estudiaban ni trabajaban, 598.872 mujeres se dedicaban al oficio del hogar.

Si la condición “oficios del hogar” no se considera como un problema, como un fenómeno de exclusión social, sino que tal actividad fuese social y económicamente deseable, entonces esta actividad sería socialmente valorada, por lo cual la cifra de jóvenes que no trabajan desciende a 517.394.

Los oficios del hogar vienen asociados con la maternidad, el matrimonio o, en algunos casos, con una tradicional obligación que tienen las mujeres en los estratos socio-económicos mas bajos: atender a sus hermanos menores mientras sus madres trabajan.

En el cuadro que se presenta a continuación se observa que el porcentaje de mujeres dedicadas a oficios del hogar aumenta con la edad. La mayoría de las mujeres cuyos oficios son el hogar, no estudian ni trabajan y estas estadísticas van a ser fundamentales para el análisis al que se quiere llegar de la incidencia de factores que provocan el embarazo precoz.

Edades	Total Mujeres	T. del hogar		
		Cant	% que estudian	% que no estudian
15 años	248.886	28.793	11,57%	88,43%
16 años	218.976	34.902	15,94%	84,06%
17 años	216.877	47.738	22,01%	77,99%
18-20 años	637.123	199.945	31,38%	68,62%
21-25 años	851.706	324.334	38,08%	61,92%
Total	2.173.568	635.712	29%	71%

Fuente: Encuesta de hogares, OCEI, 1995

Con éste análisis, se observa que uno de estos factores que inciden en el embarazo precoz es la deserción escolar. La tabla que se presenta a continuación muestra una relación del total de mujeres embarazadas según grupos de edades.

Edades	Total mujeres	T. de madres *	Madres que no estudian
15 años	248.886	9.763(3,92%)**	77,09%
16 años	218.976	15.110(6,90%)	83,43%
17 años	216.877	30.698(14,15%)	89,18%
18-20 años	637.123	197.771(31,04%)	86,15%
21-25 años	851.706	471.143(55,32%)	88,56%

Fuente: Encuesta de hogares, OCEI, 1995.

* Es posible que este cuadro subestime el grado de maternidad entre las mujeres más jóvenes, debido a que la pregunta que se realiza en la Encuesta de Hogares busca establecer el rol que juega cada mujer en un hogar. Dada la naturaleza de la pregunta, es posible que algunas mujeres con hijos que viven con sus madres no se hayan reportado como madres también.

** Significa que el 3,92% de las jóvenes de 15 años son madres.

La tabla que se presenta a continuación muestra algunas de las variables mencionadas anteriormente.

Semestre	Pobreza	P. Extrema	Desempleo	Informalidad	Salario mín. Púb.	Inflación (%)
I-96	70,79	39,54	11,1	49,9	15.000	50,5
II-96	64,27	32,69	12,4	48,7	15.000	73,4
I-97	55,56	25,26	12,1	48,6	50.000	13,7
II-97	48,05	19,32	10,6	47,7	50.000	32,3
I-98	48,98	21,01	11,3	48,6	100.000	14,8
II-98	43,92	17,05	11	49,8	100.000	26,5
I-99	42,8	16,6	15,3	51	120.000	9,7
II-99	41,96	16,89	14,5	52,4	120.000	18,4
I-00	41,59	16,65	14,6	52,6	144.000	6,6
II-00	40,37	14,88	13,2	53	144.000	12,6
I-01	39,1	14,16	13,7	50,8	158.400	5,8
II-01	39,04	14,04	13,8	49,9	158.400	11,7

Fuente: INE (2003) Registros vitales

2.2 Sexualidad y Cultura

2.2.1 Concepto de sexualidad

La sexualidad se define como:

el conjunto de características de tipo biológico, psicológico y socio-culturales que diferencian a cada individuo ya sea como hombre o como mujer en su grupo social. La sexualidad es parte de la salud y del desarrollo de la personalidad, por lo tanto el hombre y la mujer poseen características sexuales que son naturalmente complementarios. (Gremone, 1997: 25).

Valdés & Busto (1995) definen la sexualidad como un concepto biológico atravesado por la cultura. En este contexto, la sexualidad es un producto social, esto es, una representación e interpretación de funciones naturales en relaciones sociales jerarquizadas.

El Ministerio de la Familia (1999), en su Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz para los años 1995-1998, recogió varios conceptos claves que enmarcan la normativa del plan. Según este marco normativo:

la adolescencia y sus cambios pubertales involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados... La definición del concepto también manifiesta que la expresión de estas nuevas emociones genera en el adolescente: miedo, culpabilidad y vergüenza, al igual que cierta ansiedad, disgusto y rechazo en los adultos. A raíz de este tipo de reacciones, los adolescentes prefieren ocultar lo que sienten. Esta falta de comunicación dificulta el desarrollo de una sexualidad bien orientada; y se crean las condiciones para una actividad sexual temprana y por ende embarazos no deseados (p.9).

Desde un punto de vista biológico, el acto sexual es el mecanismo mediante el cual la especie humana se reproduce. Este acto consiste en el traslado de una célula reproductora masculina (el espermatozoide) hasta la célula reproductora femenina (el óvulo), la cual es fecundada. Esta fecundación se desarrolla dentro de la mujer para convertirse al final de nueve meses en un nuevo individuo. Sin embargo, en los seres humanos, el sexo no es sólo para la reproducción, también se convierte en sexualidad, es decir, en la capacidad de expresar sentimientos y emociones como el amor, a través de un compartir sexual. Por lo tanto, la sexualidad es una manifestación del ser humano y comprende tanto el aspecto biológico (reproducción), psicológico (expresión de sentimientos) como el sociocultural (relacionado con las exigencias de la sociedad en la que vive).

Una sexualidad sana comienza en el hogar. Desde el nacimiento, el niño aprende directa e indirectamente de sus padres, ellos son la base más sólida para que el niño o la niña tenga una actitud sexual sana. (Gerendas, 1992).

2.2.2 Sexualidad desde una perspectiva sociocultural

Al hablar de sexualidad, como se menciona anteriormente, se habla de una conducta que se vincula a la sociedad, principalmente, debido a que forma parte del comportamiento del individuo que pertenece, a su vez, a un grupo social que va a realizar acciones similares debido a que comparten el mismo entorno, cultura, medios de comunicación, entre otros.

El elemento fundamental en el proceso de adaptación y socialización es la familia. Es ella quien introduce el individuo a la sociedad, pero a medida de que el niño crece y se involucra con el entorno, comienza a adoptar el comportamiento de los amigos y personas que más frecuenta.

Los medios de comunicación son también canales de transmisión de normas y valores promovidos por el Estado y la sociedad y que la persona adopta como patrón de comportamiento y modelo a seguir debido a que es un elemento que llega a todos los integrantes de la sociedad por igual y al mismo tiempo. Depende de la educación y sistema de valores de cada persona el adoptar esas conductas como formas de comportamiento o rechazarlas.

Los comportamientos sexuales de los grupos poblacionales se encuentran netamente determinados por las apreciaciones que la cultura, dentro de la que se desenvuelve el individuo, determina como correctas, permitidas o adecuadas. La cultura marca unas condiciones dentro de las cuales el sujeto puede o debe implementar o desarrollar su comportamiento erótico o sexual (Perez, 1995).

2.3 La sexualidad en los jóvenes

2.3.1 Construcción cultural de la adolescencia

Se puede decir que existen distintos enfoques que convergen en el concepto de la adolescencia ya que “la edad no es sólo un factor cronológico, sino una construcción social de significados y valores” (Sánchez, 2002:2). La adolescencia parte desde un punto de vista biológico debido a los cambios físicos de la pubertad, como lo son la menarquía en las mujeres y la espermaquía en los hombres; pero después son determinantes los aspectos socioculturales, económicos o psicológicos, tales como: “independencia del grupo familiar, asunción de responsabilidades mayores, independencia económica. En otras palabras, la adolescencia finaliza cuando los individuos alcanzan la madurez emocional y social para asumir el papel de adulto, según se defina este en su cultura” (Sánchez, 2002:4).

Los aspectos socioculturales están sujetos a cambios a través del tiempo y a su vez influenciados por el contexto socioeconómico, racial, de origen (rural/urbano), entre otros. Otro factor importante es la dilatación de la etapa de la adolescencia debido principalmente a tres hechos: el adelanto de la menarquía, la prolongación del período dentro del sistema escolar, el retraso de la edad de la primera unión matrimonial y por consiguiente la actividad sexual pre-marital. Por otro lado:

en la construcción cultural de lo que significa ser adolescente participan también los propios jóvenes, quienes elaboran, aceptan, modifican o rechazan lo que socialmente los define, en función de sus propios deseos, expectativas y vivencias particulares. Los jóvenes se convierten de esta manera, en productores y reproductores de los distintos discursos que en torno a la identidad adolescente ha construido una sociedad dada, entre ellos el construido por los adultos acerca de la adolescencia. En ese sentido los adolescentes no pueden ser vistos como adultos pequeños, en términos de que ellos mismos construyen sus

propios códigos y su propia cultura como jóvenes, y reaccionan a la cultura adulta con actitudes de resistencia, pasividad o rebeldía. (Sánchez, 2002:3).

Paralelamente, los factores externos que rodean al adolescente influyen de manera contundente en la construcción del proceso de identidad de los jóvenes. Estos son: el barrio en donde habita, el cual podría ser determinado como el espacio para el aprendizaje y reforzamiento de algunas de las conductas; los amigos que actúan como canales de socialización por excelencia ya que durante esta etapa existe cierto distanciamiento entre padres e hijos; los medios de comunicación audiovisuales y las políticas públicas nacionales y locales.

2.3.2. Maternidad en la adolescencia

El matrimonio no parece ser una opción obligante para la vida conyugal en los sectores más pobres de la población venezolana, como lo señala (Recagno, 1982):

por ello las familias incompletas aportaron casi la mitad del aumento poblacional para el comienzo de la década de los 80. Con el tiempo, las costumbres han sido mucho más permisivas en las relaciones de la pareja y la procreación fuera del matrimonio. El control de la procreación juvenil supone unas pautas sociales o religiosas, internalizadas, la admisión de sistemas anticonceptivos y una organización familiar fuerte (p. 531).

Existen patrones de comportamiento que por repetirse de generación en generación parecen ser normales, como por ejemplo, la carencia de la figura paterna, la convivencia en concubinato, el inicio temprano a la vida sexual, la deserción escolar y el embarazo precoz.

Berutti (1982), citada por Recagno (1982), realizó una encuesta, enfocada a conocer el concepto que tiene la mujer de sí misma, obteniendo el siguiente resultado: “en los estratos populares un 83% de ellas

consideraron que la maternidad es el objetivo fundamental de la mujer pues da a la vida más claridad y cuando no se llega, a ella produce amargura (p. 535).

Se puede observar cómo la maternidad es identificada por las mujeres de los sectores populares como su rol principal. Esto obedece a que como grupo social de bajos recursos, tienen menores posibilidades de escoger otros intereses, objetivos y metas para sus vidas.

...dada la situación de no protección familiar por parte del padre o marido, la escasa formación profesional y los bajos ingresos que caracterizan al grupo, el cumplimiento de la función maternal se hace en precarias condiciones y es contradictorio con las posibilidades de una crianza con mejores alternativas para sus hijos.....El conocimiento de la relación sexual es muy temprana para los adolescentes que viven en condiciones de hacinamiento, donde existe la convivencia forzada con adultos y los espacios contiguos muy poco aislados. La actividad sexual al conocerse tan tempranamente y tan de cerca se convierte más bien en "la regla". El embarazo de adolescentes es aceptado sin tanta conflictividad por las madres ya que la situación, en la mayoría de los casos, se ha dado en generaciones anteriores. (Recagno, 1982: 535).

La relación madre-hijo trae como consecuencia un vínculo principalmente biológico, al ser la mujer la que por nueve meses lo lleva en el vientre. El sentimiento materno se considera como:

el prototipo de la relación bio-social dictada por la especie. En el medio venezolano, se observan unos lazos de apego fuerte y casi exclusivos con las madres, mientras el sentimiento de protección y apego de los padres es, con frecuencia, muy débil y limitado, como lo indican ciertas estadísticas. (Recagno, 1982: 537).

Como señala Ramos (1997), citada por Mabel (1999):

El ejercicio maternal de las mujeres es un elemento universal de las culturas...Existen dos razones por las cuales la maternidad es un ejercicio universal: una es el hecho de que la especie humana necesita de cuidados especiales de crianza durante la primera

etapa de la vida, y la segunda, por la capacidad de lactancia que tienen las mujeres (p. 39)

Al considerar la maternidad bajo esta vertiente social, resultan pertinentes las dimensiones conceptuales de la maternidad propuestas por Balbás (1994), citado por Mabel (1999), a partir de un análisis de los contenidos que los diferentes agentes de socialización plasman en concepto. Tales dimensiones son descritas a continuación:

- **Maternidad instrumental:** se define a la maternidad como un medio que permita a la mujer obtener ganancias personales, sociales y económicas.
- **Maternidad como proyecto tradicional:** en esta dimensión se define a la maternidad como proyecto principal en la vida de la mujer y que la define como persona; en este proyecto la mujer debe estar acompañada por su pareja, excluyendo otras áreas de realización como el área profesional y de pareja.
- **Maternidad como proyecto alternativo:** se define la maternidad como una alternativa que no es imprescindible para la realización como mujer y que en su lugar se podrían elegir otras opciones como la realización profesional o de pareja
- **Tendencia al matricentrismo:** esta dimensión define la maternidad como el proyecto fundamental de toda mujer, el cual debe asumir sola sin necesidad de la ayuda de una pareja masculina. Se establece como intransferible la unidad madre-hijo, la cual da la configuración al hogar.
- **Concepción mariana de la maternidad:** según esta dimensión, la maternidad representa el rito de sacrificio y abnegación que rinde

tributo a la mujer, quien se enaltece a través de la maternidad, convirtiéndose en “virgen” y entonces, al mismo tiempo, la enajena de cualquier pasión.

2.3.3. Planificación Familiar

La planificación familiar es la opción libre y responsable de la pareja para determinar, según sus beneficios y posibilidades, el número de hijos que desea tener. El Ministerio de la Familia (1999), en la descripción del concepto “salud reproductiva”, según el marco normativo del Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz, manifiesta la importancia de una vida sexual saludable, en donde se respete

el derecho del hombre y de la mujer a obtener información, y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (p. 11)

Las adolescentes tienen necesidades especiales para el cuidado de la salud durante la etapa de la pubertad debido a que experimentan cambios hormonales por los que no habían pasado antes. El aparato reproductor no se encuentra preparado para concebir a un bebé, por lo que se tiene que tener mucho cuidado si esto sucede.

Según el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz, la primera medida para satisfacer estas necesidades es acabar con todos aquellos obstáculos que impiden el libre acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar y de atención primaria en salud.

El propósito más importante de los programas organizados de planificación de la familia: la autonomía de las personas y las

parejas a fin de lograr un control eficaz y responsable sobre sus propias vidas en lo tocante a la procreación (Ministerio de la Familia, 1999: 13).

Actualmente existe toda una gama de anticonceptivos eficaces que hacen posible la planificación familiar. Estos métodos evitan embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las necesidades de cada joven son diferentes y al decidir usar algún dispositivo, tienen que escoger el método adecuado que se adapte a la situación específica de manera tal que su funcionamiento sea efectivo.

Un grupo científico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que la juventud por sí sola no constituye una razón médica para evitar el uso de cualquier método anticonceptivo. Si bien existen algunos problemas de salud relacionados con la edad temprana, las ventajas de evitar el embarazo generalmente pesan más que los riesgos teóricos o probados (ENPOFAM, 1998: 5)

Ciertamente existen factores sociales y personales relacionados con la edad temprana que influyen en la elección de los métodos anticonceptivos. Por lo tanto, los dispensadores de asistencia deben discutir las circunstancias de la actividad sexual del joven de manera cordial, confidencial, franca y libre de crítica para poder evaluar las necesidades anticonceptivas del joven y el riesgo de contraer ETS.

La selección de los métodos anticonceptivos está conformada por: la abstinencia, los métodos de barrera, los métodos hormonales, los dispositivos intrauterinos y los tradicionales.

Métodos tradicionales

La abstinencia puede ser una opción tanto para jóvenes que no han tenido relaciones sexuales como para los que sí. Este método se basa en no tener el “coito” o penetración. Al no haber este proceso, se hace difícil que

haya una ovulación por lo que la mujer no quedará en estado. Se encuentra también el método del ritmo, que consiste en la utilización del calendario para llevar los días fértiles y evitar las relaciones sexuales durante esos días. Este método no es muy seguro porque la menstruación puede variar en la persona y esto hace que haya un mayor riesgo a quedar embarazada.

Los métodos de barrera

Se encuentra al condón o preservativo masculino, espermicidas, diafragma, capuchón cervical y condón o preservativo femenino. Entre estos métodos, el preservativo es el más accesible y disponible para los jóvenes, es fácil de utilizar y constituye el mejor método anticonceptivo para la mayoría de los jóvenes, ya que este grupo enfrenta un alto riesgo de tener embarazos no deseados y de contraer ETS. Consiste en la colocación del preservativo cuando el pene está erecto. También, se encuentran los espermicidas, los cuales deben ser utilizados, preferiblemente, con los preservativos para obtener protección adicional ya que el empleo únicamente de ellos no lo hace tan eficaz a la hora de prevenir un embarazo. El diafragma, el capuchón cervical, el condón o preservativo femenino, generalmente previenen el embarazo un poco más eficazmente que los espermicidas y también previenen las enfermedades de transmisión sexual.

Métodos hormonales

Este tipo de anticoncepción es para aquellas jóvenes que corren escaso riesgo de contraer ETS. En ese caso, la mejor opción es un método hormonal. Se utiliza en forma privada, sin necesidad de cooperación masculina, además de que no requieren prepararse para cada relación sexual para ser eficaces. Al igual que los preservativos y los espermicidas, la píldora y los demás métodos hormonales no ejercen ningún efecto en la fertilidad futura. Este tipo de anticoncepción no protege contra las ETS. Por

esta razón, los preservativos pueden utilizarse junto con estos métodos cuando se necesita protección contra las mismas. Los anticonceptivos orales deben ser preescritos por algún personal médico debido a la diversidad de píldoras.

El suministro de este tipo de anticoncepción es sin prescripción y muy disponible; pero es más costoso que los preservativos. La píldora puede generar efectos secundarios como náusea y ligero dolor de cabeza. También existen los anticonceptivos orales para la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción postcoital puede lograrse por medio de una o más dosis de la misma después de un tiempo (horas) determinado. Este método de emergencia o “píldora del día siguiente” sólo evita un embarazo; no protege contra las ETS. La anticoncepción oral postcoital no sustituye otros métodos de planificación familiar, pero puede ser crucial para prevenir el embarazo cuando la joven ha sido forzada o violada o ha tenido relaciones sin usar anticonceptivos. Las mini píldoras, son apropiadas para las jóvenes madres que quieren usar un método hormonal durante la lactancia, que por sí misma ofrece alguna protección contra el embarazo; pero son menos eficaces que las píldoras y producen efectos secundarios.

A diferencia de los métodos de barrera y la píldora, estos métodos son eficaces y no requieren tomar diariamente una píldora ni prepararse en el momento de la relación. Las distintas marcas de inyectables se deben aplicar cada cierto tiempo (meses); mientras que las inyecciones deben utilizarse solo cada tres meses y en el caso de los implantes, después de ser colocados se usan durante cinco años como máximo.

Por otro lado, están los dispositivos intrauterinos (DIU). Se consideran como la última opción para las jóvenes sin hijos ya que corren alto riesgo de contraer ETS; pero sí es recomendable para jóvenes casadas con hijos.

2.4 El embarazo adolescente desde una perspectiva cultural

2.4.1 Concepto del embarazo precoz o adolescente

El embarazo se define como el período durante el cual crece el feto en el vientre de la mujer. El proceso comienza con la concepción y termina con el nacimiento. La duración normal es de cuarenta semanas.

Para el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1970), citado por Freitez (1999), el término “embarazo” significa el período comprendido entre la anidación del embrión en el útero y el parto.

Según el Ministerio de la Familia (1995), en el marco normativo del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Precoz:

se considera actividad sexual temprana la que ocurre antes de los 18 años, por ende cualquier embarazo en edades inferiores a la edad legal de “mayoría de edad” es considerado precoz. Incluye todos los embarazos que hubieran o no llegado a concluir con un parto a término y/o con el nacimiento de un niño vivo (p. 9).

En 1985 el Diccionario Médico Conciso (Concise Medical Dictionary) define el embarazo como: "el período durante el cual la mujer porta el feto en desarrollo. Este dura aproximadamente 266 días, desde la concepción hasta que nace el niño" (p.86).

La organización Mundial de la Salud, citada por Ministerio de la Familia (1995), define la adolescencia, desde el punto de vista cronológico, como el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años. Considera dos grupos: adolescencia temprana entre 10 y 14 años y adolescencia tardía, entre 15 y 19 años.

Para Santos (1990), citado por Mabel (1999), “la adolescencia está considerada como, población de riesgo, por las decisiones que se puedan tomar con respecto a la sexualidad” (p. 174). Esta población está conformada por los grupos de edad comprendidos entre los 10 y los 19 años. Los adolescentes son un grupo en etapa de crecimiento y desarrollo; por lo tanto son bastante vulnerables y deben recibir asistencia para afrontar los cambios. La salud física, social y mental de los jóvenes es el resultado de las experiencias del pasado y del presente y a su vez estas experiencias van a determinar las etapas posteriores de sus vidas. Durante este período de vida se dan cambios biológicos y fisiológicos acelerados. También se consolida la identidad sexual y se inicia la capacidad reproductiva; pero en condiciones de inmadurez fisiológica y psicológica.

Durante esta etapa hay un incremento de capacidad reflexiva y crítica, además del desarrollo del sentido de identidad. La autoestima es bastante vulnerable, la inseguridad oprime y hay baja tolerancia a la frustración.

En esta fase se comienzan a elaborar las bases del proyecto de vida. Estos cambios provocan la necesidad de interactuar tanto individualmente como en grupo. La interacción con los adultos se hace bastante difícil, al no pertenecer a la etapa de la niñez ni a la del adulto; sino más bien presentar características que todavía quedan de la niñez y otras que son de la adultez.

La adolescencia, según Dolto (1998), citada por Mabel (1999),

es un proceso de mutación, proceso que sería muy parecido al que debe desarrollar un niño al nacer. Es decir, cuando un niño nace debe pasar de un medio protegido como es la cavidad uterina, donde todas las funciones se realizan a través de la madre, hacia el mundo exterior. En el exterior debe respirar, alimentarse, reconocer los estímulos y señales, poner en funcionamiento todo el caudal sensorial, es decir, debe poder vivir: tiene que enfrentar la vida (p. 74).

La diferencia entre ambos procesos es que al nacer, el bebé tiene a su madre al lado permanentemente para protegerlo, amamantarlo y ayudarlo en la difícil tarea de aprender a vivir, mientras que el adolescente debe asumir esta nueva forma de aprender a vivir ya con una identidad propia y de una manera más individual; a pesar de que la asistencia familiar y educativa debe jugar.

El embarazo precoz es un problema de índole social, económico y de salud pública. “El embarazo a temprana edad contribuye a cerrar un ciclo de pobreza del cual es difícil escapar.” (Isis Internacional, 1998: 18). Si la adolescente tenía posibilidades, a través de la educación de salir adelante; con un embarazo precoz las dificultades de lograrlo se multiplican hasta incluso evitar algún tipo de progreso. El embarazo precoz tiene mayor auge en los países del Tercer Mundo, donde las tasas de fecundidad son muy altas, como se observa en los siguientes cuadros:

Año	Tasa global de fecundidad	Tasa de fecundidad (por mil mujeres)						
		Grupos de edad de la madre						
		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
1994	3,17	100,12	175,82	155,00	109,98	64,02	23,82	5,26
1995	3,11	99,48	173,18	151,70	107,12	62,08	22,98	5,04
1996	3,05	97,69	170,06	148,97	105,19	60,96	22,57	4,95
1997	2,98	98,20	167,90	145,10	101,40	58,20	21,30	4,60
1998	2,93	99,34	166,69	141,97	98,07	55,68	20,11	4,26
1999	2,88	97,64	163,85	139,55	96,40	54,73	19,77	4,19
2000	2,83	95,98	161,05	137,17	94,75	53,80	19,43	4,12
2001	2,79	96,23	155,54	135,82	96,77	53,52	17,56	3,02

Fuente: ENPOFAM (1998)

Entidad Federal	Tasa Global de fecundidad	Grupos de edad de la madre						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Total	2,79	96,23	155,54	135,82	96,77	53,52	17,56	3,02
Distrito Capital 1/	2,25	78,51	115,99	109,55	85,27	45,39	13,00	1,29
Miranda	2,67	87,19	140,68	129,35	103,38	54,05	16,94	1,81

Fuente: ENPOFAM (1998)

El término “embarazo precoz” comienza a ser utilizado a partir de los años 60 cuando el rol de la mujer abarca otras posibilidades aparte del matrimonio y la maternidad. La mujer se inserta en el ámbito profesional y la maternidad comienza a ser una decisión a tomar en el momento oportuno, por tanto, cambia el papel de la mujer en la sociedad. El matrimonio temprano deja de ser el único proyecto de vida para las mujeres, y por ende se extiende el lapso de tiempo desde la menarquia hasta un posible matrimonio ampliando las probabilidades de tener una vida sexual activa premarital.

La educación sexual es esencial y necesaria para preparar a las adolescentes a enfrentarse a esta nueva etapa de sus vidas en donde deben tener la capacidad de poder tomar decisiones consciente y razonablemente. “Los mensajes para los adolescentes han ido variando, desde una posición muy restrictiva y severa hasta una permisiva, en lo que se refiere a valores y pautas de comportamiento.” (Salud Pública de México, 1994:18).

Actualmente, el tema de la sexualidad se discute más abiertamente y es para todos un hecho que las inquietudes sexuales surgen en la etapa de

la adolescencia y forman parte del desarrollo de todo individuo durante este período.

Cabrera, entrevistado por Rodríguez y Pulido (1999), desde su posición como Director de la Maternidad Concepción Palacios, le otorga al fenómeno del embarazo precoz la siguiente denominación: “síndrome del fracaso ya que sostiene que cada vez que una joven sale embarazada fracasan el Estado, la familia, la educación, la medicina y todos los sectores de la sociedad” (p. 15).

2.4.2 Causas del embarazo precoz

Los métodos anticonceptivos son esenciales para hacer del embarazo, el resultado de una planificación. Según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, citado por Freitez (1999), 9 de cada 10 adolescentes conoce algún método anticonceptivo pero solo 1 de cada 10, los usa adecuadamente.

Por lo tanto es importante que los adolescentes, hombres y mujeres, estén informados sobre las opciones anticonceptivas para evitar no sólo un embarazo no deseado, sino también evitar infecciones de transmisión sexual. La información será útil sólo si la misma puede ser aplicada por los adolescentes en las situaciones pertinentes, donde vendría a jugar un papel importante la accesibilidad de estas opciones anticonceptivas.

Otro factor que influye en los embarazos precoces es el hecho de que los adolescentes están poco dispuestos a acudir a los consultorios debido a barreras culturales y sociales que están presentes en la sociedad. Las actuales características de organización y distribución de los servicios de salud para los jóvenes se caracterizan por ser inadecuados en cantidad, calidad y oportunidad lo que compromete seriamente el acceso y la

resolución adecuada de los problemas relacionados a la sexualidad.

Esta circunstancia, en buena parte originada por el impacto de la adversidad económica de los países de América Latina y el Caribe, se acompaña de sistemas educacionales inoportunos, provisión deficitaria de alimentos; escasa o inexistente accesibilidad a actividades recreativas; insuficientes o nula capacitación laboral, subempleo y desempleo (Pérez, 1995: 25)

Las causas del embarazo precoz son múltiples y están determinadas por factores de riesgo existentes en el entorno en el cual se desenvuelven los adolescentes.

2.4.3 Factores de riesgo

El enfoque de riesgo se basa en la probabilidad de que ocurra un resultado no deseado. La combinación de factores de riesgo dentro de la dinámica del proceso salud-enfermedad son generados por una serie de variables que afectan al adolescente y condicionan su desarrollo dentro de una sociedad.

El grado de vulnerabilidad de un adolescente dependerá entonces de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los micro-ambientes en los cuales se desenvuelve. Estos entornos son la familia, la escuela, el lugar del trabajo, lugar de recreación y la calle. Como también influyen la cultura y el contexto socio-económico y político del país. (Gerendas, 1992: 10).

a) Factores Biológicos

En la mayoría de los países a nivel mundial existe una tendencia a la maduración biológica más temprana. En la población venezolana este patrón es más evidente en el sexo femenino. Se está dando un descenso en la edad de la menarquía, proceso biológico en el cual las mujeres se hacen fértiles.

Este proceso las estimula a ser sexualmente más activas, se produce un gran aumento de actividad hormonal y esto trae como consecuencia la aparición de fuertes impulsos sexuales.

La pubertad en las niñas venezolanas comienza a los 10 años generalmente; pero la edad promedio para la menarquía en Venezuela es de 12,3 años, pudiendo aparecer como muy temprano a los 9,2 años. La ovulación suele ocurrir 12 a 24 meses después de la primera menstruación. Por otro lado, el sexo masculino empieza la pubertad en promedio a los 12 años en Venezuela, lo cual trae como consecuencia la aparición de fuertes impulsos sexuales.

Pero, la eyaculación y la producción de espermatozoides aparecen aproximadamente a los 14 años de edad. La edad de la pubertad está bajando en todo el mundo, en parte debido a una mejor nutrición; mientras que la edad de contraer matrimonio va en aumento. Estas tendencias indican que las probabilidades de tener relaciones sexuales antes del matrimonio están aumentando.

b) Factores Sociales

La familia desempeña un papel primordial debido a la fuerte influencia positiva de una familia funcional y la fuerte influencia negativa que una familia disfuncional tiene sobre la salud pasada, presente y futura de los jóvenes (10). Los hogares venezolanos presentan graves problemas de tipo social que afectan e influyen directamente en el desarrollo integral de los niños y adolescentes, lo cual concede un entorno social inadecuado.

Otro factor social que incide sobre el embarazo precoz es la ignorancia que existe entre los adolescentes acerca de todo lo relacionado a la educación sexual, reproducción, embarazo, medidas anticonceptivas, etc.

Los adolescentes se informan entre ellos, de fuentes no muy confiables y de los medios de comunicación, que no pueden ofrecer una información individualizada, específica y completa. El tema de la sexualidad y en especial en la vida de los adolescentes es bastante controvertido debido a que social y culturalmente es un tabú. Este aspecto dificulta la búsqueda de información y de ayuda en los adultos, ya sean padres, familiares, personal médico, etc.

En el ámbito político y sociocultural deben tenerse en cuenta las políticas de desarrollo ya que éstas condicionan grandemente el alcance de los objetivos de los jóvenes, sus familias y sus comunidades.

c) Factores Culturales

El ambiente cultural determina los llamados estilos de vida: costumbres y comportamientos en salud y bienestar que reflejan valores, actitudes y creencias, transmitidos de generación en generación y que pueden determinar riesgos o aspectos positivos para la salud de los jóvenes.

Los estilos de vida responden a patrones culturales impuestos en las sociedades y a los cuales deben adaptarse los miembros de la misma. A medida que pasa el tiempo las condiciones cambian social y culturalmente a pesar de que ciertos sectores de la población se mantengan aislados de los nuevos hábitos. Como se decía anteriormente, hay una tendencia a la maduración biológica más temprana en los adolescentes y las uniones de matrimonio se han retrasado unos cuantos años, por lo tanto el lapso entre la iniciación de la actividad sexual y el matrimonio se ha ampliado considerablemente.

Este aspecto conlleva a que los adolescentes actuales están expuestos a la actividad sexual premarital durante más tiempo que en décadas anteriores. Por consiguiente, deben estar más informados y

preparados para poder enfrentarse a situaciones que inevitablemente se les van a presentar.

La sociedad actual respalda como valor cultural, la iniciación de la actividad sexual en jóvenes de ambos sexos, aunque más específicamente sobre el varón. Se espera que el varón se inicie en las relaciones sexuales para demostrar su masculinidad. Como consecuencia de esta presión el varón induce a la hembra.

El significado cultural de la maternidad también es un factor influyente en los embarazos precoces, ya que todavía existe en la sociedad la idealización de la maternidad como única alternativa para la vida de la mujer. La función materna es una parte esencial de la vida de la mujer pero debe ser resultado de una decisión propia, planificada y deseada para que los resultados de ese embarazo y futura crianza sean los más productivos tanto para la madre como para el hijo.

Los medios de comunicación juegan un papel importante en la vida cotidiana de los adolescentes. La comunicación moderna dispone de más medios a través de los cuales llegarle a la gente; por consiguiente es una realidad que la exposición a los mensajes es cada vez mayor. Los medios de comunicación no brindan una educación sexual completa por medio de la cual los adolescentes deban guiarse, como lo señala Tabliague (1992), citado por Mabel (1999):

La información que se pueda dar en las escuelas y/o la que se les pueda dar en los servicios hospitalarios puede ser muy interesante, puede ser muy rica y puede ser muy positiva; pero en el momento de tomar decisiones con una vida sexual activa, la información no les sirve. Y entonces se podría decir: "no sirve porque la información separada de la formación, separada de la educación que uno va recibiendo paulatinamente en la familia, no sirve": p. 163).

Otros factores como los sentimientos de omnipotencia, invulnerabilidad e inmortalidad son característicos de la adolescencia. Estos factores pueden conducirlos a conductas riesgosas. La curiosidad y la experimentación juegan un papel importante cuando los jóvenes para enfrentar las tareas evolutivas, ensayan los roles adultos en distintas áreas, entre ellas el ejercicio sexual.

La carencia de afecto, producto de necesidades insatisfechas en la niñez, pueden incitar a la adolescente a encontrar esa insuficiencia en relaciones sexuales precoces. Un embarazo adolescente puede ser una forma de castigo, consciente o inconsciente, a los padres o un auto castigo. También las jóvenes pueden utilizar un embarazo para lograr mayor compromiso de su pareja, inclusive retenerlo. Del mismo modo, buscar el embarazo para mejorar el nivel de vida, obligando al progenitor a asumir responsabilidades económicas.

Algunos jóvenes reafirman su masculinidad al dejar embarazadas a sus compañeras ya sea por presión grupal o por reafirmación propia. El interés hacia lo prohibido, la rebeldía contra lo establecido y la impulsividad hacia lo riesgoso y aventurero pueden ser otras conductas típicas de la adolescencia.

Durante la adolescencia, el joven necesita pertenecer a un grupo y ser aceptado. Para ganarse la aprobación dentro del grupo se deben adoptar gustos, costumbres y actitudes que pueden convertirse en presiones para imitar conductas riesgosas como por ejemplo tener relaciones sexuales tempranas. La influencia del grupo crece; mientras que la importancia de la familia, la autoridad y los modelos adultos se debilitan. El grupo actúa como soporte durante esta etapa evolutiva, ya que pueden compartir las angustias con los que también pasan por iguales circunstancias. La autoestima y la identidad están sometidas a prueba durante este lapso.

Otro factor es la negación de la realidad, la cual consiste en negar una relación entre conocimiento y conducta, para evitar enfrentarse a los problemas. Un ejemplo de este factor psicológico es el pensamiento típico de las adolescentes en cuanto a quedar embarazadas: “A mí no me va a pasar”.

El embarazo y la maternidad son retos para la mujer por ser cambios definitivos en sus vidas. En el caso de un embarazo precoz, el reto es mayor por el hecho de que a las circunstancias de embarazo y maternidad se le suman las dificultades físicas, psicológicas y sociales de la adolescencia. “En las maduradoras tempranas que salen embarazadas, hay dos seres en crecimiento y esto hay que tomarlo en cuenta”. (Gerendas, 1992: 10)

El sistema reproductivo de una adolescente se encuentra en proceso de maduración, aún después de la menarquía. Por lo tanto, al no estar plenamente desarrollado puede generar complicaciones durante el embarazo y después. Los problemas de la salud reproductiva y la muerte son más comunes entre las adolescentes activas sexualmente que entre las mujeres de 20 a 34 años de edad. Fisiológica y socialmente, las adolescentes son más vulnerables a la mortalidad materna, infantil y a las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El Ministerio de la Familia (1995) destaca en el marco normativo del Plan Nacional de prevención del Embarazo Precoz los siguientes factores de riesgo:

la temprana edad de la menarquía, el deseo de exploración de la sexualidad, la actividad sexual temprana, el desconocimiento de métodos preventivos de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos y bajo acceso a los mismos, la poca aceptación del preservativo o condón por parte de los adolescentes, el desconocimiento de la fisiología de la reproducción y funcionamiento de la sexualidad, el poco acceso a servicios de atención de la salud del adolescente, incluyendo salud reproductiva (planificación familiar y control prenatal y perinatal),

(...) el ser hija o hermana de madre adolescente, el vivir en condiciones de pobreza, el vivir en condiciones de hacinamiento, la exclusión social juvenil, la carencia de oportunidades educativas, laborales y recreativas para los jóvenes, el que la madre sea analfabeta o tenga muy bajo nivel educativo, las enfermedades de transmisión sexual, la alta ocurrencia de abortos clandestinos en condiciones inadecuadas, el deseo de afirmación personal y de independencia, la presión grupal y de la pareja, el bajo control personal de la joven sobre su sexualidad y fecundidad, las representaciones sociales que exaltan la maternidad como la única vía de realización de la mujer(...), la inestabilidad familiar, familias muy estrictas o muy permisivas, situación familiar conflictiva, falta de afecto en la familia, el analfabetismo sexual, la desinformación a todos los niveles, incluso en el de los profesionales de la salud, en los maestros, los padres y madres y la comunidad en general, la falta de comunicación y orientación en la familia sobre la sexualidad,(...) la falta de políticas coherentes, el no haber concientizado el embarazo precoz como un problema social, de salud pública y de responsabilidades por parte del Estado, como consecuencia de la visión de los asuntos de la mujer y la familia como asuntos 'privados'." (p. 9).

Estos factores de riesgo coinciden en su mayoría con los factores expuestos por Gerendas (1992).

2.4.4 Consecuencias del embarazo precoz

El embarazo adolescente tiene particularmente un impacto directo sobre la escolaridad, que disminuye, y sobre el costo social, que se incrementa. "El agravamiento progresivo del fenómeno es directamente proporcional a la contracción económica del país. Con la alta deserción y el no ingreso al sistema educativo, se frena el crecimiento del país" (Rodríguez, 1999: 15).

El embarazo juvenil cambia el proyecto de vida de las adolescentes, provocando un abandono obligatorio de sus metas futuras por la necesidad de afrontar nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo del hijo. Además

se ha demostrado que el embarazo en esta etapa se asocia a una mayor deserción escolar, acelerado empobrecimiento, y deterioro familiar.

Como señala Briceño (2003), de acuerdo con el Instituto Alan Guttmacher, en Latinoamérica se interrumpen cerca de seis millones de embarazos al año y 10% de esas intervenciones involucra a adolescentes. Por otro lado, el mismo instituto reporta que las mujeres menores de 20 años contribuyen en forma desproporcionada con las cifras de casos de complicaciones y mortalidad relacionadas con abortos.

Los problemas de la salud reproductiva y la muerte son más comunes entre las adolescentes embarazadas que entre las mujeres mayores de 20 años, debido a que en estas mujeres se ha finalizado el completo desarrollo del sistema reproductivo. Fisiológica y socialmente, las adolescentes son más vulnerables a la mortalidad materna, infantil y a las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

2.5 El embarazo precoz en Venezuela

El embarazo precoz es un problema de salud pública en Venezuela, como lo señala Garnica (2003), un estudio publicado por las Naciones Unidas informa que:

en Venezuela existen 98 nacimientos por cada mil muchachas entre 15 y 19 años. Estas cifras colocan al país en el primer lugar en volúmenes de embarazos en adolescentes en América del Sur, siendo superados en América Central sólo por Guatemala, Honduras y Nicaragua. La mayoría de los embarazos en adolescentes son producto de relaciones no planificadas. Alrededor de 20% de los nacimientos venezolanos provienen de madres jóvenes, una de cada cinco mujeres menores de 20 años ya ha tenido un hijo y 50 de cada 100 embarazos no son deseados.

A continuación se presenta el siguiente cuadro:

Entidad	2002
Total	492,678
Distrito Capital 1/	29,229
Amazonas	4,421
Anzoátegui	28,061
Apure	11,766
Aragua	27,574
Barinas	16,379
Bolívar	27,079
Carabobo	35,706
Cojedes	6,201
Delta Amacuro	3,466
Falcón	16,457
Guárico	15,439
Lara	26,997
Mérida	15,391
Miranda	43,606
Monagas	15,958
Nueva Esparta	8,300
Portuguesa	18,729
Sucre	17,322
Táchira	16,352
Trujillo	13,409
Yaracuy	11,091
Zulia	76,893
Vargas 2/	6,852
Ignorado	

Fuente: Cabrera (2000). Estadísticas Vitales: Nacimientos registrados por año según entidad de federal. Información recopilada en prefecturas, Jefaturas y Alcaldías

Nota: Corresponde al primer semestre

1/: Creado con el territorio del Municipio Libertador del Distrito Federal entidad a la cual sustituye de acuerdo con la constitución del año 1999

2/: Elevado a estado en gaceta oficial N° 36488 de fechas 03-07-98

Población por sexo, según grupos de edad, 2000

Grupos de Edad	Total	Masculino	Femenino
0 a 3	141,627	71,320	70,307
4 a 6	101,654	51,098	50,556
7 a 14	274,938	137,998	136,940
15 a 17	108,414	53,675	54,739
18 a 24	274,310	136,036	138,274
Menores de 12	447,667	225,113	222,554
13 a 17	107,490	47,041	60,449
Mayores de 64	178,966	88,978	89,988

Fuente: INE (2003)

Como señala España (2001) "Venezuela tiene una población total de 25,1 millones de habitantes. La tasa media de crecimiento demográfico entre 2000-2005 es de 1,8% al año (p.58), y para Rodríguez y Pulido (1999), en el 90% de los embarazos precoces venezolanos, el niño nace generalmente con bajo peso y se detectan de inmediato alteraciones como consecuencia de la alimentación deficiente y otros factores. Un recién nacido de una madre menor de 17 años tiene 60% más probabilidades de morir durante el primer año de vida (p. 17).

PNUD (2002), señala que la tasa total de fecundidad entre 1970 y 1975 era de 4,9 hijos por mujer; mientras que entre el 2000 y el 2005 la tasa se aproxima que será de 2,7, hijos por mujer.. Estas cifras indican que ha habido un descenso significativo en el número de hijos por mujer y que existen factores que han incidido en este cambio. A fines del 2001, el 95% de los partos fueron atendidos por personal capacitado.

En el año 2000, el 10% de mujeres entre 15 y 19 años dieron a luz mientras que las mujeres entre 35 y 49 años sólo el 6% dieron a luz, lo que permite observar claramente la diferencia del número de nacimientos entre los dos extremos de lapsos de edad reproductivos de la mujer. La

correspondiente a las edades entre 15 y 19 años supera casi al doble la cifra de la etapa reproductiva de 35 a 49 años. A fines del 2001, por cada 1000 alumbramientos, 95 corresponden a mujeres entre 15 y 19 años.

2.6. Mercadeo

Como señala Keplner's (1989), "el mercadeo es todo lo que se haga para promover una actividad, desde el momento que se concibe la idea hasta el momento en que se comienza a adquirir el producto o servicio en una base regular" (p. 85.)

Toda persona, empresa o compañía necesita vender su producto. Tanto el comerciante o buhonero como la compañía más grande del país necesitan dar a conocer los beneficios de sus productos para que el público pueda adquirirlos. Todo esto se logra mediante el mercadeo. Se podría señalar que los elementos que intervienen a la hora de "mercadear" son: vendedor (quien se encarga de dar a conocer los beneficios de un producto o servicio para que pueda ser adquirido por el público al que está destinado dicho producto o servicio), consumidor o usuario (quien, una vez observado los beneficios del producto o servicio, decide si lo va a adquirir o no dependiendo de su costo y necesidad) y producto o servicio (ente que se coloca en el mercado y es publicitado para ser adquirido o usado).

2.6.1 Mercadeo Social

El concepto de mercadeo social fue aceptado por agencias gubernamentales en los EE.UU. y a lo ancho del mundo a partir de los años 80. Este concepto ha sido una herramienta de gran ayuda para producir importantes cambios en el comportamiento de grupos de población. A diferencia del mercadeo como lo conocemos, el mercadeo social tiene como objetivo fundamental beneficiar a la población, hacer un bien común, se basa

en influir o dar a conocer a las personas sobre alguna enfermedad, accidente y evitar que sean afectadas.

El mercadeo social se plantea como uno de las herramientas más efectivas para la difusión de las campañas preventivas, Soler (1997) lo define como: "el diseño, la implementación y el control de programas pensado para influir en la aceptación de ideas sociales e implicando consideraciones de planificación de producto, precio, comunicación, distribución e investigación de marketing" (p. 27).

Según Keplner's (1989) actualmente, las campañas de cambio social buscan:

- Reformas sanitarias (tabaquismo, nutrición, abuso de drogas, etc.).
- Preservación del medio ambiente (agua más pura, aire limpio, preservación de parques y bosques nacionales y la protección de refugios para la vida silvestre).
- Reformas educativas (analfabetismo, mejorar el rendimiento escolar de los estudiantes e incentivos los maestros).
- Reformas económicas (inversión extranjera)

El objetivo del mercadeo social es determinar las necesidades, intereses y deseos de los mercados metas y proporcionar beneficios que superen las ofertas de los competidores, de modo tal que preserve o mejore el bienestar de la sociedad. El mercadeo social no ofrece un producto como tal ni busca posicionarse en el mercado como es el objetivo del mercadeo tradicional. Su función es la de dar a conocer un problema y sus posibles soluciones.

2.6.2 Publicidad

“La publicidad es comunicación impersonal pagada por un anunciante identificado que usa los medios de comunicación con el fin de persuadir a una audiencia, o influir en ella” (Wells, 1991:12). Según esta definición se pueden destacar tres elementos fundamentales para que la publicidad tenga efecto: anunciante, mensaje y audiencia. Sin alguno de estos componentes, no se podría cumplir el objetivo fundamental de la publicidad: dar a conocer un producto o servicio para que sea adquirido o utilizado por el público al que se oriente dicho producto o servicio.

Por otro lado, la publicidad es uno de los elementos que forman parte del marketing, y aunque no se puede considerar a la publicidad como la única estrategia utilizada para vender un producto o servicio, sí es una de las más empleadas por los comerciantes, debido al alcance de los medios que se emplean para promocionar.

Ahora bien, el hecho de que una empresa utilice la publicidad para promover su producto no significa el éxito o posicionamiento de un producto. Hace falta mucho más que “mostrar” el producto. Se pueden sintetizar algunos aspectos que utiliza la publicidad:

- Creatividad: consiste en buscar soluciones sin utilizar los procedimientos convencionales. Se trata de encontrar ideas que vayan más allá de lo que se quiere mostrar, más allá de lo obvio. Este concepto es relativo porque algo puede ser creativo para alguien y para otra persona no, pero en general, lo que se busca es impactar a la audiencia con un mensaje que le permita recordar al producto, bien sea cuando lo vea, cuando escuche el jingle o alguna frase empleada en el mensaje.

- Necesidad: un producto va a ser llamativo para un consumidor si le resuelve un problema o le proporciona un beneficio.
- Credibilidad: todo mensaje debe ser real para que llegue al público. Por ejemplo: no basta decir que es el mejor carro si unos meses después de comprarlo tiene que ir al taller. Así como el mensaje debe ser creíble, el vocero también lo debe ser. Un ejemplo claro de esta herramienta es la utilización de figuras públicas: deportistas, actores, etc. para promocionar los productos. Por ejemplo, Nike ha utilizado a grandes deportistas como Michael Jordan y Tiger Woods y esa estrategia le ha dado mucha credibilidad a la marca debido a que son figuras de alto rendimiento que usan el producto y lo recomiendan.

Actualmente, la publicidad ha adquirido un papel fundamental en la promoción de servicios e ideas en la sociedad venezolana incluso en lo político juega un papel protagónico el uso de estrategias de comunicación cargadas de sentimentalismos que llegan de forma más directa a las personas, bien sea la aceptación o rechazo hacia el mensaje, de una u otra forma el objetivo se cumple.

2.6.3 Concepción de una Campaña Publicitaria

La campaña publicitaria es un plan de publicidad amplio que emplean los medios de comunicación para una serie de anuncios. La campaña busca cumplir un conjunto de objetivos que proponen una forma de divulgación de los intereses de la empresa en cuanto a la promoción de un producto. Se trata de un plan a corto plazo que, por lo general, funciona durante un año o menos. Una vez que existe la idea, lo importante es llevarla a cabo, y para esto es importante conocer el mercado, por lo que, en el proceso de pre-producción de la campaña, se debe realizar un estudio previo del público

mete, al que se piensa llegar si no ha sido realizado. Además se debe conocer el mensaje que se piensa y quiere dar, para luego desarrollar la idea con la creatividad de los especialistas. Esta es una fase muy importante porque aquí es donde la idea puede, o no resultar. Una vez culminado el proceso de elaboración del mensaje, se procede a distribuirlo y darlo a conocer a través de los diferentes medios, dependiendo de cómo haya sido trazada la idea de promoción, dependiendo siempre de los resultados arrojados del target al que se dirigirá el material.

Toda campaña surge por la necesidad de solventar un problema o evitar que sucedan accidentes. Esa idea necesita ser expresada, para que pueda llegar al público deseado, y la forma más sencilla de lograrlo es a través de los medios de comunicación.

Los medios de comunicación son los canales por los que el mensaje llega de los anunciantes a los consumidores. Son una herramienta empleada para soportar la idea. Son canales masivos, la mayoría de los cuales permite llegar a un gran número de personas siendo el principal en esta categoría, la televisión. Dicho medio es el de mayor alcance por la facilidad de acceso y bajo costo además de que permite combinar ambos sentidos: vista y oído. Por el contrario, el costo es muy elevado para los anunciantes, además de que cuentan con poco tiempo para expresar lo que se quiere, por lo que el mensaje debe tener la suficiente contundencia para que en aproximadamente 30 segundos se diga toda la información. A pesar de los costos de producción y transmisión del mensaje, es un medio rentable para promocionar productos por primera vez si es el caso.

Si lo importante del mensaje es la imagen, el medio ideal es el impreso, bien sea: revistas, prensa, vallas. Este medio no tiene la contundencia que tiene la televisión, pero puede producir un gran impacto en

el público meta, y es mucho más económico para el anunciante. Es el único medio que para adquirirlo, el receptor debe pagar.

La radio es otro canal de información que puede emplearse para dar a conocer el mensaje. Al igual que el medio impreso, este canal es unisensorial, porque utiliza sólo el sentido del oído y su desventaja radica en que el mensaje debe repetirse varias veces para que pueda ser captado por la audiencia, ya que las personas tienden a distraerse, por lo que los creativos deben trabajar muy bien en el mensaje colocándole sonidos a los textos para que llamen más la atención de quién lo escuche.

A finales del siglo XX, aparece la Internet. Este medio ha revolucionado el mercado por el alcance que ha adquirido en poco tiempo. Los publicistas deben adaptarse rápidamente a las nuevas tecnologías si no quieren quedarse atrás, y deben idearse la forma de lograr el mismo efecto que producen con los otros medios.

Sea cual sea el medio que se piensa utilizar, el mensaje debe tener la suficiente fuerza para lograr un efecto sobre la población, de lo contrario, pasará desapercibido y el tiempo dedicado a desarrollar las piezas habrá sido tiempo desperdiciado así como dinero mal invertido por la diversidad de mensajes que se transmiten a través de los medios de comunicación.

2.6.4 Elementos de la Campaña Publicitaria

a) Briefing

El briefing es una recopilación de información relevante y esencial que define el perfil de la marca, ya sea un producto o un servicio, facilitando una más clara visibilidad del objetivo hacia el cual se pretende llegar con la marca a través de una campaña. En el documento deben estar expuestos claramente los objetivos, las características del consumidor, la proposición, el

tipo de mensaje, la idea de la campaña y el apoyo del marketing.

b) Target

Es el conjunto de personas a las cuales será dirigida la estrategia comunicacional. Son los usuarios potenciales de un servicio, aquellas personas de las cuales se espera una respuesta determinada con respecto a los estímulos de la comunicación.

c) Posicionamiento

El posicionamiento es el lugar que ocupa la marca del producto o servicio en el mercado. Define la imagen y la personalidad del producto o del servicio en la mente del consumidor. La interpretación debe ser creíble y fácil de interpretar por el consumidor y de diferenciar de la competencia.

El posicionamiento se determina gracias a los estudios de imagen y a los estudios de actitudes ya que por medio de estas herramientas se pueden descubrir y definir los atributos más significativos del producto. El posicionamiento se va a enfocar en el atributo que se quiere fortalecer y resaltar. Soler (1997) expone varios ejemplos de posicionamiento, entre ellos señala “desde el que ofrece un beneficio del producto,...al que señala una diferencia con las marcas competidoras...o el que ofrece...alta calidad al más bajo precio” (p. 48)

Una vez realizados los estudios para determinar el posicionamiento, se deben establecer los siguientes aspectos: dónde está la marca en el mercado en relación a la competencia, la razón por la cual está ahí, dónde debería estar en el mercado, cuál sería el posicionamiento deseado para la marca y cómo lograr ese posicionamiento ideal.

d) Estrategia Creativa

Según Ortega (2002), la estrategia creativa es:

el marco de actuación en el que tiene que desarrollarse la creatividad del mensaje publicitario. De esta forma, la estrategia creativa obliga al equipo creativo a actuar dentro de un campo definido, más o menos amplio, que en ocasiones puede ser interpretado como una limitación de la capacidad de expresión artística que perjudicará al propio proceso creativo y a los resultados del mismo. Constituye el punto de partida para el desarrollo del proceso de creación de cuya calidad y eficacia es responsable el equipo creativo (p. 58).

e) Plan de medios

Un Plan de Medios consiste en establecer a través de qué medios se va llevar a cabo la estrategia comunicacional.

CAPITULO III

MARCO REFERENCIAL

3.1 Fundación Caracas para los Niños

Esta es una institución sin fines de lucro, con personalidad jurídica autónoma, tutelada por la Alcaldía Mayor del Distrito Metropolitano de Caracas. Sus proyectos y acciones se extienden a lo largo de La Gran Caracas, comprendiendo así los municipios: Libertador, Chacao, Sucre, El Hatillo, y Baruta.

3.2 Objetivo

Lograr que se cumplan los derechos como ciudadanos de los niños y adolescentes, pertenecientes a los municipios antes mencionados, de manera tal de que sean integrados a la sociedad.

3.3 Programas de acción

La Fundación Caracas para los Niños ha logrado implementar nuevos programas para atender a los niños, niñas y adolescentes, que se encuentran en situación de vulnerabilidad en el Distrito Metropolitano de Caracas.

Se incorporó el nuevo paradigma de Protección Integral en los programas que se adelantan. Un ejemplo de ello, es el que atiende, a los **Niños y Niñas en Situación de Calle**, el cual ha arrojado resultados positivos en la Parroquia El Recreo, donde han sido rescatados nueve pequeños de la calle; la **Unidad de Registro Civil de Nacimientos**, en la Maternidad Concepción Palacios, permite que entre 80 y 100 bebés que nacen a diario, salgan del hospital con su partida de nacimiento. Se garantiza

así el **Derecho a la Identidad**, importante, para insertarse legalmente en sociedad y disfrutar de los derechos como ciudadanos, en materia de salud, educación y la posibilidad de ejercer el voto, entre otros.

Los **Centros Metropolitanos de Educación Integral para Adolescentes Excluidos del Sistema Educativo**, buscan restituirle los derechos a un grupo de jóvenes que tiene la oportunidad de retomar sus estudios y capacitarse al mismo tiempo.

La adecuación del proyecto de las **Entidades de Atención** de acuerdo a lo establecido en la LOPNA, ha permitido el acercamiento entre los niños y sus familias. Además el **Programa de Movilización Social y Educativa** y el **Parque Zoológico El Pinar**, demuestran su impacto sobre la población infantil y adolescente, al consolidarse como experiencias replicables en el resto del país.

3.4 Centro Integral María Teresa Castillo

El Centro Metropolitano de Educación Integral María Teresa Castillo, pertenece a la Fundación Caracas para los Niños, de la Alcaldía Mayor, y está presidida por Martha Penny de Peña.

Tras haber sido inaugurada en el 2003, este año cumple su primer aniversario brindando a las madres adolescentes la oportunidad de reincorporarse al sistema educativo sin separarse de sus hijos.

Dicho Centro, permite a las jóvenes que han salido embarazadas, poder completar la educación Media y Diversificada que necesitan para graduarse de bachiller en Humanidades, así como también existe la posibilidad de participar como pasante en diferentes trabajos como auxiliar de Pre-escolar, secretaria, consultores, etc. En el aspecto laboral, salen de

asistente administrativo, generalmente en los programas de la Alcaldía.

También se llevan a cabo cursos de abordaje emocional, psicoterapia a nivel de pareja y familia, los cuales son impartidos de forma semi-individual por la psicóloga permanente del Centro, Dennis Pérez.

El promedio de permanencia en el Centro es de 2 a 3 años, dependiendo del grado de escolaridad.

Para ingresar al Centro, la adolescente debe tener menos de 18 años de edad, estar embarazada o ser madre y asistir hasta culminar el periodo. Sólo se permitirán inasistencias justificadas, de lo contrario, no se le permitirá asistir más.

El horario de trabajo es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Durante ese tiempo, las jóvenes reciben las herramientas necesarias para enrumbar sus vidas y las de sus hijos. Adicional a la preparación educativa, las jóvenes y sus hijos, reciben alimentación, asesoría psico-social, orientación y planificación familiar. Igualmente, se refuerza la paternidad responsable y lazos familiares. Los bebés, también reciben cuidado diario, así como instrucción pre-escolar.

Actualmente atiende a 67 madres, entre 14 y 19 años, de las cuales 17 de ellas están embarazadas y un total de 50 niños que reciben cuidados diarios.

La Fundación Caracas para los Niños espera poder abrir dos nuevos centros que permitan a las adolescentes en condiciones de embarazo lograr salir adelante en la vida profesional y personal, además de evitar que tengan otros embarazos no deseados.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

El estudio se inscribe en un tipo de investigación descriptiva, expo facto y de campo. El diseño es no experimental.

La investigación es descriptiva ya que fue necesario describir las características del fenómeno, en este caso: el embarazo precoz en las adolescentes. También se caracteriza por ser expo facto ya que el problema fue estudiado después de que los hechos ocurrieron, es decir, las adolescentes ya están embarazadas o son madres. El estudio es de campo ya que se realizó el trabajo directamente en la sede del Centro Integral María Teresa Castillo. En cuanto al diseño, no es experimental debido a que no se realizaron pruebas en laboratorios.

Se llevó a cabo una investigación cualitativa mediante un focus group y una investigación cuantitativa mediante el empleo de encuestas a una muestra significativa del Centro Integral María Teresa Castillo.

4.2 Operacionalización de las variables

El desarrollo de la estrategia comunicacional consta de tres objetivos que buscan conocer respectivamente los factores de riesgo sociodemográficos, los factores educativos/culturales y los factores biológicos que inciden en la muestra. Estos tres factores fueron tomados como variables de la investigación.

- La primera variable constituye las características sociodemográficas, ya que pretende conocer las características cuantitativas de la

población, la vivienda, la educación, las condiciones de vida y la evolución demográfica del entorno de la muestra. Para conocer el nivel sociodemográfico de la muestra se utilizó la escala Graffar y se operacionalizó la variable por medio de los siguientes indicadores: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso de la familia y las condiciones de vivienda de la familia. Se utilizó como instrumento un cuestionario.

Objetivo	Variable	Justificación	Indicadores	Justificación	Item
Conocer los factores de riesgo que inciden en las madres adolescentes entre 11 y 18 años.	Característica Sociodemográfica	Se desea conocer las características cuantitativas: población, vivienda, educación, condiciones de vida, y evolución demográfica del entorno de las adolescentes estudiadas.	Profesión del jefe de familia	Conocer el grado de instrucción de la persona que sustenta al hogar.	3
			Nivel de Instrucción de la madre	Según lo demostrado en el marco teórico, existe una relación directa entre las madres de las adolescentes que salieron embarazadas precozmente y las hijas adolescentes embarazadas.	4
			Fuente de ingreso de la familia	Se pretende conocer la fuente de ingreso de la familia para tomar en cuenta el apoyo financiero del cual dispone la adolescente.	5
			Condiciones de vivienda de la familia	Se pretende conocer las condiciones de vivienda para poder determinar las condiciones en que vive la adolescente y cómo estas influyen en su desarrollo integral.	6
			Edad promedio	Se pretende conocer la edad de mayor incidencia de las adolescentes intervenidas en el Centro Integral Maria Teresa Castillo.	2
			Nivel de Instrucción de la adolescente	Con esta variable se pretende conocer la formación educativa que ha recibido la adolescente a lo largo de su vida.	1, 7a
			Estado conyugal	Con esta variable se pretende conocer si la adolescente es casada, soltera o unida y no se refiere al estado civil.	7b
			Contexto familiar	Estructura (fam. Nuclear completa, incompleta, solo madre, solo padre, fam. Extendida)	7c, 8, 9

Objetivo	Variable	Justificación	Indicadores	Justificación	Item
			Significado de la maternidad	Con esta variable se pretende conocer la percepción que tiene la adolescente acerca de la maternidad. Qué significado tiene para ella en su vida.	14
			Ocupación del tiempo	Se pretende conocer en qué actividades se desenvuelve la adolescente	15
			Inicio de la actividad sexual	Se pretende conocer la edad de iniciación sexual más frecuente en las adolescentes.	10
			Número de embarazos	Se pretende conocer cuántos embarazos exitosos o fallidos ha tenido la adolescente.	11
			Número de hijos	Se busca conocer el porcentaje de embarazos exitosos en las adolescentes.	12
			Llegada al centro	Se busca conocer la condición de la adolescente al llegar al Centro Integral Maria Teresa Castillo.	20
			Visitas Médicas	Se busca conocer si la adolescente ha recibido control médico desde su menarquía y durante el embarazo.	16, 17
			Conocimiento y acceso (alto, medio, bajo) a los métodos preventivos de embarazo.	Conocer las razones por las cuales la adolescente usa o no usa los métodos anticonceptivos	18, 19

- La segunda variable reúne las características educativas/culturales y busca obtener la formación educativa de la adolescente ya que la formación cultural y la preparación educativa, facilita la capacidad de entender y afrontar situaciones en la vida. La variable se operacionalizó por medio de los siguientes indicadores: nivel de instrucción de la adolescente, estado conyugal, contexto familiar, significado de la maternidad, ocupación del tiempo, inicio de la actividad sexual, número de embarazos, número de hijos, visitas médicas y conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos. Se utilizó la técnica del Focus Group con preguntas abiertas.

Objetivo	Variable	Justificación	Indicadores	Justificación	Item
Conocer los factores de riesgo que inciden en las madres adolescentes entre 11 y 18 años.	Característica Sociodemográfica	Se desea conocer cómo el factor cultural y educativo influyó en el comportamiento de las adolescentes frente a los temas de sexualidad y anticoncepción.	Conciencia	Conocer si pensaron en las consecuencias que podía tener una relación sexual sin protección.	1
			Razón	Conocer a qué le atribuyen la causa de sus embarazos precoces. Por qué piensan ellas que quedaron embarazadas.	2
			Descuido	Conocer las razones por las cuales no se cuidaron con métodos anticonceptivos.	3
			Información	Conocer si tenían acceso a la información acerca de anticoncepción y sexualidad y a los métodos anticonceptivos. Si alguien las orientó.	4
			Ignorancia	Conocer por qué si algunas estaban tomando anticonceptivos quedaron embarazadas.	5
			Orientación	Conocer si alguien cercano, les recomendó cuidarse con algún método anticonceptivo.	6
			Precocidad	Conocer las razones de un temprano inicio sexual.	7
			Responsabilidad	Conocer a quién de la pareja le atribuyen la responsabilidad de cuidarse.	8
			Experiencia	Conocer si consideran la experiencia del embarazo como un beneficio.	9
			Aprendizaje	Conocer la recomendación que le dan a las adolescentes no embarazadas.	10
			Presión Social Grupal	Conocer si sintieron presión para iniciarse sexualmente tan temprano.	11

- La tercera variable agrupa las características biológicas ya que pretende conocer las condiciones en las cuales se han dado las

transformaciones corporales propias de la etapa de la adolescencia.
La variable se operacionalizó por medio del indicador de la menarquía.

Objetivo	Variable	Justificación	Indicadores	Justificación	Item
Conocer los factores de riesgo que inciden en las madres adolescentes entre 11 y 18 años.	Biológicos	Por medio de esta variable se pretende conocer las características de las transformaciones corporales que se dan durante la etapa de la adolescencia en la muestra estudiada.	Menarquía	Se pretende conocer la edad de mayor proporción de la menarquía en las adolescentes.	13

4.3 Muestra

Se tomó como muestra de la investigación a cincuenta (50) adolescentes intervenidas en el Centro Integral Maria Teresa Castillo. La muestra parte de una cifra significativa ya que representa más del 70% del universo de adolescentes que asiste a dicho Centro.

La razón por la cual se eligió este Centro se debe a que permitía un fácil acceso a jóvenes con características similares (clase baja, adolescentes) para estudiar durante un tiempo indeterminado y en una locación de fácil acceso.

4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

El tema del embarazo precoz es bastante delicado, por lo tanto, la intención fue recopilar la información que se necesitaba de una manera anónima para conocer datos de la manera más objetiva posible, a través de preguntas cerradas. Para ello se utilizó *la encuesta*, que permitió recopilar datos objetivos que permitieron un conocimiento bastante descriptivo de la muestra, se pudieron conocer datos sociodemográficos,

educativos/culturales, biológicos y generales.

Como instrumento se utilizó un cuestionario, cuyos resultados se procesaron mediante un análisis cuantitativo, el cual como señala McDaniel y Gates (1998):

genera una información numérica donde la forma de recolección de la información es a través de la observación directa y encuestas. El muestreo que utiliza es probabilístico y se consulta a una alta cantidad de personas. Las personas consultadas son anónimas, y se utilizan cuestionarios que proporcionan información por individuo variable. El tipo de investigación es descriptiva y el tiempo empleado de consulta por individuo es corto. El tipo de preguntas que se realizan a la muestra es abierta (p.75).

También se consideró importante conocer desde una perspectiva más personal y emocional, la experiencia del embarazo precoz vivida por la muestra, para lo cual se llevó a cabo un Focus Group, con preguntas abiertas. De esta manera, ambos resultados complementados generaron un conocimiento más real y concreto de la muestra, utilizada como base para la estrategia creativa.

McDaniel y Gates (1998) señalan al respecto, que se deben realizar análisis cualitativos cuando:

Se genera una información no numérica donde la forma de recolección de la información es por medio de entrevistas y focus groups. El muestreo que utiliza es no probabilístico y el tamaño de la muestra debe ser suficiente para alcanzar el punto de saturación y es generalmente poca cantidad de personas. Las personas consultadas no son anónimas, y los materiales utilizados. El tipo de investigación es exploratoria y el tiempo empleado de consulta por individuo es relativamente alto. Se utilizan para la recolección de los datos grabadoras, videos, fotos y dispositivos de proyección que proporcionan información relativamente alta por individuo. El tipo de preguntas que se realizan a la muestra es cerradas (p. 73)."

4.5 Procedimiento

A continuación se describe el procedimiento metodológico que se utilizó para realizar la investigación:

- Un arqueo bibliográfico que sustenta la información documental y teórica del trabajo de grado.
- Todo el conjunto de información recopilada y clasificada permitió la operacionalización de las variables para aplicar los instrumentos adecuados. Como técnicas, se utilizaron: la encuesta y el focus group.
- Análisis de los resultados obtenidos, mediante la integración de fuentes primarias y secundarias, para obtener como resultado un análisis profundo y unas respuestas a los objetivos planteados.

CAPITULO V

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

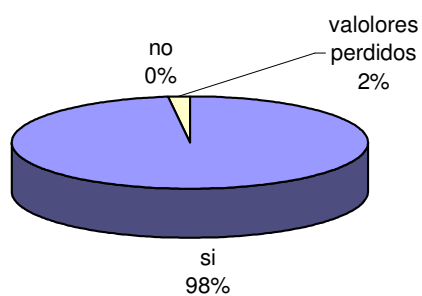
5.1 Resultados obtenidos en la encuesta

Tabla N° 1

Conocimiento de la lectura y escritura básica

	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	98
No	0	0
Valores Perdidos	1	2
Total	50	100

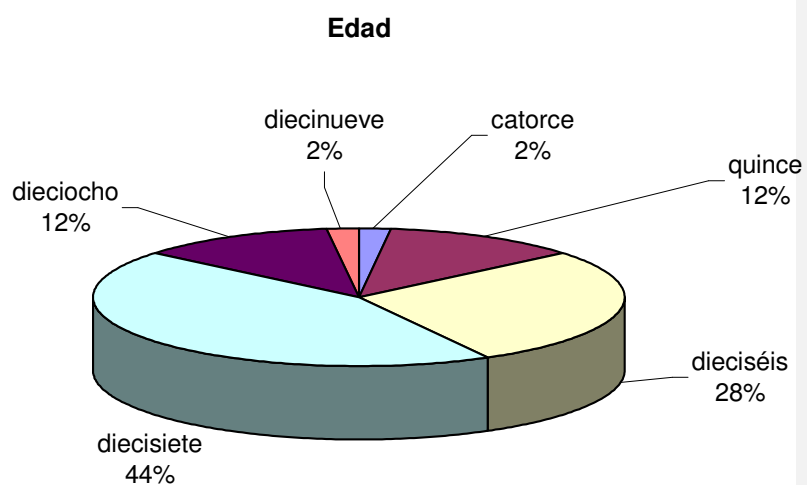
Conocimiento de lectura y escritura básica



El 98% de las encuestadas señala que sabe leer y escribir.

Tabla N° 2
Edad de las encuestadas

	Frecuencia	Porcentaje
11 años	0	0
12 años	0	0
13 años	0	0
14 años	1	2
15 años	6	12
16 años	14	28
17 años	22	44
18 años	6	12
19 años	1	2
20 años	0	0
Total	50	100



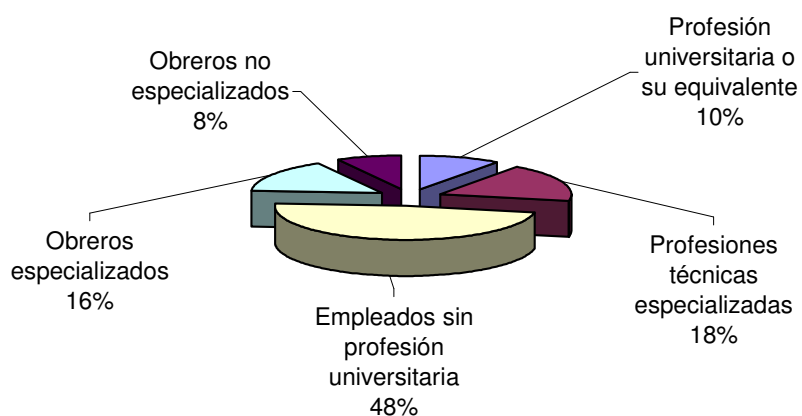
El 84 % de la muestra se encuentra entre los 15 y 17 años de edad. La mayoría de las encuestadas (44 %) tiene 17 años de edad.

Tabla N° 3

Grado de instrucción de la persona que sustenta el hogar

	Frecuencias	Porcentaje
Profesión universitaria o su equivalente: ejecutivos, empresarios o comerciantes de alto nivel	5	10
Profesiones técnicas especializadas	9	18
Empleados sin profesión universitaria o técnica definida	24	48
Obreros especializados	8	16
Obreros no especializados	4	8
Total	50	100

Grado de instrucción de la persona que sustenta el hogar

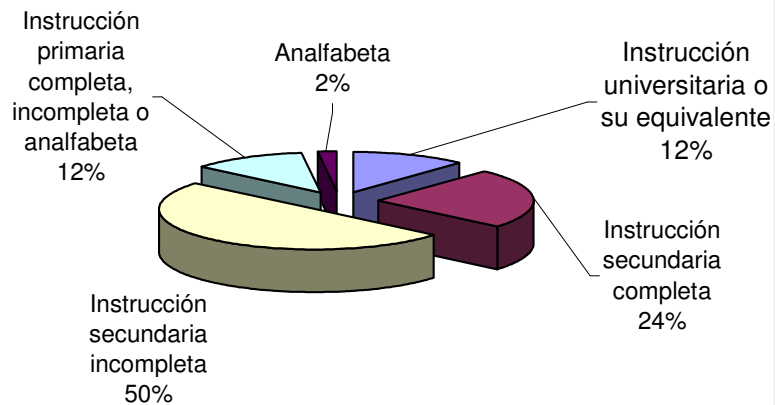


El 48% de las encuestadas señalan que el grado de instrucción de la persona que sustenta el hogar es de empleados sin profesión universitaria o técnica definida.

Tabla N° 4
Grado de instrucción de la madre

	Frecuencia	Porcentaje
Instrucción universitaria o su equivalente	6	12
Instrucción secundaria completa: bachillerato completo y escuelas técnicas	12	24
Instrucción secundaria incompleta	25	50
Instrucción primaria completa, incompleta o analfabeta	6	12
Analfabeta	1	2
Total	50	100

Grado de instrucción de la madre

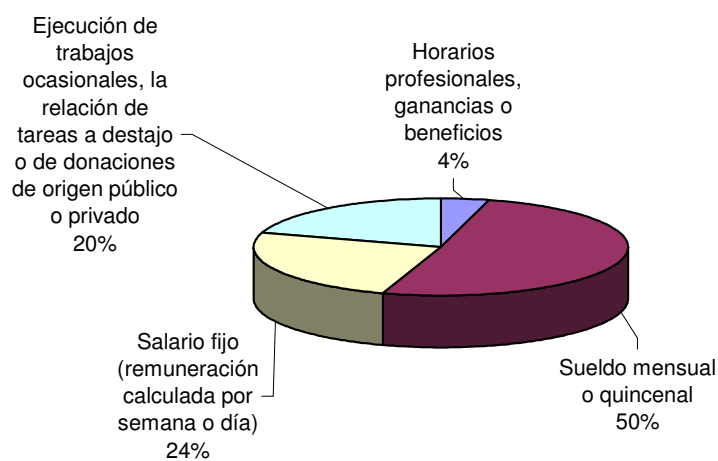


El 50 % señala que el nivel de instrucción de la madre es de secundaria incompleta.

Tabla N° 5
Fuente de ingreso de la familia

	Frecuencia	Porcentaje
Inversión en empresas, entidades financieras, negocios, fortuna heredada o adquirida	0	0
Honorarios profesionales, ganancias o beneficios	2	4
Sueldo mensual o quincenal	25	50
Salario fijo (remuneración calculada por semana o día)	12	24
Ejecución de trabajos ocasionales, la relación de tareas a destajo o de donaciones de origen público o privado	10	20
Total	50	100

Fuente de ingreso familiar

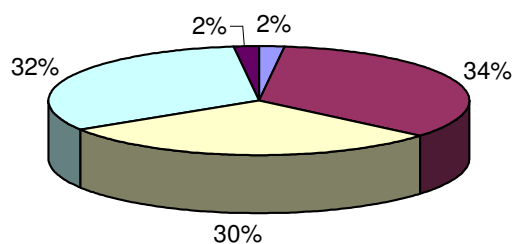


El 74% de las encuestadas señala que la fuente de ingreso de la familia es sueldo y salario fijo.

Tabla N° 6
Condiciones de vivienda

	Frecuencia	Porcentaje
Casa o apartamento muy lujoso que ofrece las máximas comodidades	1	2
Alojamiento de categoría intermedia, espacioso, muy cómodo y en óptimas condiciones sanitarias	17	34
Alojamiento con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos, es decir una casa o parte de una casa o apartamento modesto. Se incluyen los apartamentos del Banco obrero o INAVI	15	30
Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos con deficiencias en algunas condiciones sanitarias	16	32
Rancho o vivienda con condiciones sanitarias muy deficientes	1	2
Total	50	100

Condiciones de vivienda



- Casa o apartamento muy lujoso que ofrece las máximas comodidades
- Alojamiento de categoría intermedia, espacioso, muy cómodo y en óptimas condiciones sanitarias
- Alojamiento con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos, es decir una casa o parte de una casa o apartamento modesto. Se incluyen los apartamentos del Banco obrero o INAVI
- Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
- Rancho o vivienda con condiciones sanitarias muy deficientes

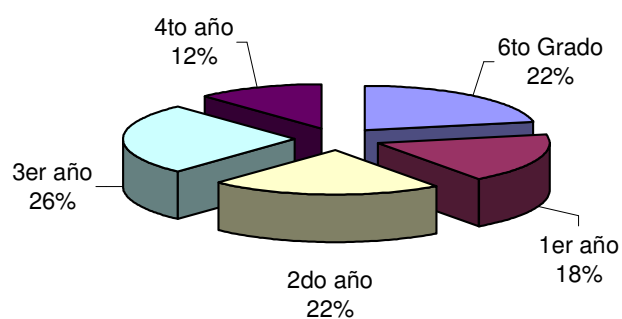
El 34% de las encuestadas dice que las condiciones de vivienda en las que vive son alojamiento de categoría intermedia, espacioso, muy cómodo y en óptimas condiciones sanitarias.

Tabla N° 7

Nivel de instrucción de las encuestadas

	Frecuencia	Porcentaje
1er Grado	0	0
2do Grado	0	0
3er Grado	0	0
4to Grado	0	0
5to Grado	0	0
6to Grado	11	22
1er año	9	18
2do año	11	22
3er año	13	26
4to año	6	12
5to año	0	0
Total	50	100

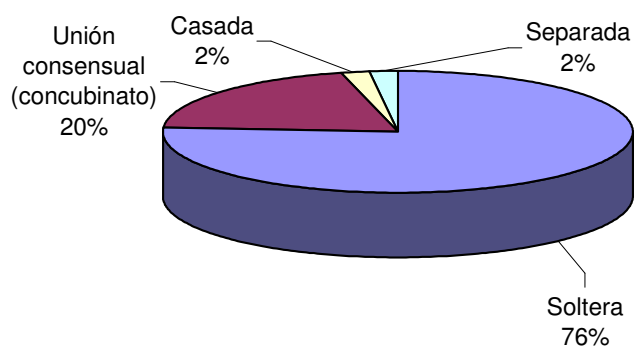
Nivel de instrucción



El 88% de las encuestadas señala que su nivel de instrucción se encuentra entre 6to Grado, y 3er año.

Tabla N° 8**Estado civil**

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	38	76
Unión consensual (concubinato)	10	20
Casada	1	2
Separada	1	2
Divorciada	0	0
Total	50	100

Estado civil

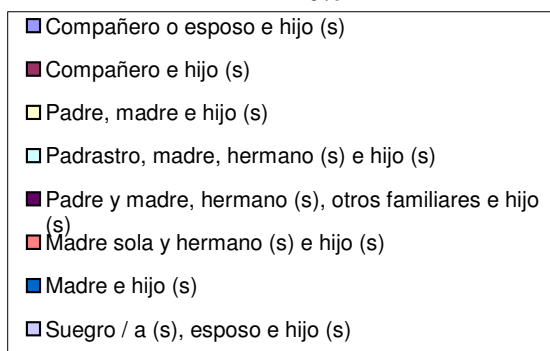
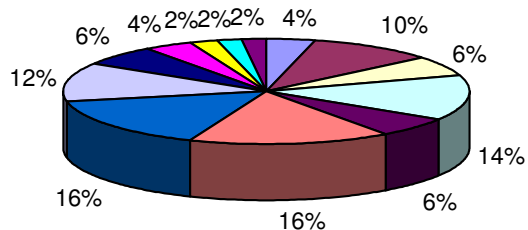
El 76% afirma que su estado civil es soltera.

Tabla N° 9

Persona con quién vive actualmente

	Frecuencia	Porcentaje
Compañero o esposo e hijo (s)	2	4
Compañero e hijo (s)	5	10
Padre, madre e hijo (s)	3	6
Padrastro, madre, hermano (s) e hijo (s)	7	14
Padre y madre, hermano (s), otros familiares e hijo (s)	3	6
Madre sola y hermano (s) e hijo (s)	8	16
Madre e hijo (s)	8	16
Suegro / a (s), esposo e hijo (s)	6	12
Abuelo (a), tío (a), primo (a) e hijo (s)	3	6
Mi hijo (a)	2	4
Mi pareja	1	2
Mi tía y su esposo	1	2
Abuela e hijo	1	2
Total	50	100

Persona con quién vive actualmente



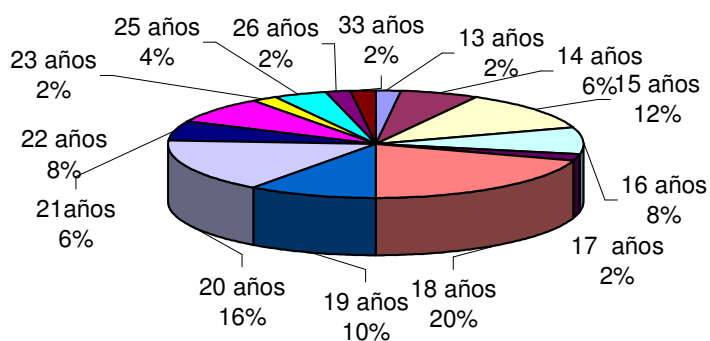
El 32% vive actualmente con su madre y/o hermanos y con su hijo .

Tabla N° 10

Edad de la madre al tener el primer hijo/a

	Frecuencia	Porcentaje
11 años	0	0
12 años	0	0
13 años	1	2
14 años	3	6
15 años	6	12
16 años	4	8
17 años	1	2
18 años	10	20
19 años	5	10
20 años	8	16
21 años	3	6
22 años	4	8
23 años	1	2
25 años	2	4
26 años	1	2
33 años	1	2
Total	50	100

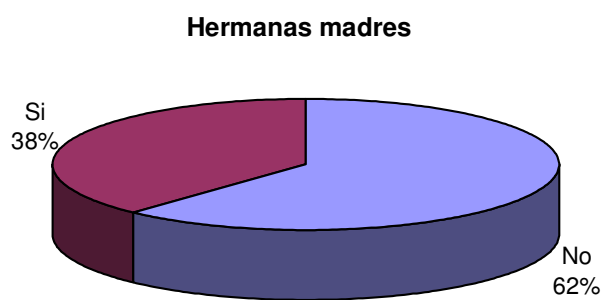
Edad de la madre al tener el primer hijo (a)



La mayoría (20%) de las encuestadas señala que la edad de la madre al tener el primer hijo fue 18 años. El 16% indica que fue a los 20 años y el 12% dice que la edad de la madre al tener su primer hijo fue a los 15 años de edad.

Tabla N° 11
Hermanas madres

	Frecuencia	Porcentaje
No	31	62
Si	19	38
Total	50	100



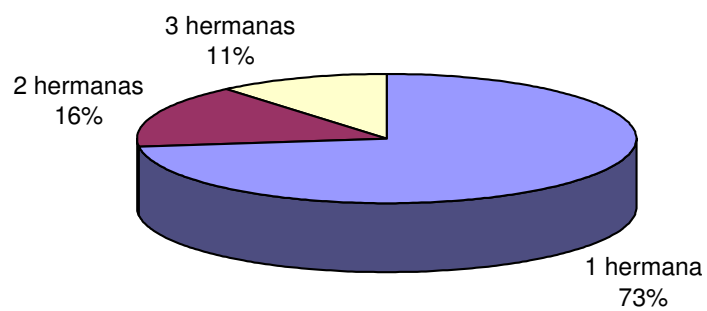
El 62% de las encuestadas tiene hermanas que son madres.

Tabla N° 12

Número de hermanas madres

	Frecuencia	Porcentaje
1 hermana	14	73
2 hermanas	3	16
3 hermanas	2	11
4 hermanas	0	0
Total	19	100

Número de hermanas madres



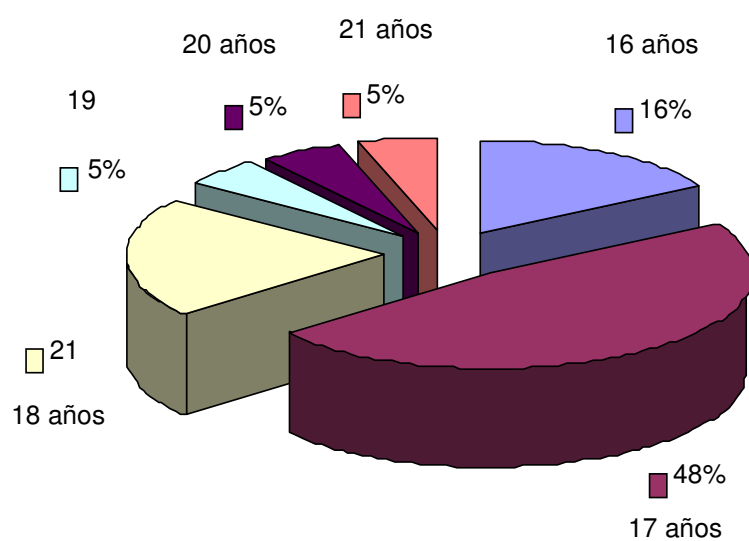
El 73% de las encuestadas tiene una hermana madre.

Tabla N° 13

Edad de la hermana al tener el primer hijo

	Frecuencia	Porcentaje
16 años	3	16
17 años	9	48
18 años	4	21
19 años	1	5
20 años	1	5
21 años	1	5
Total	19	100

Edad de Hermana al tener primer hijo

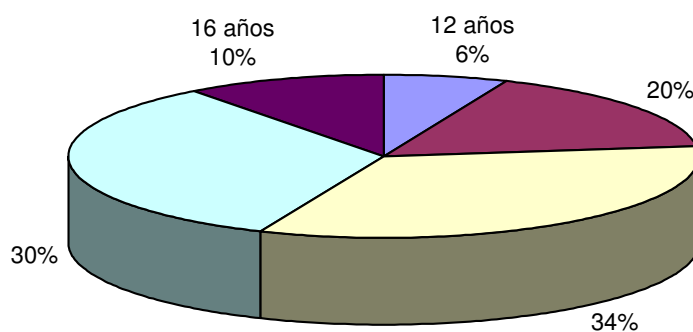


El 48% de las encuestadas señala que la edad en que la hermana tuvo su primer hijo fue a los 17 años.

Tabla N° 14
Edad de inicio de la actividad sexual

	Frecuencia	Porcentaje
12 años	3	6
13 años	10	20
14 años	17	34
15 años	15	30
16 años	5	10
17 años	0	0
18 años	0	0
Total	50	100

Edad de inicio de la actividad sexual



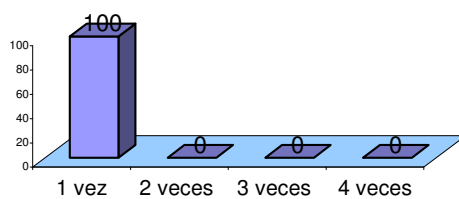
El 64% de las encuestadas tuvo su primera relación sexual entre los 14 y los 15 años.

Tabla N° 15

Número de embarazos

	Frecuencia	Porcentaje
1 embarazo	50	100
2 embarazos	0	0
3 embarazos	0	0
4 embarazos	0	0
Total	50	100

Número de embarazos



El 100% de las encuestadas indica haber estado embarazada sólo una vez.

Tabla N° 16
Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Actualmente embarazada	2	4
1 hijo (a)	48	96
2 hijos (as)	0	0
3 hijos (as)	0	0
4 hijos (as)	0	0
Total	50	100

Número de hijos

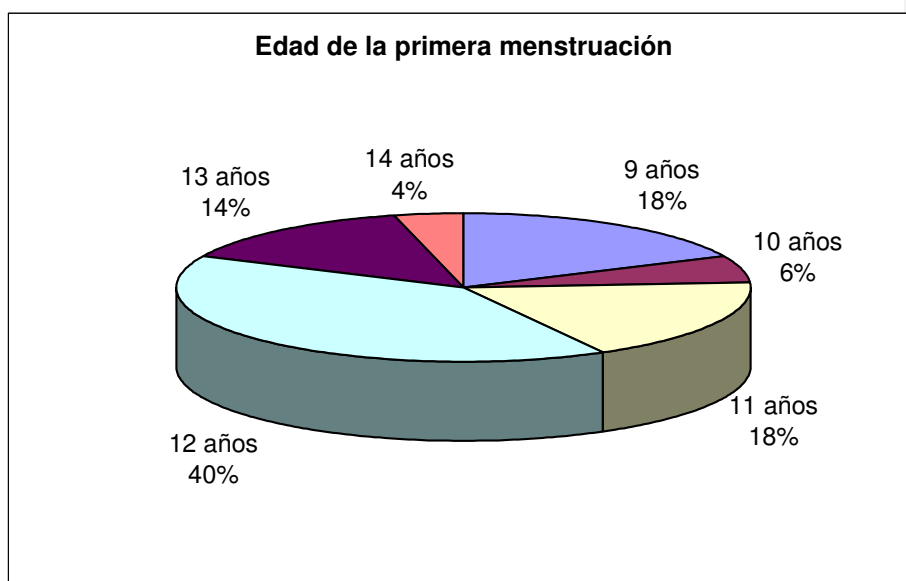


El 96% de las encuestadas tiene 1 hijo.

Tabla N° 17

Edad de la primera menstruación

	Frecuencia	Porcentaje
9 años	9	18
10 años	3	6
11 años	9	18
12 años	20	40
13 años	7	14
14 años	2	4
Total	50	100

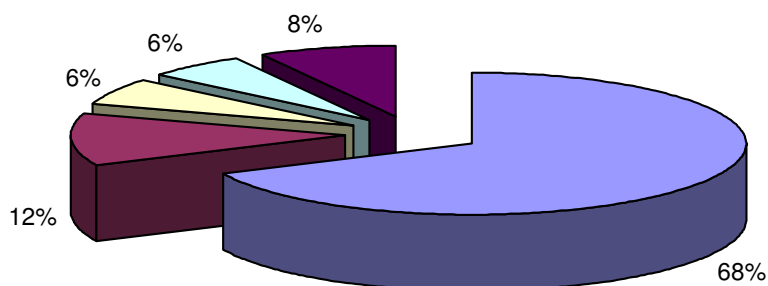


El 40% de las encuestadas tuvo la primera menstruación a los 12 años.

Tabla N° 18
Importancia de la maternidad

	Frecuencia	Porcentaje
La realización máxima de toda mujer (lo más maravilloso para toda mujer)	34	68
Un proyecto que toda mujer que debe asumir sola, sin necesidad de una pareja	6	12
Un paso que toda mujer joven debe realizar para ser considerada adulta	3	6
Una alternativa que es necesaria para realizarse como mujer	3	6
El proyecto principal en la vida de la mujer en compañía de su pareja	4	8
Total	50	100

Importancia de la maternidad



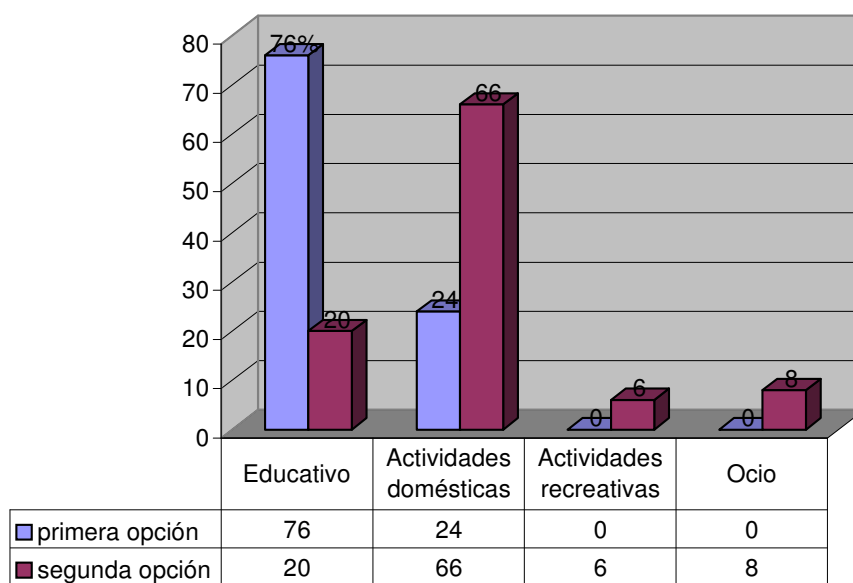
■ La realización máxima de toda mujer (lo más maravilloso para toda mujer)
■ Un proyecto que toda mujer que debe asumir sola, sin necesidad de una pareja
■ Un paso que toda mujer joven debe realizar para ser considerada adulta
■ Una alternativa que es necesaria para realizarse como mujer
■ El proyecto principal en la vida de la mujer en compañía de su pareja

El 68% de las encuestadas señala que la maternidad es la realización máxima de toda mujer.

Tabla N° 19
Ocupación del tiempo

	Primera opción		Segunda opción	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Educativo	38	76	10	20
Actividades domésticas (cuidado hermanos y / o hijos)	12	24	33	66
Actividades recreativas (juegos, apuestas)	0	0	3	6
Ocio (drogas, fiestas, alcohol)	0	0	4	8
Trabajo (informal o formal)	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0
Total	50	100	50	100

Ocupación del tiempo



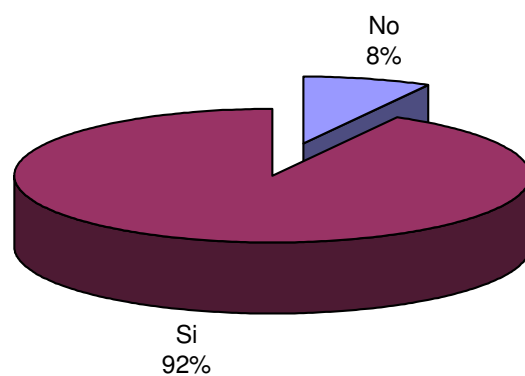
El 76% de las encuestadas indica como primera opción para la ocupación del tiempo la actividad educativa y 66% indica como segunda opción las actividades domésticas.

Tabla N° 20

**Asistencia a Consulta Ginecológica desde ingreso
al Centro Maria Teresa Castillo**

	Frecuencia	Porcentaje
No	4	8
Si	46	92
Total	50	100

**Asistencia a consulta ginecológica desde que ingresó al
Centro Maria Teresa Castillo**

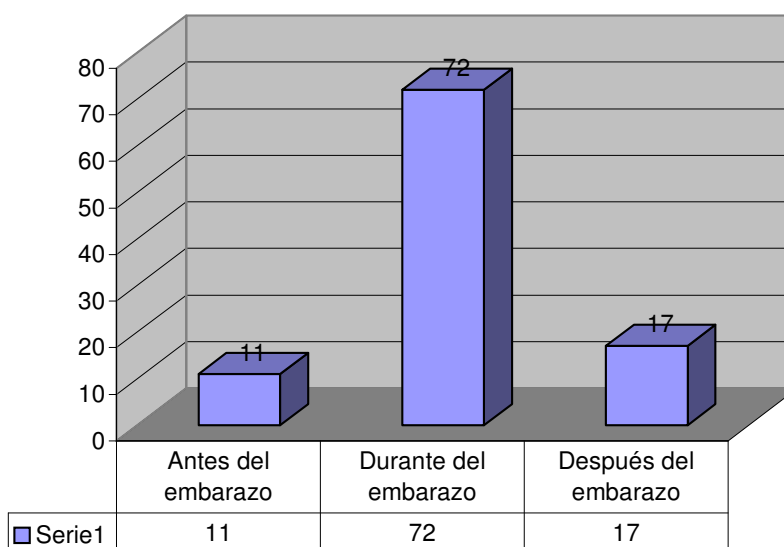


92% de las encuestadas señala haber asistido a consultas ginecológicas desde que ingresó al Centro Maria Teresa Castillo.

Tabla N° 21

Control ginecológico antes, durante o después del embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Antes del embarazo	5	11
Durante del embarazo	33	72
Después del embarazo	8	17
Total	46	100

Control ginecológico antes, durante o después de embarazo

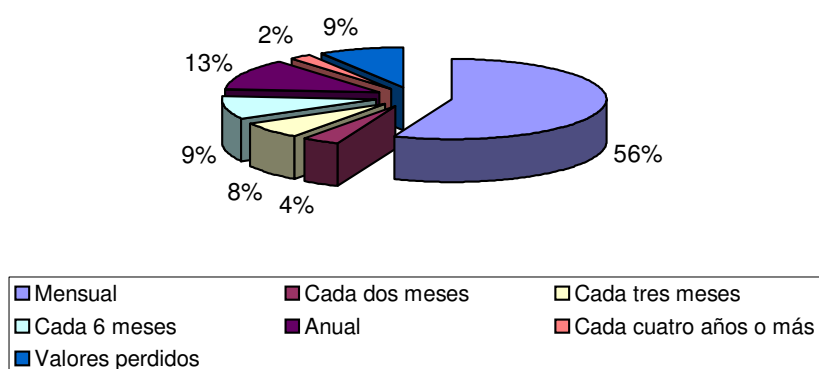
El 72% tuvo control ginecológico durante el embarazo.

Tabla N° 22

Frecuencia de las consultas ginecológicas

	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	26	56
Cada dos meses	2	4
Cada tres meses	3	7
Cada 6 meses	4	9
Anual	6	13
Cada dos años	0	0
Cada tres años	0	0
Cada cuatro años o más	1	2
Valores perdidos	4	9
Total	46	100

Frecuencia de las consultas ginecológicas



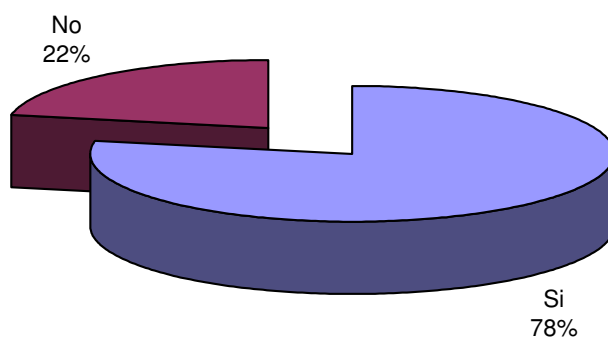
El 56% de las encuestadas asiste mensualmente a las consultas ginecológicas.

Tabla N° 23

Control médico durante el embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	78
No	11	22
Total	50	100

Control médico durante el embarazo



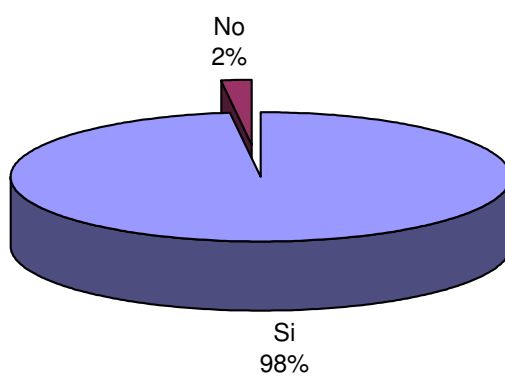
El 78% indica haber recibido control médico durante el embarazo.

Tabla N° 24

Conocimiento de los métodos anticonceptivos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	98
No	1	2
Total	50	100

Conocimiento de los métodos anticonceptivos



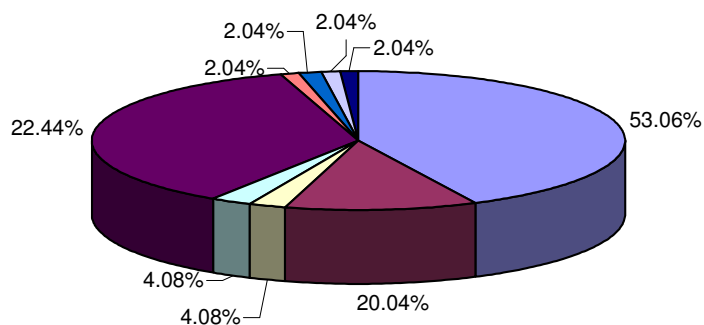
El 98% afirma conocer los métodos anticonceptivos.

Tabla N° 25

Fuente de información de los métodos anticonceptivos antes de quedar embarazada

	Frecuencia	Porcentaje
Familia	20	40,81
Amigos	10	20,04
Televisión	2	4,08
Radio	0	0
Médico	2	4,08
Liceo	11	22,44
Todas	1	2,04
Libros	1	2,04
Taller de sexualidad responsable	1	2,04
Valores perdidos	1	2,04
Total	49	100

Fuente de información de los métodos antes de quedar embarazada



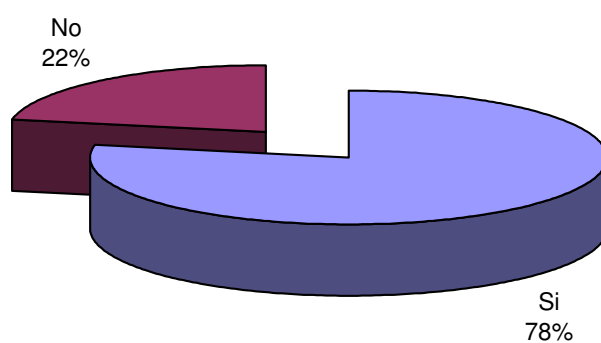
El 53% de las encuestadas señala haber recibido información acerca de los métodos anticonceptivos de la familia, seguido por un 22% que dice haber recibido información del Liceo y un 20% de los amigos.

Tabla N° 26

Uso de los métodos anticonceptivos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	78
No	11	22
Total	50	100

Uso de los métodos anticonceptivos

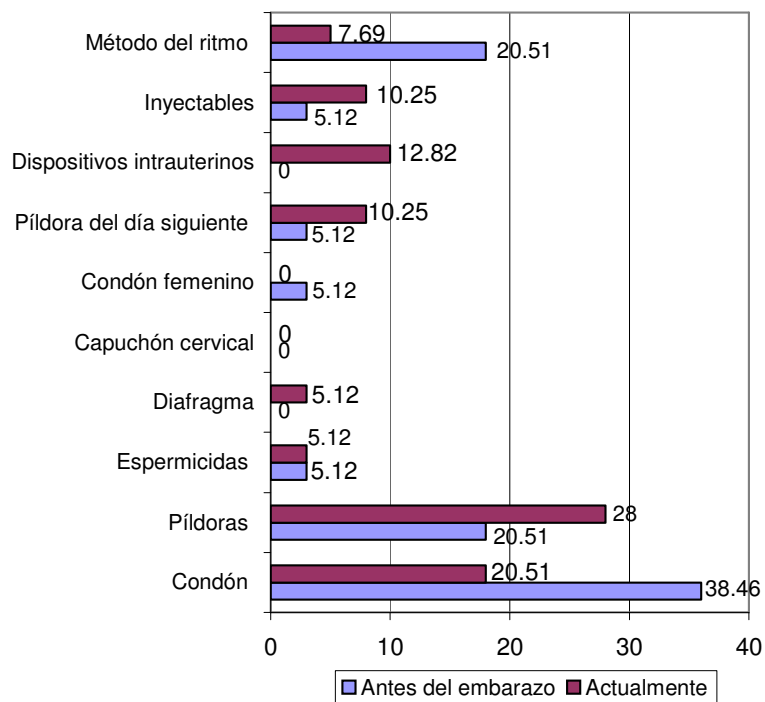


El 78% de las encuestadas usa métodos anticonceptivos.

Tabla N° 27
Tipo de método anticonceptivo empleado

	Antes del embarazo		Actualmente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Condón o preservativo	15	38,49	8	20.51
Píldoras anticonceptivas	8	20,51	11	28.20
Espermicidas	2	5,12	2	5.12
Diafragma	0	0	2	5.12
Capuchón cervical	0	0	0	0
Condón femenino	2	5,12	0	0
Píldora del día siguiente o postcoital	2	5,12	4	10.25
Dispositivos intrauterinos	0	0	5	12.82
Inyectables	2	5,12	4	10.25
Método del ritmo	8	20,51	3	7.69
Total	39	100	39	100

Tipo de método anticonceptivo empleado



El 38.46% afirma que antes del embarazo utilizaba el condón o preservativo. Actualmente un 20.51% utiliza el condón o preservativo. La píldora anticonceptiva aumentó de 20.51% antes del embarazo a 28,20% actualmente.

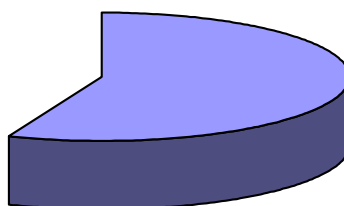
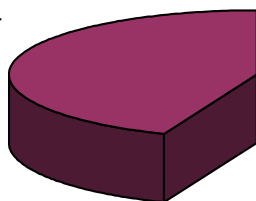
Tabla N° 28

Condición de llegada al Centro Maria Teresa Castillo

	Frecuencia	Porcentaje
Durante el embarazo	28	56
Después de dar a luz	22	44
Total	50	100

Condición de llegada al Centro Maria Teresa Castillo

Después de dar
a luz
44%

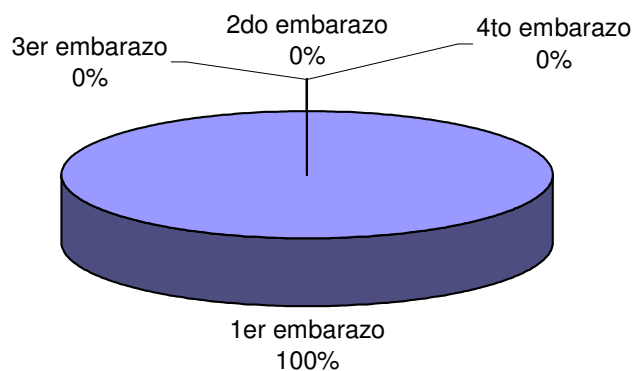


Durante el
embarazo
56%

Más de la mitad de las encuestadas (56%) señala haber llegado al Centro Maria Teresa Castillo durante el embarazo.

Tabla N° 29**Número de embarazo /s al llegar al Centro Maria Teresa Castillo**

	Frecuencia	Porcentaje
1er embarazo	28	100
2do embarazo	0	0
3er embarazo	0	0
4to embarazo	0	0
Total	28	100

Número de embarazo/s al llegar al Centro Maria Teresa Castillo

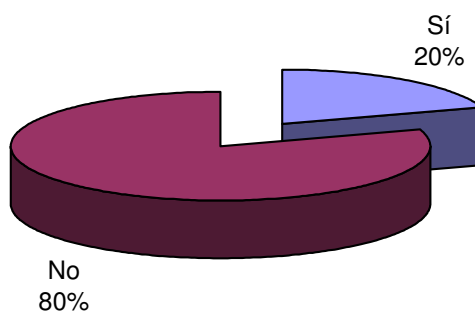
Todas las encuestadas (100%) llegaron al Centro Maria teresa Castillo durante o después de su primer embarazo

Tabla N° 30

**Asistencia a consulta ginecológica antes del ingreso al Centro Integral
Maria Teresa Castillo**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	20
No	40	80
Total	50	100

**Asistencia a Consulta Ginecológica antes de ingresar al
Centro Integral Maria Teresa Castillo**



El 80% de las encuestadas señaló que no asistió a ninguna consulta ginecológica antes de ingresar al Centro; mientras que el 20% indicó que sí.

5.2 Análisis de los resultados de la encuesta

Como se observa en los resultados obtenidos, la mayoría de la muestra tiene diecisiete años. Únicamente el 14% son menores de 15 años. Los resultados indican que la mayoría de las adolescentes se encuentran entre los 16 y 17 años, abarcando un 72% de la muestra, y sólo el 14% tiene entre 18 y 19 años, debido a que esa es la edad promedio para graduarse del bachillerato por lo que deben abandonar la institución, y comenzar a aplicar su aprendizaje en el área laboral.

Los datos que suministraron los resultados de la muestra indican que el 48% de las encuestas tienen, como principal fuente de ingreso, a una persona que no tiene un título universitario y que es empleado en cualquier rama del mercado. Esto da una idea de la falta de escolarización que existe en Venezuela y sobre todo, la falta de empleo. Sólo el 10% de las encuestadas afirman que la persona que sustenta al hogar estudió una carrera universitaria.

A medida de que el nivel de instrucción de la persona es mayor, su capacidad para ingresar a un área laboral, debería ser mayor, pero en Venezuela, no se aplica esta teoría económica, debido a la situación de crisis que se enfrenta y ante la cual el ingreso real promedio de la mano de obra que labora en el sector moderno de la economía se ha contraído de manera sostenida en más de 70%, a pesar del promedio de años de escolaridad de la población.

De igual forma, se observa que un 50% de las encuestadas respondió que su madre tiene un nivel de instrucción secundaria incompleta. Esto da una idea del promedio de deserción escolar de las madres cuyas edades promedio se encuentran entre los 15 y 18 años. Al analizar estos datos se observa que existe una relación directa entre la deserción escolar y el

embarazo precoz, lo cual coincide con lo afirmado por Freitez (1999) en su estudio sobre la pobreza. Se observa que las mujeres que han logrado acumular hasta tres años de instrucción o hasta seis años, tienen alrededor de cuatro hijos, en tanto que al alcanzar diez años ó más de educación las mujeres disminuyen su fecundidad a 1,8 hijos. No se atribuye este factor al hecho de salir embarazadas, sino que se observamos que sólo el estar en la escuela, le permite a las mujeres, seleccionar o escoger entre diferentes opciones lo que quieren para su futuro.

Por tanto, la educación, como variable independiente, no actúa directamente sobre la fecundidad sino que se observa su influencia a través de los factores asociados al nacimiento de hijos y a los costos de crianza. El mejoramiento de la educación por sí mismo no contribuye a evitar la fecundidad si no lleva consigo transformaciones en la organización económica y social del país y de la sociedad.

Lo que si se puede dar asegurar es que el aumento de la educación promueve cambios en los valores que se enseñan a los hijos, la adopción de nuevos estilos de vida, una mejor comunicación entre los cónyuges, la modificación de ciertas normas (ruptura con las tradiciones) y la difusión de nuevas ideas, como lo señala Freitez (1999).

El 74 % de las entrevistadas, afirman que la fuente de ingreso de sus familias es de Sueldos o Salarios fijos, lo que indica que la mayoría de las familias pertenecen a un ámbito laboral de empleados. Ninguna de las familias de las jóvenes encuestadas posee fuente de ingreso de inversiones propias en empresas o negocios, lo que hace ver la situación del ambiente laboral en Venezuela, donde la mayoría de los trabajos posibles o la mayoría de las fuentes de adquisición se logran a través de empleos remunerados y no por la inversión privada.

Se puede concluir con estos resultados que a medida de que se tenga un mayor nivel de instrucción, mejores serán las condiciones de vida de esa persona, y no se está afirmando que va a lograr conseguir mucho dinero debido a que eso es un factor externo de la economía que no depende de la persona.

El 34% de la muestra indicó que vive en condiciones buenas, con vivienda de categoría intermedia (espaciosa y óptimas condiciones sanitarias). Sólo el 2% de la muestra señaló que vive en un rancho o vivienda con condiciones sanitarias muy deficientes y con poco espacio. El 32% de la muestra señaló que viven en condiciones sanitarias deficientes pero la vivienda es un poco espaciosa. Y el otro 30% indicó que vive en alojamientos cómodos, con buenas condiciones sanitarias. Estos datos contradicen los resultados obtenidos del Graffar empleado para conocer el nivel socio-demográfico de la población que se está utilizando, el cual señala que pertenecen al nivel obrero.

Más de la mitad de las encuestadas (56%) señala haber llegado al Centro María Teresa Castillo durante el embarazo. El otro 44% después de dar a luz. Así mismo todas afirman que ingresaron durante o después de su primer embarazo. No se puede saber con certeza si es una condición que requieren en el Centro a pesar de que respondieron que no, pero como muestran las estadísticas el 100% afirma sólo tener un hijo y se sabe que sí es una condición indispensable, no salir embarazada durante su período en el lugar.

También se observó que un 22% de las jóvenes encuestadas, tiene 6to grado de instrucción primaria. La mayoría de las adolescentes (26%) tienen al 3er año de bachillerato y es en este período escolar donde se concentran la mayoría de las jóvenes que ingresan a este centro, debido a que dicha Institución se encarga de proveer a las adolescentes embarazadas

o madres, el derecho a adquirir una educación secundaria completa, por lo que las niñas que salieron embarazadas antes de culminar sus estudios, pueden hacerlo en el Centro María Teresa Castillo así como también pueden ingresar con sus hijos para que sean atendidos mientras la madre asiste a clases. El niño también recibirá instrucción pre-escolar y la alimentación necesaria.

Según los resultados arrojados por las encuestas realizadas a las jóvenes del Centro Integral María Teresa Castillo, se pudo apreciar que el 98% de la muestra, sabe leer y escribir por lo que demuestra que la muestra seleccionada es alfabeta y está en capacidad de responder por sí mismas el cuestionario. Esto se atribuye a que las adolescentes son de clase social obrera según la escala del Graffar modificado, previamente elaborado por el Centro de Investigación del Comportamiento.

El 76 % de las jóvenes señala que son solteras, y sólo el 4 % indica que tienen o han tenido algún vínculo nupcial. El 20% afirma vivir con su pareja sin estar casados. El 14% de las encuestadas señala que viven con su padrastro, madre e hijo, y sólo el 6% habita con su padre natural, madre e hijo.

La familia natural está ausente en este sector social estudiado, al igual que la carencia del padre natural. Según el INE (2003), una de las causas de la pobreza en las clases sociales bajas, es la ausencia del rol parental en el hogar. El 32% señala que vive únicamente con su madre y hermanos en caso de que los tengan.

Los resultados obtenidos coinciden con lo señalado por (Recagno (1982), ya que el matrimonio no parece ser una opción obligante para la vida conyugal en los sectores más pobres de la población venezolana, donde, con

el tiempo, las costumbres han sido mucho más permisivas en las relaciones de la pareja y la procreación fuera del matrimonio.

También coincide por lo indicado por Mabel (1999), quien señala que el ejercicio maternal de las mujeres es un elemento universal de las culturas que permite que la relación natural de la madre con su hijo sea más estrecha que la de padre-hijo.

Más del 40% señala que su madre tuvo su primer hijo entre los 15 y 18 años. Con estos datos se puede concluir que salir embarazada antes de la mayoría de edad es una constante en esta muestra. El 8% de las encuestadas, señalan que sus madres salieron en estado con menos de 15 años.

Esta variable se relaciona directamente con la variable del Grado de Instrucción de la Madre debido a lo mencionado anteriormente en este tópico y es una conclusión que se da a partir de las cifras obtenidas: a menor nivel de instrucción, mayor tendencia a salir embarazada a temprana edad. Además de los factores como las condiciones donde habita, el ambiente donde se desenvuelven, entre otras. Esto es acorde a lo señalado por Recagno (1982), ya que el conocimiento de la relación sexual es muy temprana para los adolescentes que viven en condiciones de hacinamiento, donde existe la convivencia forzada con adultos y los espacios contiguos muy poco aislados.

Además en las estadísticas de INE (2003), se indica que de un total de 248.886 niñas de 15 años, el 3,92% son madres, y el 77, 09% de esas madres, no estudian. Esto concuerda con los resultados obtenidos en las encuestas, que arrojaron que de las hermanas de las encuestadas, un 48% tuvieron su primer hijo a los 17 años, lo cual pone de manifiesto que sigue

existiendo una alta tendencia al embarazo en jóvenes menores de 18 años de edad.

El significado de la maternidad o la percepción que tiene el 68% de las adolescentes acerca de la maternidad es que para ellas la maternidad es la “realización máxima de toda mujer”. Esta percepción tiene mucho que ver con el significado cultural de la maternidad y en consecuencia, es un factor influyente en los embarazos precoces. En la sociedad todavía existe la idealización de la maternidad como única alternativa para la vida de la mujer. La función materna es una parte esencial de la vida de la mujer.

La ocupación del tiempo de las adolescentes señala en qué actividades se desenvuelven la mayoría del tiempo. Aunque hay que tomar en cuenta que las adolescentes encuestadas están intervenidas en el Centro Integral Maria Teresa Castillo y deben cumplir con la rutina de estudio que les imponen. Por lo tanto es coherente que el 76% de las encuestadas indique como primera opción para la ocupación del tiempo, la actividad educativa y que el 66% indique como segunda opción, las actividades domésticas. Carlos Cabrera, director de la Maternidad Concepción Palacios, le otorga al fenómeno del embarazo precoz la siguiente denominación: “síndrome del fracaso ya que sostiene que cada vez que una joven sale embarazada fracasan el Estado, la familia, la educación, la medicina y todos los sectores de la sociedad.” Esta afirmación resalta la importancia de la influencia que tienen todos los sectores de la sociedad, en el desarrollo y la formación del adolescente ya que a través de ellos se canaliza todo tipo de información.

Otro factor de riesgo es la temprana edad de iniciación sexual. El 64% de las encuestadas tuvo su primera relación sexual entre los 14 y los 15 años, lo cual figura sólo dos años después de la edad promedio de la menarquía. Como se decía anteriormente, hay una tendencia a la

maduración biológica más temprana en las adolescentes y las uniones de matrimonio se han retrasado unos cuantos años, por lo tanto el lapso entre la iniciación de la actividad sexual y el matrimonio se ha ampliado considerablemente. Este aspecto conlleva a que los adolescentes actuales están expuestos a la actividad sexual premarital durante más tiempo que en décadas anteriores.

El 100% de las encuestadas indica haber estado embarazada sólo una vez y como consecuencia el 96% de las encuestadas tiene 1 hijo; mientras que el porcentaje restante (4%) está embarazada. Todas las adolescentes intervenidas en el Centro Integral Maria Teresa Castillo son madres o están embarazadas.

Por otro lado, es importante resaltar que el 80% de las adolescentes encuestadas no asistió a visitas médicas ginecológicas antes de ingresar al centro; mientras que sólo un 20% indicó haber asistido. El acceso que tienen las adolescentes de este estrato social al chequeo ginecológico es bajo y casi inexistente ya que están poco dispuestas a acudir a los consultorios debido a barreras culturales y sociales presentes en la sociedad, además del difícil acceso que tienen a la resolución adecuada de los problemas relacionados a la sexualidad.

El 92% de las adolescentes señaló haber asistido a consultas ginecológicas a partir de su ingreso al Centro Maria Teresa Castillo. Por otro lado, el 72% señala haber recibido control médico por primera vez durante el embarazo, lo cual demuestra que el motivo principal y más común de las adolescentes para asistir a las visitas médicas por primera vez, es el embarazo. Gracias al servicio de control ginecológico que ofrece el Centro, el 56% de las encuestadas asiste mensualmente a las consultas ginecológicas.

El 98% de la muestra afirma conocer los métodos anticonceptivos. Este resultado coincide con los datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, citado en PNUD (2002), que indican lo siguiente: “9 de cada 10 adolescentes conoce algún método anticonceptivo pero sólo 1 de cada 10, los usa adecuadamente” (p.3) Las adolescentes saben que existen; pero no los saben utilizar correctamente.

Un 53% de las adolescentes indican que han recibido la información acerca de los métodos anticonceptivos antes del embarazo por medio de la familia, seguido por un 22% por medio del Liceo y un 20% de los amigos. La barrera cultural y social ante la sexualidad dificulta la búsqueda de información y de ayuda en los adultos, ya sean padres, familiares, personal médico, etc.

Se les preguntó a las encuestadas el tipo de método anticonceptivo que estaban utilizando antes del embarazo y el 38.46% afirmó haber utilizado el condón o preservativo, seguido por un 20.51% que indicó haber utilizado la píldora anticonceptiva. Actualmente, el 28,20% utiliza la píldora anticonceptiva, seguido por un 20.51% que utiliza el condón o preservativo. Actualmente, el 78% de las adolescentes intervenidas en el Centro usa métodos anticonceptivos.

Con respecto a la variable biológica, se puede observar a través de la menarquía como un factor de riesgo, ya que mientras mas temprana sea la edad de la menarquía, mayores son las posibilidades de tener un embarazo precoz. La edad de la menarquía o primera menstruación en el 40% de las adolescentes encuestadas fue a los 12 años. Según los resultados de las encuestas, el intervalo de edad dentro del cual ocurre la menarquía es entre los 9 años y los 13 años de edad. Es un intervalo de tiempo que debe ser atendido por medio de educación sexual, la información acerca de la anticoncepción, etc.

Esto coincide con lo señalado por Gerendas (1992) quien menciona que se está dando un descenso en la edad de la menarquía, proceso biológico en el cual las mujeres se hacen fértiles. Este proceso las estimula a ser sexualmente más activas, se produce un gran aumento de actividad hormonal y esto trae como consecuencia la aparición de fuertes impulsos sexuales. La pubertad en las niñas venezolanas comienza a los 10 años generalmente; pero la edad promedio para la menarquía en Venezuela es de 12,3 años, pudiendo aparecer como muy temprano a los 9,2 años.

5.3 Resultados obtenidos en el Focus Group

El Focus Group fue realizado a 6 madres adolescentes del Centro Integral Maria Teresa Castillo, Alcaldía Mayor. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Items	Respuestas
1. ¿Pensaron antes de tener relaciones no protegidas que podían quedar embarazadas y en las consecuencias que esto traería en sus vidas?	Jessica: "Sí sabíamos, pero era un poco eso no me va a pasar a mí, o mi cuerpo no está preparado para una barriga y a mí no me va a pasar. Yo tuve conciencia de hacerlo. Sí pero no pensé en las responsabilidades de tener un niño. Sino, no lo fuera hecho" Mileidi: "Empecé a tener relaciones a los 16 años, estuve teniendo relaciones durante 3 meses y quedé embarazada." Lisbeth: "Es una decisión como inconsciente, uno lo hace y no tiene conciencia en el momento." Leyla: "Si lo piensas, pero la mayoría de las personas dice eso no me puede pasar a mí." Marbelys: "Algunas sí algunas no; pero lo hacemos como un arranque loco porque es así."
2. Explica por qué quedaste embarazada.	Jessica: "Por no cuidarme y no hacerle caso a lo que me decían". Mileidi: "Por descuido de mí y de mi pareja" Cherlei: "Porque los métodos anticonceptivos que utilicé me fallaron." Leyla: "Por no cuidarme y por rebeldía pero tenía planeado tener un bebé" Marbelys: "Por arranque de locura de la edad, quería hacer lo que quería."

Items	Respuestas
3. ¿Podrían decirnos por qué no se cuidaron?	Jessica: "Por tener pena de llegar a la farmacia a comprar las pastillas o pena de hablar con mi mamá. A mí me pasó, mi mamá me decía que vamos al ginecólogo, no mamá o sea, de repente no tener confianza para hacerlo". Lisbeth: "...En mi caso fue así, que me daba pena ir a la farmacia, comunicárselo a mis padres porque a veces nosotras estamos como alejadas de los padres en ese término de sexualidad, no hablamos nada de eso, lo mantenemos como secreto...en la farmacia todo el mundo te mira con una cara de asombro." Mileidi: "Él no se cuidaba, yo tampoco, cuando vinimos a ver yo estaba embarazada." Cherlei: "Por no hacerle caso a mi madre".
4. Si quisieron o hubieran querido tener acceso a algún método anticonceptivo, tenían acceso a la información y a los mismos para adquirirlos? (Dónde conseguirlos y con qué comprarlos)	Cherlei: "En el colegio daban charlas de eso, de los métodos anticonceptivos, las pastillas." Lisbeth: "En los liceos sí hablan bastante de los métodos anticonceptivos y que podemos quedar embarazadas pero por la adrenalina de nuestra edad..." Marbelis: "No le ponemos atención a eso y pensamos que es una burlita y simplemente lo ignoramos y seguimos haciendo las cosas como queremos, a mí no me va a pasar, a mí no me importa."
5. ¿Tenían conocimiento de las instrucciones de cómo utilizar el método anticonceptivo que adquirieron?	Jessica: "La mayoría, bueno todos los métodos anticonceptivos tienen un margen de error." Cherlei: "Yo usé métodos anticonceptivos durante 2 años y después las dejé de tomar porque me daban ganas de vomitar y fue cuando salí embarazada pero yo me cuidaba con pastillas." Leyla: "Yo me puse en control y me mandaron las pastillas, me las tomé pero después como que me cansé de tomarla y fue cuándo salí embarazada."
6. ¿Alguien les recomendó utilizar métodos anticonceptivos? ¿Quién/es?	Cherlei: "En mi caso, mi suegra fue quien me dijo que me tenía que poner en control porque estaba muy niña. Me puse en control, fui al ginecólogo y me mandaron las pastillas."
7. ¿Qué las impulsó a iniciarse sexualmente tan temprano?	Cherlei: "Por curiosidad." Marbelis: "Por el arranque de adrenalina de la adolescencia."

Items	Respuestas
8. ¿Ustedes creen que la mujer es la responsable en la pareja, de llevar el control de la anticoncepción?	Jessica: "La responsabilidad es de la pareja como tal, de los dos. Tanta responsabilidad tiene la mujer como tiene el hombre, hay métodos para la mujer y para el hombre y de repente sí se complementan uno con el otro. Yo tengo una amiga que usa pastillas y igualito usa el método del ritmo y tengo otra que usa las inyecciones y igualito usa el método del ritmo. Ella dice que no le interesa a él, la que va a salir embarazada soy yo." Lisbeth: "Igual pienso que es responsabilidad de las dos personas."
9. ¿Consideran negativo o positivo el hecho de haber quedado embarazadas y de ser madres adolescentes?	Leyla: "El ser madre a mí no me impide nada porque de estudiar puedo seguir estudiando, osea en lo que me impide es de disfrutar mi momento, más nada" Marbelys: "Bueno en parte es como un beneficio, porque nosotras no hemos experimentado ser madres y queremos saber cómo es eso, o sea qué es sentir un bebé en los brazos, en el vientre. O sea como cambia tu cuerpo; pero lo malo es lo joven que decidimos muy rápido salir embarazadas. No es algo terrible, pero sí afecta mucho."
10. ¿Qué le recomiendan a las adolescentes para que no queden embarazadas precozmente?	Jessica: "Que las cosas pasan, que piensen más. Que no piensen a mí no me va a pasar, no sólo puede ser un embarazo, hay muchas cosas que pueden pasar. Pensarlo bien y una vez que decidan hacerlo y se sienten que están preparadas que se cuiden. Que si toman la pastilla están protegidas de no salir embarazadas pero hay enfermedades que con pastillas no se protegen y el hombre tiene que protegerse por si tiene enfermedades. No tenemos los recursos suficientes para traer un niño tan temprano" Lisbeth: "Que se cuiden, que si no tienen información que la busquen, que hay tiempo para todo y que no piensen: a mí no me va a pasar, porque sí le puede pasar." Cherlei: "Que disfruten su juventud al máximo y que no apresuren las cosas, si van a tener relaciones que piensen en las responsabilidades y se cuiden"
11. ¿Ustedes se sintieron presionadas por alguien o por varias personas para iniciarse sexualmente?	Todas coinciden: "Fue decisión propia de nosotras mismas, nos dejamos llevar."

5.4 Análisis de los resultados del Focus Group

Según los resultados obtenidos, se observa que la mayoría de las adolescentes no tuvo conciencia de las consecuencias que podía traer tener relaciones sin protección basándose en la siguiente premisa: “A mí no me va a pasar”. Las adolescentes de la muestra tomada para el focus group, tuvieron relaciones sin protección y no pensaron que la consecuencia directa de esa acción podía ser un embarazo, por lo tanto no existió en ellas la posibilidad de pensar en las responsabilidades que traería un embarazo. Las adolescentes no visualizan, al decidir tener relaciones, la siguiente fórmula de causa / efecto:

Relaciones sexuales sin protección = Embarazo y Maternidad precoz.

La Negación de la realidad es una actitud que consiste en negar la relación entre conocimiento y conducta, para evitar enfrentarse a los problemas. Un ejemplo de este factor es la premisa antes mencionada. Saben que la posibilidad de salir embarazadas está latente, y que podría ocurrir porque le ha sucedido a personas conocidas, pero lo que no esperan es que les suceda a ellas.

La curiosidad y la experimentación juegan un papel importante cuando los jóvenes ensayan roles adultos como el ejercicio sexual para enfrentar las tareas evolutivas. La carencia de afecto, producto de necesidades insatisfechas en la niñez, pueden incitar a la adolescente a encontrar esa insuficiencia en relaciones sexuales precoces. Un embarazo adolescente puede ser una forma de castigo, consciente o inconsciente, a los padres o un auto castigo. También las jóvenes pueden utilizar un embarazo para lograr mayor compromiso de su pareja, inclusive retenerlo.

Del mismo modo, buscar el embarazo para mejorar el nivel de vida,

obligando al progenitor a asumir responsabilidades económicas. Algunos jóvenes reafirman su masculinidad al dejar embarazadas a sus compañeras ya sea por presión grupal o por reafirmación propia. El interés hacia lo prohibido, la rebeldía contra lo establecido y la impulsividad hacia lo riesgoso y aventurero pueden ser otras conductas típicas de la adolescencia.

La razón general y más predominante, a la cual atribuyeron sus embarazos precoces fue el hecho de no haberse cuidado. Las que sí se cuidaron, no cumplieron con el uso correcto de los métodos. Por lo tanto, no existe un conocimiento concreto y real del uso correcto de los métodos anticonceptivos, lo cual genera cierta desconfianza en ellas acerca de la efectividad de los mismos. Muchas de ellas, opinan que los métodos anticonceptivos no son del todo seguros y que es mejor usarlos en combinación para tener mayor protección.

Gran parte del grupo coincide en sentirse avergonzadas de adquirir los métodos anticonceptivos, por ser este un tema controversial y poco afrontado por la familia y la sociedad. Dicen ser vistas con asombro por la gente en las farmacias. El adquirir métodos anticonceptivos en la adolescencia no está aceptado socialmente y es un tabú en la sociedad venezolana. alguna de ellas, admitió haber adquirido las pastillas anticonceptivas a través de su suegra.

Según el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz, la primera medida para satisfacer estas necesidades es acabar con todos aquellos prejuicios que impiden el libre acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar, farmacias, centros de salud, etc.

Las adolescentes opinan en consenso que la información acerca de la sexualidad y de la anticoncepción la recibieron a través de los liceos donde estudiaban. La fuente de información acerca de estos temas proviene del

sector educativo. La información proporcionada por los liceos abarca los temas de anticoncepción, pero muy vagamente y genera poca credibilidad en las adolescentes.

Además de que muestran los tipos de métodos que existen pero no indican la forma de uso y aplicación correcta de los mismos. Como indica Tabliague (1992), citado por Mabel (1999):

La información que se pueda dar en las escuelas y/o la que se les pueda dar en los servicios hospitalarios puede ser muy interesante, puede ser muy rica y puede ser muy positiva; pero en el momento de tomar decisiones con una vida sexual activa, la información no les sirve. Y entonces se podría decir: no sirve porque la información separada de la formación, separada de la educación que uno va recibiendo paulatinamente en la familia, no sirve (p.163).

El embarazo precoz es un problema de salud pública que se va repitiendo de generación en generación, de manera tal que es un ciclo. La intención es pararlo en el presente con los adolescentes actuales para que estas rompan el ciclo y formen de una manera diferente a sus futuras familias.

La totalidad de la muestra tomada para el focus group opina no sentirse orientada en el tema de la sexualidad y de la anticoncepción, por parte de sus familias, liceos y por la sociedad en general.

Todas coinciden en que la razón por la cual se iniciaron sexualmente tan temprano fue por curiosidad y por la inconciencia de la adolescencia. Afirmaron que “se dejaron llevar por la situación” por lo que no tomaron en cuenta las consecuencias que podría traerles dicha acción. Los sentimientos de omnipotencia, invulnerabilidad e inmortalidad son también factores característicos de esta etapa, que pueden conducir a los adolescentes a conductas riesgosas.

Por otro lado, ninguna de las integrantes del grupo dice haberse sentido presionada para iniciarse sexualmente tan temprano, más bien coinciden en haberse dejado llevar por los bríos inconscientes de la adolescencia. Por esta razón, la presión grupal no parece ser un factor determinante en la iniciación sexual temprana de las adolescentes y no se puede atribuir dicho factor psicológico a las causas del embarazo precoz en estas adolescentes.

La mayoría de las adolescentes opina que la responsabilidad de la anticoncepción es de cada uno de los involucrados en la pareja (hombre y mujer), por lo tanto ambos deben cuidarse. Pero asumen que les es difícil pedirle al compañero que utilice algún preservativo por temor a que se vaya a molestar. Es importante enfatizar la responsabilidad de ambas personas en una pareja; pero quien debe tener mayor responsabilidad sobre su cuerpo es la mujer, puesto que ella será la persona directamente afectada.

En cuanto a la experiencia de ser madres, la mayoría de las encuestadas dice que es: “algo maravilloso” y lo ven como un beneficio; pero están conscientes de que es una experiencia que se debe vivir en el momento apropiado. No están preparadas para asumir las responsabilidades de ser madres tan jóvenes por lo que les hubiera gustado que hubiera ocurrido en otra etapa de sus vidas.

Por otro lado, la recomendación que dieron a las adolescentes no embarazadas es cuidarse, ser conscientes y responsables al iniciarse sexualmente. Conducen en que todo en la vida tiene su momento y la adolescencia no es para ser madres ya que no están preparadas para asumir ese papel. Todas afirman haber querido que sus prioridades en este momento fueran estudiar y divertirse.

Se puede concluir afirmando que a pesar de que las jóvenes se sentían cómodas para responder las preguntas y a la vez, interactuaban entre sí, Dennis Pérez, la psicóloga del Centro María Teresa Castillo quien estuvo presente durante el Focus Group, indicó que algunas de las respuestas de las jóvenes pueden haber sido influenciadas por la presencia de las otras compañeras así como también, la presencia de las entrevistadoras. Todas las adolescentes del centro tratan los temas conversados en el focus group normalmente; pero los aspectos más personales son tratados en sesiones individuales con expertos en la materia.

Por lo tanto, las adolescentes han podido negar la realidad en algunas de sus respuestas por la situación inusual en que se encontraban. Un tema en el cual ha podido influir el factor de negación a la realidad es por ejemplo el hecho de no querer admitir que carecían de amor en sus hogares, como es el caso de la pregunta referente a la falta de cariño en su hogar. La psicóloga reiteró que ese es un factor determinante en la conducta de las adolescentes, ya que algunas de ellas buscan refugiarse en otras personas (pareja o en sus propios hijos) porque no consiguen en sus respectivos hogares, el afecto que necesitan y del cual carecen.

CAPÍTULO VI

DISEÑO DE LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL

En vista de que el Centro Integral Maria Teresa Castillo dirige su acción de prevención del embarazo a adolescentes madres y embarazadas, se quiso ampliar el público meta del programa abarcando a adolescentes del mismo estrato social, dentro del mismo rango de edades, pero con la salvedad de que nunca han estado embarazadas. Con esto, se intentará atacar el problema antes de que ocurra.

El embarazo precoz es un problema de salud pública. Es producto de condiciones socio-culturales y educativas. Por lo que se hace imposible modificar estos patrones que se repiten de generación en generación. La intención de las autoras, con este estudio, es partir del presente, involucrando únicamente a la adolescente que es la persona capaz de controlar su cuerpo, para así intentar modificar la cadena de comportamiento.

La efectividad de la presente propuesta, dependerá del apoyo de la estrategia creativa, por medio de actividades que permitan el cambio de comportamiento del adolescente. El mensaje será reforzado por actividades que ofrezcan información detallada, concreta y directa acerca de la sexualidad, los métodos anticonceptivos y el instructivo de uso de cada uno de ellos; como también actividades que incluyan operativos médicos y que además faciliten la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

A continuación, se presenta la estrategia creativa, resultado del estudio exhaustivo realizado en el Centro Maria Teresa Castillo para determinar los factores de riesgo del embarazo precoz en las adolescentes intervenidas en dicho centro.

6.1 Estrategia de Mercado

Se utilizará el formato de estrategia comunicacional presentado según la agencia de publicidad DMB&B (D'Arcy Massius Benton & Bowles). A continuación se desarrollará el Ad Brief (Briefing de publicidad).

6.1.1 Meta

Colaborar comunicacionalmente con la realización de una propuesta de prevención del embarazo precoz en adolescentes que no han estado embarazadas. Por lo tanto se ampliará el objetivo de prevención del Centro Integral Maria Teresa Castillo ya que actualmente éste está dirigido únicamente a adolescentes embarazadas y madres.

Alcanzar al target con un mensaje directo, informativo y emocional, por medio del cual las adolescentes comprenden la importancia de cuidarse para evitar embarazos. Concienciar a las adolescentes y lograr en ellas un cambio de comportamiento.

6.1.2 Target

Adolescentes que nunca han estado embarazadas, con edades comprendidas entre 11 y 18 años, de nivel medio bajo y obrero según el Graffar Sociodemográfico utilizado para la investigación y que habitan en el área Metropolitana de Caracas.

Adolescentes activas o todavía no activas sexualmente. Están en la etapa de experimentar o van a experimentar la sexualidad en poco tiempo. No tienen una educación formal.

Saben leer y escribir; pero la lectura no es una actividad diaria. Prefieren los medios audiovisuales ya que les es más fácil entender los

mensajes visuales y auditivos. Van al liceo. Tienen acceso a una cultura bastante limitada y coloquial.

Sienten una falta de orientación sexual. La sexualidad y la anticoncepción es un tabú tanto en sus familias como en la sociedad.

6.2 Estrategia Publicitaria

6.2.1 Oportunidad

Aprovechar la existencia y experiencia del Centro Integral Maria Teresa Castillo para prevenir el embarazo precoz en adolescentes que nunca han estado embarazadas.

6.2.2 Barreras Críticas del consumidor

- Audiencia de bajos recursos (lenguaje claro)
- Tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos, los usan pero no lo hacen de manera adecuada
- Existe una tendencia a sentir vergüenza al comprar los anticonceptivos
- Existe un tabú en la sociedad venezolana sobre el sexo
- Negación de la realidad
- Target con educación formal pobre.
- Adolescentes con familias, en su mayoría sin la presencia del padre.

6.3 Estrategia Creativa

6.3.1 Mensaje Esencial

Según la investigación realizada, se pudo conocer que todas las adolescentes estudiadas no pensaron en las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección, ya que pensaban que a ellas no les iba a pasar, ellas no iban a quedar embarazadas. Lo cual demuestra que existió en cada una de ellas el factor de la negación de la realidad. Es por eso que se concluye que el mensaje esencial debe ser “A ti sí te puede pasar.”

6.3.2 Soporte Clave

La aceptación del riesgo del embarazo por parte de la adolescente, le permitirá tomar las medidas necesarias para informarse, cuidarse y tener control de su cuerpo.

Como resultado de esta estrategia, el target va a:

Hacer: Cuidarse de una manera correcta

Pensar: Si tengo relaciones sexuales sin el uso correcto de los métodos anticonceptivos, puedo quedar embarazada.

6.4 Posicionamiento

Me tengo que cuidar bien para no quedar embarazada

6.5 Beneficios

Tener el control de tu cuerpo.

Evitar que tu cuerpo tome decisiones por ti.

Decidir cuándo quieres quedar embarazada.

6.6 Razón

Cuidarse para evitar embarazos no planificados, rompe el ciclo de embarazos que se repiten de generación en generación en esos estratos sociales. La responsabilidad de cuidarse “bien” está en manos de la adolescente.

6.7 Tono

Comprensible, coloquial, directo, cálido, natural, juvenil, moderno.

6.8 Personalidad

Adolescente morena, cabello oscuro y ondulado, de contextura delgada.

Vestida casual con blue jeans. Segura de sí misma y sabe lo que quiere.

Es astuta, alegre, simpática y carismática.

6.9 Concepto creativo

Una vez realizada la investigación y recolectados los resultados de la misma, se realizó un “brainstorm” para destacar aquellos aspectos o factores de mayor relevancia en la problemática del embarazo precoz. Finalmente se concluyó que el concepto iba a ser la siguiente frase:

“Yo también puedo salir embarazada, por eso me cuido bien.”

Esta frase, además de ser un punto de partida para asumir el embarazo precoz, engloba todas las causas y consecuencias del mismo. Por lo tanto, sólo si el adolescente asume esta premisa podrá estar en condiciones de prevenir un embarazo precoz.

6.10 Plan de Medios

Se desarrollarán piezas comunicacionales que servirán como canales de transmisión del mensaje esencial de la campaña. Dicho mensaje será transmitido de forma directa y entendible al target, por medio de las siguientes piezas:

- Trípticos o folletos informativos
- Afiches o pendones
- Hojas Volantes
- Micros audiovisuales

La campaña no se transmitirá a través de medios masivos (TV, radio, prensa) debido a que es necesario lograr un acercamiento y contacto directo con el target y sus necesidades, para presentar el programa y sus objetivos.

6.11 Ejecución de la Estrategia Comunicacional

El plan de medios tendrá una duración de 6 meses, dividido en bloques mensuales. Cada bloque estará constituido por las cuatro piezas antes señaladas, las cuales llevarán el mismo concepto creativo de la campaña ("Yo también puedo salir embarazada, por eso me cuido bien"; pero harán énfasis en diferentes temas de prevención del embarazo.

Bloque 1 (Primer Mes)

Por ser el primer mes, este bloque debe ser contundente en cuanto al contenido de la información. La idea fundamental en este período es que el target conozca la existencia del programa para la prevención del embarazo, y lo más importante es lograr que las adolescentes se identifiquen con el mensaje esencial.

Locación:

La forma más contundente por la cual el mensaje puede llegar a dichas adolescentes es a través de la colocación estratégica de las piezas en liceos, farmacias, kioskos, plazas, estaciones de metro, paradas de autobuses, unidades de transporte público, ubicadas en el área Metropolitana de Caracas.

Contenido de las piezas:

En esta etapa, se busca romper con la premisa “A mí no me va a pasar” que es el factor de riesgo común entre la muestra estudiada.

a.) Tríptico:

- Portada:

El mensaje esencial “A ti sí te puede pasar...”.

Logo de la Alcaldía Mayor y de la Fundación Caracas para los niños.

Imagen de una adolescente con una sombra gris embarazada.

- Reverso de la portada:

Concepto creativo: “Tú puedes quedar embarazada si no te cuidas bien”

“Sólo si usas bien los métodos anticonceptivos puedes prevenirlo. Tú tienes el control de tu cuerpo.”

“¿Cómo me puedo cuidar bien?”

A través del uso correcto de los siguientes métodos anticonceptivos:

- Condón o preservativo,
- Píldoras o pastillas,
- Inyectables,
- Diafragma,
- Espermicidas.”

- Página central interna:

Imagen de adolescente embarazada. También se colocará la siguiente frase que refuerza el tema específico del bloque.

“El embarazo es tu decisión”

- Página central externa:

Fondo de color .

“Centro Integral Maria Teresa Castillo, Teléfono: 5520473, Dirección: Avenida Licenciado Aranda con Arístides Rojas, Qta. Maria Teresa Castillo, San Bernardino. ”

“Atn.: Dennis Pérez”

- Reverso de la contraportada:

“El programa de prevención del Centro María Teresa Castillo te ofrece las herramientas para cuidarte bien.

- Orientación sobre la sexualidad

- Información e instructivo de uso de los métodos anticonceptivos
- Chequeos ginecológicos
- Distribución gratuita de preservativos.
- Descuento en farmacias afiliadas al programa.”
- Contraportada:
“...Cuídate bien”.

A continuación se presenta la imagen del tríptico (tiro y retiro).

... Cuídate
Bien

**Centro Integral
Maria Teresa Castillo**

Av. Licenciado Aranda con Aristides Rojas
San Bernardino. Caracas.
Atn.: Dennis Pérez.
Telf: (0212) 552.04.73

A ti sí
te puede
pasar...



Fundación
Caracas
para los niños

Alcaldía Mayor

Tú puedes quedar embarazada si no te cuidas bien.

Sólo si usas bien los métodos anticonceptivos puedes prevenirlo.

Tú tienes el control de tu cuerpo.

¿Cómo me puedo cuidar bien?

A través del uso correcto de los siguientes métodos anticonceptivos:

- * Condón o preservativo,
- * Píldoras o pastillas,
- * Inyectables,
- * Diafragma,
- * Espermicidas.

El embarazo es tu decisión



El programa de prevención del **Centro María Teresa Castillo** te ofrece las herramientas para cuidarte bien.

- ✓ **Orientación** sobre la sexualidad
- ✓ **Información e instructivo de uso** de los métodos anticonceptivos
- ✓ **Chequeos** ginecológicos
- ✓ **Distribución** gratuita de preservativos.
- ✓ **Descuento** en farmacias afiliadas al programa.

b.) Afiche o pendón:

- El mensaje esencial “A ti sí te puede pasar...” “Tu puedes quedar embarazada”.
- Imagen de una adolescente embarazada
- Logo de la Alcaldía Mayor, de la Fundación Caracas para los niños y Centro Maria Teresa Castillo en la parte inferior derecha del pendón (Dirección, Teléfono y Persona Contacto).
- “El embarazo es tu decisión. Sólo si usas bien los métodos anticonceptivos puedes prevenirlo. Tú tienes el control de tu cuerpo.”

A continuación se presenta la imagen del afiche.

A ti sí te puede pasar...

Tu puedes quedar embarazada

El embarazo es tu decisión.

Sólo si usas bien los métodos anticonceptivos puedes prevenirlo.

Tú tienes el control de tu cuerpo.



Fundación
Caracas
para los niños

Centro Integral
Maria Teresa Castillo
Av. Licenciado Aranda con Aristides Rojas
San Bernardino, Caracas.
Atn.: Dennis Pérez.
Telf: (0212) 552.04.73

Alcaldía Mayor

c) Hojas Volantes:

- El mensaje esencial “A ti sí te puede pasar...”. “Tu puedes quedar embarazada”.
- Imagen de adolescente embarazada.
- Logo de la Alcaldía Mayor, Fundación Caracas para los niños, Centro Integral María Teresa Castillo (Dirección, Teléfono y Persona Contacto), en la parte inferior derecha del pendón.
- El embarazo es tu decisión. Sólo si usas bien los métodos anticonceptivos puedes prevenirlo. Tú tienes el control de tu cuerpo.”

A continuación se presenta la imagen de la hoja volante

A ti sí te puede pasar...

Tu puedes quedar embarazada

El embarazo es tu decisión.
Sólo si usas bien los métodos anticonceptivos puedes prevenirlo.

Tú tienes el control de tu cuerpo.



Centro Integral
Maria Teresa Castillo
Av. Licenciado Aranda con Aristides Rojas
San Bernardino, Caracas.
Atn.: Dennis Pérez.
Tel: (0212) 552.04.73

Fundación
Caracas
para los niños

Alcaldía Mayor

d) Charlas: consta de una visita programada a los Liceos del área Metropolitana de Caracas y se llevará a cabo por la vocería del Centro María Teresa Castillo. Dicha vocería se hará por medio de personal especializado del Centro como la psicóloga y/o ginecóloga.

La charla hará énfasis en el tema del respectivo bloque y se apoyará con el micro, y el material POP.

e.) Micro:

SINOPSIS

Se pretende lograr que las adolescentes se percaten del problema de Salud Pública que existe en Venezuela con respecto al embarazo precoz. La intención con este micro es que las jóvenes que no han quedado embarazadas asuman que les podría pasar.

En el micro se hace uso de una moneda para representar el factor de suerte que ocurre cuando no se utilizan métodos anticonceptivos de forma correcta al tener relaciones sexuales de manera que existe la posibilidad de quedar embarazada o no.

La idea fundamental es concienciar a las jóvenes a que no tomen el tener relaciones sexuales, como un factor de suerte, ya que es algo que pueden controlar porque depende de ellas.

VIDEO	AUDIO
FADE IN: SEC.1: INT.- CUARTO OSCURO/ MESA-NOCHE P.G DE UNA MONEDA GIRANDO SOBRE UNA MESA DE CAOBA OSCURA. FONDO OSCURO Y LUZ TENUE QUE SÓLO DEJA APRECIAR LA MONEDA. FADE OUT / FADE IN: INSERT 1: (LERAS BLANCAS SOBRE FONDO NEGRO) FADE OUT / FADE IN: SEC.2:INT.-CUARTO OSCURO/ MESA- NOCHE P.G DE UNA MONEDA GIRANDO SOBRE UNA MESA DE CAOBA OSCURA. FONDO OSCURO Y LUZ TENUE QUE SÓLO DEJA APRECIAR LA MONEDA. FADE OUT / FADE IN: INSERT 2: (LERAS BLANCAS SOBRE FONDO NEGRO)	CD 1: TRACK X: D: X':X'' H: X':X'' SE ESCUCHA EL SONIDO QUE HACE LA FRICCIÓN DE LA MONEDA CON LA MESA. LOCUTOR (V.O): VENEZUELA ES EL PAÍS SURAMERICANO CON EL MAYOR ÍNDICE DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES. LOCUTOR (V.O): ESOS EMBARAZOS SON DE ADOLESCENTES COMO TÚ.

SEC.3: INT.-CUARTO OSCURO/ MESA -NOCHE P.G DE UNA MONEDA GIRANDO SOBRE UNA MESA DE CAOBA OSCURA. FONDO OSCURO Y LUZ TENUE QUE SÓLO DEJA APRECIAR LA MONEDA. FADE OUT / FADE IN: INSERT 3: (LERAS BLANCAS SOBRE FONDO NEGRO) FADE OUT / FADE IN: SEC.4: INT.-CUARTO OSCURO/ MESA -NOCHE P.G DE UNA MONEDA GIRANDO SOBRE UNA MESA DE CAOBA OSCURA. FONDO OSCURO Y LUZ TENUE QUE SÓLO DEJA APRECIAR LA MONEDA. FADE OUT / FADE IN: INSERT 4: (LERAS BLANCAS SOBRE FONDO NEGRO) FADE OUT / FADE IN: SEC.5: INT.-CUARTO OSCURO/ MESA -NOCHE P.G DE UNA MONEDA GIRANDO SOBRE LA MESA HASTA QUE CAE EN EL LADO DE LA CARA. FADE OUT / FADE IN: INSERT 5: (LERAS BLANCAS SOBRE FONDO NEGRO)	LOCUTOR (V.O): A TI SÍ TE PUEDE PASAR. LOCUTOR (V.O): TÚ TIENES EL CONTROL DE TU CUERPO. LOCUTOR (V.O): NO DEJES QUE SEA UNA CUESTIÓN DE SUERTE. (PAUSA) CUÍDATE BIEN.
---	--

FADE OUT / FADE IN: INSERT 6: (LERAS BLANCAS SOBRE FONDO NEGRO MÁS LOGO DE LA FUNDACIÓN) SE LEE: ESTE ES UN MENSAJE DEL CENTRO INTEGRAL MARÍA TERESA CASTILLO FADE OUT	
--	--

Bloque 2 (Segundo mes)

Durante el segundo mes, se transmitirá el mensaje esencial; pero se hará énfasis en el uso correcto de los métodos anticonceptivos. Cada bloque a partir del segundo explicará detalladamente toda la información referente a un método anticonceptivo y el instructivo de uso del mismo.

Locación:

Las piezas de este bloque serán colocadas estratégicamente para transmitir los mensajes comunicacionales efectivamente. Los lugares de exposición dentro del Área Metropolitana de Caracas serán: liceos, farmacias, kioskos, plazas, estaciones de metro, paradas de autobuses y en las unidades de transporte público.

Contenido de las piezas:

En esta etapa, además de romper con la premisa “A mí no me va a pasar” que es el factor de riesgo común entre la muestra estudiada, se explicará detalladamente el uso correcto del preservativo o condón.

c.) Tríptico:

- Portada: se colocará:
El mensaje esencial “A ti sí te puede pasar...”. “Tu puedes quedar embarazada”.
Imagen del condón animado.
Logo de la Alcaldía Mayor, Fundación Caracas para los niños.
- Reverso de la portada:

Concepto creativo: “...Tú puedes quedar embarazada si no te cuidas bien”

“¿Qué es el condón o preservativo?”:

Es un método de prevención que impide la entrada de los espermatozoides a la vagina. Es fácil de utilizar y su uso correcto evita embarazos.

“¿Cómo se usa el condón o preservativo?”

- Debes tener un condón si estás activa sexualmente o si crees que lo vas a estar próximamente.
- Si quieres cuidarte, debes exigirle a tu pareja que lo use.
- Debes chequear que no tenga la fecha vencida.
- Abre el empaque con cuidado y sin cortarlo con una tijera o con los dientes.
- Debes usar un condón nuevo para cada acto sexual.
- Debe ser colocado en el pene erecto antes de la penetración sexual, dejando un espacio libre en la punta.

- No se debe retirar hasta que termine la eyaculación y el acto sexual haya concluido.

- Página central interna: Imagen de un preservativo.
También se colocará la siguiente frase para reforzar el tema específico del bloque.

“Usa bien el condón o preservativo y previene el embarazo. Tú tienes el control de tu cuerpo. El embarazo debe ser tu decisión.”

- Página central externa:

Fondo de color.

“Centro Integral Maria Teresa Castillo”, (Dirección, Teléfono y Persona Contacto).

- Reverso de la contraportada:

“Mitos del condón”

- No se deben usar 2 o más condones a la vez. Sólo 1 es suficiente.
- No disminuyen la sensibilidad, ya que actualmente existen condones hipersensibles.
- No disminuyen la emoción del momento porque se pueden colocar rápidamente.

“El programa de prevención del Centro María Teresa Castillo te ofrece las herramientas para cuidarte bien.

- Orientación sobre la sexualidad
- Información e instructivo de uso de los métodos anticonceptivos
- Chequeos ginecológicos
- Distribución gratuita de preservativos.
- Descuento en farmacias afiliadas al programa.”

- Contraportada:
“Cuídate bien...” “Usa el condón”

A continuación, se presenta la imagen del tríptico descrito.

... Cuídate
Bien

Usa el condón



**Centro Integral
Maria Teresa Castillo**

Av. Licenciado Aranda con Aristides Rojas
San Bernardino, Caracas.
Atn.: Dennis Pérez.
Telf: (0212) 552.04.73

**A ti sí te puede
pasar...**

**Tu puedes
quedar
embarazada**



**Sólo si usas bien
los métodos
anticonceptivos
puedes
prevenirlo**

Fundación
Caracas
para los niños

Alcaldía Mayor

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: '~

STACK:

ANEXO D

**VOLANTE DEL CENTRO METROPOLITANO
DE EDUCACIÓN INTEGRAL
MARÍA TERESA CASTILLO**



**Centro Metropolitano
de Educación Integral**
María Teresa Castillo



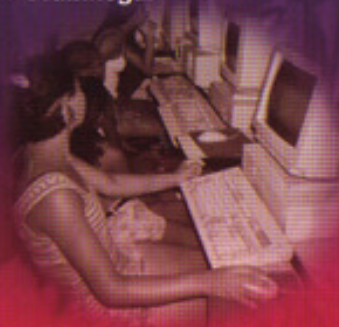
**Si tienes entre
11 y 18 años**

**... estas embarazada
... eres madre**

La Fundación Caracas
para los Niños de la
Alcaldía Mayor te ofrece:



- Culminar estudios de manera flexible
- Asistencia en salud y alimentación
- Capacitación laboral
- Apoyo en tu desarrollo personal
- Multihogar



GRATIS

Telf: 552.04.73 863.28.45 863.23.55

Dirección: Av. Licenciado Aranda con Aristides Rojas,
Qta. Centro Metropolitano de Educación Integral
María Teresa Castillo, San Bernardino.
email: fundacion@caracasparalosninos.org.ve

ANEXO E

ARTÍCULO DE PRENSA:

**UNA PEQUEÑA CASA QUE IMPULSA
LOS SUEÑOS DE LAS JÓVENES MADRES**

A cinco minutos de la tarde la luz del sol en la urbanización San Bernardino parece un detective de televisión: duro, recio, sin ganas ni intenciones de perdonar a nadie. La gente cruza rápidamente la calle y se escuda bajo

Centro Metropolitano de Educación Integral "María Teresa Castillo"

Una pequeña casa que impulsa los sueños de las jóvenes madres



La Alcaldía Mayor, a través de la Fundación Caracas para los Niños, que dirige Martha Penry de Peña, abrió, en San Bernardino, un hogar especializado para ayudar a las jóvenes embarazadas y madres adolescentes que no pueden continuar estudios en los planteles de la zona. Además de recibir clases de bachillerato, también son asistidas con atención pre y posnatal, y en las labores de lactancia de sus pequeños

la sombra de los árboles. Ningún vecino se atreve a fatigar las aceras por largo trecho y las esquinas solitarias no esperan a nadie. Todas las entradas de las casas de la zona están enrejadas, pero una de ellas despide un aire de sosiego que es como una dulce invitación a pasar adelante. Es el Centro Metropolitano de Educación Integral "María Teresa Castillo".

La mano sobre la reja apenas resiente el calor del hierro y la mirada recorre el pequeño camino empedrado que lleva a la puerta principal. No es una visita anunciada porque el periodista está curado en salud y sabe que puede encontrarse con una "puesta en escena". Quiere tomar por sorpresa a los inquilinos y lo logra en toda la línea. En la sala de entrada, espaciosa y de techo alto, están afanados en las labores de aseo, el olor a limpio se mete por debajo de las mesas y el piso juega a ser el espejo de nuestros basos polvorientos.



LA FUERZA DE LA FE

A la derecha está el despacho de la directora Gladys Caraballo de Gutiérrez, una mujer joven, atenta con el desconocido que ha llegado sin anunciarse. Su mirada, inteligente y decidida, tiene ese algo especial de las personas que se atan a una misión con la fuerza de la fe. En su oficina, iluminada por la luz del jardín que entra por la ventana, reina el orden y la modestia de recursos: apenas una reluciente computadora nos indica que allí se trabaja con la visión moderna de la tecnología. El reto es grande: hay que atender a 46 madres adolescentes (entre 14 y 19 años de edad), y a sus pequeños hijos que reciben primorosos cuidados mientras ellas estudian bachillerato.

CARACAS PARA LOS NIÑOS

La idea de este proyecto tan innovador nace con la llegada de Martha Penry de Peña a la presidencia de la Fundación Caracas para los Niños. No ha sido un camino fácil de recorrer: el cerco económico del gobierno central, que ha negado por todos los medios los recursos presupuestarios a la Alcaldía Mayor, fue el principal obstáculo desde el comienzo de esta "casa modelo" de asistencia a jóvenes adolescentes de las barriadas caraqueñas.

Martha Penry de Peña, una educadora por convicción y vida, que ha transitado con éxito la profesión desde maestra hasta profesora universitaria, con estudios de postgrado en Washington, supo desde un primer momento que este proyecto no se quedaría en un sueño de buenas intenciones, sino que con ello se estaba abriendo la puerta para desarrollar algo superior. Esa realidad ya está aquí y tan cerca que frente a las 45 muchachas que están recibiendo formación y ayuda, ya hay una larga lista de espera que supera el centenario.



DOS NUEVOS CENTROS

Con la esperanza asomada a los ojos, estas jóvenes embarazadas así como otras con sus hijos recién nacidos en los brazos, aguardan impacientes por un cupo en este Centro Metropolitano de Educación Integral "María Teresa Castillo", que apenas tiene 10 meses funcionando. Estas muchachas tendrán que esperar por la apertura de otras casas, algo que no debe tardar. La Fundación Caracas para los Niños, ha planificado la construcción de dos nuevos hogares, uno en Catia y otro en el municipio Sucre, para acoger a ese centenar de jóvenes que necesitan un respaldo público para construirse una nueva vida. Martha Penry de Peña, presidenta de la Fundación Caracas para los Niños, ya emprendió los primeros pasos para la materialización de tal aspiración.

ANEXO F

ARTÍCULO DE PRENSA

APOYO A LAS MADRES ADOLESCENTES

Fundación
Caracas
para los niños

**DAME
ESOS
5**

Alcaldía Mayor

Distrito Metropolitano de Caracas

Tlf.: 861.7608 - 861.7704

APOYA A LAS MADRES ADOLESCENTES

Este 10, 11 y 12 de octubre, al colaborar con Bs5.000

La Fundación Caracas para los Niños te lo agradecerá con un CD de Música Original

Estaremos, bien identificados, en 28 puntos de la ciudad

C.C La Villa
Plaza Madariaga
Parque Los Caobos
Av. Teresa de la Parra
Av. Leonardo Da Vinci
Módulo PM Las Acacias
Plaza La Candelaria
C.C. El Recreo
Plaza Brion
CC. Las Mercedes
Paseo Las Mercedes
C.C Santa Fe
P&G La Trinidad
CCCT



Plaza El Hatillo
C.C. Caurimare
C.C Plaza Las Américas
C.C. Macaracuy Plaza
Sambil
San Ignacio
Plaza Francia
Parque del Este
Metro Parque del Este
C.C Los Ruices
Unicentro El Marquez
Av. Principal La Urbina
C.C La Urbina
C.C Boleita Center

Además...

Asiste al Concierto Juvenil cierre de la campaña

Día: Domingo 12 de octubre

Lugar: Av. Francisco de Miranda,
frente a la Torre
Parque Cristal

Hora: a partir de las 2:00 p.m.
hasta las 6:00 p.m.
(ENTRADA GRATUITA)

Con la participación de:

- **Malanga**
- **Mermelada Bunch**
- **La Corte**
- **PapaShanty**

ANEXO G

ARTÍCULO DE PRENSA

**VENEZUELA TIENE EL MAYOR NÚMERO
DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES**

Venezuela tiene el mayor número de embarazos en adolescentes

Alrededor de 20% de los nacimientos que se registran proviene de madres jóvenes, 1 de cada 5 mujeres menores de 20 años ya ha tenido un hijo, y 50 de cada 100 embarazos no son deseados. El Centro Latinoamericano Salud y Mujer lanzará una campaña de prevención y pondrá a disposición de los interesados la línea gratuita 0-800-BARRIGA

HERCILIA GARNICA

La barriga la lleva ella, por supuesto, y aunque la responsabilidad la deberían cargar ambos, no siempre ocurre de esa manera. Por esa razón, en el Centro Latinoamericano Salud y Mujer están interesados en revertir esa situación. Es decir, que el hombre se involucre en un proceso que es de dos y entienda que la responsabilidad de un embarazo recae por igual sobre la madre y el padre.

Freddy Febres Balestrini, experto en reproducción humana y coordinador nacional del Celsam Venezuela, va incluso más allá. El especialista cree que la pareja en conjunto debe trabajar en función de evitar un embarazo no deseado. Susana Medina, gerente de evaluación de la Asociación de Planificación Familiar, organismo que también trabajó en la validación de la campaña, explicó que en esta oportunidad se incluyó la perspectiva de género porque "hay que reforzar la visión de que el embarazo es un asunto de dos, de que es un proceso compartido".

"Es importante que el hombre esté involucrado y por ello quisimos difundir un mensaje que fuera irreverente y captara la atención del adolescente", insistió Febres Balestrini.

El experto se refiere a la fotografía de un joven embarazado y el aviso siguiente: "Si él tuviera que cargar con esa barriga... ¿no tomaría sus precauciones? La cual sirve de imagen de la campaña de pre-

vencción del embarazo adolescente que el centro lanzó el 1º de diciembre en toda Venezuela.

"Nuestro objetivo es alertar sobre un problema de salud pública. En Venezuela, según un estudio publicado por las Naciones Unidas, se registran 98 nacimientos por cada 1.000 muchachas entre los 15 y 19 años. Estas cifras colocan al país en el primer lugar de la lista de naciones suramericanas con un mayor índice de embarazos precoces".

Se ha determinado, además, que de cada 100 gestaciones 50 no son deseadas. Por lo general, añadió la gineco-obstetra infanto juvenil, Marianella Escobar, 25 de esos casos terminan en un aborto. De hecho, de acuerdo con el Instituto Alan Guttmacher, en Latinoamérica se interrumpen cerca de 6 millones de embarazos al año y 10% de esas intervenciones involucra a adolescentes.

"El embarazo juvenil cambia el proyecto de vida de los jóvenes, provoca un abandono de las metas futuras, promueve la deserción escolar, la prostitución, la drogadicción, la paternidad irresponsable, el abandono infantil y el abuso sexual", detalló Febres Balestrini.

Información y acceso

Lo peor es que, según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 9 de cada 10 adolescentes conoce algún método anticonceptivo, pero sólo 1 de cada 10 lo usa adecuadamente. "Es importante que los jóvenes estén informados sobre las opciones anticonceptivas para no sólo evitar un embarazo no deseado, sino prevenir enfermedades de transmisión sexual".

Precisamente, la campaña del Celsam en Venezuela, además de abarcar micros en radio y televisión, volantes y afiches, incluye una línea gratuita 0-800-BARRIGA



"Si él tuviera que cargar con esa barriga... ¿no tomaría sus precauciones?", señala la campaña que inició el Celsam

(0-800-2277442) disponible desde ahora para responder dudas e interrogantes sobre sexualidad y embarazos.

Marianella Escobar, también médico líder en opinión del Celsam, señaló que las preguntas más frecuentes apuntan a cuáles son los métodos más confiables y efectivos. "Por lo general, el joven que llama quiere saber si lo que usa con su pareja lo va a proteger de un embarazo y de una enfermedad de transmisión sexual".

Es decir, que la falta de información no es lo más preocupante, según Susana Medina. Lo más inquietante es la imposibilidad que

Condonazo en la UCV

Los estudiantes que el próximo lunes 8 de diciembre asistan, en la Plaza del Rectorado, al concierto de Bacalao Men, Son Tizón y Herencia, y a la presentación de los grupos teatrales Búho, Poetas en Tránsito y Malavares, recibirán como obsequio adicional un condón, un tríptico con información de utilidad y un folleto que explica las técnicas básicas para su uso.

Esta jornada forma parte de la campaña denominada "El Condonazo: por una Universidad Protegida" que organizaron, conjuntamente, la Facultad de Ciencias de la Universidad Central de Venezuela, la Organización de Bienestar Estudiantil y la Asociación de Planificación Familiar.

La actividad también está asociada con el Día Mundial de la Lucha contra el Sida que, aunque se conmemora el 1º de diciembre, se mantiene el espíritu durante todo el año. María Alejandra Ramírez de Plafam, explicó que esperan sensibilizar a la comunidad universitaria. La idea es que los estudiantes conozcan la importancia que tiene el uso del condón como método efectivo para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, entre las que se incluye el VIH/sida.

En total, esperan repartir cerca de 14.000 preservativos entre los asistentes al concierto que se realizará en la UCV desde las 3:00 pm.

tiene muchos de acceder al método. De hecho, de acuerdo con resultados de encuestas de Población y Familia, publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, correspondientes a 1998, 78,3% de los jóvenes consultados dijo conocer algún método, pero sólo 8,8% admitió haberlo usado alguna vez y apenas 6,6% reconoció ser un usuario regular.

ANEXO H

CUESTIONARIO GRAFFAR MODIFICADO

CUESTIONARIO G.M.

La presente escala contiene un conjunto de preguntas ante las cuales deberá responder marcando UNA sola alternativa de respuesta.

NO DEBE COLOCAR SU NOMBRE. SUS RESPUESTAS SON DE CARACTER ANONIMO.

Indique con una "X" la profesión que corresponde al JEFE DE SU FAMILIA según las categorías indicadas a continuación:

- ☐ 1.- Profesión universitaria o su equivalente. Se incluyen en este grupo: ejecutivos, empresarios, o comerciantes de alto nivel.
- ☐ 2.- Profesiones técnicas especializadas: ejercicio profesional en alguna de las menciones del Ciclo Diversificado. Se incluyen posiciones gerenciales medias.
- ☐ 3.- Empleados sin profesión universitaria o técnica definida. Se incluyen los pequeños comerciantes.
- ☐ 4.- Obreros especializados.
- ☐ 5.- Obreros NO especializados.

Marque con una "X" el NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE según las categorías indicadas a continuación.

- ☐ 1.- Instrucción universitaria o su equivalente.
- ☐ 2.- Instrucción secundaria completa (Bachillerato completo y escuelas técnicas.)
- ☐ 3.- Instrucción secundaria incompleta.
- ☐ 4.- Instrucción primaria completa, incompleta o alfabeto
- ☐ 5.- Analfabeto.

Indique cuál es la FUENTE DE INGRESO DE SU FAMILIA:

- ☐ 1.- La fuente principal de ingreso de la familia es el resultado de la inversión en empresas, entidades financieras, negocios o fortuna heredada o adquirida.
- ☐ 2.- Los ingresos consisten en honorarios profesionales, ganancias o beneficios.
- ☐ 3.- El ingreso es un sueldo, es decir, una remuneración calculada sobre una base mensual o anualmente y generalmente pagada mensual o quincenalmente.
- ☐ 4.- El ingreso consiste en un salario fijo, es decir, una remuneración calculada por semana o día.
- ☐ 5.- El ingreso proviene de la ejecución de trabajos ocasionales, la relación de tareas a destajo o de donaciones de origen público o privado.

Indique cuáles son las CONDICIONES DE VIVENDA DE SU FAMILIA:

- ☐ 1.- Una casa o apartamento muy lujoso que ofrece las máximas comodidades.
- ☐ 2.- Un alojamiento de categoría intermedia, que sin ser tan lujoso como el de la categoría anterior, es espacioso, muy cómodo y en óptimas condiciones sanitarias.
- ☐ 3.- Un alojamiento con buenas condiciones sanitarias en espacio reducido, es decir, una casa o parte de una casa o apartamento modesto. Se incluyen los apartamentos del banco Obrero e INAVI.
- ☐ 4.- Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
- ☐ 5.- Rancho o vivienda con condiciones sanitarias muy deficientes.

Muchas Gracias por su colaboración

PUNTAJE ESCALA DE GRAFFAR

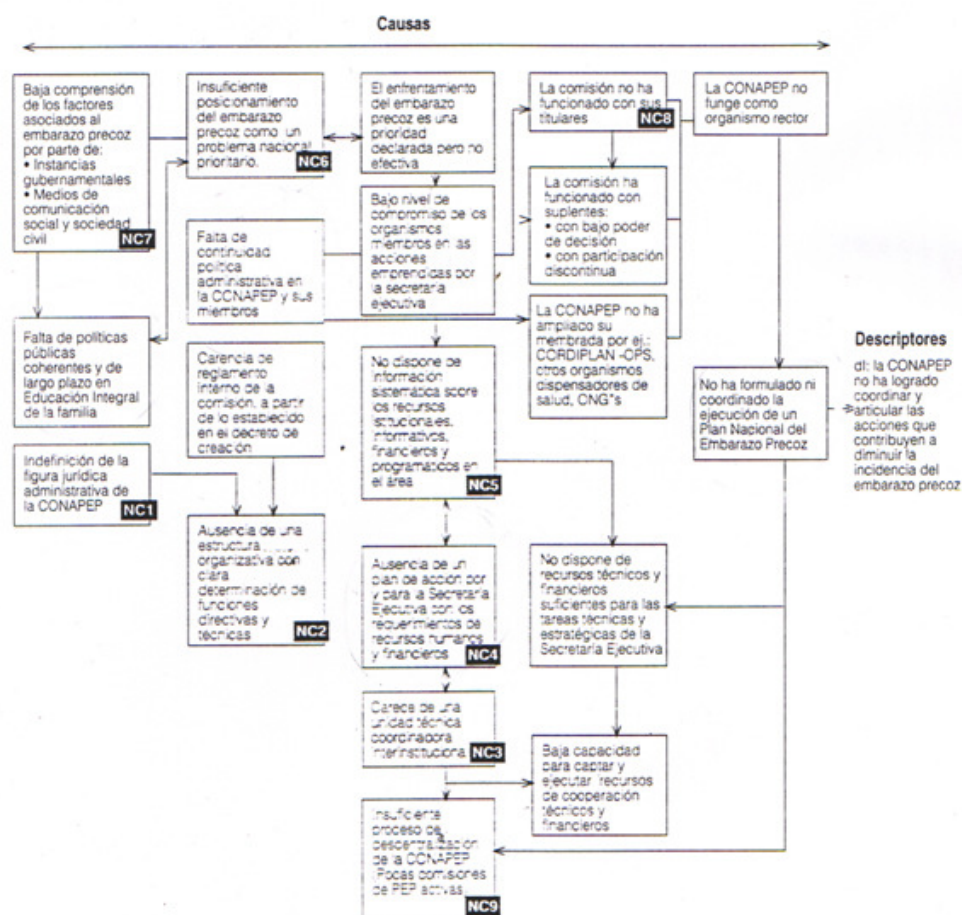
Puntaje	Estrato	Nivel
4 - 6	1	Alto
7 - 9	2	Medio Alto
10 - 12	3	Medio Bajo
13 - 16	4	Obrero
17 - 20	5	Marginal

ANEXO I

PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ

**PROBLEMA:
ALTA Y CRECIENTE INCIDENCIA
DE EMBARAZO PRECOZ EN VENEZUELA**

Autor: CONAPEP



**PROBLEMA:
INSUFICIENTE ORGANIZACION Y
LEGITIMACION DE LA CONAPEP**

Autor: CONAPEP

DISEÑO DE OPERACIONES

NUDO CRITICO	OPERACIONES
NC1: Indefinición de la figura jurídica administrativa de la CONAPEP	OP1 Reforma del Decreto N° 2716 del 30.12.92. que crea la CONAPEP
NC2: Ausencia de una estructura organizativa y funcional con clara determinación de funciones directivas y técnicas.	OP2: Reglamentación interna y estructuración de la CONAPEP
NC3: Carece de unidad técnica coordinadora interdisciplinaria.	OP3: Creación y dotación de la Unidad Técnica Interdisciplinaria (UTI).
NC4: Ausencia de un plan de acción de Secretaría Ejecutiva con los requerimientos de recursos humanos y financieros.	OP4: Formulación del plan de acción de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPEP.
NC5: No dispone de información sistemática sobre los recursos institucionales, informativos, financieros y programáticos en el área.	OP5: Diseño y operación del sistema de información de la CONAPEP.
NC6: Insuficiente posicionamiento del embarazo precoz como un problema nacional prioritario.	OP6 Diseño y operación del programa de información y comunicación (IEC) de la CONAPEP.
NC7: Baja comprensión de los factores asociados al embarazo precoz por parte de instancias gubernamentales, medios de comunicación social y sociedad civil.	OP7: Diseño y operación del programa de investigación de la CONAPEP.
NC8: La CONAPEP no ha funcionado con sus titulares.	OP1: Reforma del Decreto N° 2716 del 30.12.92. que crea la CONAPEP OP2: Reglamentación interna y estructuración de la CONAPEP
NC9: Insuficiente proceso de descentralización de la CONAPEP. (Pocas comisiones estatales de PEP activas).	DOP8: Fortalecimiento regional de la CONAPEP en el marco del proceso de descentralización.
NC10: Baja capacidad para captar y ejecutar recursos de cooperación técnica y financiera.	OP9: Capacitación y asistencia técnica de la CONAPEP y organismos miembros en estrategias de formulación, negociación, seguimiento y evaluación de proyectos sociales.

NUDO CRITICO	OPERACIONES
NC17: Uso y abuso de drogas y alcohol.	OP10: Programa de educación preventiva integral a la familia a través de los medios de comunicación. Acción 10.1.: Efectuar jornadas de trabajo con las empresas publicitarias importantes del país a fin de incorporar la temática del embarazo precoz en los mensajes. Acción 10.2: Solicitar a los escritores de novelas y programas de corte juvenil que incluyan contenidos referidos a la prevención del embarazo precoz. Acción 10.3: Difundir mensajes relativos a la P.E.P. en los medios de comunicación alternativos (Radio, prensa, TV locales y nacionales). OP19: Formulación de una política nacional de atención integral al adolescente incorporando la visión de este grupo. OP24: Formular un proyecto de acción particular para el problema.
NC18: Abuso sexual.	OP10: Programa de educación preventiva integral a la familia a través de los medios de comunicación. Acción 10.1.: Efectuar jornadas de trabajo con las empresas publicitarias importantes del país a fin de incorporar la temática del embarazo precoz en los mensajes. Acción 10.2: Solicitar a los escritores de novelas y programas de corte juvenil que incluyan contenidos referidos a la prevención del embarazo precoz. Acción 10.3: Difundir mensajes relativos a la P.E.P. en los medios de comunicación alternativos (Radio, prensa, TV locales y nacionales). OP19: Formulación de una política nacional de atención integral al adolescente incorporando la visión de este grupo. OP25: Formular un proyecto de acción específico para enfrentar el problema.
NC19: Baja cobertura y deficiente calidad de los servicios públicos de salud para adolescentes.	OP26: Formular un proyecto para enfrentar el problema "Baja Cobertura y Deficiente Calidad de los Servicios Públicos en Salud para Adolescentes"
NC20: Insuficiente Organización y Legitimación de la CONAPEP	OP27: Proyecto de fortalecimiento institucional de la CONAPEP (Ver problema 2).

NUDO CRITICO	OPERACIONES
NC11: Falta de políticas dirigidas a la integración social juvenil y bienestar integral del adolescente.	OP19: Formulación de una política nacional de atención integral al adolescente incorporando la visión de este grupo.
NC12: Mitos acerca de los anticonceptivos que inhiben al adolescente para utilizarlos.	OP20: Planes promocionales continuos sobre sexualidad responsable y regulación de la fecundidad. Acción 20.1: Investigación con adolescentes de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de métodos de regulación de fecundidad. Acción 20.2: Campaña informativa sobre métodos de regulación y sexualidad responsable.
NC13: Restricciones legales para atención de adolescentes en los servicios de salud reproductiva.	OP21: Realizar un estudio y debate nacional acerca de la legislación vigente y práctica institucional en relación con los derechos de los adolescentes, en particular a sus derechos de salud sexual y reproductiva del adolescente.
NC14: Insuficiente información y capacitación del personal de salud para atender problemática sexual del adolescente.	OP12: Ejecución de planes de formación y actualización permanente en el área de educación sexual y reproductiva para grupos específicos (padres, educadores y personal de salud). Acción 12.3: Programa de formación y actualización para profesionales de la salud en atención integral al adolescente. OP17: Revisión y reorientación de contenidos y estrategias del eje curricular ¡Educación Sexual! en los programas de educación formal en todos los niveles y modalidades.
NC15: Información inadecuada e inoportuna, sobre salud sexual y reproductiva en la mayoría de los adolescentes.	OP22: Crear un sistema de información sobre atención integral del adolescente y promover su uso. Acción 22.1: Fortalecer el sistema de información a la comunidad de la Biblioteca Nacional en los temas de adolescentes. Acción 22.2: Creación de una línea caliente de respuestas sobre salud sexual y reproductiva del adolescente y promover su uso.
NC16: Resistencia del personal de salud y educación ante sexualidad del adolescente.	OP23: Programa de intervención motivacional para vencer resistencias del personal de salud y educación ante la sexualidad del adolescente. Acción 23.1: Investigación sociocultural de conocimientos, actitudes y prácticas de los docentes y personal de salud ante la sexualidad del adolescente. Acción 23.2: Incorporación de estrategias motivacionales en los programas a que se refiere OP12.

NUDO CRÍTICO	OPERACIONES
NC4: Influencia de los medios de comunicación en la banalización de la sexualidad y promoción de la pornografía.	OP10: Programa de educación preventiva integral a la familia a través de los medios de comunicación social masivos y alternativos. Acción 10.1.: Efectuar jornadas de trabajo con las empresas publicitarias importantes del país a fin de incorporar la temática del embarazo precoz en los mensajes. Acción 10.2: Solicitar a los escritores de novelas y programas de corte juvenil que incluyan contenidos referidos a la prevención del embarazo precoz. Acción 10.3: Difundir mensajes relativos a la P.E.P. en los medios de comunicación alternativos (Radio, prensa, TV locales y nacionales). OP11: Cumplimiento de la normativa existente en materia de programación televisiva.
NC5: Escasa preparación de los padres, docentes y otros profesionales en el área de educación sexual y familiar.	OP12: Ejecución de planes de formación y actualización permanente en el área de educación sexual y familiar para grupos específicos de la población objetivo del plan. Acción 12.1: Ampliación del programa escuela para padres. Acción 12.2: Programa de formación y actualización para docentes. Acción 12.3: Programa de formación y actualización para profesionales de la salud en atención integral al adolescente. Acción 12.4: Programa de formación de promotores juveniles. OP13: Fortalecimiento de la red de centros de información y documentación en el área de educación sexual y reproductiva.
NC6: Representaciones sociales de la sexualidad, maternidad y paternidad limitantes del ejercicio responsable de la sexualidad.	OP14: Investigación sociocultural sobre las representaciones sociales de la sexualidad, maternidad y paternidad en Venezuela.
NC7: Familias disfuncionales e inestables.	OP15: Formular un proyecto específico para enfrentar este problema.
NC8: Deterioro de los componentes del sistema educativo.	OP16: Formular un proyecto específico para enfrentar este problema.
NC9: Inadecuado enfoque de la educación sexual en los programas de educación formal en todos los niveles y modalidades.	OP17: Revisión y reorientación de contenidos y estrategias del eje curricular "Educación Sexual" en los programas de educación formal en todos los niveles y modalidades.
NC10: Desconocimiento de la visión de los adolescentes en la formulación de programas dirigidos a ellos.	OP18: Incorporar la visión de los adolescentes en la políticas y programas existentes dirigidas a este grupo. Acción 18.1: Efectuar foros y/o talleres de trabajo con adolescentes sobre el problema del embarazo precoz. Acción 18.2: Desarrollar líneas de investigación para la población entre 10 y 19 años. Acción 18.3: Divulgar resultados de la encuesta nacional de juventud.

**PROBLEMA:
ALTA Y CRECIENTE INCIDENCIA
DE EMBARAZO PRECOZ EN VENEZUELA**

Autor: CONAPEP

DISEÑO DE OPERACIONES

NUDO CRITICO

NC1: Hay pocas oportunidades para el buen uso del tiempo libre de los adolescentes

OPERACIONES

- OP1: Propiciar la creación de programas recreativos, culturales y deportivos dirigidos a adolescentes con enfoque de prevención integral.
- Acción 1.1.: Gestionar apoyo financiero de empresas privadas y agencias internacionales para el desarrollo de programas recreativos, culturales y deportivos.
- Acción 1.2.: Reactivación de la Comisión Nacional para el Uso del Tiempo Libre.
- Acción 1.3.: Formulación de planes de animación sociocultural con participación de la comunidad.
- OP2: Incrementar la cobertura de programas recreativos existentes incorporando un enfoque de prevención integral.
- Acción 2.1.: Creación de un banco de datos sobre las instituciones que desarrollan programas recreativos.
- Acción 2.2.: Propiciar la coordinación entre OGIs y ONGIs para el desarrollo de programas recreativos.
- Acción 2.3.: Sensibilización y capacitación de monitores deportivos y culturales en el manejo de los temas de sexualidad y familia.
- OP3: Desarrollar proyecto de escuelas integrales.
- OP4: Apertura de las instituciones escolares a la comunidad para desarrollar programas recreativos con enfoque de prevención integral.

NC2: Altos niveles de desempleo juvenil

- OP5: Capacitación para el trabajo
- Acción 5.1: Fortalecer la mención técnica profesional en el nivel de educación media.
- Acción 5.2: Fortalecer los programas de capacitación laboral dirigidos a adolescentes (INCE y Otros).
- Acción 5.3: Innovar estrategias metodológicas para el desarrollo del componente educación para el trabajo en el nivel de educación básica.
- Acción 5.4: Propiciar la inserción de los jóvenes excluidos del sistema escolar en los programas de capacitación laboral.
- OP6: Apoyo y seguimiento a la inserción laboral de los jóvenes.
- Acción 6.1.: Desarrollo del proyecto de microempresas.
- Acción 6.2.: Establecer acuerdos con la empresa privada para facilitar al adolescente la incorporación al trabajo.

NC3: Poca motivación del adolescente para continuar estudios

- OP7: Identificar las necesidades e intereses del adolescente para actualizar los contenidos y desarrollar estrategias metodológicas participativas que promuevan el aprendizaje significativo en el escolar (educación para la vida, autoestima y liderazgo).
- OP8: Mejorar el ambiente escolar y hacerlo atractivo.
- OP9: Desarrollar el proyecto de tareas amenas

**PROBLEMA:
ALTA Y CRECIENTE INCIDENCIA
DE EMBARAZO PRECOZ EN VENEZUELA**

Autor: CONAPEP

